

STORIA CULTURA POLITICA C.I.P.E.C.

Centro di Iniziativa Politica e Culturale

QUADERNO N° 7

**Per ricordare Michele Riso, Atti del
convegno, Boves, 1 marzo 1996**



Michele Riso, Leo Nahon, Franco Basaglia

Quaderno n. 7 ottobre 1997

Per ricordare Michele Risso, Atti del convegno, Boves, 1 marzo 1996

(Luigi Pellegrino, Sergio Dalmaso, Agostino Pirella, Franca Ongaro Basaglia, Pietro Ingraio, Gianna Tangolo, Regina Chiecchio)

Interventi:

- **LA LEGGE 180** (Maria Luisa Spaziani)
- **PREMESSA** (Luigi Pellegrino)
- **PSICOANALISI E POLITICA. LIBERAZIONE INDIVIDUALE E SOCIALE** (Sergio Dalmaso)
- **MICHELE RISSO: L'ANGOSCIA COME LA COLECISTI?** (Agostino Pirella)
- **MICHELE RISSO: IL RINNOVAMENTO DELLA PSICHIATRIA** (Franca Ongaro Basaglia)
- **ATTUALITÀ E RICCHEZZA DELLA RIFLESSIONE DI MICHELE RISSO** (Pietro Ingraio)
- **COSA CI HA INSEGNATO MICHELE RISSO. ABBATTERE I MURI DEL SILENZIO, ECCO IL MESTIERE DI VIVERE** (Pietro Ingraio)
- **LAVORARE IN PSICHIATRIA. LA FATICA DELLE CONTRADDIZIONI** (Regina Chiecchio)
- **MICHELE RISSO. LE RADICI DI UNA RICERCA** (Gianna Tangolo)

- **BIOGRAFIA**

- **FARFALLE, UOMINI E TOPI. CIOÈ: A CIASCUNO IL SUO FARMACO, NATURALMENTE** (Michele Risso)
- **APPENDICE 2** (Michele Risso, Wolfgang Böker)
- **INTERVENTO SUGLI OPERATORI PSICHIATRICI** (Michele Risso)
- **CRONICITÀ E CRONIFICAZIONE** (Michele Risso e Paolo Repetti)

Indice generale

LA LEGGE 180.....	5
PREMESSA.....	5
MICHELE RISSO: L'ANGOSCIA COME LA COLECISTI?.....	11
MICHELE RISSO: IL RINNOVAMENTO DELLA PSICHIATRIA.....	16
ATTUALITÀ E RICCHEZZA DELLA RIFLESSIONE DI MICHELE RISSO....	23
COSA CI HA INSEGNATO MICHELE RISSO. ABBATTERE I MURI DEL SILENZIO, ECCO IL MESTIERE DI VIVERE.....	25
LAVORARE IN PSICHIATRIA. LA FATICA DELLE CONTRADDIZIONI.....	27
MICHELE RISSO. LE RADICI DI UNA RICERCA.....	29
BIOGRAFIA.....	31
FARFALLE, UOMINI E TOPI. CIOÈ: A CIASCUNO IL SUO FARMACO, NATURALMENTE.....	32
APPENDICE 2.....	34
INTERVENTO SUGLI OPERATORI PSICHIATRICI.....	35
CRONICITÀ E CRONIFICAZIONE.....	38

Maria Luisa Spaziani (da I fasti dell'Ortica, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1996)

LA LEGGE 180

A Franco Basaglia e a Michele Riso

Nulla lasciò della sua scialba vita
la cugina Maria, per trent'anni
chiusa a Torino al buio dei "Due Pini".
Restano quattro lettere. Ritrovo
due versi che le invidio, involontari
grandiosi endecasillabi (per sempre
nostro rimorso e pianto):

"Il sonnifero no, mi offusca i sogni".
"Io grido, grido, e qui se ne riposano".

PREMESSA

Luigi Pellegrino (Sindaco di Boves)

Ricordiamo con queste pagine un illustre concittadino bovesano, Michele Riso; è ancora più significativo richiamarne la memoria, perché nella professione che ha caratterizzato la sua vita ha rivolto costante attenzione ad un impegno di riflessione e di aiuto per la sofferenza, per quelle difficoltà sottili, misteriose, sovente pesanti che riguardano la nostra psiche.

In questa rievocazione di Michele Riso, a quindici anni dalla morte, è naturale ricordarlo come cittadino bovesano, emotivamente legato a questa nostra terra, partito, come altri suoi compaesani, quando Boves non era ancora città - verso mete che lo hanno condotto lontano, ma sempre legato alla sua terra, i cui caratteri di concretezza mantenne come medico e ricercatore.

L'originalità, ovvero sano senso di distinguersi, è certamente una caratteristica che viene riconosciuta ai Bovesani - certamente Michele Riso incarnava quest'umore all'intraprendenza, al carattere anticonformista e alle idee antimilitariste (così provocatorie e provocatrici in quegli anni) e allo spirito di avventura, già forte finiti recòcanza al Nord, in Svezia con due suoi amici.

Sceglierà poi la professione di medico psichiatra, che lo porterà a schierarsi con quel forte movimento nazionale grazie al quale si avvierà la riforma delle strutture e dei metodi di cura della malattia mentale, capovolgendo totalmente la filosofia e le teorie che sottostavano a tutto quel sistema orientato non a curare ma a segregare, isolare, mettere da parte.

Risso rimase sempre legato a questo suo luogo natale, vi tornava volentieri per ricordare con i suoi compagni di allora le partite al pallone e le chiacchierate tra amici.

Sfogliando queste pagine viene fuori chiara la sua vivace intelligenza con il suo desiderio di conoscere e di sapere: sia questo un augurio perché queste pagine, al di là del ricordo, involino a riflessioni sulle sue scelte e sui temi ancora così attuali che caratterizzarono la sua attività.

Un ringraziamento particolare vada ai relatori che lo hanno voluto ricordare ed ai suoi familiari che la sera dell'incontro, il 1° marzo 1996, sono stati con noi a Boves.



Cerati, Trieste 1977, 3° Réseau Internazionale di Alternativa alla Psichiatria – Parco di San Giovanni – Michele Risso, Leo Nahon, Franco Basaglia – tendone delle assemblee plenarie.

Sergio Dalmasso

PSICOANALISI E POLITICA. LIBERAZIONE INDIVIDUALE E SOCIALE

Il CIPEC (centro di iniziativa politica e culturale) ha svolto, per anni, attività in Cuneo, lavorando su alcuni filoni centrali.

1) la riscoperta di un marxismo critico contro quello dogmatico e chiesastico, con il recupero di figure e tematiche per troppo tempo cancellate. Di qui la necessità di non negare aprioristicamente la "crisi del marxismo" su cui tanto si è discusso negli anni '80, ma di recuperare in esso elementi che ne permettessero un rilancio nella inevitabile critica alle esperienze realizzate e nella riproposizione di personalità sconfitte e di dibattiti "rimossi". Per questo abbiamo organizzato:

a) un primo ciclo di incontri su Marx e il marxismo;

b) un secondo ciclo, più articolato, "Marxismo e..." nel tentativo di coniugare il pensiero di Marx e la storia del movimento operaio con le emergenze e i grandi temi del mondo di oggi (il femminismo, l'ambientalismo, l'economia, la religione, la nonviolenza, la psicoanalisi, la libertà).

c) un terzo ciclo più breve "Marxismo oggi", in una fase in cui il dibattito teorico coincideva anche con snodi politici centrali per la fisionomia della sinistra in Italia.

2) la riflessione sulla storia del movimento operaio del socialismo e del comunismo in Italia e nel mondo. Il ciclo "Le rivoluzioni del '900", quasi coincidente con il crollo dei regimi dell'est è iniziato con una riflessione, "fuori tema" solo cronologicamente, sul bicentenario della rivoluzione francese, ha toccato la più parte dei fenomeni rivoluzionari del secolo, tentando una riflessione storico-politica anche sulle cause del loro esaurimento.

3) l'analisi sul fenomeno della mondializzazione, nel tentativo di offrire elementi per superare il provincialismo e l'eurocentrismo di cui continua a soffrire la sinistra italiana. Il ciclo "500 anni bastano", nel mezzo delle celebrazioni ufficiali e retoriche sul cinquecentesimo anniversario della scoperta dell'America (noi abbiamo usato il termine conquista) è servito a presentare il punto di vista dei popoli colonizzati, ma anche a riflettere sul rapporto tra paesi ricchi e poveri (centro e periferia), sulla Chiesa in America latina, sul debito e sui meccanismi economici internazionali, sulla tematica ambientale.

4) la pubblicazione dei quaderni "Storia, cultura, politica" che hanno il fine di presentare momenti della storia delle formazioni politiche o sindacali della provincia e di far conoscere figure della sinistra (dall'antifascismo alla guerra partigiana, al dopoguerra alle vicende dei partiti locali, alla stagione dei movimenti...) spesso sconosciute o dimenticate.

Tra gli ospiti del circolo impossibile non ricordare Ludovico Geymonat e Mario Spinella, poi scomparsi, altre grandi figure della cultura italiana, un'india di nazionalità mapuche che ci ha fatto conoscere la storia e la situazione del suo popolo.

Perché, allora, da parte del CIPEC, l'interesse che potrebbe sembrare un po' contraddittorio rispetto al campo di lavoro e di impegno, per la psicoanalisi, per le tematiche sollevate da grandi figure come Franco Basaglia e Michele Riso? Perché un circolo politico culturale ha dedicato due anni del suo lavoro a cicli su "Storia della psicoanalisi" e "Analisi e terapie"?

Innanzitutto, è sempre più crescente anche fra i non "addetti ai lavori", un interesse per temi e pubblicazioni di psicologia, psicoanalisi, psichiatria, che rischia di trasformarle in oggetto di consumo, con un singolare (frutto del diverso clima politico) passaggio dalla contestazione antipsichiatrica (Cooper, Laing...) alla psichiatria tecnica, più capace di offrire certezze e "risultati terapeutici".

In secondo luogo, forme di terapia "selvaggia" o mode che nascono dal disagio sempre più profondo indotto dal nostro modello sociale sembrano cancellare gli aspetti più innovativi e radicali del pensiero e dell'opera di Freud, Reich e di altri grandi teorici.

Infine, un circolo che abbia come centro il marxismo critico e accetti sino in fondo la necessità di assumere la "crisi del marxismo" stesso in tutte le versioni in cui è espresso sino ad oggi, non può non porsi il compito di indagare il rapporto fra il comunismo come progetto di liberazione collettiva ed ipotesi di analisi e di "liberazione individuale", in cui il malessere personale sia letto (anche se non esclusivamente e meccanicamente) come prodotto dei rapporti sociali e in cui si analizzi come l'oppressione sociale si rifletta nella vita delle persone.

In questo campo, scontiamo ritardi, incomprensioni e deformazioni e del pensiero di Marx e della natura radicale e rivoluzionaria della psicoanalisi. Non a caso la psicologia sociale - che Giovanni Jervis nel suo "Manuale critico di psichiatria" chiama psicologia politica - è ferma all'opera di Reich o alla scuola di Francoforte, non a caso in tutta la sinistra italiana vi è stata per decenni una totale incomprensione della valenza della psicoanalisi (anche in Togliatti, pure molto attento alla "battaglia delle idee", vi è una grave sordità verso Freud, come verso l'esistenzialismo). In realtà, il pensiero di Freud nella sua versione originale, è profondamente rivoluzionario, segna una rottura frontale con la società borghese nel suo complesso (non solo con quella del suo tempo) e non ha nulla da spartire con le versioni edulcorate che ne sono state offerte. È stata questa radicalità a causare le critiche frontali della Chiesa, del marxismo dogmatico, di molti settori del movimento studentesco che hanno accusato di astoricismo la psicoanalisi, del femminismo che non ha saputo superare le accuse di maschilismo a Freud. È stata questa radicalità a provocare luoghi comuni, pregiudizi, incomprensioni che compaiono spesso anche nella pubblicistica politica.

Già dopo i primi anni, il pensiero di Freud ha subito un riconoscimento e un irrigidimento che ne hanno privilegiato gli aspetti tecnici, emarginando o cancellando le valenze politiche di critica alla società attuale e di profonda preoccupazione verso le stesse sorti dell'umanità, particolarmente presenti nelle ultime opere, in cui, se le dinamiche complessive della società sembrano soggette ad un pesante determinismo, il cambiamento di atteggiamenti psicologici individuali è finalizzato anche alla trasformazione della realtà nel suo complesso.

La frattura tra aspetto personale e sociale sembra, quindi, ormai radicata e irreversibile, come la medicalizzazione della psicoanalisi. Solo negli anni '60 e nei primi anni '70, la frattura pare sanabile e sembra che un pensiero critico possa nascere dalla sintesi fra la radicalità del marxismo rivoluzionario e quella della psicologia sociale.

L'assunzione dell'opera di Freud e Reich, bloccata dal nazismo e dalla restaurazione post bellica, la lettura degli autori della scuola di Francoforte, il clima culturale indotto dalla protesta studentesca e dalla realtà internazionale creano, per un breve periodo, le condizioni che sembrano rendere possibile una sintesi Marx-Freud, pensatori che hanno svelato le condizioni oggettive e soggettive della vita, e la nascita di movimenti culturali e politici che, ricollegandosi alla temperie degli anni '20 e '30, si pongano come fine la reale liberazione dell'uomo da tutte le costrizioni "personali e politiche".

L'intreccio tra Marx e Freud, così come quello tra il "personale e il politico", slogan del movimento del '77, produce, per una breve stagione, studi, opere e tentativi di lavoro pratico che sembrano richiamarsi al Reich degli anni '20 e '30, alla sua emarginazione dai movimenti comunista e freudiano ufficiali. Il "connubio contro natura" è di breve durata; la fusione fra i due momenti resta una ipotesi non praticata. Trasformazione sociale e analisi dell'inconscio e dei comportamenti soggettivi tornano ad essere sempre maggiormente separati. La ricerca dei sedimenti di rapporti sociali oppressivi nella psiche dell'individuo è progressivamente cancellata dalla stessa pratica terapeutica e dal modificarsi dell'attenzione o verso il pensiero orientale o verso pratiche non analitiche, non a caso provenienti dalla cultura americana. Sintomatico il maggior interesse per Jung che sembra maggiormente venire incontro a bisogni o interessi di massa (il mito...).

Lo stesso pensiero di Reich sembra ridursi più ad una tecnica terapeutica che ad una radicale critica dei rapporti sociali e di potere della società. Non a caso le varie scuole reichiane hanno totalmente abbandonato ogni valenza politica, propria del Reich, comunista eretico, della Sexpol.

