

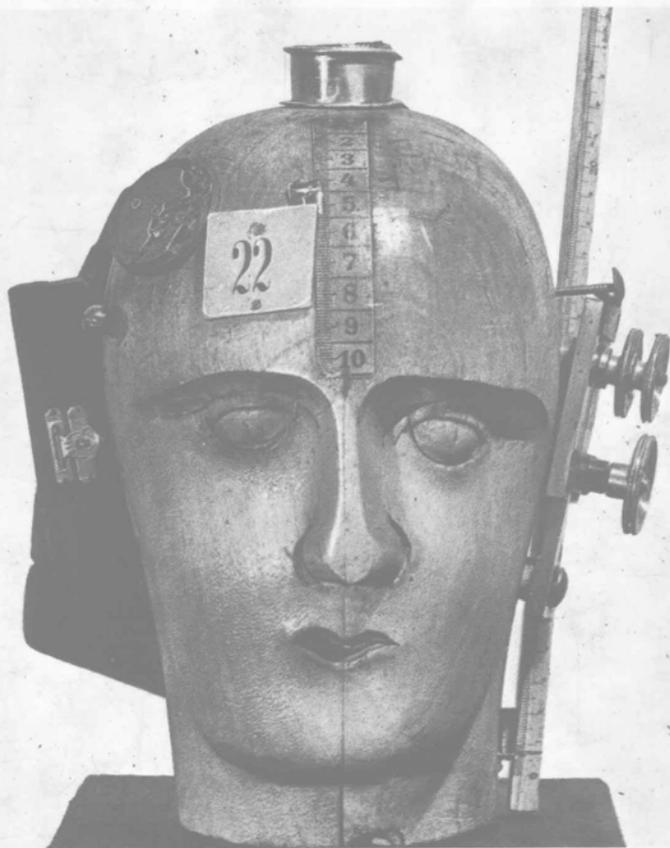
PSICOLOGIA E PSICOANALISI

THOMAS S. SZASZ

Disumanizzazione dell'uomo

Ideologia e psichiatria

Prefazione di Max Beluffi



ALTRINELLI

Thomas S. Szasz
DISUMANIZZAZIONE DELL'UOMO
Ideologia e psichiatria
Prefazione di Max *Beluffi*

In quel conflitto perenne che è la vita, il controllo del più debole da parte del più forte è giustificato da una retorica adeguata all'ideologia dominante. Nel ventesimo secolo, il credo è la Salute Mentale, nel cui nome coloro che deviano dalle norme sociali accettate dalla maggioranza sono spesso ingannati e disumanizzati.

Thomas Szasz, uno degli psichiatri più avanzati dei nostri tempi, si scaglia contro questa nuova ideologia con critiche pungenti e provocatorie. Accompagnando il lettore in una gran visita alle scuole, alle università, ai tribunali, ai centri sanitari psichiatrici comunitari e agli ospedali psichiatrici americani, egli ci mostra come la psichiatria, con l'incoraggiarci ad intraprendere le nostre battaglie sul falso fronte della "malattia mentale," troppo spesso serve come comodo scusante per non impegnarci in un confronto aperto con i conflitti morali ed i problemi sociali. Egli ci avverte che, se insistiamo col definire le vicissitudini della vita come malattie mentali e gli interventi psichiatrici come trattamenti medici, corriamo il rischio di cadere vittime della tirannia politica mascherata da terapia psichiatrica.

Thomas S. Szasz è professore di psichiatria alla State University del New York Upstate Medical Center di Syracuse. È inoltre membro della redazione di "The Journal of Nervous and Mental Disease" e della commissione di consulenti di "The Psychoanalytic Review," dell'American Psychoanalytic Association e dell'American Psychiatric Association. È consulente del Committee on Mental Hygiene della New York State Bar Association. È autore di molti libri, due dei quali famosi anche in Italia: *Il mito della malattia mentale* (Milano, 1966) e *I manipolatori della pazzia* (Milano, 1972).

In prima di copertina: Raoul Hausmann, *Testa meccanica*, 1919-20, Berlino. Collazione Hannah Höch.

I fatti e le idee
Saggi e Biografie

282

Psicologia e psicoanalisi

psicologia e psicoanalisi
psicologia e psicoanalisi

NELLA STESSA SEZIONE

- P. ALEXANDER, S. EISENSTEIN, M. GROTJAHN (a cura di), *I pionieri della psicoanalisi*
- ROBERT ARDREY, *L'istinto di uccidere. Le origini e la natura animali dell'uomo*
- SMILEY BLANTON, *La mia analisi con Freud*
- ERIK H. ERIKSON, *La verità di Gandhi. Sulle origini della nonviolenza militante*
- ELVIO FACHINELLI, *Il bambino dalle uova d'oro. Brevi scritti con testi di Freud, Reich, Benjamin e Rose Thé*
- FRANCO PORNARI, *Dissacrazione della guerra. Dal pacifismo alla scienza dei conflitti*
- FRANCO FORNARI, *Psicoanalisi della guerra*
- S. FREUD, W. C. BULLITT, *Il caso Th. Woodrow Wilson ventottesimo Presidente degli Stati Uniti. Uno studio psicologico*
- IMRE HERMANN, *L'istinto filiale*
- GENNY E PAUL LEMOINE, *Lo psicodramma. Moreno riletto alla luce di Freud e Lacan*
- J. H. LEUBA, *La psicologia del misticismo religioso*
- TH. REIK, *L'impulso a confessare*
- GÉZA RÓHEIM, *Origine e funzione della cultura*
- EUGENIA SCABINI, *Ideazione e psicoanalisi*
- MORTON SCHATZMAN, *La famiglia che uccide*
- CONRAD STEIN, *L'immaginario: strutture psicoanalitiche*
- THOMAS S. SZASZ, *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*
- G. ZILBOORG, G.W. HENRY, *Storia della psichiatria*

Thomas S. Szasz

Disumanizzazione dell'uomo

Ideologia e psichiatria

Prefazione di Max Beluffi



Feltrinelli Editore Milano

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

Titolo dell'opera originale
Ideology and Insanity
Essay on the Psychiatric Dehumanization of Man
(Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York)
(Copyright © 1970 by Thomas S. Szasz)

Traduzione dall'americano di
Andrea Sabbadini

Prima edizione italiana: ottobre 1974
Copyright by
©
Giangiacomo Feltrinelli Editore
Milano

Erewhon un secolo dopo

DI MAX BELUFFI

Cento anni or sono (1872) veniva **p**ubblicato da **Samuel Butler** uno stimolante saggio: *Erewhon*. Il curioso titolo (antifrasi di **Nowhere** = da nessuna parte, in nessun luogo, ecc.) richiamava la famosa *Utopia* (1516) di **T. Moro**. Nel suo libro **S. Butler** narrava le romanzesche peripezie di un moderno *Odisseo* il quale, dopo un avventuroso naufragio, finiva in un paese remoto quasi inaccessibile e regolato da leggi paradossali. Uno dei costumi piú incredibili degli "erewhoniani" consisteva nella circostanza secondo cui la malattia era considerata **da essi** come una colpa, mentre i delitti venivano interpretati come manifestazioni di malattia.

In realtà anche tra noi, oggi, al di fuori di **qualsiasi** metafora **fabulatoria**, esistono due modelli interpretativi della colpa intesa come **entità** connessa alla malattia. **V'**è il modello per **cosí** dire "erewhoniano" che consiste nell'intravedere nella malattia, appunto, una situazione morale **abnorme** (*status deviationis*) dalla quale la collettività **deve** difendersi **mercé** radicali risposte **salvazioniste** (basti pensate alla **Christian Science** ed alle altre varie sette religiose che teorizzano e dogmatizzano la **piú** stretta interdipendenza tra "salute" fisica e "sanità" **morale**). **V'**è poi il modello "paraerewhoniano" che si realizza tutte le volte in cui si ravvisa **nell'evento** "morboso" una sorta di implicazione giustificatoria: la "malattia" è sì, ancora, "colpa," **ma** "colpa" già in fase di espiazione (in quanto al tempo stesso "pena"). **Come** tale essa sembra condizionare una sorta di "assenza-di-responsabilitá-in-atto," poiché il "dolore" che il "paziente" soffre per effetto della "malattia" tende a sottrarre **quest'ultimo** alle leggi della "normale" responsabilità etica. Tale responsabilità, in **effetti**, non può essere invocata facilmente nei riguardi di coloro che risultano troppo oberati dalla "sofferenza": il soffrire, **ben lo si sa**, è considerato per antica tradizione come espiazione di una colpa, reale od immaginaria che essa sia. Chi insistesse troppo nel "condannare" **moralmente** un "sofferente" potrebbe essere tacciato di **crudeltá**.¹

¹ Una tale connessione di valori e di reazioni spiega molto bene, perciò, il tratto fondamentale dell'etica della simulazione di malattia: sottrarsi ad ogni possibile forma di responsabilità e connessa colpevolezza.

Tenendo presenti tali considerazioni bisogna riconoscere che i paradossi di S. Butler si rivelano, ancor oggi, assai significativi per consentirci di interpretare bene il valore profondo di **taluni** aspetti della "malattia mentale." È evidente, infatti, che noi tutti, in realtà, già abbiamo adottato, da tempo ed inconsapevolmente, un preciso atteggiamento "erewhoniano" nella misura in cui sottoponiamo a trattamenti punitivi (vedi la spietata durezza degli internamenti **manicomiali**) coloro che pur ci ostiniamo a dichiarare al tempo stesso come "ma ati" **specifici**, e cioè come "malati mentali." (Ognuno capisce bene che se vi sono dei "malati" che, invece, richiederebbero un vero trattamento umanitario, questi dovrebbero essere, per definizione, i cosiddetti "malati mentali.") All'opposto, poi, adottiamo schemi operativi "para-erewhoniani" nel contesto di tutti quei programmi mediante i quali ci illudiamo di **curare i criminali** mercé le varie misure di "trattamento" che ad essi **riserbiamo nei carceri**, nei riformatori ed in tutti in genere gli istituti destinati alla "correzione" psicobiologica dei cosiddetti "devianti."² In altre parole, la civiltà di questo nostro XX secolo **riuscita** a far propri tutti o quasi i paradossi di S. Butler, limitandosi a trasformarli in istituti ed istituzioni sociali di livello normativo il cui preteso valore liberatorio viene ribadito di continuo da **una** legione di petulant **sociocrati**.

Dobbiamo quindi chiederci, a questo punto, se noi tutti non siamo vittime di una nuova ed inedita forma di **paralogia sociale** istituzionalizzata e se non abbiamo delegato, per caso, la trattazione di questi troppo delicati problemi ad una classe di pericolosi pseudosapienti. Per costoro S. Butler oggi certamente non esiterebbe ad aprire di bel nuovo le porte del suo famoso Collegio degli Sragionanti!

Per quanto riguarda la psichiatria, in particolare, tutto ciò avviene **all'insegna** di una specifica **retorica della malattia** che permette di ben occultare molti assunti ideologici di ordine intrinsecamente **morale**. Tali assunti si realizzano condensando per via simbolica, nella figura **emblematica** del "malato" — eterna incarnazione del "capro espiatorio" — la maggior quota possibile del "male," sia individuale che sociale. La **configurazione** di un simile e specifico ruolo sociale di carattere "**patico**" consente una sorta di speciosa liberazione degli altri componenti del gruppo sociale da una corrispettiva quota di "malignità" (**ovvero di "malitia"**).³ Inquadrato cost il "malato mentale" nel suo peculiare ruolo

² Sarebbe interessante che gli studiosi si decidessero ad esplicitare meglio la **segreta istanza teologico-morale (status deviationis)** che si cela dietro concetti sociologici così apparentemente moderni come quello, appunto, di "devianza."

³ Difetta ancora, ai di d'oggi, una adeguata teorizzazione dei rapporti esatti che intercorrono tra "etica" e "patica" (in greco: *éthos* e *pathos*) nel determinismo delle varie alterazioni comportamentali e nella impostazione di qua complessi **protolinguaggi** che usiamo definire come "malattie mentali." Soltanto una siffatta impostazione potrà in futuro risolvere una delle antinomie più drammatiche della psichiatria: essa non può certo essere considerata troppo semplicisticamente soltanto come una scienza morale, ma al tempo stesso è indiscutibile che essa deve armonizzare il suo specifico *éthos* tematico con le voci del *pathos* che dominano così drammaticamente il caotico contrappunto di tutti i quadri di scompenso psichico.

sociale abnorme, si elaborano poi i programmi più opportuni (anche sotto il rispetto simbolico-rituale) con cui punirlo (ovvero "curarlo") onde distruggere figurativamente in lui (e) con lui l'incarnazione stessa della colpa collettiva. Tali programmi hanno il nome di "psichiatria." Gli esecutori di tali programmi si chiamano "psichiatri."

Nel campo delle "malattie somatiche," invece, tale processo di asunzione-della-colpa e della connessa punizione è stato in buona parte superato grazie all'affinamento assiologico che ha accompagnato ed ispirato, nel corso degli ultimi secoli, i progressi della tecnologia medica e chirurgica. Tuttavia, non poche tracce di un segreto intendimento punitivo, nei confronti della malattia (e del malato) si leggono tuttora a chiare lettere nel contesto di taluni modelli di trattamento che vengono ancor oggi adottati da parte di molti cosiddetti "pratici" (!) ed in taluni impietosi schemi di azione che restano propri della prassi chirurgica. Per non parlare, poi, dell'ostracismo terapeutico che, & insegna dell'antica ideologia del "miasma," costella non pochi momenti dell'odierna pragmatica igienistica.

Tornando ora al tema delle cosiddette "malattie mentali" bisogna dire che il modello "erewhoniano" (consistente nel punire il malato) — una volta svuotato della carica sarcastico-cataratica caratterizzante la favola butleriana — rivela, proprio in questo settore, tutta la sua insidiosa violenza, tanto più che suol mimetizzarsi qui sotto le mistificanti parvenze di un ostentato ideale "terapeutico," se non addirittura "caritativo" od "assistenziale."¹ Tali fenomeni, invece, se meglio analizzati, ben poco o nulla mostrano di possedere in comune con la "malattia" (e perciò con la Medicina, quale almeno oggi noi la consideriamo²) mentre intrattengono invece ben precisi rapporti con il mondo del soffrire e con quello della solitudine, della violenza, della reiezione; in altre parole, con il mondo della tragedia.

