Franco Basaglia
1970

LE CONTRADDIZIONI DELLA COMUNITÀ TERAPEUTICA

Vorrei qui puntualizzare la situazione in cui si trova la attuale psichiatria manicomiale, tentando di affrontare il problema sia da un punto di vista scientifico che operativo: partendo cioè dall'analisi della natura del rapporto psichiatra-paziente, quella dell'istituzione psichiatrica tradizionale, e del ruolo che in essa gioca il malato, per giungere all'analisi del significato di un'azione di rovesciamento istituzionale, dei suoi risultati e delle sue contraddizioni.
Lo stato attuale della nostra psichiatria asilare è da considerarsi il risultato di una scienza che, anziché occuparsi del malato mentale, si è dedicata alla ricerca ideologica di una malattia. In questo senso la realtà del cosiddetto "cronico" dei nostri istituti, evidenzia una frattura incolmabile fra la psichiatria e ciò che dovrebbe essere la finalità della sua ricerca. È dunque la stessa situazione fallimentare della psichiatria asilare che ci autorizza a riproporre il problema in termini più generali, poiché solo partendo da ciò che è attualmente il malato mentale dei nostri ricoveri, si può tentare di evidenziare man mano le responsabilità di una scienza che, nel suo costituirsi come metafisica dogmatica, ha dovuto imporre e costruire nel corpo del malato, la conferma delle proprie ipotesi. Ciò richiede alcune premesse di carattere generale.
In medicina, l'incontro tra medico e paziente si attua nel corpo stesso del malato. Questo corpo che si offre al medico per essere curato, non corrisponde al "corpo vissuto", al "corpo proprio", con tutte le modalità e le implicazioni soggettive ad esso inerenti, ma viene considerato dal medico nella sua nuda materialità ed oggettualità. Che il corpo visitato dal medico appartenga al soggetto specifico che lo vive e lo significa, ciò esula dalla finalità del rapporto che viene ad instaurarsi. Il soggetto, che pur è il significato di quel corpo sofferente, non viene preso in causa in questa relazione particolare, come se fosse mantenuto ad una certa distanza. In questo senso l'incontro tra medico e malato si attua attraverso un corpo anatomico che serve, contemporaneamente, come soggetto di indagine e come secondo polo del rapporto; si tratta cioè, di un incontro tra un soggetto ed un corpo cui non viene data altra alternativa oltre essere oggetto agli occhi di chi lo esamina. Estraneo dunque a quest'ultimo quanto al soggetto che lo significa, pur essendo insieme il momento cruciale e la finalità stessa della relazione.
Ora se si trasferisce il discorso sul piano dell'incontro psichiatrico, è chiaro che, per quanto ci si sforzi di considerare il malato mentale come qualsiasi altro tipo di malato, l'incontro non può avvenire sul "corpo", così come avveniva con il malato "organico". A che livello si attua dunque il rapporto tra medico e malato mentale?
Un incontro reale dovrebbe presupporre una reciprocità in cui il terapeuta si troverebbe messo in discussione dal malato, così come il malato è messo in discussione dal terapeuta. Teoricamente l'approccio psicodinamico dovrebbe presupporre una simile reciprocità; tuttavia, non si può certo sostenere che questo sia il tipo di rapporto abituale tra psichiatria e paziente, e tanto meno tra lo psichiatra e i ricoverati dei nostri manicomi. Salvo casi isolati dai malati che possono permettersi un prolungato trattamento psicoterapeutico individuale, la situazione generale del rapporto tra psichiatria e malato, all'interno dell'istituzione manicomiale, è del tutto diversa.
Qui o l'incontro non avviene affatto, o lo si attua in un corpo che si presume in qualche modo malato, operando un'azione oggettivamente, da cui si deduce la natura dell'approccio da stabilire. Fintantoché un simile processo si mantenesse nei limiti dell'ipotesi che richiede di essere confermata dalla realtà, la cosa potrebbe anche essere accettabile. Quel che accade, invece, in questo caso è che la prima ipotesi, viene assunta così velocemente come verità, che non ha bisogno di verifica, che da essa si uniforma il tipo di rapporto oggettivamente del medico con il malato, ed il tipo di istituzione inventata per lui. Ciò presuppone un corpo malato come base d'incontro fra psichiatra e paziente mentale, impone a quest'ultimo un ruolo oggettuale sul quale l'intera istituzione che lo tutela viene a fondarsi.