L'interesse per la critica alla psichiatria istituzionale, per il movimento di Psichiatria democratica, per grandi figure come quelle di Franco Basaglia e Michele Riso è, quindi, consequenziale ai motivi generali che ho ricordato.

Inoltre non possiamo non ricordare

- che a Cuneo ha operato, nella prima metà degli anni '70, l'"Associazione per la tutela dei malati di mente", più nota nelle dispute ideologiche del tempo come "Associazione per la lotta contro le malattie mentali", volta ad un intervento soprattutto, ma non solo, verso l'ospedale psichiatrico di Racconigi.

- che Michele Riso è tra i pochi bovesani ad avere assunto un ruolo ed una notorietà a livello nazionale ed internazionale e che, purtroppo, localmente è quasi dimenticato o, comunque, scarsamente conosciuto.

- che l'importanza di Riso è enorme sia nella storia del movimento di Psichiatria democratica, in cui, essendo analista, svolge un ruolo specifico, sia nella continuazione dell'opera di Ernesto De Martino allacciando gli studi di questi, che dall'antropologia si apriva a tematiche psichiatriche, ai propri interessi specifici e soprattutto al tema dello

sradicamento degli emigrati italiani, della nostalgia come malattia e della conseguente interdipendenza tra emigrazione e malattia mentale.

Per questi motivi e in base a queste considerazioni, il CIPEC ha proposto a Cuneo due cicli su psicoanalisi e psicoterapie e a Boves un doveroso ricordo di una figura la cui attualità si inizia forse solo oggi a cogliere.

Agostino Pirella

MICHELE RISSO: L'ANGOSCIA COME LA COLECISTI?

Nel ricordare Michele Riso due registri si confondono e rendono difficile il discorso. Quello degli affetti, della memoria degli incontri e dell'amicizia, e quello della partecipazione comune all'impresa della trasformazione della psichiatria con Franco Basaglia, a partire dall'esperienza di Gorizia.

Dovrò al lettore non specialista qualche chiarimento su questa impresa che sbrigativamente è stata chiamata "superamento" dei manicomi, sancito dalla legge 180 del 1978, ma intanto mi lascio prendere dal fluire dei ricordi e soprattutto dalla tonalità emotiva di essi, che si esprimeva sia nel nostro rapporto personale, sia nella partecipazione all'impresa collettiva, scientifica, culturale e "politica" in senso lato, iniziata negli anni '60 e portata avanti con "psichiatria democratica" senza interruzioni, con grande intelligenza e passione fino alla fine prematura e crudele, a pochi mesi di distanza dalla scomparsa di Franco Basaglia.

Ci furono le prime prove in convegni in cui una pattuglia di psichiatri giovani e innovatori riferiva, a partire dalla propria esperienza, sul mondo nuovo che si apriva, il mondo della comunicazione e dell'aiuto, dentro il luogo dell'orrore e della miseria fino a quel momento celato e mistificato come luogo di scienza e di cura.

E poi incontri di lavoro sui rapporti tra psicoterapia, psicoanalisi e critica all'impostazione classica della psichiatria istituzionale, ma anche incontri più personali in cui Michele, poco più anziano di me, assumeva volentieri un ruolo di aiuto fraterno, di consigliere anche per le ansie della vita quotidiana.

Ricordo quando, nel 1967 fui a Roma per qualche giorno per l'esame di docenza in psichiatria. Avevo altri amici romani, ma singolarmente gli incontri con Michele restano nella memoria come i più belli, i soli che non fossero inquinati da diplomazie e convenevoli futili. La docenza, che Basaglia mi aveva quasi costretto a conseguire come titolo utile per la nostra battaglia, assumeva ai nostri occhi la funzione di un bersaglio comune, che comportava significati collettivi, validi per il futuro. Tuttavia non c'era in quegli incontri romani il senso della cospirazione o dell'intrigo minoritario, bensì una certa consapevolezza di essere parte di un lavoro che apriva al futuro, che preparava un cambiamento, anzi, che era dentro il cambiamento.

Michele era stato come costretto, dalle condizioni penose della psichiatria italiana di allora, ad emigrare: "espatriato per lavorare nella clinica psichiatrica di Berna nella seconda metà degli anni cinquanta, durante il suo soggiorno nella Confederazione aveva dedicato molto della sua attività ai lavoratori italiani"¹. Aveva così iniziato il suo personalissimo viaggio critico nella psichiatria a partire da una condizione di rischio di cui aveva nozione diretta. È di quegli anni una ricerca sugli oltre 700 italiani emigrati ricoverati negli ospedali psichiatrici della Svizzera tedesca tra il 1946 e il 1960. Successivamente studiò e pubblicò, assieme a W. Boeker, un saggio rimasto classico, sul

Verhexungswahn (delirio di maleficio, di "stregamento") in pazienti italiani emigrati in Svizzera².

In esso si manifestava non solo l'interesse per la condizione degli emigrati, intrisa di insicurezza e di miseria, ma iniziava a costruirsi un abbozzo di critica della psichiatria che l'incontro con l'esperienza basagliana avrebbe permesso di sviluppare.

Franco Basaglia è abbastanza noto per doverne parlare a lungo (anche se un professore universitario di Padova ha riferito qualche tempo fa che il duplice oblio, degli studiosi e dei mass media, ha fatto sí che tra i suoi studenti, all'inizio del corso, il nome di Basaglia non era conosciuto o veniva ricordato da qualcuno come "quello del politico che aveva fatto approvare la legge che ha chiuso i manicomi"). Forse sarà dunque utile rilevare che Basaglia - di qualche anno più anziano di Risso - da docente all'Università di Padova, ancora giovane, scelse di andare a dirigere un ospedale psichiatrico periferico, quello di Gorizia, e di raccogliere attorno a sé un gruppo di psichiatri che avessero sia le qualità che l'indispensabile fermezza critica per portare a compimento una trasformazione dello stile di intervento della psichiatria.

È quello che è accaduto a partire dai primi anni '60, prima a Gorizia e poi in altre province, in un contesto scientifico, culturale, sociale e politico che in tutti i paesi industriali avanzati ha condizionato questa trasformazione.

Michele Risso, tornato in Italia per svolgere la sua funzione di psicoanalista e di psicoterapeuta delle forme più gravi di disturbo psichico, le psicosi, incontrò Basaglia ed il suo gruppo e partecipò fin dall'inizio al lavoro teorico-pratico di elaborazione sia della critica della psichiatria che della costruzione di modalità alternative di approccio.

Sono dello stesso anno, 1967, due contributi importanti da cui partire per ricostruire l'itinerario importante della storia professionale e umana di Michele Risso. Il primo, espressione di tutto il gruppo, rappresentò la risposta critica, preparata per un Convegno scientifico, alle proposte di semplice "aggiornamento" della situazione manicomiale³. Fu un momento significativo, cui Risso diede il suo contributo fattivo, anche se non figura ufficialmente come coautore, di verifica delle possibili astuzie del potere psichiatrico (come già stava accadendo in Francia) e cioè quello di assorbire dentro le regole dell'istituzione repressiva, appena un poco addolcite, le procedure dell'innovazione, irrigidendole in tecniche apparentemente neutrali. Non a caso Basaglia scelse come epigrafe della relazione una striscia di un fumetto, credo ancora oggi famoso, del prigioniero di "Wiz il mago", di J. Hart e B. Parker. Entra il guardiano ed annuncia sorridendo: "Allegri è l'ora della terapia d'occupazione! Potete mettervi a fare cesti, lavori in cuoio, collane o mosaici". "Non scegliere i mosaici!" suggerisce a questo punto il prigioniero più esperto al novellino. "Perché?" - domanda questi - "I pezzi bianchi te li fanno fare coi denti" è la risposta.

L'altro contributo, a firma del solo Michele Risso, è tuttavia parte del primo lavoro collettivo in volume del gruppo di Gorizia con il titolo significativo di Che cos'è la psichiatria? Pubblicato inizialmente nel 1967 a cura dell'associazione lotta contro le malattie mentali e dell'amministrazione provinciale di Parma - che per impulso di quell'uomo straordinario che era e resta Mario Tommasini aveva organizzato incontri tra

gli operatori dei due ospedali di Parma e Gorizia - fu poi ripubblicato da Einaudi nel 1973.

L'attualità di questo scritto è impressionante. Con le sue competenze specifiche di psicoanalista interessato alla psicoterapia degli psicotici (ed è noto che spesso gli psicoanalisti prediligono "curare" i sani o i "quasisani") Riso, sulla linea che il gruppo stava elaborando, si esprime con estrema chiarezza: "purtroppo si deve dire che la psicoterapia, pur avendo un profondo e rivoluzionario significato per quanto riguarda il futuro della psichiatria, non è riuscita nel suo intento clinico. Questa nuova corrente, nell'ambito delle cliniche psichiatriche, si è inserita ed allineata accanto alle altre terapie [...] anziché prendere una posizione di contestazione, tendente a mettere in crisi il significato della istituzione e delle terapie in essa praticate". E poco oltre: "La psicoterapia, entrata nell'ospedale psichiatrico con il significato di una rivoluzione totale di questa istituzione anacronistica, ne è uscita per tornare nello studio degli psicoanalisti o entrare nelle cliniche private". L'incompatibilità tra approccio psicoterapeutico ed istituzione repressiva era infatti già stata denunciata - come fa notare Riso - da Rosen che considera l'ospedale psichiatrico come un ambiente dannoso per lo schizofrenico e da Sullivan che vede questa istituzione come "diabolicamente organizzata per rendere il malato incurabile".

Queste affermazioni - citate da Riso - non sono di questi anni, anzi, sono dei decenni precedenti la 2^a guerra mondiale, e lasciano intravedere gli sviluppi che attraverso l'approccio psicoterapeutico e quello fenomenologico-esistenziale, la critica della psichiatria è riuscita a raggiungere.

Si è trattato di un lungo e difficile cammino di avvicinamento a modalità di approccio al paziente che presenta disturbi che definiamo come psicotici (e dunque storicamente valutati come incomprensibili, assurdi, spesso irrecuperabili, avviati cioè alla cronicità) che consentono di iniziare un dialogo ed un progetto comune, un possibile iniziale chiarimento della situazione a partire dalle condizioni date, che devono fare i conti con lo stile repressivo e spesso punitivo e torturatore che le "terapie" psichiatriche hanno assunto. E queste vengono subito denunciate da Riso: dalla lobotomia, per la quale l'inventore, il portoghese Moniz fu insignito del premio Nobel nel 1949, ai trattamenti di shock, ai trattamenti farmacologici potentemente sedativi.

L'attualità di considerazioni di trent'anni fa è dimostrata oggi dal ritorno dell'enfasi su gran parte di questi trattamenti, supportati dall'iniziativa massiccia delle case farmaceutiche e dalla supervalutazione del momento nosografico come scientificamente fondato. Si sa infatti che in medicina un'esatta diagnosi è la premessa per una corretta terapia, e che la prima è sempre più dipendente da metodi tecnologici via via più sofisticati di accertamento. In psichiatria ciò non si dimostra vero in moltissime circostanze (fanno eccezione alcuni quadri sintomatologici a etiologia tossica) ed emerge come rilevante la storia del paziente, assieme al contesto con le sue caratteristiche di supporto o di generatore di conflitti.

Anzi, come scrive lo stesso Riso, la psichiatria deve sempre più accostare l'angoscia del paziente non come fosse il disturbo della colecisti.

Negli anni successivi, con il rafforzamento delle esperienze alternative (che non si riferivano alla semplice "umanizzazione" degli ospedali psichiatrici ma cercavano di costruire nuovi modi di approccio alla malattia mentale) diffuse ormai a molte sedi, si rese necessario organizzare un movimento nazionale capace di rappresentare l'esigenza del cambiamento, anche a nome dei pazienti stessi - che si cominciarono a chiamare, con un neologismo azzeccato, "psichiatrizzati" -. E fu, a partire dal 1974, "Psichiatria Democratica": Michele Risso, da Roma, fu un protagonista del collegamento. Senza finanziamenti che non derivassero dalle nostre tasche, il movimento divenne pian piano organizzazione, fino a rappresentare, per il varo della legge 180 del 1978 un valido punto di riferimento a disposizione del parlamento. E vorrei ricordare a questo proposito, l'inesattezza della denominazione "legge Basaglia" a proposito della legge che abolisce i manicomi. Certo, ci può e ci deve essere il riconoscimento al lavoro di trasformazione, difficile, sempre minacciato da poteri conservatori di ogni risma, di Basaglia e del suo gruppo, senza il quale non si sarebbe potuti arrivare ad una legge così avanzata. Tuttavia si tratta pur sempre di una legge elaborata dai parlamentari, con un dettato che solo in alcune parti rispecchia adeguatamente i punti di vista di psichiatria democratica.

Intanto a Roma Risso aveva aperto uno studio in cui i diagnosticati come psicotici o "schizofrenici" potevano avere un trattamento psicoterapeutico, cioè un rapporto esperto e solidale. Molti studenti e alcuni giovani medici e psicologi si accorsero di ciò e si accostarono a Psichiatria Democratica per questa via.

La sua impostazione era estremamente flessibile, non restando legata al solo rapporto verbale codificato dalle regole psicoanalitiche, ma costruendo il rapporto come aiuto, senza tentazioni invasive e con una libertà reciproca massima. Poco ci resta delle riflessioni di quel periodo. Assieme a Repetti pubblicò su Sapere nel 1981 un testo su "Cronicità e cronificazione" in cui vengono precisate le condizioni che "producono" aggravamento, aumento di difficoltà, e quelle condizioni che, al contrario, debbono essere ricercate e favorite perché rafforzano le tendenze al miglioramento. Viene in questo modo costruito un altro punto fermo nei confronti di una psichiatria che, non mettendosi in discussione, postula gli esiti in "cronicità" come fatali. La "cronificazione", invece risulta un "prodotto" sia di un approccio nosografico creatore di stigma che del trattamento troppo centrato sulla medicalizzazione od anche su un modello psicoterapeutico distanziante.

In alcuni seminari tenuti ad Arezzo (città nella quale negli anni 70 ero responsabile dell'esperienza psichiatrica) questa impostazione veniva confortata dalla pratica quotidiana, in cui un altro psicoanalista alternativo, Paolo Tranchina, era ugualmente impegnato. Mi resta scarsamente comprensibile il fatto che nel nostro Paese, centro della più organica esperienza collettiva di cambiamento della pratica e della teoria della psichiatria, ed in cui la critica della psicoterapia non si accompagnava alla sua ripulsa, la grande maggioranza degli psicoanalisti si siano estraniati da questo impegno di trasformazione o abbiano utilizzato il proprio addestramento analitico per una piccola e meschina attribuzione di superiorità professionale.