L'ideologia morale dominante della psichiatria ufficiale perpetua dunque un duplice svisamento di valori e di significati, sia nel campo delle arti mediche che in quello dell'etica sociale.

Tale ideologia morale consente, inoltre, che quotidianamente venga irrogata, nel contesto dei manicomi di ogni parte del mondo, e da parte di psichiatri di ogni estrazione culturale ed osservanza "scientifica," a troppo numerosi pazienti, una intrinseca, anche se non apparente "pena-di-morte-mentale."³ Ciò rappresenta una tremenda aberrazione etica della quale la coscienza collettiva del nostro tempo appare scarsa-

¹ Non si dimentichi la heideggeriana risonanza di "cura" = "pena."

² Sembrano maturi i tempi per impostare finalmente uno studio inteso ad acclarare quali siano le esatte "intenzioni" (di natura sostanzialmente autoritaria, paternalistica e repressiva) individuali, sociali e di gruppo che si celano dietro la comoda facciata di troppi programmi cosiddetti "assistenziali" nel campo della psichiatria pubblica, e quanta e quale carica di segreta violenza si occulti dietro ogni possibile forma di "assistenzialismo," in genere.

³ Molto avrebbero invece a che vedere con la Medicina, se la Medicina possedesse ancora una dimensione morale, dimensione che la inarrestabile evoluzione tecnologica di quest'arte tende invece ad indurre progressivamente in atrofia.

mente preoccupata. La nozione di "menticidio" e quella di "psicocidio" sono ben poco conosciute. Esse vengono chiamate **saltuariamente** in causa solo per indicare la caratteristica topologica e dinamica che **qualificava** quel particolare processo di distruzione della personalità **umana**, cui si trovavano esposti, nei Lager nazisti, i prigionieri **ivi deportati** e destinati ad un progressivo annichilimento morale prima ancora che fisico.

Ma se i manicomi, oggi, sono ancora quasi sempre e pressoché ovunque soltanto dei ben (o mal) mimetizzati Lager, come possiamo **scotomizzare** noi a noi stessi la circostanza che un sistematico psicocidio di massa sta avvenendo quotidianamente, tra noi, nel contesto di tali istituzioni, senza che nessuno dei responsabili tecnici e politici della **cosa pubblica** se ne allarmi minimamente? E l'opinione pubblica che cosa dice in proposito? Ma esiste, addirittura, una consapevole opinione pubblica in merito a questi fenomeni? E se non esiste, di chi è la responsabilità? Indubbiamente, le "minoranze silenziose" dei **reietti sociali** (come i cosiddetti "malati di mente") non "fanno opinione" perché non hanno alcun peso clientelare e politico. Ma possiamo considerare **sufficiente** questo solo fatto per giustificare la paurosa condizione di ostracismo **ontologico** di cui esse **soffrono** nel contesto della coscienza **sociale** del nostro tempo?

Una **differenza** radicale corre, di certo, fra la truce, ma assai consapevole, penologia ispirante le sentenze capitali che venivano irrogate contro i criminali ed i grandi colpevoli politici (o morali) durante i **secoli** passati e la frivola ed inconsapevole penologia strutturante le non mai ben formulate (ma sempre ben irrogate) **sentenze-di-morte** mentale decretate ed eseguite, oggi, sotto parvenza **terapeutica**, da **troppi** psichiatri (alleati **più** o meno consapevoli del "sistema **dominante**"⁷ a danno dei loro pazienti. Tale **differenza** consiste in una circostanza semplicissima: i giudici ed i carnefici del passato provocavano scientemente la morte del colpevole, da essi sottoposto alla pena estrema, poiché si ripromettevano dalla stessa "pubblicità" di questa **esecuzione capitale** utili messaggi educativi (!) per la collettività. I moderni **psichiatri** manicomiali, invece, neppure si avvedono delle conseguenze moralmente letali delle loro subdole operazioni **psicocide** e men che

⁷ E di questi ultimi giorni (luglio 1973) la notizia d'agenzia — che appare assai attendibile — secondo cui le autorità di polii **sovietiche** avrebbero formalmente diffidato l'accademico russo A. D. Sacharov (uno dei massimi esponenti della cultura di quel paese) a non insistere **oltre** con le sue prese di posizione e le sue dichiarazioni pubbliche, in difesa delle **libertà** fondamentali dei cittadini sovietici, **se non vorrà essere** inviato, per curarsi, in una **clinica** psichiatrica. Un "deviazionista" siffatto non può essere **ovviamente** altro che un "dato"! Chiunque conosca il pensiero e l'opera di A. D. Sacharov e le **vicende** in cui si sono trovati coinvolti in questi ultimi lustri molti esponenti della cultura critica russa (P. Grigorenko, V. Bukovsky, V. Tarsis, J. Medvedev, ecc.) non potrà non provare un senso di profondo sgomento per quella che appare come la **sempre più pericolosa** alleanza tra i più disparati **sistemi** politici attuali e la psichiatria ideologizzata e manipolatoria, capace di intervenire, come **braccio** secolare **implacabile**, in difesa dei valori convenzionali di qualsiasi potere **statale** repressivo. Parlavo altrove della **urgenza** di studiare la **politologia della psichiatria**. L'episodio Sacharov impone questo tema con drammatica **perentorietà** alla coscienza di ogni uomo responsabile.

mai presagiscono le disastrose implicazioni dirette ed indirette delle loro **ben sofisticate**, ma non per questo meno terrificanti e ripugnanti, **manipolazioni** professionali.

Quanto alla **collettività** degli "di pollòì" è evidente che dai sistematici ma ben occultati **psicocidi di massa** essa non possa derivare alcun messaggio significativo né di ordine "catartico" (poiché il massacro delle personalith umane chiuse nei manicomi non può altro che **rafforzare**, se mai, i sensi di colpa della collettività), né di ordine "monitorio" (proprio perché il massacro stesso avviene all'insegna di sistemi denotatori mistificanti, come quello, appunto, di "terapia").

Sembrano maturi, tuttavia, i tempi onde demistificare **finalmente tutta** questa tragica materia ed **introdurre** nuovi lumi **chiarificatori** in una simile **babelica** regione della vita sociale.

Urge, dunque, **depenalizzare la psichiatria**. Anzi, l'imperativo che si **impone** oggi con maggior urgenza agli psichiatri di tutto il mondo è proprio quello di far risuonare il messaggio di Beccaria nel vivo contesto delle dottrine psichiatriche. È impellente, cioè, **innanzitutto, decriminalizzare** radicalmente la **prassi psichiatrica** espungendo da essa, con estremo coraggio, attributi e tendenze operative che possano ancora **qualificarla** come una stilistica operativa selvaggia. Far risuonare in campo psichiatrico i temi già trattati da Beccaria nel suo indimenticabile **Dei delitti e delle pene** significa, in effetti, provocare nel contesto della nostra disciplina una trasformazione axiologica decisiva. **Tale** trasformazione varrà finalmente a far comprendere agli psichiatri quale sia la loro responsabilità al momento in cui trattano, mediante il ricorso a **surrettizie** categorie biologiche, problemi attinenti la sfera delle supreme **scelte** valoriali umane. .

In effetti, allorché a noi psichiatri viene demandato il compito di giudicare il grado di "pericolosità" di un individuo, noi veniamo anche, ipso **facto**, investiti di una funzione discriminativa per assolvere la quale dobbiamo avvalerci di categorie giudicative esorbitanti **del tutto** dall'ambito della consueta preparazione medica ma anche, ed essenzialmente, dalla stessa sfera di competenza delle scienze **comportamentali**.

> Più volte mi sono chiesto — ed ho chiesto a diversi psichiatri — quale fosse la consapevolezza che noi tutti avevamo circa il significato preciso del concetto di "pericolosità," attribuzione questa che costituisce la **chiave di volta** di tutte le **valutazioni** che gli psichiatri debbono **formulare** al momento stesso in cui emettono il giudizio di dimissibilità (per fare un esempio) dei loro pazienti dal manicomio. In **tali** occasioni sempre mi sono accorto, con stupore e preoccupazione, che i **criteri interpretativi espressi** dai diversi psichiatri divergevano totalmente gli uni rispetto agli altri, non solo; ma che molti psichiatri — del tutto **impreparati** ad una qualsiasi trattazione concettuale di questa delicata categoria ermeneutica — neppure **concettualizzavano** esattamente il valore **della** loro posizione giudicativa. Costoro non si rendevano conto del fatto che ad essi veniva delegato, dal legislatore, un preciso **compito**

valutativo medicolegale che si **riproponeva** e si **ripropone** ogni volta che essi adoperano il concetto di "pericolosità." Tale **qualificazione attributiva** appare infatti come il punto **centrale** di riferimento per la **formulazione** di acconci giudizi **prognostici** nei confronti del possibile "recupero" sociale dei "malati," in riferimento al **comportamento** sociale che essi manifesteranno dopo che vengano dimessi dai manicomi.

Questa allarmante **povertà** di coscienza critica ben spiega la grande **frequenza** con cui si verificano i **più** allucinanti abusi in ordine alla **denegazione** liberatoria di molti cosiddetti "malati" dai ceppi della loro detenzione **manicomiale**. Ciò rende **altresì** ben comprensibile quanto possa essere cervelotico o stravagante l'allargamento **interpretativo delle** norme concernenti la "pericolosità" stessa da parte di non pochi psichiatri e fu presagire come molti di costoro finiscano per trasformare l'uso arbitrario del loro jus judicandi in una sorta di **istituzionalizzazione dell'abuso**.

Reformazioni **siffatte** conducono sempre alla **degenerazione morale** di tutti i gruppi che le impersonano, le tollerano o, in qualunque modo, le sostengono con muta omertà.

Una volta in un manicomio italiano ascoltai un addetto alla "custodia" dei "malati" che apostrofava così alcuni dei suoi "custoditi": "Voi siete la nostra materia prima!" In un altro manicomio **italiano** uno psichiatra — non son passati molti anni da allora — **faceva correre** a piedi nudi sulla neve, d'inverno, **alcuni** tossicomani **alcolisti** per "punirli" così dei loro abusi e "rieducarli" all'astinenza. Quanto a lui personalmente, lo psichiatra, egli era un assiduo devoto di **Bacco**. Nel **passato**, molti psichiatri usavano applicare la cosiddetta "iperpiretoterapia" ai **tossicomani**; altri praticavano loro protratti cicli di **elettroshock quotidiani**: tale cura veniva definita, benevolmente, come "terapia di annichilimento." Non pochi **famuli** di tali metodiche, ad evidente sfondo sadico-degenerativo, **hanno** poi conseguito **positivi riconoscimenti** professionali e sociali di ogni ordine e grado.

È chiaro che, quando l'**ottusità** morale, l'ebetudine **scientifica** ed il **cinismo pragmatico** raggiungono un simile livello si è perduta ogni cognizione dei **valori** umani. A questo punto bisogna chiedersi: **perché** si perviene a tali aberrazioni?

Una risposta sensata può emergere solo se si riflette su questi problemi **considerandoli** in tutta la loro **complessità** e non già secondo i presupposti di un **esasperato** e miope "**biologismo**": urge cioè **saper meditare** sul filo, logico ed umano **insieme** dei principi di una **psichiatria** ispirata ad una **più** elevata **concezione** del fenomeno umano e delle **varie** "alienazioni" che lo possono insidiare.

Lo psichiatra **è** investito, ancor oggi, di molte **attribuzioni funzionali** per le quali non **ha affatto** maturo: si pensi, per l'appunto, alle

⁸ Si definisce "iperpiretoterapia" una pratica "curativa" delle "malattie mentali" consistente nel provocare per via artificiale nei pazienti (mediante iniezioni di vaccini o altre sostanze pirogene) ripetuti accessi febbrili, in successive serie anche molto numerose e ravvicinate.

valutazioni attinenti sia la *sfera* della libertà personale dei "pazienti" che quella concernente i "diritti della personalità" degli stessi (diritto sul proprio corpo, diritto all'integrità fisica, diritto alla riservatezza, ecc.). Perché lo psichiatra possa muoversi con almeno una parvenza di coerenza su di un terreno così complesso sarebbe necessario che egli avesse almeno acquisito preliminarmente una adeguata preparazione giuridica e sociologica. Ma i consueti piani di studio delle facoltà universitarie di medicina non prevedono affatto che venga fornita agli psichiatri — neanche durante il curriculum della loro specializzazione, quando, appunto, tale integrazione dottrinale meglio sarebbe realizzabile — alcuna precisa e sistematica nozione in campo giuridico e sociologico. Ecco così che, necessariamente, gli psichiatri "medicalizzano" tutti i giudizi valutativi che ad essi vengono demandati e, medicalizzando, li snaturano.

• In tal guisa la determinazione della futura possibile "pericolosità" dei pazienti non può rappresentare per lo psichiatra una corretta sintesi previsionale delle varie ipotetiche probabilità di comportamento del paziente che si progetta di dimettere dal manicomio. Tali possibilità, in effetti, dovrebbero poter essere ponderate secondo specifici riferimenti valutativi di ordine giuridico, sociologico, economico, psicologico, ecc. e cioè, tutto sommato, filosofico-probabilistico e perciò "dinamico." Invece tale valutazione previsionale si trasforma, nella massima parte dei casi, in una sorta di estrapolazione puramente medicalistica (derivata dalle vicende "anamnestiche" del "paziente") e, perciò anche, di tremebonda attesa di sciagura. Conoscevo una volta una figura emblematica al proposito: era il direttore di un manicomio, il quale, buridanamente, rispondeva quasi sempre "ni" alle proposte dimissorie di pazienti che gli venivano sottoposte dai medici del suo manicomio. E le correlative pratiche cartacee si accumulavano, in polverose pile, sul suo scrittoio, per settimane e mesi.