Questa è l'azione paradossale di una scienza e di un'istituzione che, nate per curare una malattia di cui risultavano ignote l'eziologia e la patogenesi, si sono trovate a fabbricare un malato a loro immagine, tale da giustificare e garantire insieme i metodi su cui fondavano la loro azione terapeutica.
La malattia viene così a trasformarsi gradualmente in ciò che è l'istituzione psichiatrica e l'istituzione psichiatrica trova nel malato, costruito secondo i suoi parametri, la conferma alla validità dei suoi principi. Il che è del resto dimostrato dalla perfetta rispondenza delle regole dell'organizzazione manicomiale a ciò che il malato diventa una volta ricoverato, tanto che sarebbe già sufficiente analizzare i paradigmi su cui procede la vita asilare, per conoscere esattamente il livello di personalizzazione e di "degradazione morale" – come la chiamerebbe Goffman – che giunge il ricoverato dopo un periodo di ospedalizzazione.
Con questo non si vuol negare che il malato mentale sia un malato. Ma, dall'esperienza che si è andati facendo nel capovolgimento di un'istituzione manicomiale, la malattia si rivela molto diversa da ciò che la Psichiatria e l'istituzione psichiatrica hanno finora ritenuto. Molti dei sintomi con i quali il malato è stato etichettato, si affievoliscono e sfumano al cadere delle strutture cui essi risultavano strettamente legati, così d richiedere un graduale lavoro di smistamento tra ciò che è da ritenersi il nucleo del disturbo originario. Di fronte a questa drammatica constatazione, potrebbe essere obiettato che la scoperta dei neuroplegici è relativamente recente; che una nuova impostazione psichiatrica sarebbe stata possibile, solo a partire da quel momento e che è quindi assurdo mettere in causa la psichiatria, rendendola responsabile di ciò che ha fatto e che in nessun modo avrebbe potuto non fare. L'obiezione, tuttavia, è vera solo in parte. Se la scoperta dei farmaci ha modificato la reazione del malato al tipo di rapporto che l'istituzione gli imponeva, non è però servita a modificare, in conformità, il rapporto stesso. Esso continua ad agire con la sua forza oggettivante su un malato sempre più succube all'azione dell'istituto, il quale ultimo può trovare nei farmaci un ulteriore elemento di complicità, dato che lo aiutano a rendere innocuo ed inoffensivo il malato nei suoi confronti. (Un tale punto di vista è sostenuto anche da Russel Barton nel suo "Institutional Neurosis"). I farmaci agiscono nella misura in cui la psichiatria ne conosce l'uso ed i limiti, e non come soluzione definitiva del problema della malattia mentale. Se hanno avuto un merito – di cui del resto lo psichiatra non ha di che gloriarsi – è quello di avere evidenziato, al di là dei sintomi del malato, un uomo ancora vivo e reale, la cui riabilitazione si imponeva con l'angoscia e la consapevolezza tipiche di ogni atto riparatorio.
Nella sua penetrante analisi della "carriera morale" del malato mentale, Erving Goffman precisa che il tipo particolare di strutture e di ordinamenti istituzionali, più che sostenere il sé del paziente, lo costituisce. Ciò significa che, se originariamente, il malato soffre della perdita della propria identità, l'istituzione ed i parametri psichiatrici gliene hanno costruita una nuova attraverso il tipo di rapporto oggettivante che hanno con lui stabilito ed attraverso gli stereotipi culturali con cui lo hanno circondato. Per questo si può dire che il malato mentale, immesso in un'istituzione la cui finalità terapeutica si limita alla custodia della "pericolosità" della malattia, ha assunto l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione gli impone. Il malato diventa un corpo pericoloso vissuto nell'istituzione, per l'istituzione, tanto da essere considerato come parte integrante delle sue stesse strutture fisiche.
"Prima di uscire sono stati controllati serrature e malati". Queste sono le frasi che si leggono nelle note consegnate da un turno di infermieri al successivo, per garantire il perfetto ordine del reparto. Chiavi, serrature, sbarre, malati, tutto ciò fa parte dell'arredamento di cui infermieri e medici sono responsabili, senza che una benché minima differenziazione qualitativa li distingua.