Grande il merito di Michele Risso, dunque. Egli non si è aggregato a nessun carro vincente, combattendo la sua battaglia con una tranquillità che forse, proprio per contrasto, si contrapponeva alla tempestosità di Franco ed alla mia umoralità un po'

alterna. Ed ha sofferto, come tutti noi, il congedo dalla vita e dalla lotta di Franco, sopravvivendogli per poco, anche lui stroncato ancora in un'età nella quale ci si appresta ai riconoscimenti.

Vorrei concludere questo forse troppo breve ricordo, in cui ho tralasciato le coordinate molteplici del suo ingegno e della sua curiosità (la ricerca antropologica, quella storica sul "male della nostalgia", i contributi su varie riviste...) con un'altra occasione in cui Michele, con la sua autorevolezza, accorse in mio aiuto.

Il quotidiano La Repubblica, subito dopo la morte di Franco Basaglia, aprì, forse per lo stimolo di una redattrice ostile e, mi si lasci dire, un po' ottusa, una discussione sulla psichiatria, sulla legge 180 e su Basaglia, dall'incredibile titolo "Processo a Basaglia". Fui intervistato in quella occasione (non conoscevo ancora il titolo sotto cui sarebbe stata accolta l'intervista) ed affermai che non si era trattato di un mutamento solo politico o sociale o culturale, ma anche di un vero e proprio mutamento scientifico: la critica della psichiatria come pseudoscienza, costruita nella pratica della trasformazione, corrispondeva ad un avanzamento scientifico, ad un progresso delle conoscenze su ciò che chiamiamo malattia mentale. Passò qualche giorno e la pagina del quotidiano fu invasa da un'intervista incredibile al direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, sostenitore di una psichiatria conservatrice e da un articolo di un universitario che banalizzava la scientificità delle impostazioni di Basaglia.

Senza indugio Michele Risso scrisse uno dei migliori contributi possibili sull'eredità di Franco Basaglia. Spiegò perché si trattava di scienza - e non solo di politica - e difese le mie argomentazioni. Spero che possa, in qualche modo, essere ripubblicato.

Franca Ongaro Basaglia

MICHELE RISSO: IL RINNOVAMENTO DELLA PSICHIATRIA

Nel ricordare Michele Riso non posso non premettere ad ogni discorso sul suo legame con il movimento di rinnovamento della psichiatria, che si è trattato di un rapporto di amicizia profonda, di affetto fraterno e di lavoro comune - pur nella diversità delle pratiche - fra persone che, nella battaglia per un rinnovamento culturale, si sono incontrate, riconosciute e molto amate.

Nei primi anni dell'esperienza goriziana (il primo O.P. in cui si lavorava dal '61 all'apertura e al superamento del manicomio), al loro primo incontro a Roma, mi pare nel '65, Franco - alla ricerca di collaboratori competenti e motivati al lavoro di cambiamento che aveva avviato - sperava molto in un trasferimento di Michele a Gorizia. E Michele ne fu tentato, ma, da poco rientrato in Italia dalla Svizzera, aveva già avviato il suo lavoro di psicoterapeuta a Roma e non era semplice ributtarsi in un'altra avventura, ritraslocando con la famiglia. Con nostro grande rammarico - perché anch'io fui subito legata a Michele da grande stima e affetto - non partecipò direttamente all'impresa ma ne fu sempre parte integrante e importante, come psichiatra e psicoterapeuta impegnato nella critica dei modelli tradizionali, sia della psichiatria che della branca di sua competenza, la psicoterapia.

Parte della storia di Michele Riso, eccezionale psicoterapeuta, è dunque anche storia di questo importante processo di cambiamento e ricordare Michele è anche un modo di ricostruire punti importanti di questo processo.

Oltre alle infinite discussioni con Franco e con il gruppo di lavoro, Michele partecipò nel '67 alla prima pubblicazione collettiva "Che cos'è la psichiatria?", primo messaggio sul lavoro anti-istituzionale goriziano, in cui si sosteneva la necessità di superare l'istituzione manicomiale, ma anche la psichiatria tradizionale come istituzione e il farsi istituzione dei rapporti di potere sui soggetti.

Nel suo articolo "Una psicoterapia istituzionale" poneva un elemento critico sulla destorificazione, attuata dalla psichiatria organicistica, sia del malato che della malattia; sull'impossibilità di attuare qualunque tipo di rapporto terapeutico nell'ambito di strutture manicomiali. "La psicoterapia - sosteneva - è entrata nell'ospedale psichiatrico con il significato di una rivoluzione totale di questa istituzione anacronistica, ne è uscita per tornare nello studio degli psicoanalisti e entrare nelle cliniche private". E più oltre: "La psicoterapia può essere realizzata esclusivamente in un ambiente che sia, di per sé, psicoterapico".

Esattamente in questa direzione si muoveva, in quegli anni, l'esperienza goriziana, alla ricerca di una terapeuticità che doveva essere espressa da tutti i componenti l'istituzione a tutti i livelli: malati, medici, infermieri, volontari e visitatori.

Nel '74 Michele fa parte del gruppo dei fondatori di P.D.. Non mi sembra fuori luogo ricordare, anche a noi stessi, che nel documento programmatico si sosteneva fra l'altro:

Compito dell'operatore psichiatrico è dunque riportare alla propria specificità un'istituzione e un rapporto che - sotto l'alibi di codificazioni scientifiche diverse - prevedono invece solo la genericità del controllo. ...

Per gli operatori ciò significa:

- 1) L'individuazione e la lotta contro il proprio ruolo di potere nei confronti dell'utente del servizio.
- 2) L'individuazione nella persona di bisogni sociali non soddisfatti, che l'internamento cancella, occultandoli sotto la diagnosi di malattia.
- 3) L'individuazione degli strumenti terapeutici impliciti nel proprio ruolo specifico, una volta liberato dalla strumentalizzazione che il sistema sociale attua attraverso la delega del controllo e del potere.
- 4) L'individuazione e il riconoscimento delle persone e delle forze sociali coinvolte e da coinvolgere in questa lotta.

In questa ottica, il tecnico deve offrire una pratica che serva di verifica a istanze politiche, non solo sanitarie e tanto meno solo psichiatriche (...).

Il gruppo di psichiatria democratica si propone quindi di:

- 1) Continuare la lotta all'esclusione, analizzandone e denunciandone le matrici negli aspetti strutturali (rapporti sociali di produzione) e sovrastrutturali (norme e valori) della nostra società. Questa lotta può essere condotta solo collegandosi con tutte le forze e i movimenti che, condividendo tale analisi, agiscono concretamente per la trasformazione di questo assetto sociale.
- 2) Continuare la lotta al "manicomio", come luogo dove l'esclusione trova la sua espressione paradigmatica più evidente e violenta, rappresentando insieme la garanzia di concretezza al riprodursi dei meccanismi di emarginazione sociale. Anche se questa spesso passa per una lotta di retroguardia, gli ospedali psichiatrici esistono infatti, in tutto il paese e, tranne rari casi in cui operatori psichiatrici o amministrazioni provinciali stanno tentando un'opera di trasformazione, per la maggioranza la situazione è immobile e imm modificata.
- 3) Sottolineare i pericoli del riprodursi dei meccanismi istituzionali escludenti, anche nelle strutture psichiatriche extramanicomiali di qualunque tipo. Qualsiasi struttura alternativa si configura infatti a immagine e somiglianza dell'organizzazione istituzionale che continua ad esistere in modo dominante alle sue spalle.
- 4) Rendere praticamente esplicito il legame fra l'azione in campo specifico psichiatrico e il problema più generale dell'assistenza medica, rivendicando - al di là della divisione del lavoro e delle competenze - un'azione unitaria che dalla lotta specifica per la promozione della salute mentale ci coinvolga nella più ampia battaglia per l'attuazione di una concreta e necessaria riforma sanitaria che si fondi su una nuova logica sociale. È l'esigenza di questa nuova logica sociale che deve impegnare il gruppo a collegarsi con tutte le forze che perseguono concretamente il medesimo scopo.

Sono stati dunque questa apertura e questo legame con le forze politiche e sociali interessate al cambiamento, ad allargare il campo d'azione e a creare la situazione pratica favorevole all'avvio delle riforme.

Nel '76 Michele fece parte del progetto finalizzato Prevenzione Malattie Mentali avviato da Raffello Misiti, direttore dell'Istituto di Psicologia del CNR, nell'ambito del progetto Medicina Preventiva. Si trattava di un programma di indagine che, per la prima volta, impostava un nuovo rapporto fra ricerca scientifica e pratica sociale, nel tentativo di superare il vecchio retaggio culturale di tipo accademico.

Per la prima volta è stato posto il problema pratico della verifica sui servizi pubblici, coinvolgendo nell'indagine - come soggetti e insieme oggetti della ricerca - le amministrazioni locali; l'università con Giulio Maccacaro, Hrayr Terzian, Gianfranco Minguzzi; Franco Basaglia come espressione delle pratiche in trasformazione; Michele Risso, come psichiatra e psicoterapeuta impegnato nella critica dei modelli tradizionali e nell'ipotesi di un diverso rapporto tra specifico e nuove pratiche.

Si è trattato, dunque, di un programma che diventò il punto di incrocio un po' anomalo forse di intelligenze brillanti e originali, di personalità generose e appassionate, di esperienze concrete di cambiamento che, negli anni - nonostante lo scarso livello di attuazione dei servizi sul piano nazionale - hanno comunque imposto il "caso" italiano a livello internazionale come luogo d'interesse e, insieme, di contraddizioni vive nel settore della psichiatria e nell'area dell'emarginazione sociale.

Fare questo tipo di ricerca in un momento di transizione in cui l'oggetto continuamente sfugge (non dimentichiamo che nel '78 era stata varata la legge 180 di riforma psichiatrica, con le reazioni negative che ha provocato nella mancata realizzazione dei servizi e i sabotaggi culturali, corporativi e politici che l'hanno accompagnata); fare una ricerca con questo tipo di obiettivi (l'identificazione della domanda, il confronto fra le discipline, le tecniche e i loro valori in rapporto alla risposta dei servizi pubblici, il gioco dei ruoli), in una realtà in cui la distanza tra le esperienze esemplari e la situazione generale si manteneva - nonostante la riforma - ancora enorme; fare questa ricerca in queste condizioni oggettive richiedeva tempi lunghi e un interesse non solo di facciata o strumentale da parte delle istituzioni, del Ministero della Sanità, del mondo accademico, delle forze politiche e sindacali, delle forze sociali che avrebbero dovuto lavorare contemporaneamente al cambio culturale generale, se si voleva che le pratiche su cui si studiavano nuove ipotesi teoriche potessero svilupparsi ed esprimere più chiaramente una qualità di intervento che andava ben oltre la messa in discussione del semplice assetto organizzativo dei servizi, richiedendo il riconoscimento di una dignità culturale e teorica ancora difficile da esplicitare.

Il progetto ebbe un'evoluzione più modesta perdendo, in parte, l'ambizione e il respiro, della premessa originaria. Ovviamente a questo non è estranea la morte di Giulio Maccacaro e Franco Basaglia, seguita a breve distanza da quella di Michele Risso e più tardi di quella di Lello Misiti, di Gianfranco Minguzzi e di Hrayr Terzian. Risulta comunque chiaro che il messaggio culturale contenuto nell'intuizione di partenza (il famoso documento non ufficiale sottoscritto dai cinque amici scomparsi) non lo si è voluto capire né raccogliere da parte del mondo accademico, delle istituzioni preposte

alla ricerca e alla programmazione in campo sociosanitario, dall'establishment professionale medico-psichiatrico. Tutti hanno infatti continuato a difendere l'usuale separazione delle competenze, dove ciascuno resta sovrano del proprio ordine e gioco, dimostrando quanto poco avessero interiorizzato della nuova cultura. Mentre, nonostante il clima di sordità e di ostruzionismo, le esperienze pratiche hanno continuato in questi anni a svilupparsi, a crescere, a porsi e a porre nuove domande.

Si può comunque dire che le questioni poste allora sono ancora più acute; drammaticamente e clamorosamente aperte da quando l'esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale ha riconosciuto il diritto alla tutela della salute per tutti, e i cittadini sono andati via via facendosi sempre più consapevoli di questo diritto. L'incontro e la verifica fra le diverse discipline, i corpi professionali e la pratica sociale, premessa di base del programma del PMM, non è rimasto soltanto un incontro o una contaminazione delle discipline con la disuguaglianza sociale sempre più esplicita nei servizi pubblici, ma è diventato un incontro/scontro con il problema dei diritti dei cittadini con cui le discipline stesse sono costrette a misurarsi.

Nel momento, però, in cui un diritto indivisibile qual è il diritto alla tutela della salute deve essere concretamente tradotto in regole e comportamenti quotidiani della persona e verso la persona, esso può essere realizzato solo se la vita complessiva della persona di cui ci si occupa viene portata alla ribalta dal riconoscimento o dall'esistenza di quel diritto.

Il diritto alla tutela della salute, va infatti oltre il diritto alla cura, mettendo in causa altri elementi. La definizione di salute data dall'OMS nella carta di Ottawa (novembre 1986) è molto chiara nell'esplicitarne i prerequisiti indispensabili, estranei al campo della Sanità: "la pace, un tetto, l'istruzione, cibo, reddito, un ecosistema stabile, continuità nelle risorse ed equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute - sto sempre citando l'OMS - deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti".

Un tale diritto, qualora lo si voglia realmente tradurre in termini di vita quotidiana, dovrebbe dunque produrre, nell'individuo che l'ha acquisito, la ricomposizione di tutta la gamma di bisogni di cui è fatta la sua vita, in una unità che la disuguaglianza, da un lato, e gli specialismi separati, dall'altro, avevano frantumato. E qui non parlo solo di disuguaglianza sociale, ma anche di diversità di sesso, di opportunità, handicap di qualunque natura, livelli diversi di potere, stati di sofferenza, di malattia, di impotenza, impossibilità di espressione soggettiva in cui si intrecciano diversità naturali e disuguaglianze prodotte che si presentano come disuguaglianza dei bisogni. La tutela della salute come diritto della persona richiede dunque qualcosa che vada oltre gli specialismi fondati sulla separazione dei bisogni e sulla parzialità degli interventi ad essa conseguente, per diventare occasione o strumento di maturazione culturale e politica nei confronti della complessità delle variabili di natura diversa, presenti in ciò che si tende a continuare a trattare solo come disturbo psichico.