La cerimonia dimissoria avveniva in passato (ma per quanta parte non continua ad avvenire ancor oggi?) in una atmosfera di ossessiva responsabilizzazione. E questo è fatale, poiché con la "dimissione" del paziente si prospetta, per lo psichiatra, il giorno della verità. Il medico manicomiale sa che, dal momento in cui il paziente, uscito dal manicomio, riprenderà la sua consueta esistenza, il mondo sociale disporrà di una potentissima lente di ingrandimento per analizzare e dedurre, ex postea, il significato ed il possibile valore intrinseco delle operazioni professionali compiute su quel "caso" specifico dall'alienista. E l'alienista tende a rinviare questa sorta di ordalia.

Ma perché si deve continuare a vivere le "dimissioni" dei pazienti dai manicomi come veri e propri giudizi di Dio?

Una certa risposta si può ottenere solo se si riflette sul modo in cui troppi psichiatri considerano le operazioni "tecniche" concernenti la cosiddetta "risocializzazione dei pazienti," vivendole come una sorta di "sfida" tra lo psichiatra — che cerca di commettere il minor numero possibile di errori nella formulazione delle proprie previsioni — ed

*una società implacabile che (specie in molti suoi organi di informazione a tinta scandalistica) attende con fredda pignoleria il puntuale ripresentarsi dell'azione criminosa compiuta dall'emblematico "pazzo dimesso dal manicomio" per gridare il suo crucifige contro gli psichiatri. In realtà, quando questa "sfida" ha esito sfavorevole per lo psichiatra (ed i casi non sono pochi), chi mai accorre in difesa di quest'ultimo per sollevarlo dalla taccia di incompetenza professionale o, peggio ancora, da quella, assai piú grave, di tendenziosa deformazione ideologica "iperdimissoria"?*⁹

Tutto ciò è legato alla scarsa comunicazione che esiste tra il "mondo" della psichiatria (clinica, manicomiale, forense, ecc.) e l'universo sociale. Lo psichiatra istituzionale, infatti, si considera una sorta di delegato tecnico al trattamento di un puro e semplice problema curativo nello spazio chiuso dei manicomi. Ora, sin quando per gli psichiatri istituzionali non sarà ben evidente come il compito che essi debbono affrontare non si riassume affatto in una problematica tecnica, ma bensì umana, sino ad allora essi continueranno a combattere una battaglia già perduta in partenza. La risoluzione dei cosiddetti "quadri psicotici" (in ogni alienista si cela sempre, un po', l'anima di un pittore infelice) va realizzata in un'atmosfera di luce creativa e non già di soffocante penombra.

L'ottuso tecnicismo somatoterapeutico proprio dell'attuale psichiatria piú ufficiale (enormemente potenziatosi attraverso l'alibi psicofarmacologico) rappresenta un modello operativo nel cui contesto l'alienista trova modo di difendersi dall'angoscia dell'incontro con il suo paziente, riparandosi dietro lo schermo del deus ex machina chimico. Lo psichiatra si difende dall'angoscia della incomprendibilità medusea del mondo psicotico trincerandosi dietro gli sbarramenti delle diverse "terapie somatiche." In passato tali sbarramenti furono rappresentati dall'elettroshock, poi dalla insulino-terapia alla Sackel, quindi dalla pireto-terapia, ecc. Seguì il periodo delle grandi illusioni della cosiddetta terapia ormonale delle psicosi. Oggi sono di scena gli psicofarmaci. Ma questa parabola sta tristemente volgendo al declino senza particolari spunti di nuovo interesse, mentre già affiorano all'orizzonte le prime avvisaglie di un ritorno verso tecniche già completamente abbandonate in passato (come quella che utilizza i sali di litio per la cura delle melancolie). Tali "riesumazioni" fanno presagire non lontana la fine di un ben preciso ciclo storico-assistenziale.

In quanto tecnici viventi essi stessi gran parte della loro esistenza

⁹ Il luogo comune concernente i crimini che ci si immagina possano e debbano essere commessi dai pazienti dimessi dai manicomi costituisce un'ingimento calunnioso talmente ben radicato nel costume e siffattamente dominante la mentalità comune che nessuno pensa mai di sottoporlo alla necessaria contestazione. Quando mi si chiede quanto frequenti possano essere i delitti compiuti dai dimessi da manicomi, io rispondo sempre di andar a verificare, prima di tutto, quanti e quali siano i delitti (veramente pericolosissimi per la società) che vengono compiuti ogni giorno da innumerevoli criminali che mai conobbero in vita loro l'internamento manicomiale, antecedentemente alla commissione dei loro gesti delittuosi.

in spazi segregativi (come i manicomi), e in quanto addetti alla **manipolazione** di prescrizioni e di interventi essi pure a ciclo chiuso o **ripetitivo ad oltranza**, gli psichiatri istituzionali sono esposti, **inoltre** — **molto più pericolosamente** che non i loro **colleghi** degli ospedali generali — alla degenerazione **burocratica** del loro sistema di lavoro, e cadono facilmente in preda al demone **dell'inconscio** burocratico.

Non mi **spiace** di definire con una tale formula quell'insieme di atteggiamenti contorti, di manovre subdole, di **comportamenti** manierati (e talora francamente **schizoidi**) che caratterizzano **l'universo kafkiano** della burocrazia. Non **v'è** dubbio che l'alienistica — collegata sin dal suo esordio agli schemi imperial-burocratici della **claustralità** manicomiale¹⁰ — ha intrecciato un permanente **idillio** con l'inconscio **burocratico**, risentendone profondamente gli influssi e l'**ispirazione stilistico-comportamentale**. Da questo idillio è nato, tra l'**altro**, il desolato frutto della nosografia psichiatrica, ultima **filiazione dell'assurdo connubio di Psyche con burra**."

In questo senso molti psichiatri burocrati non si differenziano dai ben noti "**kapò**" i quali — in epoca **recente** — seppero **realizzare** con perfetta **efficienza** organizzativa colossali stermini di massa. Che differenza intercorre, infatti, tra uno psicicidio lento ed **inavvertito**, amministrativamente ben "organizzato," come quello che viene gestito dagli psichiatri-burocrati di ogni **tempo**,¹¹ **entro** le mura di quei "**cimiteri della ragione**" che sono i manicomi, e le orrende operazioni **genocide** che venivano programmate nei chiusi spazi dei **Lager nazisti**? Là si organizzavano degli antropocidi di massa; **qui** si realizzano degli **inavvertiti psicocidi** collettivi: ma qual è la **differenza sostanziale**? **Nessuna**, o forse una sola: che per **quest'ultimo** tipo di delitto contro l'**umanità** non esiste alcuna magistratura né alcun tribunale al di fuori di quello, troppo mite e troppo remoto, forse, della storia.

L'inconscio burocratico sosteneva e sostiene parimenti, dunque, con **la sua impassibile freddezza**, l'esecuzione di tutte queste "cerimonie"; l'inconscio burocratico giustificava e giustifica ad egual titolo, sul piano della "obbedienza agli ordini superiori," la realizzazione di tutti questi programmi umanocidi, senza che i protagonisti di **siffatte** operazioni neppure si rendessero e si rendano conto della esatta **qualità "morale"** delle loro azioni. Ottenebrati da una sorta di cecità etica, essi **assolvevano** ed assolvono tutti parimenti i loro compiti rituali) ispirati da una

¹⁰ Ricordiamo la kraepeliniana "psichiatria dell'aquila" tanto militaresca e prussiana nello stile burocratico della sua struttura modellistica.

¹¹ Bureau (da cui "burocratico") deriva da un basso latino *būra, altra forma di burra (=stoffa grossolana a lunghi peli), simile all'antico italiano, spagnolo e provenzale "borra." Il "bureau" è una sorta di "bure"; da cui "copertura di mobile fatta di questa stoffa" e infine "tavolo da scrivere coperto di borra."

¹² Meglio, forse, sarebbe dire: "psico-burocrati," se il prefissoide non giuocasse qui un curioso tiro semantico agli psicologi ed a tutti gli altri "scienziati della psiche," non completamente mordi, neppure essi, da macule burocratiche. In effetti una indagine sulla burocratizzazione della psicologia e della psicanalisi potrebbe fornire, forse, interessanti prospettive vaitative onde intendere meglio il senso della allarmante cristallizzazione verso cui sembrano avviate anche queste due "psicoscienze."

identica "mistica dell'ordine." Tale mistica appare atta a confortare sempre le operazioni antropocide di gruppo, una volta che questi vengono "ordinate" da una qualsiasi "autorità." E quale autorità più grande di quella dello "stato maggiore" (impersonale e perciò ancor più potente) costituito dalla nosografia psichiatrica?

La jatrocrazia.

Nascita, sviluppo e prospettive dello "Stato Terapeutico"

Nel contesto di alcuni suoi precedenti saggi, Szasz utilizza più volte la dizione "Stato Terapeutico" per indicare un orientamento che si sta sviluppando nel contesto di molte tra le più evolute comunità nazionali moderne. Tale orientamento è dominato da una precisa ideologia medica secondo cui ogni civile collettività dovrebbe garantire, ad ogni possibile livello, la "salute" dei propri cittadini, mercé pianificati e ubiquitari interventi di "medicina sociale." Un simile assunto, lodevole in sé — in quanto ispirato ai più moderni concetti della igiene e della medicina preventiva — implica tuttavia non poche virtualità di pericolo e di abuso.

Allorché si parla di "igiene pubblica" e di "medicina preventiva" (oggi si discetta addirittura di "medicina previsionale") non è mai troppo ben chiaro quali possano essere i limiti degli interventi che si progetteranno, poi, di fatto, in nome di questi nuovi "idola tribus." A seconda che l'orientamento "ideologico" di fondo dei singoli ideatori e pianificatori di questa neo-emergente "medicina pubblica" induca costoro ad allargare ovvero a restringere, rispettivamente, l'orizzonte delle loro appetizioni operative e interventive si assisterà, infatti, a un allargamento (o restringimento) estremamente capriccioso dei correlativi programmi di azione.

La Medicina pubblica, venutasi recentemente a trasformare in Medicina sociale, si sta avviando così verso una ulteriore metamorfosi di status indicabile correttamente, oramai, con la dizione di Medicina politica. La Medicina politica, cioè, rappresenta una nuova incarnazione della Medicina sociale nel cui contesto operano, ora, alcune non ben dichiarate ideologie le quali, proprio perché non autoconsapevoli, finiscono per generare una diffusa mentalità settaria in campo medico. Tali ideologie indirizzano la Sanità Pubblica verso progetti d'azione molto opinabili: si potrebbe parlare, oramai, di una vera e propria Medicina ideologizzata.

Ed è proprio in relazione a tale allarmante tendenza, di sviluppo ideologico criptico che talune frange più avventuristiche della classe medica riescono ad impadronirsi (qui in Italia come del resto in diversi altri paesi) di sempre più importanti funzioni nel campo della vita pubblica. Tali attribuzioni consentono a queste frange ideologizzate, poi, di influire in guisa rilevante sulla formazione dei più generali criteri politici, orientando conseguentemente l'azione di governo e le

connesse previsioni di **programmazione** secondo i **principi** di un **"interventismo"** di ispirazione sempre **più chiaramente** "terapeutica" e **ortogenetica**.

Oro, quando nel **campo dell'azione** politica e di governo della **cosa pubblica** ci si ispira a modelli di ordine **"terapeutico," "igienico" o "psicoigienico"** si finisce facilmente con Pattivare molte risonanze **mitiche, retoriche ed irrazionali**.¹³

Questa **mitizzazione-di-ritorno** (o **rimittizzazione**) della prassi politica e politico-sociale — **provocata dai richiami irrazionali della therapeia** — rappresenta una intollerabile ipoteca ideologica sul futuro sviluppo delle nostre comunità, ipoteca che la coscienza critica del nostro tempo **ha** il dovere di individuare e di denunciare. **Lasciando alle nostre spalle** lo "stato di diritto,* infatti, corriamo il **rischio di avviarci, senza saperlo, verso lo "stato di salute."** È questa una **ben triste e paradossale formula teocratico-laica** con la quale si definisce, mediante un tragico **jeu-de-mots**, un ambito istituzionale **tutt'altro che "salutare"** sia per la **collettività** che per la coscienza individuale. Come è noto, il **termine "salute"** è **sovraccarico di risonanze polisemiche** e già **più volte**, nel corso della storia, ha giuocato **ruoli assai drammatici**: basti pensare alle torture **istituzionalizzate** proprie dell'**Inquisizione** (**irrogate** con finalità spiritualmente **"salutari"**) per giungere sino allo spaventoso bagno di sangue promosso dal Comitato di Salute Pubblica, **durante l'età del Tewore** (1793).

Troppo spesso avviene, cioè, che si faccia confusione tra **"salute"** (Health), **"benessere"** (Welfare), **"sicurezza"** (Safety) e... **"salvezza dell'anima"** (Salvation). Ogni realtà politica, infatti, deve sopportare, quasi sempre, l'onere e il rischio del fanatismo **"salvazionista"** di non pochi gruppi decisi ad imporre i loro programmi autoritari e **irrazionali** ispirati, per lo più, da utopie soteriologiche più o meno **sofisticata** e mimetizzate.

Quali siano le ragioni per le quali oggi ci si propone di bel nuovo un simile stato di cose è arduo da comprendere sia per quel che concerne il settore della medicina generale, sia per quel che riguarda, **più in particolare**, la psichiatria. Tuttavia bisogna precisare che **l'ideologia** oggi predominante in seno alla medicina **pubblica** — specie nelle sue frange rappresentative più intransigenti — non è paragonabile, in senso proprio, **all'ideologia** psichiatrica, la quale si **differenzia** assai distintamente **dall'ideologia jatrocratica** generale.

L'ideologia jatrocratica generale si presenta come un'ideologia in parte ancora **taumaturgica** e appare legata ad archetipi profondi e remoti. Nel contesto di tale ideologia giocano molti **elementi di diretta** derivazione **filosofica** e sacerdotale. Quando il medico d'oggi — sia pure con **una certa ostentazione retorica** — **ricollega** la sua **'missione'**^B **sana-**

¹³ Basti ricordare, per questo proposito, il significato del vocabolo "therapeia" il quale significa, sf. "terapia," "cura," ecc., ma anche "culto," "pratiche cerimoniali," "servizio" e... "ossequio per l'autorità"!

trice agli imperativi etici e professionali contenuti nel giuramento di Ippocrate o in quello di Maimonide," egli si richiama alle radici di una proto-medicina che riconobbe (e riconosce) nella filosofia nella fisica e nell'etica i suoi paradigmi centrali di riferimento. Queste dottrine costituivano a loro volta l'espressione dei vari momenti costitutivi della coscienza "cosmologica" di talune élites politiche dominanti nel contesto delle civiltà agricole e pastorali greca e romana.