Un rapporto a tal grado oggettivamente non può essere che il risultato della prevaricazione di colui che si sente forte perché ha in mano le regole del gioco, che può determinare a suo favore. Si tratta di un rapporto di potere dove il fatto di utilizzare un linguaggio reciprocamente incomprensibile, non serve a mantenere incerto l'equilibrio di forza, in una relazione in cui il valore dei due termini non sia verificabile. Se l'incomprensibilità del malato mentale si rivela nel rapporto con lo psichiatra, dovrebbero essere messi in causa tanto il malato che non si fa comprendere, quanto lo psichiatra che non comprende. Ma se la verità dello psichiatra ed i valori cui essa è legata, vengono precedentemente stabiliti come misura di paragone, lo psichiatra si salva garantendosi la possibilità di stabilire il suo linguaggio come unico, e chiudendo il malato nel ruolo di "incomprensibile", attraverso un atto di prevaricazione.
A questo punto non è lecito domandarci che cosa potrebbe fare un malato cui non viene offerta una sola alternativa alla vita asilare che non sia la sottomissione, la dedizione al medico e quindi la condizione di colonizzato? Egli è ormai soltanto un corpo istituzionalizzato che è vissuto e si vive come oggetto e che – qualche volta, finché non è completamente domato – tenta attraverso acting-out apparentemente incomprensibili di riconquistare le qualifiche di un corpo proprio, di un corpo vissuto, rifiutando di identificarsi con l'istituzione.
Ma all'interno di un istituto c'è una ragione psicopatologica per ogni avvenimento ed una spiegazione scientifica per ogni atto. Così il malato che non poteva essere immediatamente oggettivato, al momento del suo ingresso in Ospedale; il malato per il quale il medico aveva potuto solo presumere un corpo malato, è ora finalmente domato e rinchiuso in un'etichetta che ha tutti i crismi dell'ufficialità scientifica. È la psicopatologia stessa che, a questo punto, ci da la possibilità di oggettivare quel corpo che continuava a rifiutarsi di essere oggettivato, che non si piegava a considerarsi malato, ma che si manteneva ostinatamente legato ai "propri deliri" come ultima espressione della sua soggettività.
Passato il confine della normalità e definitivamente rassegnato alla propria nuova dimensione, il malato comincia ad essere definito nelle cartelle cliniche "ben adattato all'ambiente", "collaborativo", "ordinato nella persona". Queste sono le definizioni che ne sanciscono la nuova condizione di soggetto passivo, dove il soggetto esiste solo nella sua accezione di numero.
Questa, a brevi linee, la carriera del malato di mente nelle nostre istituzioni manicomiali. Di fronte a questa realtà ci si è complici e si accetta

Questa, a brevi linee, la carriera del malato di mente nelle nostre istituzioni manicomiali. Di fronte a questa realtà o si è complici e si accetta coscientemente la delega di carcerieri di prigionieri senza colpa, o si tenta di rovesciare la realtà, smascherando quanto sia facile provocare la violenza dei malati attraverso sistemi violenti.
La nostra azione di rovesciamento ha avuto inizialmente questo significato: smascherare la violenza dell'istituzione psichiatrica, dimostrare la gratuità ed il carattere puramente difensivo delle misure repressive manicomiali, attraverso l'edificazione di una dimensione istituzionale diversa, dove il malato potesse gradualmente ritrovare un ruolo che lo togliesse dalla passività in cui la malattia, prima, e l'azione distruttiva dell'istituto, poi, lo avevano fissato. In questo senso l'avvio ad una nuova dimensione terapeutica doveva passare attraverso la distruzione della realtà manicomiale in quanto autoritario-gerarchico-repressivo-punitiva, per giungere a costituire un'istituzione dove la libera comunicazione fra malati, infermieri e medici avrebbe sostituito le mura e le sbarre, nell'azione di sostegno e di protezione per i malati.
La comunità terapeutica classica, istituita fin dal 1949 da Maxwell Jones, si fonda infatti essenzialmente su alcuni elementi basilari: libertà di comunicazione, tendenza a distruggere il rapporto autoritario, confronto con la realtà, permissività, democratizzazione, che possono ritenersi i punti fermi di un'azione di smascheramento delle strutture manicomiali, fondate appunto sull'autorità, la violenza, l'oggettivazione del malato, l'assenza di comunicazione (ogni parola è un ordine). L'importanza delle prime esperienze di Maxwell Jones è stata enorme, partendo esse dall'intuizione della possibilità di capovolgere i termini del discorso. Aiutato dalla tradizione pragmatica inglese, egli è partito direttamente dalla prassi, rispondendo alla realtà che gli stava di fronte, con azioni immediate, al di fuori di ogni pre-giudizio tecnico scientifico che l'avrebbe mantenuto rinchiuso nei limiti di una definizione o codificazione della situazione.