Se non si riesce a incidere anche su queste variabili lo psichiatra si richiude e si difende nella tecnica pura, lo psicologo tende a mimare il modello medico e l'assistente sociale va verso una psicologizzazione dei problemi sociali. Il che si è spesso verificato e si sta tuttora verificando.

Michele è stato dentro questo processo di profondo cambiamento culturale, proponendo e riproponendo il problema della formazione degli operatori in una situazione nuova e difficile che richiedeva, nella pratica dei servizi, una messa fra parentesi dell'istituzione, dei ruoli, delle diverse discipline in modo da creare una situazione che consentisse alla sofferenza di esprimersi al di fuori degli schemi codificati. Solo dalle domande nuove, svincolate da tutte le sovrastrutture istituzionali, poteva scaturire una nuova cultura con cui dare risposte diverse. Ma solo risposte diverse potevano consentire sia l'espressione sia una reale percezione dei bisogni.

Come ha retto, nel franare di tante ipotesi e utopie, una battaglia così radicale che metteva in discussione concetti di base come normalità/anormalità, che coinvolgeva a tutti i livelli la cultura, le istituzioni, l'assetto sociale, la politica?

Certo, negli anni non facili che hanno seguito l'emanazione di una riforma da tutti votata ma da tanti contrastata, molti aspetti della radicalità o se si vuole dell'utopia sono andati perduti, appiattiti da un lato dalla necessità di difendere la riforma stessa e di realizzare - nelle condizioni date - il possibile, dall'altro dai fraintendimenti e dall'uso strumentale che ne è stato fatto. E tuttavia essi restano alla base di ogni esperienza concreta, pena il fallimento di ogni intervento. E ci sono stati fallimenti, cedimenti e mistificazioni: quando il servizio si pone come puro ambito ambulatoriale, distributore di farmaci o di psicoterapia a ore; quando si fa il palleggio delle competenze, ignorando i bisogni del malato e le difficoltà della famiglia; quando si mistifica con un semplice cambio di etichetta il permanere dei vecchi servizi e della vecchia logica. Pure molti elementi della nostra battaglia sono già incorporati nella nostra cultura, al di là e ben oltre il campo della psichiatria: esattamente come erano nati nel cuore delle lotte politiche e sociali di quegli anni.

Ho cercato di segnare, senza un ordine preciso, alcune parole chiave attorno alle quali ruotava la lotta concreta al manicomio come istituzione, alla teoria scientifica che lo sosteneva, all'organizzazione sociale che ne richiedeva l'esistenza. Ogni parola ne contiene altre, così da formare una sorta di rete di supporto a un pensiero e un'azione in continua evoluzione: le parole di un processo di liberazione.

Rispetto della/delle diversità, considerate non più come elemento da allontanare e da espellere, ma come un bene da inglobare quale arricchimento della nostra vita e della nostra cultura, su cui basare ogni possibilità di cambiamento. Inoltre differenziazione fra diversità naturale e disuguaglianza sociale o individuazione del processo in cui l'una viene tradotta nell'altra per consolidare il dominio.

Lotta all'istituzionalizzazione sia interna al manicomio da distruggere, sia nella società. Cioè lotta al farsi istituzione anche di ogni istanza liberatoria attraverso norme e ruoli fissi che sovrastano, quando non ignorano, i bisogni e gli interessi dell'individuo cui formalmente dovrebbero rispondere. Quindi la necessità di un processo di cambio permanente che rimetta in discussione norme e ruoli.

Accettazione del rischio come primo atto di reciprocità nel graduale processo di liberazione dell'internato. Iniziale rischio della libertà del malato che via via si è trasferito a livelli diversi: il rischio del limite, della norma, della perdita di sé e della propria identità. Il che è spesso avvenuto in molti operatori che hanno avuto bisogno di ripiegare

su forme diverse di difesa quali l'assunzione delle tecniche come valore assoluto, la rigidità delle figure professionali, i ruoli fissi, la stereotipata scientificità degli interventi.

Accettazione del conflitto. Secondo la logica del "più forte" il conflitto viene sempre eliminato, eliminando uno dei poli della contraddizione. Accettare il conflitto significa allora tenere aperta la contraddizione, viverla e spostarla ad un livello sempre più alto per mutare, attraverso la risposta, la qualità stessa delle domande. Nell'accettazione dell'altro c'è sempre il rischio della perdita di sé quando il ruolo non ti difende più, non ti ripara, non ti copre. Ma è questa uscita dal ruolo pur giocandolo che ti consente di passare da una domanda all'apertura di un'altra domanda.

Esclusione/inclusione: il processo attraverso il quale il più debole (economicamente, socialmente, culturalmente, emotivamente) viene allontanato ed espulso o si autoespelle dal consorzio sociale. Il manicomio aveva il compito di accogliere e contenere tutto ciò che veniva espulso o che si autoescludeva. I nuovi servizi devono invece tendere ad arginare questa espulsione, operando verso l'integrazione, l'inclusione nel gruppo, nella cultura, nella società.

Gestione e negazione è stato il binomio fondamentale nei primi anni goriziani, perché ne segnava la linea, lo stile del lavoro in una contemporaneità di intervento che non consentiva l'abbandono dei malati, mentre si operava per la distruzione del manicomio. Quindi negazione come demolizione del ruolo tradizionale del manicomio, dello psichiatra, della psichiatria che, sotto l'apparenza della cura, operavano per l'annientamento di chi veniva loro affidato. E gestione come assunzione di responsabilità nei confronti di tutti gli aspetti materiali e non, di cui può essere fatta la sofferenza psichica: gestione come supporto, sostegno e presa in carico della persona sofferente. Ma anche gestione e negazione del ruolo, della propria disciplina, della scienza che dovevano misurarsi con la pratica della disuguaglianza sociale e che attraverso la nuova pratica dovevano modificarsi.

Denuncia del carattere non esclusivamente medico dei problemi psichiatrici che si allargava alla denuncia del carattere non sempre strettamente medico dei problemi ritenuti solo di carattere sanitario.

Lotta all'ideologia che fa diventare altro da ciò che sono i problemi, così da poter offrire risposte preformate che non mettano in discussione l'assetto sociale.

E ancora lotta al pregiudizio che continua a riformarsi; all'inerzia delle istituzioni che continua a riproporsi; e il problema centrale del potere che continua a ripresentarsi con facce sempre diverse.

Si tratta di un'escursione molto veloce che certamente trascura altre parole centrali o di passaggio. Su una vorrei però soffermarmi particolarmente: il primato della pratica, uno dei nodi problematici dal quale poter leggere il perché della sopravvivenza di questa nostra battaglia, anche in tempi in cui sembrano chiudersi sempre più gli spazi di espressione sia del soggetto individuale che di quello collettivo. Primato di una pratica intesa non solo come mero "fare", ma come produttrice di un'altra realtà e di un'altra cultura. Perché non si è trattato di un cambio di teoria, ma della demolizione pratica di una cultura, possibile solo se contemporaneamente costruisci altro: altro sostegno, altro supporto, altra cura, altro concetto di salute e di malattia, di normalità e di follia.

E allora credo che - in un contesto generale di bisogni/diritti antagonistici quali quelli del malato, della famiglia, della società - non sia inutile, anche in un ambito politico sociale mutato, riprendere a parlare dell'attualità di tutti gli elementi che costituivano il carattere dirompente di questa impresa perché la coppia gestione/negazione in questo settore è ancora in atto, rappresentando la psichiatria una delle contraddizioni che in questi anni non si è riusciti a chiudere con nuove ideologie di ricambio: troppe pratiche (anche se purtroppo non tutte e non nell'intero paese) sono lì a testimoniare che le semplificazioni portano sempre agli stessi risultati (la vittoria del polo più forte del conflitto); che la complessità comporta una messa in discussione dell'individuo, della collettività, dei ruoli, delle regole, della scienza, della politica.

Occorre tuttavia tener conto di ciò che è cambiato in questi anni nel contesto politico-sociale per poter individuare chiaramente dove stanno i conflitti, dove sta la contraddizione attuale su cui operare. Il manicomio è ancora presente (20.000 persone sono ancora internate e non ce ne dimentichiamo); mancano servizi e strutture, la qualità dell'intervento è troppo spesso scadente e insufficiente; molti famigliari denunciano che il manicomio si è spostato nelle loro case dove, troppo spesso senza aiuto o con pochi sostegni, reggono il peso del parente malato. Ma nessuno vuole ricostruire il manicomio. La cultura dell'esclusione totale, della delega alle mura, alle chiavi, ai cancelli, alla violenza istituzionale gratuita e disumana, è vinta.

Si deve però dire che la stagione delle polemiche non era dovuta solo al mancato sostegno della riforma (anche se esso ha avuto un peso determinante), ma anche alla natura del processo culturale messo in atto, che doveva operare sia sul pregiudizio sociale rispetto al malato mentale, sia sul pregiudizio scientifico rispetto alla malattia. Il punto di partenza era per noi l'accettazione del conflitto, da cui può nascere un modo diverso di percepire i bisogni delle persone, per spostare la contraddizione espressa dalla malattia ad un livello via via sempre diverso. Si tratta di un conflitto di potere e di interesse fra il paziente e la famiglia, fra il medico e il paziente, fra l'adulto e il giovane, fra il docente e lo scolaro, fra l'uomo e la donna, l'individuo e la società. Se il conflitto scompare o è appiattito soccombe sempre il polo più debole.

Il processo necessario a questa trasformazione culturale è dunque lento e difficile. Ed è possibile se, insieme allo smantellamento dei vecchi ospedali, non si sono organizzati semplici servizi ambulatoriali ma si è creata, per i vecchi e i nuovi malati, la possibilità di vivere in modo diverso la propria sofferenza, vista ora come il prodotto di un insieme di fattori e non solo come segno di pericolosità sociale da reprimere. A questa sofferenza, che si rivela più complessa e nello stesso tempo più semplice, occorre rispondere con strutture e servizi che consentano altre forme di sostegno, supporto, protezione, cura, tutela, assistenza. Che siano insieme luoghi di vita, di stimolo, di confronto, di opportunità, di rapporti interpersonali e collettivi diversi, che puntino ad un cambio di cultura e di politica, prima sociali che sanitarie.

Una delle tante sfide che ci aspettano resta quindi, fra le altre, il problema del farsi istituzione nella quotidianità della nostra vita. Il che ci rimanda a quelle domande "di largo respiro" che un gruppo di amici - da molto scomparsi - ha posto come base di ricerca teorica e di nuove pratiche istituzionali tanti anni fa.

Pietro Ingrao

ATTUALITÀ E RICCHEZZA DELLA RIFLESSIONE DI MICHELE RISSO

Ho conosciuto Michele Riso e sono fiero di essere stato un suo amico. Ancora oggi sento acerbo il dolore per la sua morte immatura che ha troncato una ricerca in pieno rigoglio e di straordinario significato umano.

Io non ho assolutamente la competenza per ragionare sullo specifico lavoro di ricerca, e sul ruolo grande che Riso ha avuto in quella stagione straordinaria di lotta che ha lavorato ad abbattere le recinzioni fatali entro cui per secoli è stata segregata e inchiodata la sofferenza psichica.

Da cittadino ed anche da militante della sinistra italiana sento tuttavia il bisogno di ricordare le ricerche illuminanti e liberatrici, con cui Michele Riso ci ha aiutato a leggere e capire vicende basilari del nostro tempo.

Ricordo tutta la pungente, alta riflessione sulla Heimweh, e oggi essa mi appare una ricerca di straordinaria anticipazione e uno squarcio di luce su un problema enorme, che oggi sta, ancora di più, squadernato dinanzi a noi, con inaudita veemenza. È impressionante, rileggendo Riso, verificare, come egli, quasi profeticamente, si sia chinato su uno dei fenomeni che stanno rivoluzionando la vita di questo pianeta: sui grandi processi di migrazione che reca con sé dolorosamente la civiltà industriale e che stanno avendo nuovo doloroso alimento nell'era del capitalismo globale, dell'"impresa rete", degli sconvolgenti processi di precarizzazione, che stanno frantumando su scala mondiale il mondo dolente del lavoro salariato. Ci sono, in "A mezza parete", pagine di una sconvolgente attualità: come quando si scrive: "... la società industriale per mantenersi e riprodursi deve ricorrere a strategie di dominazione e a sistemi di controllo sociale; la scienza medica e la psichiatria in particolare forniscono a queste strategie utili strumenti ideologici e opportune proposte operative ... un immenso travaso di popolazione viene spiegato con bella semplicità quale risultato di personalità costituzionalmente malate". E tutta la articolata, paziente ricerca con cui nella riflessione di Riso si mettono sotto il microscopio i modi e le varianti con cui nei secoli si è occultato con leve "biologiche" la trama pesante della dominazione sociale e i traumi che recava con sé lo sradicamento, la compravendita della forza lavoro secondo le fasi, i bisogni, i ritmi dello sviluppo capitalistico.

C'è qui una spiegazione anticipatrice dei fenomeni di oscuramento di massa, con cui oggi vediamo tornare in campo un razzismo, che identifica l'immigrato di colore con l'intrusione di "barbari": si tenta ideologicamente di rimuovere un grande processo storico che sta schiodando e scavalcando i confini e i limiti degli Stati nazionali, e spingendo milioni di esseri umani, stretti dal bisogno e dalla fame, a tentare salvezza in quell'Occidente sviluppato che si era fatto ricco predando i continenti del sottosviluppo.

"A mezza parete": ecco un testo da far leggere come materia di studio nelle scuole: dai ragazzi e adolescenti che ormai devono prepararsi a vivere in un pianeta in cui civiltà,

costumi, livelli diversi di sviluppo, si incontrano e dolorosamente si mischiano: in un mondo dove il convivere e anche l'apprendere dai vari mondi della "differenza" sta diventando un nodo essenziale, se vogliamo salvarci dai fondamentalismi e da atroci conflitti interetnici.

E un'altra coordinata che mi pare di ritrovare sempre nel pensiero di Riso è la cautela salutare, la prudenza con cui egli si accosta alla nozione di "norma": questa attività del normare, così irresistibilmente connessa alle istituzioni del potere che tenta di incasellare nell'astrazione il fluire del vivente e che ha segnato tanta parte dell'istituzione segregante.