Tali élites elaborarono una ideologia medica che si nutriva anche dei collaterali, ma sostanziali apporti della magia, della religione, del mito e delle connesse pratiche rituali. Tra queste, non ultime, anche le "therapèie" e cioè le cerimonie che possedevano insieme un significato religioso ma anche un riflesso sanatore, attraverso l'attivazione di precisi meccanismi suggestivi.

¹⁴ Poiché molto si parla di questi due "giuramenti," spesso, senza ben conoscerne il testo, credo utile raffrontarli, qui di seguito, per comodità dei lettori.

Giuramento di Ippocrate: Per Apollo Medico, per Esculapio, Igea e Panacea giuro, e tutti gli Dei e le Dee chiamo a testimoni che questo mio giuramento e questa scritta attestazione osserverò integralmente con ogni vigoria e intelligenza.

Il Maestro che m'insegnò quest'arte terrò in conto di padre; e quanto sarà necessario alla di lui vita e quanto avrà bisogno con animo riconoscente gli darò, e i suoi figli considererò come i miei propri fratelli; e, se quest'arte essi vorranno apprendere, senza compensi e senza patteggiamenti insegnerò; delle mie lezioni e dimostrazioni e di tutto quanto ha attinenza con la disciplina medica, i miei figli ed i figli dei miei precettori renderò partecipi, e con essi quanti per iscritto si saranno dichiarati miei discepoli e avranno prestato giuramento; all'infuori, però, di questi, nessuno.

Per quanto riguarda la cura dei malati prescriverò la dieta più opportuna secondo il mio giudizio e la mia scienza, e i malati difenderò da ogni danno e inconveniente.

Né presso di me alcuna richiesta sarà valida per indurmi a somministrare veleno a qualcuno, né darò mai consigli di tal genere.

Similmente non opererò sulle donne allo scopo di impedire il concepimento e di procurare l'aborto.

E, invero, proba la mia vita conserverò ed immacolata l'arte mia.

Né eseguirò operazioni per togliere la pietra ai sofferenti di calcoli, ma ciò lascerò fare ai chirurghi esperti di quest'arte.

In qualunque casa entrero solamente per recare aiuto ai malati, e mi asterrò da ogni ingiusta azione e immoralità, come da ogni impuro contatto.

E tutto ciò che nell'esercizio della mia professione vedrò e udrò nella vita comune degli uomini, anche se indipendente dall'arte medica, in assenza di permesso, tacerò e terrò quale segreto.

Se a questo giuramento presterò intatta fede e se saprò lealmente osservarlo mi sia data ogni soddisfazione nella vita e nell'arte, e possa avere meritata fama in perpetuo presso gli uomini.

Ma se al mio giuramento dovessi mancare, o se avessi giurato il falso, possa accadermi tutto, il contrario.

Giuramento di Maimonide: La Tua provvidenza eterna mi ha incaricato di vegliare sulla vita e sulla salute delle Tue creature.

Che l'amore per la mia arte mi sia sempre di guida e che mai l'avarizia occupi il mio spirito e neppure la sete di gloria né l'ambizione, di fama perché sarebbe allora facile ai nemici della carità e della filantropia di indurmi in errore e farmi dimenticare il fine sacro che è il bene dei Tuoi figli.

Possa io vedere nel malato unicamente un fratello-nella-sofferenza.

Danimi la forza, il tempo e l'occasione di migliorare le conoscenze acquisite e di ampliarne l'orizzonte perché il sapere è immenso e infinite sono le frontiere dello spirito umano.

Così l'Uomo può trarre nuova ricchezza da nuovi bisogni. Egli scopre oggi gli errori di ieri e acquisisce, domani, nuove luci da gettare sulle certezze di questo giorno.

Oh, Signore, Tu che mi hai nominato per vegliare tanto sulla vita che sul trapasso delle Tue creature, io rispondo al richiamo della mia vocazione che da questo istante io servirò con tutta la mia anima.

D'altra parte, il rapporto tra la medicina e l'etica già ab antiquo risultava profondamente radicato nella coscienza dei **più responsabili**. Esso passava e passa attraverso curiosi itinerari simbolici e linguistici dei quali è dato rinvenire suggestive tracce persino in **talune** lingue moderne." In base a tali connessioni semantiche è possibile comprendere come si sia potuti giungere, per via di **ipotiposi**, all'**assegnazione** di specifiche qualità morali negative alla fenomenica di **talune affezioni** somatiche **più** disgustose.

Ma per l'**ideologia psicocratica**, invece, come stavano e come stanno veramente le cose? È lecito o meno allargare alla psichiatria nel suo insieme le premesse che fondarono, in sede storica, l'**ideologia jatrocratica** generale? Evidentemente no. Bisogna intanto riconoscere che né il giuramento di Ippocrate né quello di Maimonide rivelano un particolare significato se riferiti al campo di azione della **pid** comune psichiatria. Rammentiamo inoltre che la psichiatria non rappresentò affatto, in origine, un'arte terapeutica, bensì soltanto una pratica segregatoria, una sorta di **carcerologia** poliziesca, con risvolti medici.

La psichiatria, dunque, a differenza della medicina generale, manifesta, fin dal suo apparire, un'impronta ideologica a carattere politico precipuo nella misura in cui, estrinsecandosi come espressione **pragmatica** diretta del potere repressivo (potere di carcerazione e di segregazione) essa si qualifica come uno strumento di discriminazione autoritaria a danno di alcune categorie di inabili sociali. Costoro vengono destinati dagli psichiatri (sotto la parvenza della terapia, della custodia e della assistenza) alla **seclusione** **pid** o meno costante dalla comunità sociale e alla **reclusione** in spazi "extra-sociali" distinti che vengono definiti **manicomii**, **cliniche psichiatriche**, ecc. Ora, nessuno può realizzare **tali** programmi — paragonabili a vere e proprie **expulsiones rituali** e **istituzionalizzate** in forma permanente — se non a condizione di partecipare gli stessi convincimenti ideologici di fondo che ispirano le élites politiche dominanti le quali amministrano e orientano, tra l'altro, anche e appunto la politica carceraria e manicomiale.

Ispirata, fin dal suo primo apparire, da una precisa ideologia **segre-**

¹⁵ Si pensi, per es., alla curiosa etimologia di **ladre**, **vocabolo** che, in francese, significa: **lebbroso**, **spilorcio**, **avaraccio**, **insensibile**, **che-ha-fatto-il-callo**. Esso deriva dal lat. **eccl.** **Lazarus**, il **povero** coperto di ulcere che **nella parabola** di Gesù sta alla porta del ricco cattivo. In seguito ha assunto il significato di "lebbroso" (ital. "lazzaro") ma anche quello di "povero", "mendicante" (spagnolo: **lázaro**). Da esso deriva **ladrerie**: nel Medioevo i **lebbrosari** si chiamavano **maladrerie**, alterazione di **maladerie**, derivato da **malade** ("malato") per **incrocio** con **ladre**. Non si dimentichi — a questo riguardo, poi — che "**ladre**" è pressoché omofono dell'italiano "ladro" e questo vocabolo deriva, sí, dal latino "**latro, onis**" (**mercenario**, **bandito**, **assassino**, ecc.) (in greco: **λάτρον, ου**), ma mantiene altresì precisi rapporti con **λάτρη** (**segretamente**, **di-soppiatto**). Il che implica un ampio giuoco **semantic interlinguistico** nel quale **giostrano vorticosamente**, insieme, le valenze della "**malattia**," della "clandestinità" (e "**segretezza**"), della "**miseria**" e della **substanziale "disonestà**." Tali richiami linguistici possono valere utilmente per farci intendere quanto siano complesse le strutture simboliche che **sostengono l'etica dell'impotenza** e della **soccorrevolezza** (come giustamente la definisce Szasz nel contesto del precedente suo saggio su **Il mito della malattia mentale**, cap. 2, parte IV, pp. 240-268 nell'edizione italiana, presentata da Il Saggiatore, Milano 1966).

gatoria, la **psichiatria** del secolo scorso (e gran parte di **quella attuale**) ha sempre pagato per la sua coscienza di colpa, nutrendo dolorosi **sentimenti di inferiorità** nei confronti delle altre arti mediche. Tali **complessi di inferiorità** vengono mantenuti in essere, **oltretutto**, anche dalla pesante sperequazione che intercorre fra il trattamento economico corrisposto agli psichiatri manicomiali e quello **devoluto ai** medici degli ospedali **civili**.¹⁶ Non si può dimenticare, in questo contesto, **la** lezione derivabile dal movimento psicanalitico il quale si è venuto distinguendo, tra l'altro, dalla restante psichiatria, anche perché ha saputo organizzare i suoi adepti in ferree "logge" capaci di imporre, dal lato economico, alla dipendente clientela, **tariffe** professionali vertiginose e assolutamente sproporzionate **rispetto** a quelle proprie della **più** comune prassi psichiatrica. Tale operazione è riuscita ad assicurare al movimento psicanalitico, e ai suoi adepti in particolare, un prestigio sociale rilevante, frutto e riflesso, insieme, anche, della presumibile **preziosità** di operazioni "tecniche" che, sul mercato finanziario, venivano e vengono contrassegnate da **così** alti "valori"!

Lo scadente trattamento economico riservato ai medici manicomiali — in molti paesi socialmente arretrati — ha concorso invece a sottolineare e a ribadire di continuo la primitiva ispirazione segregatoria della **alienistica**, **rafforzando** man mano sempre **più** il conformismo miope e servile di questi professionisti-di-seconda-classe nei confronti delle svariate ideologie politiche espresse dalle classi dominanti."

Nel corso **dell'ultimo ventennio** gli eventi hanno assunto, tuttavia, una piega **più** favorevole per il destino socio-economico e per il prestigio sociale degli **psichiatri** manicomiali. Le varie scoperte **psicofarmacologiche** e **l'affinarsi** degli interventi in campo neuro- e psico-chirurgico hanno fatto sperare (e fanno sperare ancora) a molti psichiatri il verificarsi di un vero e proprio miracolo. Costoro si illudono, **cioè**, di poter accedere, prima o poi, alla Terra Promessa (della medicina e della chirurgia, in quanto illusori sistemi di riferimento finale di tutto il sapere **psicopatologico**) attraverso gli accessi secondari della psicofarmacologia e della psichirurgia. È una dolorosa illusione che sta rivelando sempre meglio la sua gravità e **povertà** man mano che il tempo passa.

Così stando le cose, dunque, la psichiatria si troverebbe a veder costantemente rifiutata dalla medicina la sua ideologia. Senonché, proprio dal seno della medicina stanno emergendo oggi tendenze **insospettite** (come quelle che animano certa medicina sociale). Tali tendenze,

¹⁶ La curiosa antinomia latente che oppone l'ospedale civile al manicomio (inteso come ospedale-non-(di-tipo)-civile) mi ha indotto più volte a considerare quanto grande sia l'ironia segreta che si cela nelle profondità del linguaggio e quanto ciechi e sordi noi siamo quando misconosciamo una tale meravigliosa lezione.

È proprio in tale contesto che risuona con una eco assai particolare una delle accezioni più specifiche di **terapia**, vocabolo che può significare "in senso collett.: **servidorame, servitù, i semi, codazzo, accompagnamento, scorta**" (L. Rocci). Chi conosce il mondo della psichiatria istituzionale e l'universo morale di taluni suoi caratteristici operatori qualificati è in grado di valutare a pieno l'interesse di questa parte dell'alone semantico di "terapia."

alleandosi con altre di derivazione psichiatrica indiretta e soprattutto di *filiazione* psicanalitica (*vedi* i movimenti della cosiddetta "igiene *mentale*" e della "ortopsichiatria"), minacciano di coonestare l'innesto della ideologia politico-psichiatrica sul *troncone* della *ideologia* sanitaria *più* generale. Alla *realizzazione* di questo connubio pare abbia arrecato notevoli *facilitazioni*, anche, e soprattutto la *psicanalisi* la quale — dopo essersi dichiarata, con Freud, arte *tendenzialmente* a-medica e a-terapeutica — è venuta modificando radicalmente il suo *progetto d'azione* nel corso di questi ultimi decenni, concorrendo alla *daborazione* delle nuove ideologie della psichiatria dinamica (*Masserman*), della medicina psicosomatica (*Weis*) e, *pid* recentemente ancora, della *psicologizzazione* della medicina clinica (*Balint*).

Sono tutti avviamenti, questi, attraverso i quali si cerca di superare le note barriere esistenti ab origine tra la medicina generale e la psichiatria, in vista della realizzazione di una crasi, anche *ideologica*, #alla quale la medicina generale potrà trarre uantaggi solo a patto di realizzare una oculatissima vigilanza concettuale *sulle* nozioni "*dinamiche*" che in essa si vogliono introdurre.

È indiscutibile, in questo contesto, anche *l'apporto* della psicologia generale e di quella clinica in specie. Ma è sempre *pìi difficile*, oggi, rendersi conto con esattezza delle reciproche influenze e dei vicendevoli wndizionamenti che intercorrono oramai tra la medicina, la psicologia, la psicanalisi e la psichiatria nel contesto di un giuoco delle parti al quale, *più* recentemente ancora, si è venuta aggiungendo anche *la* *socio*-logia e la psicologia sociale. Questa enorme confusione di lingue e di stili, questo autentico *salmagundi* di istanze, di ammonimenti, di *esor*-tazioni, ecc. non fa altro che annebbiare sempre maggiormente *l'oriz*-zonte *interpretativo* generale, rendendo incerti i profili delle questioni e quanto mai aleatori i piani di ricerca e di intervento.