Tuttavia, quello cui si assiste nella successiva evoluzione della comunità terapeutica anglosassone, sembra la traduzione, in termini ideologici (quindi schematici, chiusi, definiti), di ciò che era nato come un'esigenza di rinnovamento e di rottura, all'interno dell'enorme costruzione psicopatologica. Il che significa che, ciò che era sorto in opposizione al dogmatismo dell'ideologia positivista, rischia di convertirsi in una nuova ideologia che – superata la fase critica – si tramuta in un valore assoluto che non ha più bisogno di verifiche con la realtà. Ma la realtà stessa che – proprio in quanto è stata modificata da un'ipotesi e dalla negazione che questa ipotesi ha comportato – non è più quella che esigeva, sul piano della prassi, misure cui la comunità terapeutica ha risposto in modo immediato e reale; ma richiede nuove ipotesi, ad un livello diverso, per mantenere in atto un processo di trasformazione capace di garantire la terapeuticità della situazione. In questo senso, nella misura in cui si riconosce nell'opera di Maxwell Jones il tentativo di sistematizzare sul piano ideologico la propria prassi, si avverte la traduzione in termini tecnico-scientifici, di un metodo che viene proposto come modello risolutivo del problema psichiatrico e sociale insieme: l'ipotesi comunitaria assume un valore assoluto, mentre è andato mano a mano affievolendosi il significato del primitivo sprigionarsi reciproco delle valenze terapeutiche di tutti i componenti l'istituzione, nella codificazione di un metodo che, inevitabilmente, le ha isterilite e soffocate. Ciò per quanto riguarda le ultime evoluzioni della comunità terapeutica di Maxwell Jones.
Il pericolo di una simile involuzione è stato tuttavia costantemente presente nell'azione di rovesciamento istituzionale attuata nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, dove, partendo da una realtà manicomiale violenta, è stato necessario ancorarsi, nella graduale azione di distruzione e smantellamento delle vecchie strutture, all'ideologia dell'ospedale aperto, alla libera comunicazione, all'ideologia comunitaria, quali strumenti atti alla riabilitazione del malato. Ma ciò che si è andato evidenziando in questi sette anni di lavoro, è stato il fatto che, al di là di ogni significato tecnico-scientifico, l'istituzione manicomiale aveva in sé – nel suo carattere violento, coercitivo, discriminante – un più nascosto significato sociale e politico: il malato mentale, ricoverato e distrutto nei nostri manicomi, non si è rivelato soltanto l'oggetto della violenza di un istituto deputato a difendere i sani dalla follia, né soltanto l'oggetto della violenza di una società che rifiuta la malattia mentale: ma è, insieme, il povero, il diseredato che – proprio in quanto non ha alcuna forza contrattuale da opporre a queste violenze – cade definitivamente in potere dell'istituto che dovrebbe essere deputato alla sua cura.
Di fronte a questa presa di coscienza, ogni discorso puramente tecnico si ferma, perché non può procedere oltre se non riproponendo lo smascheramento del carattere classista della psichiatria che, all'interno dei manicomi agisce in un modo, e nelle case di cura o nelle psicoterapie individuali agisce in un altro.
Lo smascheramento del significato politico che sottende ogni atto tecnico, è ciò che impedisce – nella comunità terapeutica di Gorizia – di ridurre la portata della nostra azione ad un puro tecnicismo psichiatrico, che si limiterebbe a sfiorare gli aspetti marginali della situazione, tralasciando quelli fondamentali. Ma, procedendo in questo smascheramento delle contraddizioni sociali, di cui il manicomio e la psichiatria stessa in quanto scienza sono una delle espressioni, è inevitabile uscire dal proprio campo specifico ed invadere quello socio-politico, mettendo in discussione il tipo di rapporto e la funzione che l'istituzione psichiatrica e la psichiatria stessa hanno nel nostro contesto sociale. Se – nella realtà pratica – si è riusciti ad individuare che esistono due psichiatrie – quella dei ricchi e quella dei poveri – è ben difficile continuare a definire solo in termini tecnico scientifici ciò che è intessuto anche di motivazioni politico-sociali.