Sono stato, nella mia lunga vita, molto dentro i processi e le regole delle istituzioni politiche. Mi sono occupato molto dei modi di fare le leggi; e però forse proprio questa frequentazione e il confronto quotidiano con il variabile e fluente dispiegarsi del vitale mi ha aiutato a guardare con prudenza al "normare", al suo inevitabile carattere semplificante e riduttivo. E parlo anche della normazione per tanta parte non dichiarata, non formalizzata, che diventa dominio alienante in quella relazione produttiva capitalistica in cui quotidianamente siamo immersi.

Ho imparato da Riso a riflettere su quest'atto delicatissimo che è la relazione tra vita e norma, fra il fluire irriducibile del vivente umano e le tecniche sottili e prepotenti dell'istituzione: e non solo dell'istituzione segregante.

Qui sento in ogni riga, in ogni pagina della ricerca di Riso un insegnamento tanto prezioso quanto, sempre, problematico, continuamente aperto alla fecondità del dubbio, dell'interrogarsi. E mi colpisce come il suo pensiero sulla sofferenza psichica non si sottragga mai al confronto con le logiche dominanti della "malattia", con il mondo che egli in fondo vuole schiodare dalle sue mistificanti certezze.

È anche questa pazienza del confrontarsi e del misurarsi con l'Altro che mi sembra una dote inestimabile in questi tempi di dure asserzioni e processi sommari.

Ecco allora l'attualità della riflessione su Riso, e su tutta grande battaglia combattuta in Italia contro la istituzione segregante. Non dimenticherò mai il debito di gratitudine che debbo a chi condusse quella lotta e ci educò ad un atteggiamento radicalmente nuovo verso la sofferenza psichica. Sono state schiuse porte e abbattute mura e torri, che nonostante tutto nessuno potrà rimettere in piedi.

COSA CI HA INSEGNATO MICHELE RISSO. ABBATTERE I MURI DEL SILENZIO, ECCO IL MESTIERE DI VIVERE

(Pietro Ingrao, da L'Unità del 5 giugno 1981)

C'è una sorta di incredulità di fronte a una vita ricca che si spezza proprio nel suo fiore, mentre sembra che stia per esprimere tante potenzialità. E Michele Riso dava al massimo l'immagine di una vitalità intensa, direi: di una tensione verso la vita, come di una continua ricerca delle molte forme della vita, come un andarle a ritrovare dove altri vedevano solo esistenze crollate, rami secchi.

"Psicoterapeuta" è una parola che suona - insieme - astrusa e ambiziosa; può sembrare persino presuntuosa. Essa indica il "mestiere" di Michele Riso; e forse serve a sottolineare quel suo impegno attivo anche di fronte a "casi", a persone, a vicende umane estremamente complessi, quella sua volontà quasi disperata di "intervenire", anche dove la battaglia sembrava perduta, che hanno contrassegnato la sua specifica presenza nel gruppo di psicanalisti e di psichiatri, dentro il quale lavorò, e che a me sembrava una sua straordinaria volontà di comunicazione. Eppure a me riesce difficile chiudere in quella parola di gergo tutta la "curiosità" (forse è un termine sbagliato, ma non so adoperarne un altro), tutta la volontà di scoprire gli "altri" oltre le caselle consuete, tutta quell'apertura verso la vita, anche nelle sue forme più tormentate e rotte, che mi sembrava di cogliere nell'opera e nella battaglia di uno scienziato come Riso. Mi sembrava uno che andasse alla ricerca di identità individuali, come di luoghi, sentieri, forze, la cui ricchezza e anche originalità fosse ignorata, ferita, sommersa. Quando si parlava con lui mi sembrava sempre teso a questa scoperta, come se dicesse: guarda bene, guardiamo a fondo.

Ecco allora un senso di incredulità di fronte alla malattia e alla morte che troncano un percorso così denso di vita, in fondo: di amore alla vita, di estrema fiducia nella vita. Una rottura esterna, oscura, di cui non ci si dà ragione; per cui al dolore si unisce un senso di frustrazione, di casualità non dominabile; e non si è sicuri se così pretendiamo troppo (cioè chiediamo garanzie e sicurezze impossibili per noi stessi, per la condizione umana) o se ci sembra di aver fatto troppo poco (quasi un rimorso anche personale per l'aiuto che non abbiamo saputo dare a quella tensione vitale che viene troncata).

Ma si può ragionare anche in altro modo. Michele Riso e Franco Basaglia e altri del gruppo che ha condotto la battaglia per una nuova psichiatria, hanno schiodato vecchi e pesanti diaframmi che bloccavano le nostre menti sui temi essenziali riguardanti la soggettività individuale, il rapporto fra di essa e il farsi delle istituzioni, e quindi la nozione stessa moderna di soggettività e di libertà. Non si è trattato solo delle porte dei manicomi, e di chi vi stava chiuso dentro. Questi uomini hanno aperto finestre anche a noi, e noi abbiamo cominciato a vedere cose che non vedevamo: su determinate

istituzioni, e sulle regole che sono la trama esplicita (o nascosta) di tanti nostri comportamenti.

Altri potrà dire, con competenza che io non ho, quali sono state le ascendenze, i cammini, e anche le difficoltà e i limiti attraverso cui Riso, Basaglia e altri hanno abituato i nostri occhi a vedere in modo diverso nostri simili, e quindi anche dentro di noi. Io annoto qui il fatto; qualcosa che è avvenuto. Incontrando oggi altri, persone, vita, storie soggettive, noi guardiamo tutto ciò non più come prima: nel senso che il nostro orizzonte si è allargato; e si intravedono anche possibilità, ricchezze, creatività, dove prima vedevamo solo l'assurdo, il disfacimento, in fondo; la morte.

È possibile che la lingua nuova non sia ancora tutta limpida. Ma sono cambiate alcune cose nel nostro vocabolario. Di fronte alla caducità effimera di altre vicende, cose, gesti, parole, che usualmente vengono definiti "fatti", e che trovano spazio e onore nelle cronache correnti, ecco innovazioni vere, forti, che hanno agito nel profondo: nel profondo anche di molti che non conoscono il nome di Riso e che forse sono stati toccati solo di riflesso dall'onda nuova. Queste cose si possono dire con orgoglio, pensando all'opera e alla battaglia di uomini come Michele Riso. Parliamo di radici nuove, che non sarà facile a nessuno distruggere. Allora anche la rottura improvvisa e immatura della vita può essere vista come la sfida affrontata per allargare la visuale, per pulire e sgomberare gli occhi, per imparare non solo a capire sofferenze, ma a scoprire persone, forze in qualche modo: nuovi mondi.

Lo scenario consueto, che ci viene presentato ogni mattina da chi di dovere, dice molto poco di questi "fatti", a cui cerco di alludere; di queste innovazioni e aperture, di ciò che esse possono dare per capire il nostro tempo, e per fornire una risposta a questa domanda ansiosa che sempre più ci portiamo dentro: come comunicare. Comunicare, nel significato più largo, fecondo.

Ma è possibile parlare oggi di risorse, e quindi anche di avvenire di singoli e di collettività, senza discutere di questi temi, e di come si costituisce nei fondamenti, una cultura del domani? Oppure sarebbe vero che conta solo il gioco delle "logge"?

Sappiamo che non è per caso che certi riflettori ci mostrano oggi solo certi scenari e non altri. C'è una lotta. Bisogna allora che si allarghino e si moltiplichino gli uomini "curiosi", amanti della vita, con occhi aperti, come è stato Michele Riso. E bisogna rispondere con la lotta e con il disprezzo a coloro che vorrebbero rimettere in piedi quelle mura fradice che per fortuna abbiamo cominciato ad abbattere. Come dispiace non aver saputo dire queste cose, in modo semplice, all'amico e compagno Michele Riso quando era vivo e probabilmente gli avrebbe dato ancora più forza nel suo lavoro!

Regina Chiecchio

LAVORARE IN PSICHIATRIA. LA FATICA DELLE CONTRADDIZIONI

Una riflessione attuale sulla psichiatria continua ad avere in sé la contraddittorietà che Michele, con il suo spirito critico ed una profonda conoscenza psichiatrica e psicoanalitica sapeva sottolineare con tanta chiarezza, nel tempo delle lotte antiistituzionali ed a ridosso della promulgazione della legge 180.

In questi giorni è stata inaugurata a Torino una nuova comunità psichiatrica, nel territorio dell'Azienda Regionale U.S.L. 3, a lui dedicata. Essa è inserita in un contesto di servizi per il disagio psichico, molto articolato (tra le Comunità residenziali e semiresidenziali per un totale di cinquanta posti, un Centro Diurno, un Centro di Consultazione, due Centri di Trattamento, un Centro di Psicoterapia Individuale, di Gruppo e delle Famiglie) e che offre pertanto un intervento diversificato e modulato secondo i bisogni dell'utenza, che non è più quella cui comunemente ci si riferisce pensando ai degenti degli Ospedali Psichiatrici. Infatti, ciò che era inimmaginabile vent'anni fa, ora è diventato esperienza quotidiana: i servizi per la Salute Mentale sono entrati a pieno titolo in una rete di servizi territoriali, utilizzati ampiamente dalla popolazione, che vi si rivolge per i motivi più svariati, non soltanto per patologie psichiatriche definite, più frequentemente per un disagio caratterizzato da una "infelicità" esistenziale.

Questo dato indica certamente una capacità degli operatori di offrire un'immagine di presenza, di competenza e di efficacia ad affrontare numerosi problemi: un punto di riferimento di fronte ad una sofferenza allargata che prende la via dell'espressività psichiatrica. Questa estensione di richiesta di aiuto ai Servizi di Salute Mentale fa immediatamente riflettere sulle dimensioni di una disgregazione esistenziale e sulla perdita di capacità di comunicazione tra le persone, che sotto la spinta di una psicologizzazione sempre più diffusa, non riescono a darsi altra soluzione che non sia quella psichiatrica. Come operatori, quotidianamente ci troviamo di fronte a questa ampia "zona grigia" del disagio psichico e viene naturale ripensare alla frase di Michele "la psicanalisi non può candidarsi come ancora di salvezza, come sostituzione di ciò che non è avvenuto nel sociale..." che può essere estesa ad ogni tipo di risposta eccessivamente psicologizzante, vissuta come salvifica, che cada magicamente a risolvere problemi che andrebbero affrontati in un'altrove relazionale, dove invece c'è il vuoto. Perciò viviamo costantemente la contraddizione di fornire proprio una risposta psichiatrica, ben sapendo che non è la più adeguata: essa appare in certi casi l'unica che la persona riceverà, in sostituzione di altre, assenti nella rete familiare e sociale: una offerta terapeutica come unica forma di relazione possibile. Punto questo meritevole di attenta riflessione: è segno di vero benessere sociale ricevere aiuto solo attraverso la patologia?

Un altro elemento di contraddizione nella operatività quotidiana riguarda il rapporto tra la funzione terapeutica e riabilitativa - che caratterizza il rapporto con pazienti psichiatrici - ed il compito di controllo sociale. Con il passare degli anni dalla promulgazione della

legge 180, l'ottica di intervento è stata quella di offrire agli utenti possibilità riabilitative, con un impegno attivo in campo economico da parte dei Servizi, in vista della ricerca di possibilità di impiego. Il fiorire e lo svilupparsi delle Cooperative Sociali sul mercato del lavoro ha consentito buoni risultati, seppur parziali, permettendo un reinserimento sociale fattivo. Ma contemporaneamente non è venuto meno un compito di controllo sociale, seppure in forma medicalizzata: l'utilizzazione di schemi nosografici sempre più codificati, scale di valutazione dei sintomi e protocolli di comportamento ha come conseguenza l'oggettivazione della persona in aspetti funzionanti o non funzionanti. Concetto costantemente ripetuto, forse anche desueto: eppure esprime la tendenza della psichiatria a rivestirsi di panni più nuovi, moderni e scientifici in questi ultimi vent'anni, ma sotto i quali si ha di nuovo l'impressione di rivedere la persona "dimenticata", il sintomo riportato alla norma, la richiesta di aiuto incanalata verso la diagnosi. Non è una critica a noi operatori, ma la consapevolezza che anche quando ci muoviamo nel migliore dei modi, ed all'esterno l'intervento appare efficace, non possiamo sfuggire ai vincoli della normalizzazione.

Anche rispetto a questa considerazione scriveva Michele: "non abbiamo bisogno di una psichiatria che faccia sempre meglio, ma di una psichiatria che si faccia continuamente domande sul senso del fare". (M. Risso e P. Repetti, *Cronicità e Cronificazione*, Sapere, Agosto/Settembre 1981). Molto spesso i giovani operatori, di fronte ad una quotidianità inquietante, pongono una richiesta di acquisizione di tecniche specifiche, più che di capacità di ascolto attento; di controllo di se stessi più che di osservazione delle proprie difficoltà come lettura delle difficoltà dei pazienti. La conoscenza delle tecniche è importante, ma esse non danno risposte preconfezionate: occorre conoscerle bene per dimenticare la coazione ad aggrapparvisi.

Gianna Tangolo

MICHELE RISSO. LE RADICI DI UNA RICERCA

Dice bene Vittorio Lanternari nella sua "Nota su Sortilegio e Delirio di Risso e Böker" (da Michele Risso, Wolfgang Böker, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, Liguori Editore, Napoli 1992) quando afferma che "da un lato De Martino da antropologo si apriva a problematiche d'ordine originariamente psichiatrico, illuminandole di nuova luce attraverso la rivisitazione critica dei modelli teorici e cognitivi tradizionali, sotto l'effetto della comparazione interculturale e della contestualizzazione olistica, critica, dei fenomeni culturali analizzati. Risso viceversa si muove da psichiatra, per aprirsi al principio originariamente "antropologico" della contestualizzazione socioculturale e dell'allargamento della visuale diagnostica ...". E certo, Risso ha ripreso ed elaborato l'eredità demartiniana dando peraltro al suo approccio psichiatrico un andamento e un movimento divergenti rispetto alla psichiatria tradizionale. Mentre cioè in quest'ultima si evincono parametri diagnostici di carattere generale a partire da singoli casi o eventi, che diventano paradigmatici elementi del modello secondo una prospettiva centrifuga, l'etnopsichiatria si pone in termini per certi aspetti opposti. Seguendo una proiezione centripeta, legge come nell'individuo agiscono e interagiscono eventi sociali, storici, culturali, relazionali. La contestualizzazione dell'individuo e della sua storia è d'altra parte possibile solo in un dialogo articolato e intrecciato con altre discipline. La non chiusura al dialogo è stata un'altra caratteristica fondamentale della personalità di Michele Risso che non ha eretto steccati tra psichiatria e antropologia, tra psicanalisi e psichiatria, tra individuo e contesto, ambito sociale e culturale. Coerentemente al suo complesso approccio culturale (era infatti una persona straordinariamente eclettica), e alla sua sensibilità umana e politica, meno che mai poteva tollerare steccati e muri a separare le persone, a chiuderle fisicamente e simbolicamente.