In questa moderna Babele delle lingue, tuttavia, le *ideologie* agiscono in guisa sempre *più* subdola e pericolosa. È in uista della "*deba*-belizzazione" (come avrebbe detto C. K. Ogden) di questo coacervo di messaggi che è *necessario* non perdere mai di vista le sottili *meta*-morfosi cui l'ideologia politica della psichiatria si sa sottoporre, nel tentativo di sfuggire *all'analisi* delle *più* avvertite coscienze critiche *del* nostro tempo.

Psichiatria e scienze bio-morali

Gli aspetti etico-morali della psichiatria, intesa come *prassi* specializzata, sono talmente rilevanti da costituire addirittura un *filone* storico *sui generis* dal cui sviluppo emerge il progetto di una *disciplina* a *sé* stante e *diversa*, con una teoretica sua propria, una dottrina che si *differenzia* cioè alquanto dalla psichiatria clinica tradizionale *pìi* nota: intendo riferirmi alla psichiatria *morale* (*H. Baruk*). La stessa esistenza di una *siffatta* "diversa" psichiatria basta a far comprendere lo *jato radi*-

cale che intercorre tra la psichiatria — intesa come **specialità medica** particolare in mezzo alle varie specialità sanitarie — e tutte le altre **branche** specialistiche nelle quali si suddivide la medicina. La **psichiatria morale** pone, infatti, in sede logico-epistemologica, dei **problemi fondativi** che nessun'altra disciplina conosce. Essa prospetta addirittura la possibile futura comparsa — ed il probabile sviluppo — di un **ampio** settore dottrinale completamente nuovo, definibile come quello **delle** scienze bio-morali. Di tali scienze oggi non esiste un progetto ben preciso, ma è presumibile che, prima o poi, esso debba emergere dal **magma** delle infinite **potenzialità** culturali, costituendosi in un corpus ben distinto, partecipante insieme dei problemi della biologia e di quelli **dell'etica**. In effetti, la singolarità topologica della psichiatria morale può essere intuita immediatamente sol che si pensi alla parallela impossibilità di pensare, in campo medico, per es. ad una... odontoiatria etica (!) o ad una... **internistica** morale!

Che vuol dire tutto ciò? Significa che la psichiatria si impianta ab origine su di un ben preciso terreno etico ed etico-politico costituendosi **così**, oltre che come prassi medica molto particolare, anche come precipua scienza morale (anzi bio-morale).

Di fatto, però, il progetto di appropriazione violenta che una certa ideologia medicalistica ha saputo pianificare a detrimento di queste radici della psichiatria morale e, contemporaneamente, il tenace complesso di inferiorità che incatena gli "alienisti" ad una sorta di timorosa **sudditanza** nei confronti del modello conoscitivo medico e fiscalistico hanno **catalizzato** un grave processo di **autoalienazione** della psichiatria nei confronti della sua ispirazione etica originaria.

Incapaci di elaborare una corretta gnoseologia etico-sociale **del** loro "conoscere," estranei ad una valutazione ben fondata, in senso **antropologico**, del loro "indagare," gli "alienisti" prima, e gli "psichiatri" poi, **hanno** perduto man mano qualsivoglia nozione storica delle radici del loro "sapere." In tal guisa le stesse leggi fondamentali del correlativo "operare" non hanno mai **più** avuto modo di essere richiamate in causa. È **così** che le varie formule conoscitivo-operative della psichiatria già sedimentatesi nel corso degli ultimi due secoli di storia hanno **finito** con l'essere considerate quali **diva** irrefutabili sul piano della validità epistemologica.

Gli psichiatri si sono venuti convincendo, cioè — e tentano di convincere sempre **più** i non esperti — che esistessero (e che esistano) delle **entità** (o sostanze, o quiddith) rispondenti, sul piano **ontologico**, a designata come "delirio," "allucinazione," "confusione," ecc. Ma, dopo aver compiuto e sostenuto questa prima ed inavvertita ammissione **gnoseologica**, essi si sono abbandonati a tutte le **più** eterodosse ipotesi **fisicalistiche** (e medicalistiche) in merito alla "organogenesi" di questi pretesi "sintomi." Tali "sintomi" sono appunto quelli stessi che, collegati tra loro nel **più** vasto **quadro** delle "sindromi," vengono a strutturare, nella prospettiva **gnoseologica** della cosiddetta **psichiatria** classica, le grandi

unità-entità corrispondenti alle svariate "malattie mentali" (come la "schizofrenia," la "melancolia," la "mania," ecc.).

È evidente che partendo da una posizione epistemologica ed **axiologica** non ben autoconsapevole (quella propria, cioè, dell'"alienistica" del secolo passato), gli psichiatri hanno trasferito nel campo di una **pseudospecialità** medica (come l'attuale psichiatria) concetti e strutture conoscitive che, proprio perché esprimono valori e giudizi di natura **essenzialmente** etica, mal si adattano a configurare un universo **conoscitivo** di autentico ed esclusivo significato "medico." Tale **artificioso** universo appare in effetti regolato da proprie ed autonome leggi di **interna** autocoerenza simbolico-interpretativa (la coerenza, cioè, dei **sistemi segnici** e semantici che costituiscono la **technische Weltlichkeit** del gergo psichiatrico) le quali niente di comune sembrano possedere **nei** confronti della medicina somatica. In altre parole: la psichiatria (in quanto moderna meta-alienistica) poiché non si costituisce come **una** scienza nomotetica (**bensì** soltanto come **un'arte** tecnica **idiografica**) non può andare in traccia di alcuna vera e ben consistente **epistemologia** fondativa: le arti infatti non conoscono il problema della fondazione epistemologica ma eventualmente, soltanto, quello di particolari **verificazioni** gnoseologiche in campo estetico. Essa appare pertanto in grado di ricercare ed attingere eventualmente, nella migliore delle ipotesi, un semplice perfezionamento della sua interna **autocoerenza** rotto forma del massimo possibile affinamento axiologico.

A questo riguardo bisogna ricordare che ben raramente è stata **sostenuta** (con sufficientechiarezza di espressioni e di propositi) **la** tesi secondo cui l'unica fondazione coerente della psichiatria è da ricercare in campo estetico." La continua confusione, inuece, tra le due inconciliabili esigenze (della idiografica e della nomotetica) entro l'angusta contesto dottrinale della psichiatria cosiddetta "clinica" ha costituito un evento fatale per lo sviluppo dell'"alienistica" prima, e della "psichiatria" poi, condannando queste arti tecniche al destino di una **incongruenza** fondativa fatale.

Ognuno ben comprende, naturalmente, che queste aberrazioni storico-gnoseologiche ed **ontologiche** non si sono verificate per puro caso, **ma bensì** attraverso l'apporto ed il sostegno di potentissime forze sociali **di** fondo.

Se esiste ed è valida, in effetti, una qualsiasi teoria sociologica della conoscenza, bisogna riconoscere che, nel campo dell'"alienistica" prima, e della psichiatria poi, le **varie società dell'Occidente**, nel corso degli ultimi due secoli, hanno mediato cogentissimi modelli conoscitivi, i quali non possono essere altrimenti qualificati se non come vere e proprie gnoseologie allotrie.

La gnoseologia allotria — e connessa "ideologia" — della **psichia-**

¹⁸ Cfr. E. W. STRAUS, *Philosophische Grundfragen der Psychiatrie*. 2: *Psychiatrie und Philosophie*, in "Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis," Band 1/2, pp. 924994. Cfr. *Phenomenological Psychology: the selected Papers of E. W. Straus*, Basic Books, Inc. Publishers, New York 1966.

tria si fonda sul ben noto presupposto **axiologico-psicodinamico ancestrale** in base a cui l'uomo è indotto facilmente a riconoscere nel suo simile" (nel suo "prossimo," vale a dire **nell'"altro"**) la **pid** immediata ed accessibile incarnazione del male. "Il bene sono io; il male è lui!" Ne è scaturita, nel corso della storia della civiltà e delle varie culture umane, una interminabile sequenza degenerativa in base alla quale **l'alter** (trasformato, per finalità **psicodinamico-costitutive, in alienus**) ha sopportato e sopporta potenti cariche proiettivo-alienative. Si **t** venuta **così** configurando, collateralmente, nel corso della storia della (o delle) civiltà la fenomenologia assai ben nota del "capro espiatorio." Come si sa, esso rappresenta la "vittima sacrificale" che appare destinata ad accogliere su di sé il peso del male altrui per **espungerlo** dal contesto della comunità nel corso dei tanti riti sacrificali che la storia delle culture ricorda ed enumera con estrema chiarezza e che, in **particolare**, ci tramanda ed impone sotto le forme dell'ostracismo manicomiale. **Non** è un caso, infatti, che la storia della moderna civiltà occidentale — per quella parte almeno che si richiama alla lezione morale del cristianesimo — appaia tutta fondata, **axiologicamente**, sulla dinamica **costitutiva** del divino capro espiatorio (Gesti Cristo).

Mentre dal punto di vista etico e religioso la fenomenologia del "capro espiatorio" riesce a sublimare il processo psicodinamico **del-****l'"espulsione del male,"** sotto l'aspetto dell'economia psicologica, invece, le cose procedono in modo molto diverso.

Qui domina un'ontologia dapprima latente ma poi sempre **più** esplicita, di un ordine diverso, la quale induce lentamente gli studiosi, nel corso degli ultimi due secoli, a tradurre la corrispettiva tipologia psicologica del male in ipotesi dottrinali che finiscono per acquisire una cittadinanza sempre **più** autonoma nell'**hortus conclusus** delle scienze mediche. La psicologia si appresta così ad accogliere una complessa teoretica inerente la rappresentazione de: 1) l'altro, 2) il male, 3) il morbo e ad elaborare una dottrina complessa nel cui quadro questi temi **possano** fondersi tra loro in modo assai acconcio e ben **rispondente** ai sottostanti, ma non ben riconosciuti, imperativi socio-conoscitivi.

In realtà la psichiatria non cessa mai di rappresentare una teoretica inconsapevole dell'alterità doppiamente alienata: "alienata," cioè, sia dal punto di vista economico-sociale (in senso marxiano), sia dal punto di vista psicologico e giuridico (secondo l'accezione **più** comune del termine in questione). Si può dire, anzi, che l'economia svolge un ruolo determinate nella formazione e nella tipizzazione della primitiva psichiatria, anche sotto l'aspetto delle categorie **ontologiche** centrali di giudizio ricorrenti in questa particolare arte tecnica: intendo dire l'economia del diritto di proprietà.

Se ben la riguardiamo, infatti, nelle sue **più** riposte radici **seman-**

¹⁹ Quale contrapposto al "sé-peculiarizzante" dove "peculiarizzante" conserva l'arcaica sua risonanza economico-patrimonialistica di **latina** derivazione, connessa alla radice di **peculium**.

tiche e semantico-ontologiche, gran parte della terminologia specialistica psichiatrica si qualifica già fin dai suoi inizi come una "semiotica" di evidentissima derivazione proprietaristica.

L'alienato, infatti, si riconosce come tale in quanto ha perduto il possesso delle sue **facoltà** (=ricchezze) mentali; il **mactus**" viene ritualmente "spogliato" dei suoi "averi" mediante i vari provvedimenti civili ed amministrativi che vengono assunti a suo "carico"; e tutto ciò al momento in cui egli viene "internato," ovverossia "**fagocitato**" nel contesto di istituzioni aventi lo scopo essenziale di "ricapitalizzarlo" (sotto l'aspetto economico) in quanto soggetto produttivo; il **folle**" deve cedere ad un curatore (che si affianca, poi, al curante!) l'amministrazione dei propri "beni" (che spesso sono all'origine di tutti i suoi "mali!"); il pazzo^U deve subire sul proprio corpo (della cui *proprietas* egli viene praticamente spogliato)" la violenza delle **più** eterodosse manovre, conosciute come "terapie."

A proposito di "alienati" e di "alienazione," è interessante rammentare, in questo contesto, almeno un paio di istituzioni storico-giuridiche che possono aiutare a meglio comprendere **talune** sfumature significative di questa singolare fattispecie concettuale. In primo luogo

²⁰ Nel senso di "condannato ad ogni costo": cfr. Cic. Flacc., 52, *alci aliquem mactandum civitatis testimonio tradere*.

²¹ Non si dimentichi che "folle" deriva dal latino *follis* (=sacco di cuoio, pallone) e che l'accezione moderna, denigrativa, dell'antico vocabolo latino si è prodotta per effetto di comparazione ironica del "pazzo," appunto, con un "pallone gonfio d'aria." Non si deve omettere la circostanza — a questo riguardo — che il fenomeno del "gonfiamento" sta alla base di tutti quei **protolinguaggi** (Szasz) isterici dai quali discende, in linea generale, ogni possibile forma di "patologia mentale." Altro particolare interessante: "sacco" è traducibile, in latino, altresì con i vocaboli *saccus* e *culleus*. Orbene, *culleus* deriva a sua volta dal greco "Κουλεβός-Κόλον" (significante: cibo, alimento, intestino cras budello). Non fa bisogno sottolineare il valore metaforicamente "possessivo" di tutta questa simbolistica. Ecco dimostrato, dunque, come dietro l'innocente *follis* si celi — non a caso — una vasta ed implicita metaforologia di tipo anale. repressivo, ed autoritario che ispira tutta la linguistica e la simbolistica manicomiale e **burocratico-amministrativa** di tipo "assistenziale."

²² Converterà rammentare le **etimologie** possibili di questo vocabolo. "Il Salvioni spiegò **pazzo** da *patiens* (lat.) 'paziente,' ma il Nigra osservò che nel concetto popolare il 'pazzo' non s'accompagna al significato di 'paziente' o di 'malato,' ma a quello di 'stravagante' 'sragionevole.' Neanche la derivazione da *pupazzo* pensata dal Nigra pare valida... Né è sostenibile la connessione di **pazzo** (it.) con **pazzo** (Val di Fiemme [Trento] e **trevis**.) 'sudicio' e quindi la dipendenza da *pacime* (da *pacif*-di *pacumen*, da cui *patume*) immaginata dal Biadene" (da R. PRATTI, *Vocabolario etimologico italiano*, Garzanti, Milano 1970). Comunque, a proposito della etimologia proposta dal Biadene, vale la pena di rammentare che "pazzo" è, probabilmente, molto più vicino a "πάθος, ου" (residui, deposito, **fimo**, ecc.) che non a "πράθος, ους" ("ciò che si prova di bene o male, nel fisico o nel morale*). Se questa ipotesi è esatta, allora risulta anche ribadita la univocità catasimbolica (avente riferimento, cioè, col mondo **ctonico-viscerale** del "pos-sesso") di tutta la varia terminologia avente riferimento (nelle varie lingue europee, antiche e moderne) con l'universo della **folia** e delle cosiddette **malattie mentali**.