La libera comunicazione, come base indispensabile per l'avvio di una dimensione terapeutica all'interno dell'istituzione psichiatrica non può limitarsi ai confini dell'ospedale. Così facendo si costruirebbe un'isola, avulsa dal contesto sociale in cui è inserita, dove il processo di trasformazione seguirebbe una sorta di moto circolare che ne isterilirebbe l'efficacia e la terapeuticità. L'apertura dell'ospedale e la libertà di comunicazione – condizione prima per ogni azione terapeutica – sono tali solo se "l'esterno" vi partecipa come uno dei poli della relazione.
La libera comunicazione interna resta un artificio se non riesce ad aprire ed a mantenere un dialogo costante tra "interno" ed "esterno". E' in questa relazione che la malattia può essere affrontata nella sua duplice faccia reale e sociale, prendendo in causa – assieme ai sintomi e alle manifestazioni morbose – i pregiudizi, le paure, le diffidenze che ancora la circondano e la alimentano; nonché le difficoltà sociali che ne impediscono la riabilitazione a certi ben specifici livelli.
È tuttavia ancora l'esterno a determinare fino a che punto sia disposto ad accettare o meno questo dialogo, e lo è nella misura in cui la critica al sistema sociale, che parte da questo particolare campo specifico, si mantiene nei limiti da esso fissati. A Gorizia sono stati evidentemente superati, perché il rovesciamento istituzionale qui attuato, ha svelato la realtà carceraria - punitiva discriminante che si celava sotto l'ideologia psichiatrica, e difficilmente dopo un tale smantellamento si potrà sostenere che la violenza con cui si gestiscono tuttora le istituzioni manicomiali è una diretta, ineliminabile conseguenza della violenza della malattia, se altrove è possibile gestirla diversamente.
Ma, proprio in quanto aperto verso l'esterno, l'ospedale psichiatrico di Gorizia – che, come tutti gli altri manicomi nella sua precedente funzione di isola a sé nel contesto sociale di cui faceva parte, era riuscito a mantenersi in vita sulla a-contraddittorietà della sua realtà – è ora aperto anche alle contraddizioni della realtà esterna, che non possono non ripercuotersi al suo interno. L'Ospedale Psichiatrico di Gorizia è diventato – accettato o no che sia – l'ospedale psichiatrico della città e le reazioni che provoca – in bene o in male, come accettazione o come rifiuto – non possono scivolare senza conseguenze sulla superficie della realtà istituzionale. Il fatto che la città riconosca come proprio l'Ospedale, significa che c'è uno scambio continuo tra l'interno e l'esterno, una libertà di comunicazione reale che consente il fluire da un registro di vita all'altro, senza che ne venga accentuata la frattura. Il che vuol dire che, per un malato l'ingresso in Ospedale non significa l'inizio di una carriera già definita nelle sue regole e nelle sue tappe graduali, ma una parentesi di cura in una realtà che è stata istituita appositamente per lui e per il disturbo di cui soffre.
Ma l'irrigidimento dell'esterno nei confronti dell'ospedale non può non significare che i malati che vi soggiornano, la minaccia che il dialogo venga improvvisamente interrotto con il conseguente riproporsi nella realtà istituzionale, della paura; della diffidenza, del pregiudizio che non possono non ripresentare al malato la propria vecchia immagine, dove la faccia sociale della malattia venga nuovamente a sovrapporsi al disturbo originario, ricoprendolo e nascondendolo.
Finché questa libera comunicazione fra luogo di cura e società esterna non sarà data per scontata e naturale, il malato mentale, nell'istituzione deputata alla sua cura, non sarà mai sicuro che le mura, i cancelli e la violenza, una volta eliminati, non tornino a riproporsi con la conferma del pregiudizio, della violenza e dell'impossibilità di una riabilitazione reale, che non può non essere direttamente legata all'altro polo del dialogo ormai aperto: il mondo esterno.
Ogni soluzione puramente tecnico - specialistica si limita ad agire come un semplice palliativo, nella misura in cui il nostro sistema sociale non si riveli direttamente interessato al recupero di chi è stato escluso: il che non risulterà attuabile finché non si tenderà a risolvere i problemi sociali della disoccupazione, della povertà, della miseria nascosti sotto il volto ambiguo della società del benessere.