La sua battaglia contro le istituzioni totali in questo orizzonte si iscrive. Ma lo sguardo all'Altro, attento anche a una cultura "altra", ai fenomeni di straniamento e di sradicamento che l'incontro con una cultura dominante pone - e a cui era stato sollecitato dai molti casi di immigrati italiani in Svizzera, raccolti nel volume sopra citato, ed efficacemente espresso nella bella metafora dell'alpinista proposta in "A mezza parete" (Delia Frigessi Castelnuovo, Michele Risso, *A mezza parete*, Einaudi, Torino 1981) -, consente a Michele Risso qualcosa di più della semplice accettazione/registrazione delle diversità culturali.

In questa continua ricerca, in questo spostarsi senza stanchezza si caratterizza e si connota il suo assolutamente innovativo approccio psicanalitico: "la psicanalisi non può candidarsi come àncora di salvezza, come sostituzione di ciò che non è avvenuto nel sociale, né come pratica di reintegrazione degli individui all'interno di quella stessa logica che li ha tenuti lontani come persone prive di destino. L'analisi non è la salvezza perché, in tal caso si costituirebbe, come tutte le salvezze, come luogo catechistico di liberazione, come promessa la cui realizzazione è legata al perpetuarsi di una fede.

Essa deve continuare a porsi come processo critico e contraddittorio vissuto nell'ambito di una relazione duale all'interno della quale è possibile la ricerca di un nuovo modo di relazionarsi agli altri e ai propri vissuti" (da Michele Riso, Paolo Repetti *Psicanalisi e Consumo: Metapsicologia e Metastoria*, *Giornale Italiano di Psicologia*. Volume VIII, n.1, aprile 1981).

Il suo è un approccio che rappresenta in definitiva un ritorno critico alle radici della propria cultura, in senso lato, e alla psichiatria e psicanalisi tradizionali, più nello specifico. E non è mai rifiuto semplicistico né ripiegamento difensivo. La connotazione dialogico-dialettica con l'Altro ne è infatti elemento, certo critico, e anche autocritico, che parte - per ritornarvi - da una profonda conoscenza del proprio bagaglio professionale e dei propri strumenti culturali.

Qui sta, a mio avviso, la straordinaria ricchezza di Riso e del suo costante impegno umano e politico; nel suo insegnamento stanno le risorse per affrontare i nodi centrali, le domande di fondo che l'oggi, attraversato e segnato dai grandi movimenti migratori, ci pone. E qui, in un dialogo sempre aperto con lui, sta anche un modo per capire quanto lo sradicamento, lo straniamento che investe il nostro mondo e noi stessi - nell'affannosa ricerca e nei tentativi di ricostruzione di modelli identitari individuali e collettivi - radicalizzi e renda più cogenti quelle stesse domande.

BIOGRAFIA

Michele Riso è nato a Boves nel 1927. Si è laureato in medicina e poi specializzato in neurologia e psichiatria a Torino. Dal 1955 ha lavorato in Svizzera dove, fino al 1963, si è occupato prevalentemente dei problemi della sofferenza mentale negli emigrati italiani. Quest'esperienza lo ha indotto ad elaborare un atteggiamento critico nei confronti della "psichiatria biologica" da un lato e dall'altro gli ha consentito un approccio più complesso, secondo direttrici di carattere antropologico. Da qui la sua ricerca sui 'deliri di affatturazione' degli italiani ricoverati negli ospedali psichiatrici svizzeri pubblicata nel 1964 in tedesco e nel 1992 in italiano (M. Riso, W. Böker, *Sortilegio e Delirio*, ed. Liguori, Napoli). Nel 1963, tornato in Italia e stabilito a Roma, approfondisce ulteriormente questi temi collaborando con Ernesto De Martino e con altri ricercatori quali Annabella Rossi e Lombardi Satriani. Questo percorso (interrotto, ma mai completamente abbandonato) si conclude con "A mezza parete", scritto poco prima della sua morte con Delia Frigessi Castelnuovo e pubblicato da Einaudi nel 1982. Ma il ritorno in Italia favorisce anche un altro rapporto, quello con Franco Basaglia. È questo un legame profondo, tanto più profondo, forse, perché non banalmente unanimitario, ma segnato da dissensi, discussioni, elaborazioni critiche, così come dal comune impegno nella lotta antiistituzionale. Michele Riso, tra i fondatori di "Psichiatria Democratica", è stata una figura centrale di quello straordinario movimento culturale, politico, sociale che ha poi portato alla 180. Ma un altro aspetto ancora, certo non marginale, caratterizza la sua figura: una pratica psicoanalitica "straordinariamente innovativa" giacché "la ricerca di Michele Riso non escludeva alcuno dei diversi aspetti della sofferenza" (G. Bignami). Ha collaborato a numerose pubblicazioni: ricordiamo il prezioso contributo a "Che cos'è la psichiatria", edito da Einaudi nel 1973, quello in "Psicologia e psichiatria", Bulzoni, 1981, *Psicanalisi e Consumo: Metapsicologia e Metastoria*, *Giornale Italiano di Psicologia*, 1981, oltre ai puntuali interventi sulle riviste *Sapere*, *Rinascita* e su alcuni quotidiani. Michele Riso ci ha lasciati nel 1981.



FARFALLE, UOMINI E TOPI. CIOÈ: A CIASCUNO IL SUO FARMACO, NATURALMENTE

(Michele Riso, da il manifesto del 19 settembre 1979)

Ricordo una vecchia storiella. Il padre vuole educare il figlio púbere alla vita sessuale. Gli dice: "Ricordi quella gita in montagna, tu ed io, soli, nella bufera? Ricordi come trovammo rifugio in quella baita dove c'erano, sole, madre e figlia? Tu giacesti allora, figlio mio, con la giovinetta, ed io con la di lei mamma. Ebbene, figliolo, le farfalle fanno la stessa cosa".

La storiella mi viene in mente, riferita a tutt'altro contesto, leggendo l'articolo - intervento di Gian Luigi Gessa, direttore dell'istituto di farmacologia dell'università di Cagliari, a proposito della ricerca biologica nelle malattie mentali (il manifesto, 31 agosto '79). L'autore, a sostegno della tesi, peraltro inoppugnabile, che il biologo può essere storicamente determinato e che il sociale può indurre modificazioni e danni biologici, dice: "Per esempio, se si pongono dei topi in condizioni di sovraffollamento, o di isolamento, si producono delle alterazioni neurochimiche, anche irreversibili, che producono un comportamento alterato e che i farmaci possono prevenire o "curare". Negli animali di laboratorio, perfino una dieta non equilibrata somministrata alla madre può indurre modificazioni irreversibili sulla composizione chimica del cervello dei figli, che si traducono in un comportamento alterato dell'adulto" (le sottolineature sono mie). Si potrebbe dire che sembra poco opportuno fare esperimenti in laboratorio quando, per ciò che riguarda l'uomo, il sovraffollamento e l'isolamento sono sotto i nostri occhi, "in natura" (si fa per dire), nei ghetti urbani, nei vetusti manicomi, nelle carceri, negli ospizi, nella vita desolata degli emigrati, nella solitudine di molti vecchi e di molte casalinghe. Per quanto riguarda, poi, gli esperimenti con dieta non equilibrata, basta pensare alle plaghe depresse del terzo mondo, dove gli squilibri dietetici si chiamano fame cronica; e toccare con mano le radici storico-biologiche della qualità della vita di milioni di persone che vegetano sonnolente agonizzando ai limiti della sopravvivenza.

A questo punto, un assurdo suggerimento. Perché non esaminare sperimentalmente in laboratorio le condizioni neurochimiche, il substrato del comportamento di un topo che vive "libero", con la possibilità di entrare ed uscire a piacimento da una grande gabbia, cibo in abbondanza, vita sessuale soddisfacente, passeggiate tonificanti, lunghi sonni ristoratori. E un balconcino dal quale osserva gli altri topi in condizione sperimentale di sovraffollamento o di isolamento.

Ora, a prescindere dal substrato biochimico, chi vorrebbe modificare con farmaci opportuni il comportamento del topo in oggetto? In altre parole, non è il caso di far ballare i topi, basta aprire gli occhi e guardarsi intorno.

Ma Gessa mi dirà che sa benissimo tutte queste cose e che ne tiene ovviamente conto: a lui interessa, e ciò che scrive ne dà testimonianza, il comportamento alterato ed il substrato neurochimico di questo. Qui, a mio avviso, gli occhi bisogna tenerli aperti

riguardo alle conseguenze degli esperimenti in animali da laboratorio, nei quali si riscontrano, in condizioni di stress (e qui non il passaggio dal sociale al biologico, ma il salto dalla realtà sociale alla ideologia biologica) modificazioni neurochimiche; modificazioni che producono un comportamento abnorme; comportamento che può essere "preventivamente" impedito o "curato" con farmaci opportuni. Fin qui nulla di male, siamo in laboratorio. Ma è tuttavia strano che in laboratorio si cerchino le radici storico-biologiche dello stress da sovraffollamento e da isolamento e si sperimentino prodotti chimici adatti per la "prevenzione" e la "terapia". Per impiegarli, poi, come, questi farmaci? Per i milioni di roditori che, nelle grandi città, vivono, è noto, in spazi esigui e inospitali (topaie) o isolati nelle plaghe deserte del sottosviluppo? Credo di no.

Non voglio dire con questo che gli psicobiologi intendano "curare" con farmaci chi vive oppresso per la mancanza di spazio o chi soffre per l'isolamento. Questo, però, succede, eccome. Perché, nella fattispecie, chi va dallo psichiatra non dice che è pigiato con gli altri; dice che è irritato, labile, insofferente; e la casalinga cinquantenne isolata o il vecchio pensionato solo non dicono "sono una donna che fa una vita senza senso, sono un vecchio che non serve più a nulla"; ma dicono "al mattino non mi va di alzarmi, tutto mi costa una immensa fatica, non riesco a concentrarmi su nulla, mi addormento come un sasso e mi sveglio nel bel mezzo della notte...". Lo psichiatra potrà, ovviamente, porre delle domande, voler sapere come in realtà vivono queste persone, chiarire quali sono le radici dell'oppressione e dell'emarginazione. Dopodiché, più o meno convinto e costretto, prescriverà ansiolitici e antidepressivi. Nel talloncino di accompagnamento dei farmaci non sarà certo scritto che tali prodotti servono contro il sovraffollamento o l'isolamento, ma si elencheranno i sintomi sui quali le sostanze prescritte agiscono, ansia, irrequietezza, apatia: sintomi riscontrati negli animali da esperimento che presentano, appunto, alterazioni neurochimiche dovute allo stress descritto.

Abbiamo quindi scienziati che hanno dimostrato in laboratorio che il sociale incide sul biologico; ma abbiamo, al tempo stesso, un "substrato" biologico sperimentale che giustifica l'uso del farmaco. Farmaco che può essere usato, è vero, per lenire la sofferenza: ma che viene usato, in una stragrande maggioranza di casi, per occultarne le cause; comportamento storicamente determinato, così come è storicamente determinata l'oppressione e l'emarginazione delle persone malate, inutili, improduttive, in un mondo dove è proibito ammalarsi, pena la "terapia"; dove la sofferenza viene lenita, sì - e imbavagliata.

A ciascuno il suo, quindi, in questo mondo dove si sa tutto sul sintomo, salvo togliergli costantemente la parola.

A ciascuno il suo farmaco, naturalmente.

APPENDICE 2

(M. Risso, W. Böker, ed. Liguori, Napoli 1992)

"Gli uomini badano, in genere, soprattutto a che cosa si dice. Così accade spesso che analista e paziente, una volta chiarito ciò che a vicenda dicono, credono di comunicare. Può darsi che comunichino, ma probabilmente non attraverso ciò che dicono". (da una lettera di un paziente)

Noi sappiamo sempre di più "di che cosa si tratta", sempre meglio "come si fa": purtroppo non sappiamo con altrettanta sicurezza perché i nostri pazienti guariscono, o migliorano, o non guariscono.

Chi abbia conoscenza di interventi psicoterapeutici nel mondo magico sa che, in buona parte di casi, le parole, le formule espresse da uno stregone, da un guaritore non vengono comprese razionalmente dal paziente e tuttavia hanno su di lui un'azione che non può semplicisticamente essere definita solo come "suggestiva". A questo punto ci si potrebbe domandare se non succede qualcosa di analogo - mi sia concessa questa eretica ipotesi - in psicoanalisi. È d'altra parte evidente che gli psicoterapeuti, soprattutto nella cura di stati psicotici, entrano con i loro pazienti in un mondo in cui le parole sono insufficienti ed inadeguate - e tuttavia debbono essere usate - e le sensazioni ed i ricordi rimangono confusi. È il mondo dell'angoscia, dell'estasi, della carenza, tanto più significativo quanto meno il paziente può comunicarne verbalmente ed il terapeuta interpretare.

Mi sembra discutibile, a questo punto, che lo psicoanalista abbia il diritto di usare la sua martellante, schematica interpretazione; che potrà forse riuscire a persuadere il paziente, ma che in prima linea serve a rassicurare il terapeuta, per dire a se stesso che conosce il preciso significato di ciò che, da parte del malato, gli viene incontro come angosciata minaccia che vorrebbe respingere o come insistente richiesta che non può essere soddisfatta. Minaccia e richiesta rivestite inadeguatamente di espressioni verbali. Bisognerebbe, a mio avviso, in questa situazione, rispondere in un modo che corrisponda alla sensibilità del paziente, anche se l'espressione verbale del terapeuta rimane altrettanto incompleta e frammentaria.

Credo che la consapevolezza di questo limite e della necessità di verbalizzare, da entrambe le parti, qualcosa che precede il mondo della parola, costituisca la base di quella comunicazione che, in mancanza di un'adeguata possibilità di espressione verbale, nasce nell'ambito preverbale e rimane essenzialmente preverbale. Su questa comunicazione si fonda, senza dubbio, un sostanziale valore terapeutico; poiché se paziente e terapeuta accettano questa funzione sono molto più attenti al contenuto affettivo della parola, che non al suo significato rigorosamente e spesso miseramente formale. Questa osservazione non vuole essere interpretata come una romantica attrazione per l'irrazionale, ma sottolinea la coscienza di trovarsi di fronte ad un confine, la cui consapevolezza non pone solo un limite ma schiude, anche, prospettive alle quali il nostro atteggiamento scientifico non riesce ad avvicinarsi.