²³ Con le conseguenze psicodinamiche e psicofenomenologiche che ognuno ben comprende debbano necessariamente legarsi ad ogni possibile forma della "**corporeità** vissuta." E la **spogliazione** della *proprietas* non può non vedersi riconnessa ad un radicale significativo molto vicino a quelli precedentemente analizzati. In verità, lo *spolium* t la "pelle scorticata o deposta di un animale" e quindi, per estensione, gli "oggetti tolti al nemico," il "bottino," la "preda," la "rapina." Dove *spolium*, riconnettendosi a *bursa* (basso latino) e richiamando il greco *byrsa* (pelle conciata, otre) chiude perfettamente, in senso cata-simbolico, la grande famiglia di queste univoche analogie semantiche a riferimento possessivo-patrimoniale.

il concetto di *alieni juris*, ricorrente nel diritto romano. Secondo tale norma le persone soggette alla potestà familiare (suddivisi in servi e liberi) non godevano, nel campo del diritto privato, di alcuna *capacità* per l'acquisto di diritti, tranne le obbligazioni della famiglia naturale. In secondo luogo rammentiamo l'istituto posto in essere con l'*Alien-Bill* britannico. Si trattava di una legge, votata nel 1793 dal Parlamento inglese, autorizzante il Governo ad espellere gli stranieri la cui presenza fosse ritenuta pericolosa.

Ma, per tornare, ora, ad un periodo attuale e per rientrare nel campo della semantica specialistica psichiatrica, che dire, p. es., della grande fenomenologia delle "sindromi di *depossessione*," tanto care ad una certa psichiatria francese? Che dire di quei fenomeni battezzati, non a torto, come di "rivendicatività" patologica"? Che pensare del cosiddetto "modello economico" in psicanalisi? Evidentemente il riferimento "possessorio" — e la correlata sua ideologia di fondo — torna sempre a dominare il campo.

La nota *pid* curiosa che io rammenti, a questo proposito, comunque, mi sembra quella costituita da *taluni* idiotismi gergali propri della burocrazia segregatoria manicomiale di alcuni decenni fa. A quell'epoca si usava stampigliare, sulle cartelle cliniche degli alienati *più* poveri degenti nei manicomi pubblici, l'incredibile timbro: "pazzo gratuito." Questi "pazzi gratuiti," evidentemente, erano coloro dai quali la pubblica amministrazione non sperava di poter derivare mai la minima compensazione per le spese di assistenza erogate a loro favore. Sta di fatto, comunque, che in quell'aggettivo "gratuito" venivano a risuonare patentemente insieme i due opposti riferimenti costituiti sia dalla disperata miseria del "mentecatto" violentato in modo tanto "gratuito" (e cioè "ingiustificato") sia la *efferata* freddezza del *genius loci* burocratico il quale intendeva mettere ben in chiaro il fatto che la assistenza manicomiale veniva largita, in tali casi, a titolo puramente benevolo (e cioè "gratuitamente") dai filantropici amministratori pubblici.

Infine, non si dimentichi che l'alienato veniva e viene per lo *pid* considerato "incapace" di intendere e di volere. Tra gli altri molti riferimenti *semantico-ontologici*, quello della "capacitas" rappresenta l'indicatore meglio atto a farci intendere quale sia la vera natura delle categorie morali dominanti in questo settore della semantica sociale. Il riferimento etimologico alla *capacitas* appartiene infatti prevalentemente all'ordine misuratorio *merceologico*²⁵ e ci fa intendere subito sino a qual punto, parlando di "mentecatti" ci si riferisca anche e soprattutto, ad "oggetti" aventi valore di "merci."²⁶ Inoltre, l'incapace è per *defi-*

²⁴ Dal latino giuridico: *actio de reivindicazione* = "azione per reclamare qualcosa" (in genere, una "proprietà").

²⁵ A quell'universo di riferimenti metrici, cioè, che si applica alle merci che debbono essere misurate (in senso pondero-spaziale) per ricevere il corrispettivo riconoscimento di valore.

²⁶ "Reificazione" e "mercificazione" rappresentano due aspetti indistinguibili nella processualità invasiva e psicotica dell'universo manicomiale che lentamente ingloba i "pazienti," conducendoli alla "cosificazione" schizofrenica.

nizione, colui che non è in grado di capere e cioè di "prendere, afferrare, cogliere, impadronirsi di... ecc." L'incapace, dunque, è colui che — per ulteriore estensione di significato — non essendo atto a "tenere" e "trattenere," non sembra in grado di poter partecipare utilmente e con corretta convenzionalità di intenti a quelle istituzionalizzate operazioni di "captazione" sulle quali si fonda la "proprietà" economica sia individuale che collettiva. In buon francese si direbbe, al proposito, che "ou l'on est captieux ou l'on est captif." Ed i poveri "malati di mente," mondi di ogni "capziosità" a quale destino possono andare incontro se non a *quello* della "cattività" manicomiale?

Come si vede da questi sommari accenni, molti elementi concorrono ad inquadrare la massima parte delle strutture concettuali ed operative proprie della "alienistica" primitiva e della "psichiatria" attuale entro l'ambito dei preminenti ed originari interessi economici e classisti del diritto di proprietà.

Ma, proprio nella misura in cui l'alienistica primitiva (ed in gran parte anche la psichiatria attuale) rappresenta una inconsapevole metaforica della proprietà somatica,²⁷ nella stessa misura essa implica anche un assunto ideologico di significato alienante circa il valore della relazione conoscitiva che intercorre tra l'alienista e l'alienato. Una relazione anomala e paradossale, sotto i più diversi aspetti, della quale ben si giunge a comprendere sempre più chiaramente, oggi, quale sia stata e continui ad essere l'implicita funzione "filattica" nei confronti della sacra ideologia del "possesso."

Certo si è che nessuno oggi si illude, oramai, di poter più oltre applicare, con successo, allo studio di tale relazione, i criteri interpretativi che funzionano acconciamente nel campo delle scienze fisiche e — sia pur con sempre minor suffragio di consensi — in quello delle arti mediche non-psichiatriche.

È per tali ragioni, dunque, che in questo campo sta sorgendo all'orizzonte l'esigenza di un modello speculativo nuovo che altrimenti non può essere pensato se non come un modello bio-morale.

Ideologia ed alienazione

Il rapporto tra l'ideologia e l'alienazione passa attraverso itinerari molto complessi che è interessante esplorare, almeno in piccola parte.

Per esempio, si consideri il problema della "Verdinglichung." Come si sa, il termine hegeliano può permettere due traduzioni molto affini, in italiano: reificazione e cosificazione. Il termine oggettivazione deve essere riservato, invece, alla versione del vocabolo *Vergegenständlichung*.²⁸ Secondo J. Gabel con "reificazione" si deve intendere "un insieme esistenziale che comporta in particolare fenomeni di spazia-

²⁷ Con allontanamento equivalente dalla "proprietà" migliore (Allport).

²⁸ J. GABEL, *La falsa coscienza*, Dedalo libri, Bari 1967, p. 334.

lizzazione e di svalorizzazione, un insieme la cui espressione clinica è la schizofrenia."

Secondo lo stesso A. si definisce invece come "cosificazione" quel particolare "stato mentale del malato che si percepisce come cosa."

Ora, un fenomeno interessante — dal punto di vista interculturale ed interlinguistico — si verifica al momento in cui i traduttori inglesi di *Ideologie und Utopie* (di K. Mannheim), con una *ingenuità* disarmante, ma purtuttavia assai significativa, traducono *Verdinglichung* con *Impersonalisation*.²⁹

Ad un lettore delle opere di T. Szasz non può sfuggire a questo punto un'interessante quasi-coincidenza terminologica. In realtà Szasz descrive il processo ricorrente, in via essenziale, a livello di ogni hormè psicotica (per dirla sia pure impropriamente con V. Monakow) come un fenomeno di "impersonation," vale a dire di "impersonazione."³⁰

Che rapporto passa — vien fatto di chiedersi — tra il processo di impersonation (cui si richiama Szasz) e la impersonalization degli AA. inglesi (traduttori di Mannheim) nei confronti del ben comune radicale alienativo? In parte, certo, si tratta di una quasi-casuale sovrapposizione fonetica (legata all'antinomico significato rispettivamente intensivo e privativo del comune prefisso "in" ricorrente nella formazione dei due quasi-omofoni vocaboli); ma in parte si tratta anche, forse, di una sovrapposizione semantica interveniente per coincidentiam.

Se così stanno le cose, bisogna allora riconoscere che le segrete risorse del linguaggio sembrano incaricarsi di ravvicinare — al di là di ogni ben consapevole coscienza di tale sostanzialità fenomenica — il punto di vista di Szasz con quello marxiano (feuerbachiano e lukacsiano) inerente il problema dell'"alienazione"; mentre, per converso, tali stesse risorse permettono utili ed interessanti avvicinamenti concettuali tra la predetta teoria post-hegeliana dell'"alienazione" con le più moderne teorie psico-sociologiche dei "ruoli" e dei "giuochi."

Se si riflette, inoltre, al fatto che la "falsa coscienza" (che sta al centro di tutti i processi di "alienazione") è riducibile — sempre secondo l'ipotesi di J. Gabel — tutto sommato, all'essenziale momento della "pseudologia" — mentre, secondo Szasz, le varie "malattie mentali" sono tutte parimenti riducibili alla finzione sociale della impersonazione — è facile comprendere quanto grande sia la sostanziale vicinanza dei punti di vista di due pensatori apparentemente così distanti tra loro come, appunto, T. S. Szasz e J. Gabel.

Queste considerazioni ci portano dritti, dunque, a scoprire implicita, nel pensiero di Szasz, una teoretica dell'alienazione di tipo sostanzialmente post-hegeliano, teoretica che, però, in lui non si manifesta a livello di una dichiarazione ufficiale per così dire "alienologica" (in senso marxiano). Tale teoretica si estrinseca attraverso il processo che Szasz conduce contro l'ideologia manipolatoria propria della psi-

²⁹ J. GABEL, *op. cit.*, p. 338.

³⁰ T. S. SZASZ, *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano 1966, pp. 320 sgg.

chiatria segregatrice: tale psichiatria appare in effetti altamente responsabile dei tragici danni prodotti sui "malati mentali" dal mondo alienato delle istituzioni segregatorie nelle quali tale stessa psichiatria li costringe a vegetare ed a dissolversi progressivamente. In altre parole, Szasz non parla esplicitamente di un'alienazione intrinseca propria della ideologia psichiatrica **ufficiale** (ideologia alienata), ma ci fa capire perfettamente quanto grave sia l'**ideologia-produttrice-di-alienazione** (ideologia alienante) che gli psichiatri stessi coltivano e realizzano nell'ambito delle loro consuete operazioni professionali.

Su questo tema dei rapporti tra alienazione e ideologia è interessante ricordare anche la testimonianza offertaci a suo tempo da A. Gorz.³¹ Nell'*opera* di cui si parla, egli dedica un capitolo assai denso a questa specifica questione. In tale contesto si trova una **definizione** di "ideologia" che molto può interessare i lettori di quest'*opera* di Szasz. Scrive infatti Gorz:

Viene chiamato ideologia quel sistema di fini di ragionamenti e di **softismi** autogiustificatori attraverso il quale gli individui tentano di dar valore e intenzione a imprese che sono loro alienate e rimproverate come crimini."

L'ideologia, dunque, può agire come un potentissimo strumento alienante, poiché

nel mondo **dell'alienazione...** i soli strumenti offerti **all'azione...** sono precisamente i medesimi strumenti che alienano gli **agenti**.³²

Nel mondo "alienato" della psichiatria si realizza, dunque lo schema **già** attribuito surrettiziamente dagli psichiatri alla dinamica dei cosiddetti "malati di mente" di tipo paranoicale, vale a dire lo schema del perseguitato-persecutore. Si può, anzi, pensare che **taluni** schemi interpretativi classici costitutivi della teoria psicopatologica rappresentino un modello "**proiettivo**" attraverso il quale gli psichiatri tentano di superare l'angoscia della loro propria, per quanto nebulosa, "**coscienza-di-alienazione**," rovesciando sull'oggetto dei loro studi (e delle loro manipolazioni professionali) le proprie contraddizioni esistenziali insolubili. La prassi psichiatrica sarebbe da considerare, a questo punto, una sorta di tentativo auto-terapeutico mediante il quale gli psichiatri cercherebbero di liberarsi dalle proprie angosce rovesciando sadicamente **sull'oggetto** delle loro manipolazioni (il "cattivo oggetto") le proprie cariche distruttive individuali. In effetti

l'ideologia P quel pensiero **difensivo** (N.B.) che tenta di integrarsi **attraverso il verbo** (N.B.) un mondo che sfugge alla sua presa... essa è **più** che un semplice riflesso mistificatorio della **realtà**, è una interpretazione, e le sue mistificazioni non sono menzogne trasparenti... In **effetti** vi P una buona fede nella malafede e vi

³¹ A. GORZ, *La morale della storia*, Il Saggiatore, Milano 1960.

³² *Op. cit.*, p. 91.

³³ *Ibid.*, p. 98.

sono gli uomini presi in trappola (gli psichiatri - nota del referente) che si difendono confusamente contro una realtà inaccettabile, ma che non possono non accettare, che hanno bisogno di giustificarsi, di credersi migliori di quel che facciamo, di farsi approvare dagli altri e da se stessi, di oggettivare nel **fittizio** (immaginario) la loro umanità irrealizzabile nel **reale**.³⁴

Una volta operati questi riconoscimenti, bisogna anche valutare con precisione quale funzione svolga il linguaggio nel contesto di un **siffatto processo**. Sempre Gorz fa un'osservazione acutissima quando sottolinea che

le parole di cui si **serve** ogni reazionario produttore di alienazione vengono da lontano; non le ha inventate lui, non sono sue; partecipano di un **sistema** ideologico e **culturale**, che s'**impadronisce** dell'intenzione del parlante (N.B.), lo conduce oltre se stessa e "lo" parla secondo una logica che non è propriamente la **sua**.³⁵

Ritengo che con questo concetto del "furto dell'intenzione significativa" noi raggiungiamo veramente il nucleo centrale del problema dei rapporti intercorrenti tra ideologia ed alienazione (degli psichiatri); un punto che si presta ad interessanti verifiche (sia fenomenologiche che psicodinamiche) le quali non possono ovviamente essere qui esplorate secondo le varie ed amplissime correlazioni che chiamano in causa.

E tale alienante processo del furto dell'intenzione significativa (che avviene a danno del cosiddetto "malato mentale") di quale strumento si vale in modo precipuo? Dello strumento-principe dell'ontologia. Ho già avuto modo di sottolineare il ruolo violento che l'ontologia svolge molto frequentemente nella storia della cultura, e non sto qui a reiterare quelle tesi."

Riflettendo sull'alienazione prodotta dalla degenerazione ideologica, infatti, ci si avvede (dice ancora Gorz nella sua apostrofe contro fascisti, colonialisti e reazionari) che

l'ideologia che voi elaborate partendo dalla prassi collettiva della vostra classe non si limita dunque a rifletterne le verità pratiche. Essa porta tali verità **all'assoluto**, le fonda su di un sistema metafisico e morale... Il razzismo presenta i rapporti pratici tra collettività **come** rapporti ontologici basati **sull'ordine naturale** o "divino"... (si che) **lo statuto metafisico** dà garanzia ai privilegi e dunque la pace della vostra anima."

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Gli psichiatri hanno ribaltato in "sindrome psicopatologica" questa parte della loro "mauvaise conscience," disegnando la ben nota sindrome del "furto del pensiero" e quelle di "deposizione" (Levy-Valensj). Particolare ancor più interessante, poi, si è che, a loro volta, le "sintomi di possessione" ("démonopathies") si ricollegano al grande nucleo fondamentale del pitiatismo (isteria). Risulta confermato così una volta di più il molo determinante svolto dall'isterismo nel nucleo focale più profondo di tutta la psicopatologia.

³⁷ Cfr. la prefazione al volume di T. S. Szasz, *I manipolatori della pazzia*, Feltrinelli, Milano 1972.

³⁸ A. Gorz, *op. cit.*, p. 104.

Questo furto dell'altrui intenzione significativa e questa violenta forma di captazione ontologica chiamano, a loro volta, in causa una categoria psicofilosofica assai particolare.

Essa è stata acutamente definita da J. Gabel come quella del *Seinsgebundenes Wahndenken*, "vale a dire "il pensiero delirante dipendente dall'essere." Gabel conìd quest'espressione liberamente variando — con precisa finalità di applicazione alla psicopatologia e con una sottile punta di humour — una ben nota formula di K. Mannheim, quella referentesi, cioè, al *seinsgebundenes Denken*. Con tale variazione di formula Gabel vuol sottolineare, insieme, quanto pericoloso sia, in genere, il ragionamento ontologico (così frequentemente esposto al rischio dello straripamento delirante o deliroido) e come di necessità, sempre, il ragionamento delirante proceda sulla falsariga di attività categoretiche yaradossali di chiara isvirazione ontologica.

Con questi richiami mi-pare che si venga ben disegnando la chiusura su se stesso di un vero e proprio circolo vizioso culturale e gnoseologico riconoscibile ai suoi due estremi, rispettivamente, nell'ideologia (psichiatrica) alienante implicita" e nella gnoseo-ontologia (psichiatrica) alienata esplicita," Chiudendo nella morsa di tale logica distruttiva il mondo della umana sofferenza degli Iloti di tutti i tempi⁴² è fatale che la psichiatria contribuisca sempre più a "reificare" l'umanità sofferente anziché liberarla dai suoi conflitti e dalle sue aporie esistenziali.

Come si vede, dunque, l'ideologia alienata ed alienante implicita nella speculazione psichiatrica — quale almeno oggi noi la conosciamo, non solo nella sua attualità ma altresì nella sua storia passata e nel suo lento divenire attraverso i secoli — è legata a presupposti ontologici assai precisi e si esprime, per di pid, attraverso un gergo che ben si presta alla funzione di mediatore e condizionatore di una tale tragica visione del fenomeno umano.

Il rapporto vicendevole che corre tra ideologia, alienazione e linguistica psichiatrica è, sotto questo aspetto, molto istruttivo e merita indagini più approfondite di quelle sino ad oggi dedicategli. E ciò soprattutto in relazione alla specifica funzione di rivelatore delle intenzioni che il linguaggio svolge sempre, sia nella sua dimensione descrittiva che in quella prescrittiva.

In realtà, allorchando lo psichiatra afferma di volersi limitare a descrivere una pretesa fenomenica psicopatologica "obiettiva,"⁴³ egli — di fatto — si incarica in prima istanza di "impossessarsi" pid o meno arbitrariamente e violentemente delle varie intenzioni significative

³⁹ J. GABEL, *op. cit.*, p. 366.

⁴⁰ Che si fa riconoscere a livello delle elucubrazioni patogenetiche e piscodinamiche generali elaborate dai *doctrinaires* (H. Baruk).

⁴¹ Riconoscibile in guisa assai tipica nei ben noti schemi della noso-diagnostica generale psichiatrica.

⁴² M. BELUFFI. *L'antipsichiatria ovvero la voce degli Iloti*. in "Il Mulino." n. 214. Bologna 1971.

⁴³ Sulla *quaestio* dell'"obiettività" in psichiatria andrebbero scritti interi tomi. E non è detto che il tema non debba affascinare prima o poi qualche ricercatore.

del loquente (il cosiddetto "malato di mente"). In seconda istanza egli si proclama autorizzato (implicitamente) *altresì* ad "interpretare" tali messaggi secondo i paradigmi che una certa impostazione *scolastico-culturale* (ideologizzata ad oltranza) gli hanno reso familiari e che egli applica, perciò, in guisa pressoché automatica e, di certo, quasi sempre ipocritica. In terza istanza lo psichiatra utilizza il linguaggio gergale della sua specialità — vale a dire il suo proprio "slang" — onde "prescrivere" implicitamente — sempre in funzione ideologica — una serie di conseguenze "pragmatiche." Tali conseguenze si impongono sempre e fatalmente da sole ogni volta che si applica una qualsiasi **valutazione qualificatoria** alle varie "realtà" secondo cui si profila il fenomeno umano.

Sia perciò che egli si **appropri** della originaria **intenzione significativa** del "malato"; sia che egli la **interpreti** secondariamente a suo **piacimento**; sia che egli, **riesprimendola e codificandola**, secondo il proprio **modus, in forma documentale**, la colleghi, di fatto, al sostanziale **destino prescrittivo** (sociale) del **linguaggio**, è evidente che lo psichiatra compie sempre un **amplissimo** intervento manipolatorio in campo semantico e, prima ancora, intenzionale. Tale intervento manipolatorio — che con **efficaceneologismo Szasz** recentemente ha definito come **semanticidio**" — a voler essere inteso con proprietà nelle sue caratteristiche più profonde richiederebbe molte analisi.

In verità, che cosa significa appropriarsi dell'intenzione significativa di un "malato mentale"? Attraverso quali vie il "malato mentale" esprime, infatti, tale "intenzione"? Sino a che punto lo psichiatra è personalmente responsabile di tale appropriazione e *fin* dove — invece — non subisce egli stesso, a sua volta, l'influsso delle strutture sociali e culturali le quali condizionano in via apriorica un simile "furto," istituzionalizzandolo scientificamente? Inoltre: che rapporto passa tra l'appropriazione operata a danno dell'intenzione significativa del "paziente" ed i modi specifici della ermeneutica culturale — anche di gruppo — che lo psichiatra esprime e personifica? Ed infine: una volta operata la predetta "ermenèusi" convenzionale (in riferimento all'intenzione significativa dei suoi "pazienti"), secondo quali specifiche leggi, ideologicamente condizionate, lo psichiatra torna poi ad esprimerla nelle sue codificazioni gergali?

Questi problemi sono molto complicati ed oscuri, e tanto più complicati ed oscuri, in effetti, quanto minore è stato — e pur tuttavia resta — l'interesse dei più responsabili in merito allo studio di questa intricata matassa significativa. Ma il difetto di interesse e di approfondimento non è certo casuale, poiché ciascuno intende benissimo quale carica dirompente e rivoluzionaria potrebbe e può celarsi nel contesto

⁴⁴ T.S. Szasz, *The second Sin*, Anchor Press, New York 1973, p. 22: "A taluni concetti come quelli di suicidio, omicidio o genocidio, noi dovremmo aggiungere quello di 'semanticidio' (assassinio del linguaggio). L'abuso intenzionale (o quasi-intenzionale) del linguaggio attraverso nascoste metafore e mistificazioni professionali, spezza le basi del contratto sociale e cioè il tacito accordo interpersonale circa l'uso acconco delle parole, ecc."

di un'operazione di verifica epistemica e gnoseologica che dovesse rivelare, prima o poi — nel vivo contesto delle operazioni **segniche** di settore — una precisa intenzionalità discriminatrice.

Non v'è dubbio che già al livello della costituzione **segnica** primaria ovvero **segnico-gestuale** (vale a dire a livello della **semica** culturale) i gruppi organizzati riescono ad esprimere e a condensare — entro le strutture costitutive stesse dell'attività gestuo-segnica — precisi intendimenti pragmatici. Attraverso tali intendimenti-segni si realizzano, appunto, in forme socialmente **crystallizzate**, le volontà e gli interessi di tali stessi gruppi. È così dunque, che l'appropriazione della intenzione significativa — che lo psichiatra opera a danno del paziente — prima ancora di costituirsi come un'operazione ideologicamente differenziata e consapevole, rappresenta una sorta di "**parasemica culturale**."⁴⁵

I sintomi di tale **parasemica culturale** — nelle profondità della quale si struttura, appunto, l'alienazione ermeneutica dello psichiatra — sono molteulici. Essi si **sviluppano** su di uno strato cultural-intenzionale arcaico è a livello di esso che prende corpo, inizialmente, il **divisamento** "seclusorio" concepito a danno de l'"altro" ed in difesa dei valori rassicuranti della convenzionalità collettiva, affidati, in genere, ad un capo-interprete carismatico. Al di sopra di tale strato arcaico delle intenzioni **seclutorie** si sviluppa poi, attraverso gli apporti della speculazione scientifica, quella **più** complessa attività significativa e denotativa che ci è nota, appunto, come "psichiatria." Ma siffatta attività scientifica, di tipo descrittivo-simbolico, è condizionata, appunto, alle sue origini, da un substrato moto-culturale ed archeo-intenzionale il quale riassume in sé ben precise caratteristiche di reietività emozionale. Esso sintetizza infatti le cariche **semiche** di tutti i gesti (e perciò anche di tutti i segni) di difesa apotropaica che vengono compiuti, a livello delle comunità primitive, nei confronti dei **macti**. Sono appunto questi i signa difensivi originari (**protofilattici**) dai quali promanano poi **mano** i **symbola** (**deuterofilattici**) storicamente **più** differenziati di settore. Ed è con la **comparsa** e l'**affermazione** dei **symbola** e con l'**attivazione** della loro **complessa dinamica** referenziale che prende poi corpo e forma — attraverso un processo semiogenetico lentissimo, che si protrae nel corso di interi secoli — quel sistema linguistico altamente differenziato — ma pur sempre **protofilattico** nella sua essenza — che noi oggi definiamo, appunto, come "linguaggio psichiatrico."

Ora — e qui sta l'interesse di tale verifica — non sembra affatto **ipotesi gratuita** quella che riconduce il momento tètico della alienazione (implicita, successivamente, in ogni ulteriore momento significativo e denotativo venutosi a differenziare in questo settore delle scienze antropologiche) alle caratteristiche intrinseche della specifica signità originaria mediante la quale le varie culture umane individuano il "cattivo oggetto" da espellere dal contesto del "gruppo.") Alienando da sé il

⁴⁵ A proposito di "semica" si tenga presente il concetto di "semia," nonché quelli derivati di "asemla," di "polisemla," ecc.

malo oggetto ed escludendolo dal contesto della vita comunitaria, tali culture vengono alienando però anche il segno (ovvero gli insiemi segnici) mediante il quale (od i quali) esse realizzano tale intenzione seclusoria. Il segno che esclude, seclude se stesso dalle complesse armonie della signità globale che è strutturata, appunto, in funzione cosmounificatrice. Costituendosi in "indice" discriminatore dell'ἄλλον (àllon) il signum diventa allonomico nei confronti di se stesso e della stessa protogestualità olofrastica ma ologenetica che lo sosteneva.

Seguendo questo indirizzo interpretativo-culturale, bisogna dunque chiedersi quale rapporto passi tra siffatta alienazione originaria riflessa, patita dai segni alienanti, e le caratteristiche specifiche che tale alienazione assume al momento in cui si traduce in articolato linguaggio scientifico. Bisogna chiarire cioè quale rapporto passi tra l'alienazione segnica originaria (implicita in ogni intenzionalità allonomica) e l'alienazione semantica — già meno implicita — che si individua con tanta evidenza, p. es., nel contesto della tassonomia psichiatrica attuale.

Per uscire dal generico ed entrare nel concreto, prendiamo un esempio classico e cioè il vocabolo "schizofrenico." Quale intenzione si cela nella profondità di tale scelta omomàsica?

— Ad una prima verifica semantica parrebbe indiscutibile l'opinione banale e prevalente secondo cui una tale scelta denominatoria intenderebbe ricondurre l'attenzione del loquente sopra l'ipotetico processo di base che si verificherebbe nella psiche dei cosiddetti "schizofrenici." Il vocabolo assolverebbe, pertanto, ad una duplice funzione. definitoria ed esplicatoria. Il processo schizogenetico fondamentale (cioè la cosiddetta Grundstörung) sarebbe contrassegnato essenzialmente da caratteristiche di ordine "scissorio."