INTERVENTO SUGLI OPERATORI PSICHIATRICI

"Paese Sera" del 17 ottobre 1981 anticipa la pubblicazione dell'intervento di Michele Risso sugli operatori psichiatrici nella società di oggi, apparso poi nel volume "Psicologia e psichiatria", a cura di Vincenzo Caretti e Giovanni P. Lombardo, edito da Bulzoni.

Nell'Enciclopedia Einaudi, alla voce "Culturale materiale", si legge: "il progresso materiale è forse l'unico progresso certo. Se non c'è il minimo dubbio sul fatto che l'uomo abbia accresciuto la sua padronanza sul mondo (...), non è certo che abbia aumentato la sua padronanza su se stesso" (Richard Boucaille e Jean Marie Pesez: Enciclopedia Einaudi, vol. 4, pag. 301). Per ciò che riguarda la padronanza su noi stessi, l'unica cosa certa è che questa comporta prezzi altissimi. In compenso, non c'è dubbio che la conoscenza che l'essere umano ha di sé e dell'altro si è approfondita e che aumentato è il bagaglio di conoscenze nel campo delle cosiddette scienze umane. Ciò purtroppo non corrisponde ad una crescita del benessere psichico soggettivo e collettivo, al contrario; ma questo non significa, necessariamente - come alcuni in modo sbrigativo vorrebbero - che le conoscenze di cui si parla siano infondate o campate in aria; può significare, tuttavia, che il loro accumularsi vada di pari passo con la presa di coscienza dell'aumento del disagio che tutti ci riguarda; e che, forse, da questo disagio in buona parte derivi. Interpretare un disagio non vuol dire, purtroppo, avere in mano la ricetta della cura. Quello che noi sappiamo non può nulla non dico per sanare, ma per arginare il crescente malessere in cui viviamo

Tuttavia, nel nostro agire - e parlo qui di un agire specifico, come psichiatri, psicoterapeuti, psicologi - dobbiamo, lo sottolineo, fare riferimento a conoscenze che hanno un risvolto operativo, che vengono tradotte in tecniche di intervento, in pratiche di cura (inteso, quest'ultimo termine, come tendenza, non come escatologica aspettativa).

Ora, la domanda: quale cura, se il disagio di fondo rimane immutato? Quale intervento se la ben nota qualità dei rapporti tra gli esseri umani ne esce intoccata? Non si elimina il sospetto che le conoscenze si accumulino e si affastellino indipendentemente dalla fondatezza del messaggio scientifico originario, ma secondo il loro aderire ad una logica che le vuole applicate come provvedimenti che finiscono per mantenere inalterate le cose fornendone diversificate spiegazioni, interpretazioni, giustificazioni. La applicazione delle tecniche appare, così, neutrale in quanto il suo effetto rimane del tutto neutro per ciò che riguarda i mutamenti essenziali (e non di superficie) a livello individuale e collettivo.

Chi ha avuto la spregiudicatezza di affrontare il problema dell'effetto a distanza dell'applicazione di varie tecniche di intervento in psicoterapia è giunto a conclusioni abbastanza sconcertanti: sembra che, quanto ai risultati, le tecniche usate abbiano carattere di intercambiabilità. Questo non vuol dire che, per quanto riguarda le discipline che sottendono le tecniche, "una valga l'altra"; ma che l'intervento tecnico incide probabilmente molto meno di quanto si pensi sulla evoluzione del male; essendo

quest'ultima influenzata al contrario e molto di più dal rapporto che ha l'intervento tecnico con il contesto dei valori e delle regole sociali in cui esso si situa.

L'evoluzione del malessere - il suo aumentare o diminuire - dipende quindi non ultimo dal potere reale che hanno le conoscenze acquisite nel campo delle scienze umane nei confronti del potere preconstituito che le vuole al proprio servizio. Ora, il potere conferito alle persone che detengono queste conoscenze è scarso e consiste, soprattutto, nell'attuarsi di quella trasmissione verticale delle conoscenze stesse, in ragione della logica dei ruoli.

Tale trasmissione, poi, non avviene nella pratica del lavoro quotidiano - in tale caso non sarebbe più verticale -, ma in sedi che sono lontane dai servizi in cui questo lavoro si confronta con l'urgenza dei bisogni. Le tecniche, calate dall'alto nella realtà dei servizi, rischiano di indurre bisogni e di non rispondere alla domanda di cura. Prova di questo può essere l'indagine multicentrica condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che suggerisce la conclusione seguente: il tipo di risposta dei servizi non solo determina la domanda degli utenti, ma può favorire processi di cronificazione della malattia che si vuole curare. In altri termini: la distorta risposta dei servizi traduce il disagio in malattia e coagula la condizione di sofferenza in uno stato definitivo che richiede non più cura ma assistenza, non più intervento preventivo ma gestione routinaria.

Ancora una volta la domanda: quale cultura e per quali operatori. La situazione italiana si trova, mi sembra, su un crinale abbastanza rischioso. Da un lato, le esperienze di lotta ai manicomi - una pratica che ha avuto grande importanza politica e sociale - mostrano appena ora il loro peso come rottura di paradigmi della tradizionale psichiatria, come messa in discussione del concetto di decorso e di cronicità delle malattie mentali, pur non formulando teorie di interpretazione alternativa. Inoltre esse possono essere applicate solo in parte e con difficoltà nel nuovo lavoro sul territorio e non sono in grado di rispondere da sole alle domande urgenti di cura e di presa in carico che non vengono più orientate verso il manicomio, come in precedenza.

D'altra parte queste esperienze rifiutano un intervento tecnico codificato da calarsi acriticamente nei servizi; tale intervento si propone tuttavia come ineliminabile (il che non vuol dire che debba essere paracadutato verticalmente nei servizi).

C'è quindi il pericolo di una dicotomia: l'angolo della forbice tende ad allargarsi. Da un lato, servizi condotti secondo criteri non codificabili, dove l'inventiva ha ormai poco spazio e la creatività si scontra con gravi problemi assistenziali e di gestione; dall'altro luoghi di formazione teorica degli operatori che forniscono conoscenze disarticolate da una concreta pratica di lavoro.

Il problema da risolvere è, mi sembra, quello della saldatura - non dell'accostamento - tra servizi e luoghi di formazione degli operatori. Come questo sia possibile non so, né ho l'autorità né la competenza per dire come. Mi sembra inoltre che sia inevitabile partire dai servizi e dalla pratica di lavoro in essi svolta. Se è vero - ed è ormai provato - che la risposta dei servizi condiziona non solo la domanda degli utenti ma il decorso di quel disagio che l'utente presenta ai luoghi deputati alla prevenzione ed alla cura, appare inutile e dannoso l'immettere dall'alto nei servizi moderne tecniche di intervento e senza un piano organizzato di verifica critica.

D'altra parte, è necessaria una formazione teorica degli operatori che non sia una trasmissione verticale di "nuove" conoscenze da tradursi in tecniche. Sinora, nel mondo delle sincronie convulse, dei "valori" che si intrecciano nella loro interscambiabilità, troppo poco spazio ha avuto la attenzione diacronica e la fatica a questa connessa. E' importante prima di tutto sapere come e dove e quando nasce un messaggio scientifico; in seguito, come "correttamente" lo si può applicare in campo tecnico.

Paradossalmente, il sapere non porta all'operare immediato, ma ad una critica dell'operare stesso. Se ci si prende la briga di osservare le cose da vicino, ci si rende conto che il nuovo riluce molto meno di quanto vorrebbero i predicatori della novella. E che il vecchio è infinitamente tenace e radicato proprio negli strati sottostanti la coscienza di chi rappresenta, appunto, le "ultime novità", con fiducia nelle magnifiche sorti e progressive.

Mentre parliamo qui di formazione di operatori - riprendendo un tema che fu ampiamente trattato a Gorizia nel 1974, nel convegno "La pratica della follia" i cui atti sarebbe forse opportuno rileggere; e a Trieste nel convegno del Reseau del '77, per non dire di altre sedi come Pordenone, Perugia, Bologna, recentissimamente -, a S. Maria della Pietà, a distanza di quasi tre anni dalla legge 180, ci sono 1100 malati, dei quali la percentuale di "ospiti" è del tutto esigua (poco più di 50) con circa 500 infermieri, 100 ausiliari, una trentina di medici immersi in una situazione che non presenta accenni al cambiamento; molti dei malati sono ancora legati ai letti, sembra che la loro cura e la loro liberazione siano eventi che appartengono ad un improbabile futuro. Allora: quale formazione, di quali operatori? Che cosa fa, che cosa non fa l'Ente locale? Che cosa esita a fare, che cosa si rifiuta di fare? Quali le responsabilità, le inspiegabili inerzie?

Inoltre: ormai, da tutte le parti si è concordi nel dire che i problemi dello specifico sono secondari ai problemi sociali e di struttura; che i nodi, in altri termini, stanno altrove. E tuttavia si assiste a un fenomeno strano: che lo specifico apparente, diversificato cavallo di Troia, entra nei servizi secondo una strana logica: l'apprendimento delle tecniche - non delle conoscenze -, l'adesione alle varie ideologie sociopolitiche, psicanalitiche, relazionali, comportamentali, ecc., sta diventando elemento qualificante per chi voglia trovare accesso al lavoro più o meno retribuito nei servizi. La mano sinistra, volta alla critica del sociale, ignora ciò che fa la destra, intenta ad una "formazione" di operatori che sarebbero forse da discutere. Certo, questo non vuol dire partecipazione delle conoscenze (l'espressione suona addirittura vetusta), ma redistribuzione del potere, relativo, appunto, alla formazione cosiddetta. Potere limitato, a mio avviso miope, anche se nella apparenza gratificante.

CRONICITÀ E CRONIFICAZIONE

(Michele Riso e Paolo Repetti, su *Sapere* - Agosto-Settembre 1981 - pag.53-56)

"Senza speranza non è la realtà ma il sapere che - nel simbolo fantastico o matematico - si appropria la realtà come schema e così la perpetua" (Horkheimer e Adorno 1947).

A partire da queste parole si sarebbe tentati di pensare che ancor prima che nella pratica medica, nella stessa "volontà di sapere" si annida il rischio di ogni cronificazione. Per "conoscere" la realtà occorre interrompere il viaggio, farla passare attraverso le maglie di un sapere che in qualche modo la "inchioda" per poterla assumere come oggetto di discorso. Il marxismo a suo tempo e la stessa scuola di Francoforte, hanno messo bene in mostra che la realtà che scorre nei binari ciechi di certe scienze non è altro che ideologia e cioè perpetuazione di una visione distorta del reale. D'altra parte, la critica dell'ideologia non di rado si è appoggiata, per smascherare la tendenza di ogni sapere a fondarsi dogmaticamente, su una logica unidirezionale che voleva demistificare gli inganni, scovare le interdizioni, denunciare le repressioni di certe pratiche discorsive: riuscendo tuttavia raramente a descrivere e spiegare i meccanismi tramite i quali queste pratiche si affermano, producono un sapere, degli effetti di verità, un sistema di enunciati con tutte le conseguenze pragmatiche e teoriche che questo comporta. Da questo punto di vista una ricerca sul concetto di cronicità nelle malattie mentali, non può risolversi, almeno da parte di chi ne mette in dubbio la validità, in una semplice accusa a quel potere che servendosi del discorso psichiatrico, controlla, isola, rinchiude la follia nel tentativo di "guarirla". Essa deve essere in grado di ricostruire la rete dei presupposti culturali che la psichiatria assume come pertinenti nel momento in cui, costruendo il suo malato-modello e le tecniche per intervenire su di lui rende possibile un sapere della cronicità. Interrogando la psichiatria lungo il versante della sua storia si può notare come di fronte a un comportamento deviante che non muta, che persiste e non si modifica essa non sceglie di analizzare il proprio "sguardo" e i criteri e i parametri che esso utilizza per poter dire che qualcosa non muta; essa sceglie la fissità di una definizione, di un nome: cronicità. Da allora quel comportamento non parlerà al suo orecchio (ma sarebbe più corretto dire al suo occhio) se non con la voce che essa le ha dato, voce che confermerà l'esattezza della diagnosi e il pessimismo della prognosi.

Il corpo del malato diviene dunque il teatro di una verità contenuta negli schemi di un sapere quantificatore che riduce un comportamento deviante nelle formule di un lessico biologico-evoluzionista che parla di fasi acute, transitorie, cicliche ecc... Preso all'interno di questa morsa il folle non ha che una alternativa: o "guarire" o diventare cronico sapendo che, inserita nello spazio linguistico della medicina, la guarigione non sarà altro che il corretto funzionamento di un organismo secondo il modello della macchina.

Non si può, infine, non sottolineare che in psichiatria la diagnosi di cronicità si caratterizza molto meno per ciò che consente di sapere che per ciò che permette di fare: l'aspetto cognitivo è schiacciato da quello pragmatico, il mandato della scienza da quello

sociale². L'ospedale psichiatrico è il luogo in cui tale concetto dimostra la sua forza operativa. Il manicomio, infatti, non "attende" (ad) altro che (a) dare uno statuto definitivo a quel brulicare informe che è la follia vista dalle sponde tranquille della normalità. L'Ospedale e il cronico si strutturano dunque a loro reciproca immagine e somiglianza: al loro interno non "succede niente" o meglio, ciò che succede è niente; il loro tempo non si definisce a partire da un'azione o da un processo, ma da una stasi e da una persistenza. Il concetto di "cronicità" è stato, fin dalle origini della psichiatria, l'elemento fondante per una definizione, la più oggettiva e ristretta possibile, della follia. Verso la fine del '700 Vincenzo Chiarugi inizia il suo trattato sulla pazzia scrivendo: "La voce toscana pazzia, che a quella di saviezza si contrappone nel suo più stretto e vero senso significa: un delirio cronico e permanente". La cronicità è dunque l'elemento pertinente per distinguere "le semplici leggerezze di spirito" dalla follia. Per spiegare compiutamente questa distinzione il Chiarugi fa sua la definizione di Girolamo Fracastoro, vissuto nel 1300. "Insanus is erit, qui aetate ac tempore debito, et per se, non momentaneam et fugacem, sed confinatam impotaentiam habeat operandi circa intellectum". "Per se", vuol dire, appunto, per cause legate esclusivamente al soggetto: il termine "confinatam" può essere tradotto con "che gli è propria", "connaturata". Seguiamo ancora il Chiarugi: "È solo la persistenza ad agire contro il costume e la ragione che ce li fa riconoscere come pazzi...". "... Così debbono essere escluse dal rango di pazzia, in quanto al tempo, quelle forme di delirio degli ubriachi, dei sonnambuli e dei fissati che fuori di queste circostanze non penserebbero o agirebbero come si vedono in certi momenti pensare e agire...". Allo stesso modo: "Le febbri che danno delirio non nascono da un cronico attacco diretto al cervello, e si dileguano al cessare delle affezioni primarie". Inoltre: "Se si conoscono le cagioni di un comportamento, esso apparirà ragionevole anche se in superficie può sembrare pazzo". Quindi: "... gli appassionati... possono essere considerati pazzi solo nel caso che sia una passione senza intervalli continuata..". Non possiamo quindi parlare di follia "... in tutti quei casi in cui manca quel carattere di cronicismo che alla pazzia è essenziale". Follia è dunque ciò che dura nel tempo indefinitamente. Quando la persistenza di un comportamento deviante è tale da far escludere che esso sia una reazione ad una causa esterna (sia essa una febbre o una costrizione esistenziale) allora la causa non può che essere ricercata in un'alterazione connaturata appunto al soggetto. Siamo alla fine del '700: l'estendersi dei grandi agglomerati urbani, l'afflusso dalle campagne, la nuova organizzazione del lavoro, i radicali mutamenti della vita sociale impongono la necessità di una gestione organizzata della follia. Prima confuso tra delinquenti, vagabondi e prostitute, ora degno di attenzione medica, il folle viene liberato dalle catene. Nel corpo di questo essere strano, la malattia circola alla ricerca di un "dove" organico, dato che sofferenza e alterato comportamento non possono continuare a proporsi indefinitamente come tali e devono essere compresi in un fenomeno "universalmente" oggettivabile. La psichiatria non si domanda molto sul perché e sul come della follia e si concentra per sapere cosa il folle ha. In attesa di un giudizio medico illuminante, agirà tuttavia un pregiudizio sociale, una discriminazione che si rivolgerà soprattutto al comportamento deviante. Il folle disturba, è imprevedibile, non lavora, ha bisogno di assistenza. I perché rimasti senza risposta confluiscono in un dove istituzionale, nell'ospedale psichiatrico. Ospedale che si organizza, e si struttura nel solco dell'ideologia medica. Citiamo Foucault: "Strumento di osservazione, l'ospedale -

L'Autore si riferisce alla clinica medica - doveva essere il luogo in cui tutte le malattie potevano essere classificate le une rispetto le altre, confrontate, distinte, raggruppate in famiglie, ciascuna poteva essere osservata nei caratteri specifici, seguita nella sua evoluzione, individuata per ciò che poteva avere di essenziale o di accidentale. L'ospedale: orto botanico del Male, erbario vivente dei malati... Ma per un altro verso si presumeva che l'ospedale esercitasse un'azione diretta sulla malattia: non solo permetteva di rivelare la propria verità agli occhi del medico, ma le permetteva anche di produrla (il corsivo è nostro)... infine nella sua verità fino a quel momento impedita e ostacolata"5. Nel secolo XIX i manicomi contengono persone aventi in comune comportamenti affini nella devianza psicologica e sociale. Nel manicomio avviene la trasformazione del messaggio dell'alterato comportamento e della sofferenza nel sintomo della malattia che si ripeterà, con l'aiuto dell'artificio asilare, agli occhi dello psichiatra. Ciò darà conferma della fondatezza di una ipotesi che diventa diagnosi, di un fatalismo naturalistico che diventa prognosi e della apparente spontaneità di un decorso in realtà fortemente condizionato dall'isolamento e dalla violenza. La psichiatria sembra chiusa nella contemplazione di una malattia la cui evidenza è alimentata dallo stesso sapere psichiatrico. Questo non può fare altro che osservare il paziente attraverso il filtro delle norme prescrittive (cioè sociali) le cui infrazioni verranno interpretate come trasgressione di norme costituite (cioè biologiche). Due i binomi in questione: norma-devianza e salute-malattia.

L'osservazione psichiatrica convoglierà nel letto della clinica le alterazioni del comportamento tenendo un occhio chiuso sulle contraddizioni della realtà sociale, dato che l'altro deve rimanere ben aperto e vigile sul sintomo (e sul microscopio). Il sintomo - in realtà il comportamento deviante a livello sociale, interpersonale, intrapsichico - verrà considerato esclusivamente come la materializzazione di una mancanza rispetto ad un ideale: la salute. Così il binomio norma-devianza non compare sulla scena della grande rappresentazione clinica degli asili; e il muro dell'ospedale nasconde ciò che in realtà in esso avviene: il controllo e la custodia di elementi che disturbano il vivere sociale. L'osservazione clinica si concentra sul sintomo: su di esso si elabora un tipo di sapere (di natura classificatoria); ma non si concede al sintomo alcun tipo di sapere. Così il malato entra in un mondo in cui il futuro esiste già e sta scritto sui libri di un altro che lo osserva.

Lo sguardo oggettivante della medicina priverà dunque il mondo del folle (il suo discorso) della possibilità di essere visto come creazione umana (come un qualcosa che contenesse una "verità" da ascoltare) e tenderà di assimilarlo al mondo della natura.

A questo punto cosa può voler dire cronificazione? Potremmo dire che si tratti della reificazione forzata e quantificante della qualità di un comportamento - la follia - che si ripropone nel tempo. Ma la reificazione può avvenire soltanto localizzando nello spazio e misurando nel tempo, appunto, questa qualità; lo spazio - chiuso - è l'ospedale; il tempo è scandito dalla osservazione medica. Ora, reificazione è traduzione di qualità in quantità e trasformazione di comportamento in sintomo; nel tentativo di riportare il sintomo all'organo malato. Cronificazione è osservazione distorta e accurata della "cronicità" di una particolare condizione umana - e sottolineiamo la contraddizione dei termini cronicità e condizione umana nel tentativo di vederla naturalisticamente come uno stato. In altre parole, la cronificazione è conseguenza di un atteggiamento di chi osserva nei

confronti di chi è osservato. È chiaro che qualcosa non può diventare cronico per qualcun altro se non attraverso la mediazione di un codice; ed è superfluo aggiungere che le regole del sistema di significazione le stabilisce chi osserva. Ora l'ideologia della cronificazione consiste nel presentare come motivato il rapporto tra gli elementi associati dal codice quando invece esso è arbitrario. L'attestazione della cronicità è sottesa dunque all'elaborazione di una griglia ermeneutica tramite la quale si assumono come pertinenti del comportamento di una persona alcuni tratti (sintomi) ai quali si assegnano modalità di esistenza secondo una logica naturalistico-evoluzionistica: il tratto cresce, permane, si stabilizza, si modifica, sparisce, ricorre, ecc... La diagnosi di cronicità sancisce la definitiva esclusione del malato di mente dal consorzio sociale, la sua pietrificazione in un mondo senza storia nel quale il cambiamento viene visto come un incidente in una struttura che non prevede modificazioni. Occorrerebbe interrogarsi, infine, sul motivo per cui la maggior parte dei pazienti che diventano cronici nell'ospedale psichiatrico provengono dalla grande area dell'emarginazione sociale. Non si vogliono qui stabilire in modo meccanicistico nessi causali diretti fra emarginazione e malattia. Certo è che un percorso molto breve separa l'esclusione da un ciclo produttivo, dall'esclusione dalla vita sociale: gli inabili al lavoro diventano inabili alla vita e la diagnosi di cronicità consente di rimuovere una contraddizione propria del sistema sociale e di tradurla in un'entità diagnostica, medica che dia uno statuto definitivo a quell'improduttività che, alle soglie del sociale, rischia di rimanere incontrollata. Privati dunque della possibilità, di elaborare un qualsiasi progetto, abbandonati a se stessi, spesso soli e senza più legami famigliari, questi pazienti finiranno la loro vita nell'ospedale psichiatrico con la qualifica di malati mentali cronici: ci si chiede se la vera malattia cronica non si trovi, fuori dal loro corpo, nella loro condizione sociale, prima e nella struttura che li ospita, dopo. A un secolo di distanza da Chiarugi, Kraepelin dividerà le malattie mentali in "curabili" (quelle dipendenti da cause esterne) e "incurabili" quelle causate da fattori costituzionali innati, endogeni. Secondo Kraepelin alcuni pazienti guariscono naturalmente (i malati maniaco-depressivi), altri, altrettanto naturalmente, non guariscono o peggiorano. Non solo l'esito della malattia incurabile - *dementia praecox* - è preconstituito, ma così pure il suo corso. Uno dei punti caratteristici del sistema kraepeliniano è l'atteggiamento prognostico, strettamente collegato alla diagnosi.

Si diagnostica la prognosi e, se la prognosi si dimostra da ultimo esatta, anche la diagnosi viene considerata esatta.

Giusta quindi l'osservazione di Foucault: il medico è convinto che l'ospedale permetta alla malattia di rivelare la propria verità, di produrla addirittura. Lo psichiatra sembra non essere sfiorato dal dubbio di coltivare una serra dove le piante degenerano secondo un progetto che è, almeno in parte, nella mente dello psichiatra stesso.

Sono passati cento anni dall'epoca di Chiarugi. Nella apparenza non è cambiato molto. Nella sostanza è stato fatto un salto enorme. Chiarugi dice: folle perché cronico. Kraepelin dice: cronico perché folle: demente precoce.

Dopo Kraepelin, Eugen Bleuler, nel 1911, sostiene testualmente: "L'osservazione che una malattia acuta può avere come conseguenza un danno permanente dell'organo colpito non ha trovato in nessun campo un significato così grande come in psichiatria. Le malattie "incurabili" riempiono da sempre i nostri asili. Così col tempo è andata formulandosi una delle domande più roventi della psichiatria: quali delle forme acute confluiscono in stati finali incurabili e quali no?". Non si parla di cronicità in modo generico, come a suo tempo Chiarugi. Si parla di acuzie e di cronicità, in senso strettamente medico. I termini rieccheggiano quelli di infiammazione, restitutio ad integrum, degenerazione, correntemente usati in medicina. L'atteggiamento è pessimistico. Ancora Eugen Bleuler: "Non ho mai dimesso uno schizofrenico nel quale io non potessi riscontrare ancora chiari segni della malattia e sono ben pochi i casi in cui quei segni, in virtù, debbono essere (accuratamente) cercati". Il concetto di endogenità influenza non poco anche Freud. Siamo nel 1914, e si tratta dell'Introduzione al Narcisismo: "... Si trattò di fare collimare ciò che sapevamo della dementia-praecox (Kraepelin) o della schizofrenia (Bleuler) con le premesse della teoria della libido. I malati di questo tipo, che ho proposto di definire parafrenici, presentano due tratti caratteristici fondamentali: il delirio di grandezza e il distacco del loro interesse da persone e cose del mondo esterno. In virtù di quest'ultimo mutamento essi si sottraggono all'influsso della psicanalisi e diventano così inaccessibili agli sforzi che facciamo per curarli".

Questa affermazione di Freud influenzerà per almeno trent'anni l'atteggiamento degli psicanalisti nei confronti della possibilità di una psicoterapia delle psicosi.

La psicanalisi, quindi, ai neurotici, l'ospedale psichiatrico agli psicotici. Intanto l'unica cosa che si sa sulle psicosi endogene è che sono, appunto, endogene. Manfred Bleuler: "Quando oggi si parla di disturbi mentali "endogeni", si intende, prima di tutto, malattie mentali di origine sconosciuta...". K. Jaspers, sullo stesso tema: "Il concetto di endogenità, usato più spesso di quanto dovrebbe avvenire in senso del tutto generico, non è altro che un velo che nasconde il nostro non sapere". E tuttavia la psichiatria si comporta come se sapesse; o come se fosse in attesa di sapere definitivamente. Ancora Jaspers, pur criticando il materialismo manicheo della psichiatria, dirà: "La grande importanza pratica della acquisizione di conoscenze dei meccanismi somatici che, con tutta probabilità e soli permetteranno forse in futuro una influenza terapeutica coronata da successo - una guarigione radicale...".

Al come se clinico, origine della prima cronificazione, farà seguito il come se terapeutico, sommandosi come rinforzo al processo in precedenza descritto. Non è nostra intenzione polemizzare qui sul fondamento dei trattamenti somatici in psichiatria; né intendiamo discutere il loro effetto sul sintomo. Ciò che ci interessa è il meccanismo di rinforzo del processo di cronificazione attraverso il silenziamento sintomatologico. Vogliamo dire che le tecniche di silenziamento sintomatologico - tutte le terapie somatiche lo sono - fanno parte di un circuito che si autoalimenta, nel senso che gli interventi "terapeutici" danno conferma di una nosografia che è - certamente in gran parte - frutto di un processo ambientale di cronificazione. I risultati degli interventi vengono riferiti a pazienti acuti, subacuti, cronici, visti in seguito come guariti, migliorati, invariati, attraverso accurate ricerche statistiche. E si tratta sempre, tuttavia, di malattie di cui non sappiamo nulla e di condizionamenti ambientali negativi di cui si riconosce sempre più l'influenza; e di

"terapie" prive di fondamento scientifico ed il cui meccanismo di azione rimane nel buio. Per concludere: abbiamo visto che la patogenesi e il decorso di malattie delle quali ignoriamo l'origine vengono influenzati dall'atteggiamento di chi diagnostica e cura; e dal messaggio che dalla psichiatria viene trasmesso alla società. La diagnosi, la prognosi, le terapie hanno grande importanza per quello che rappresentano nella mente degli operatori e per quello che riflettono nella mente degli assistiti, della famiglia, delle persone che si ammalano. La maggior parte degli interventi psichiatrici rafforza il "fondamento" della psichiatria riproponendo la malattia mentale come un dato e non come un prodotto. Tutto ciò favorisce e determina la cronificazione dei pazienti. La prevenzione della cronificazione è dipendente dall'atteggiamento critico dello psichiatra che ha coscienza della propria contraddizione: egli sa, da un lato, che sa ben poco; e, dall'altro, che può fare a meno di servirsi di interventi "terapeutici" pur nella coscienza del precario fondamento degli interventi stessi. In altre parole: non abbiamo bisogno di una psichiatria che faccia sempre meglio, ma di una psichiatria che si faccia continuamente domande sul senso del fare.