Ma — e qui sta la verifica proto-intenzionale che si tratta di mettere in atto — perché mai lo scienziato-alienista di questo nostro XX secolo si induce a scegliere proprio la radice σχῖζω per definire il processo "essenziale" che starebbe alla base della polimorfa realtà della "schizofrenia"? A prescindere dalla circostanza che un siffatto processo "essenziale" tende a rivelarsi in guisa sempre più evidente come un pericoloso "mito culturale"; a prescindere inoltre dall'altra circostanza in base alla quale risulta che altri psichiatri, contemporanei ad E. Bleuler, individuavano ben altre "forme-essenze" onde contrassegnare tale stesso ipotetico processo," resta sempre da chiarire la ragione per cui E. Bleuler, in mezzo a tante altre "radici-destino" ovvero "forme-essenze" andò a scegliere proprio quella dello σχῖζειν.

Accettando le prospettive di una ermeneutica culturale abbastanza evoluta e consapevole, ritengo che l'evocazione del proto-segno e della proto-intenzione dello σχῖζειν abbia corrisposto, assai inconsapevol-

⁴⁶ J. J. KOCKELMANS, *On myth and its relationship to hermeneutics*, in *Cultural Hermeneutics*, vol. 1, n. 1, aprile 1973.

⁴⁷ Mi riferisco alle tesi di Chaslin a proposito della "folie discordante": dove il mito della discordia giuoca un ruolo non meno potente di quello giuocato dal mito della scisma nella visione bleuleriana.

mente, in Bleuler, alla selezione di un signum capace di assegnare definitivamente, attraverso il corto-circuito forma-destino (μορφή-μοίρα) questi "malati" al destino della loro permanente esclusione sociale. Al momento stesso in cui vengono qualificati come "scissi" (in se stessi) questi "pazienti" vengono giudicati meritevoli, anche, in via implicita, di essere "rescissi" definitivamente (rispetto alla collettività). La radice schy- (che sta alla base di "scisma") dopo aver condannato la storia occidentale ad una mostruosa serie di bagni di sangue (attraverso le guerre di religione, sempre legate a pid o meno sostanziali "scismi"), tornava (e torna) così alla ribalta della storia culturale per instaurare altre — e non meno mostruose — guerre di religione, combattute sotto l'insegna ideologica della "salute mentale." Questa volta le vittime designate non erano pid né gli Ugonotti, né i Càtari, né gli Adamiti, ecc. ma bensì i muti ed attoniti schizofrenici rei soltanto di eresia psicologica o, meglio ancora, di scisma frenico. Il banditore inconsapevole della nuova crociata si chiamava E. Bleuler.

Come vorremmo noi qualificare oggi un siffatto disegno storico-culturale se non, appunto, come una operazione di alienazione riflessa nel cui contesto gli alienatovi di professione (gli psichiatri) si condannavano da soli alla alienazione-di-ritorno di tutto il loro operare e di tutto il loro sapere? I fenomeni di recisione, di rottura, di spaccamento, di dissociazione, di atassia intrapsichica che gli psichiatri — dopo Bleuler — credevano e credono di poter legittimamente individuare come presenti ed attivi nella "mente" (!) dei loro "malati" (!), non sono altro che l'immagine riflessa e speculare dello spaccamento, della discordia, della scissione, della disarmonia, dei conflitti, delle "schisi" che essi stessi risentono confusamente in se stessi e, oltre se stessi, nella coscienza storica del loro tempo. In un tentativo drammatico di salvare se stessi e la loro società dall'incombente destino della **dissociazione collettiva**⁴⁸ essi incominciavano intanto a costituire, ex analogia et more apotropaico, i primi gruppi di vittime sacrificali collettive, consacrando all'olocausto mediante l'assegnazione stigmatizzatrice del signum mali oggi eponimicamente espresso dalla schysis phrenica. Il gesto-segno tipico di questa operazione magico-scientifica si riassume nel simbolo della "scissione" che gli psichiatri indicano ed auspicano insieme nei loro presunti "malati," dimentichi, appunto, dell'**arcaica** (e magica) connessione, anche speculare, tra ómen e nómen.

La disumanizzazione della psichiatria — già annunciata nei secoli precedenti attraverso una tassonomia impietosa e denigratoria — raggiunge così, finalmente, il limite critico della conclamata **autoalienazione** degli psichiatri. Il processo involutivo di questa para-scienza sembra attingere così il suo acme nel momento stesso in cui la storia della civiltà e della cultura mostrano i sintomi inquietanti di un otte-
nebramento sempre pid drammatico delle coscienze.

⁴⁸ M. SIIRALA, *Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1961.

Ma — come spesso avviene nella storia — a cicli di profonda **involuzione** fanno spesso seguito altri cicli assai **più** fortunati e significativi. V'è da ritenere, anzi, che già oggi, in molte coscienze del nostro tempo stiano maturando progetti **più** interessanti, certo, di quelli che hanno sostenuto sino ad oggi la psichiatria ufficiale e la sua ideologia. Ed è probabile anzi, che proprio attraverso un intenso confronto **interculturale**⁴⁹ emergeranno in questo contesto molti modelli interpretativi completamente nuovi.

Poiché ciò che conta fundamentalmente, in psichiatria — come in molte altre discipline pragmatiche — si è di poter individuare le competenze, gli strumenti ed i tempi migliori onde intervenire nel modo **più** acconcio per sottrarre i "pazienti" al crudele destino della loro sofferenza alienata.

Una psichiatria che possa riscoprire questa verità semplicissima potrà costituire, essa sì, veramente, un autentico progetto liberatorio per l'umanità. Ma per mettere a punto un tale progetto è necessario prescindere da ideologie e da indottrinamenti (sia impliciti che espliciti); è indispensabile, soprattutto, **affinare** nei giovani psichiatri una **più** acuta sensibilità morale e sociale; è opportuno, infine, educare i futuri "pratici" della psichiatria e saper cogliere, con estrema fedeltà di interne risonanze emotive, le **vibrazioni più** riposte del linguaggio umano della sofferenza.

Perché la psichiatria è tutto sommato, una linguistica complessa, corredata da una sua ben precisa estetica nonché da una sua **poetica** ancor in gran parte inesplorata. Ma per intendere queste ardue connessioni è necessario che maestri e discenti assumano un atteggiamento completamente nuovo, nei confronti del loro sapere, e cerchino di divenire sempre meglio consapevoli non solo dell'estrema pochezza delle nostre cognizioni in questo ambito, ma anche e soprattutto dell'enorme mistero che ancor oggi tutte le avvolge.

⁴⁹ Ci si richiama qui non soltanto ai modelli assai noti della *psichiatria transculturale*, ma alle prospettive recentemente emerse ad Oslo (nel contesto del Congresso internazionale di psicoterapia medica) di una vera e propria *psicoterapia transculturale*.

Premessa

Questo libro è una raccolta di saggi, tutti tranne uno già pubblicati precedentemente. Sebbene nessuno degli articoli sia qui riprodotto alla lettera, la maggior parte di essi compare in questo libro soltanto con cambiamenti di poco rilievo. Per dare al volume maggior continuità e scorrevolezza, ho eliminato le **ridondanze** ogni volta che mi è stato possibile farlo; e, per assicurare una certa **uniformità stilistica**, ho ristrutturato le note in una forma maggiormente adatta a questa pubblicazione. Due dei saggi, *Il ricovero psichiatrico coatto: un crimine contro l'umanità* e *I servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola*, erano stati precedentemente pubblicati in una versione assai più ridotta e compaiono qui per la prima volta nella loro forma completa originale; un **terzo**, *La psichiatria, lo stato e l'università*, non è mai stato pubblicato altrove.

Ringrazio i direttori e gli editori delle riviste e dei libri in cui questi articoli apparvero originariamente per aver messo le loro pagine a disposizione del mio lavoro e aver permesso questa riproduzione; i miei colleghi, dottor Seth Many e dottoressa Shirley Rubert, per i loro saggi consigli sull'**Introduzione**; la signora Andrea Bottstein della Doubleday Anchor per avermi aiutato a scegliere e a **racogliere** i saggi da pubblicare in questo volume; e la mia segretaria, signora Margaret Bassett, per la sua costante, devota collaborazione in ogni fase di questo lavoro.

T. S. J.

Syracuse, New York, 1 febbraio 1969

Introduzione

I

Fra le molte affermazioni folli di Rousseau, una delle piú folli, e piú famose, è la seguente: "L'uomo nasce libero, e tuttavia è pur sempre in catene." Questa frase altisonante offusca la natura della libertà, poiché se la libertà consiste nell'essere in grado di compiere le proprie scelte in uno stato di non coercizione, allora l'uomo nasce in catene, e la sfida della vita è liberarsi da esse.

La capacità di un individuo di compiere le proprie 'scelte in uno stato di non coercizione dipende dalle sue condizioni interne ed esterne. Le sue condizioni interne, ovvemmssia il suo carattere, la sua personalità o la sua "mente" — che comprende tanto le sue aspirazioni e i suoi desideri, quanto le sue avversioni e la sua autodisciplina — lo spingono verso varie azioni, o lo allontanano da esse. Le sue condizioni esterne, wverossia la sua configurazione biologica e il suo ambiente fisico e sociale — che comprende le potenzialità del suo corpo, e il clima, la cultura, le leggi, e la tecnologia della sua società — lo stimolano ad agire in certi modi, e lo distolgono dall'agire in certi altri. Queste condizioni danno forma e definizione alle dimensioni e alla qualità delle scelte di un individuo. In linea di massima, quanto maggiore è il controllo che l'uomo riesce ad ottenere sulle proprie condizioni interne ed esterne, tanto maggiore è il grado di libertà che raggiunge; laddove, re non riesce ad ottenere un tale controllo, rimane schiavo o lo diventa se, pur avendolo ottenuto, finisce per perderlo.

In ogni modo, c'è un'importante limitazione alla libertà dell'uomo — e cioè, la libertà dell'altro uomo. Le condizioni esterne che l'uomo cerca di controllare comprendono gli altri individui e le istituzioni sociali, che formano un intreccio complesso di mutue interazioni e interdipendenze. Spesso una persona può allargare il proprio campo di libere scelte semplicemente riducendo quello di un suo simile. Questo è vero anche nel caso di un uomo che abbia come unica aspirazione quella dell'autocontrollo e che lasci gli altri in pace: la sua autodisciplina renderà agli altri piú difficile, se non impossibile, il compito di controllarlo e dominarlo. Peggio ancora, se un uomo aspira a controllare i suoi simili, la sua libertà comporta la loro schiavitú. Un allargamento illimitato del campo di scelte non coatte per tutti è evidente:

mente impossibile. Avviene così che la libertà individuale sia sempre stata, ed è probabile che continui ad essere, un prezzo molto alto, dal momento che richiede un delicato equilibrio fra un'autoaffermazione sufficiente a salvaguardare l'autonomia personale, e un autocontrollo sufficiente a proteggere l'autonomia degli altri.

L'uomo nasce in catene, vittima innocente e indifesa delle passioni interne e dei controlli esterni, che lo dirigono e lo posseggono. Lo sviluppo della persona, dunque, è un processo di liberazione individuale, in cui l'autocontrollo e l'autodirezione rimpiazzano l'anarchia interna e la costrizione esterna. Di conseguenza i prerequisiti della libertà individuale non sono soltanto l'indipendenza da un arbitrario controllo politico e interpersonale, la padronanza delle difficoltà tecniche dei prodotti sofisticatamente lavorati, e l'autoaffermazione e la sicurezza di sé sufficienti per lo sviluppo e l'espressione delle proprie potenzialità creative, ma anche, e soprattutto, l'autodisciplina. - dominio della coscienza interna

Il rapporto dialettico delle opposte tendenze o dei temi della libertà e della schiavitù, della liberazione e dell'oppressione, della competenza e dell'incompetenza, della responsabilità e della licenza, dell'ordine e del caos, tanto essenziali per la crescita, la vita e la morte dell'individuo, è trasformato, nella psichiatria e nei campi affini, nelle opposte tendenze o nei temi della "maturità" e dell'"immaturità," dell'"indipendenza" e della "dipendenza," della "salute mentale" e della "malattia mentale," della "sanità" e dell'"infermità." Ritengo che tutti questi termini psichiatrici siano inadeguati e insoddisfacenti, in quanto trascurano il carattere essenzialmente morale e politico dello sviluppo dell'uomo e dell'esistenza sociale, o distolgono l'attenzione da esso. Il linguaggio della psichiatria, dunque, de-etizza e de-politicizza le relazioni umane e la condotta personale. In gran parte del mio lavoro ho cercato di distruggere questo fenomeno, rimettendo al loro giusto posto l'etica e la politica nelle questioni relative alla cosiddetta salute mentale — attia mentale: in breve, ho cercato di rieticizzare e ripoliticizzare il linguaggio della psichiatria.

Quantunque i saggi raccolti in questo volume siano stati scritti lungo un arco di tempo di circa dieci anni, riguardano tutti vari aspetti dello stesso problema, cioè la relazione fra ideologia e infermità mentale, così come appare nella teoria e nella pratica psichiatriche. I risultati di questa ricerca mi sembra abbiano un duplice significato: definiscono i dilemmi morali degli operatori psichiatrici del nostro tempo e, nello stesso tempo, gettano luce sul problema politico fondamentale della nostra epoca, o, forse, della stessa condizione umana.

La mia visione della psichiatria come fenomeno essenzialmente morale e politico mi ha portato a riesaminare numerose situazioni in cui questa prospettiva sembrava promettere molte nuove osservazioni — come l'insegnamento, la legge, il controllo del concepimento e dell'abuso di droghe, la politica, e, naturalmente, la stessa psichiatria. In ognuno di questi casi ho cercato di dimostrare che, da una parte, col cercare di liberarsi del peso delle proprie responsabilità morali,

l'uomo mistifica e **tecnicizza** i propri problemi vitali; e che, dall'altra, la richiesta di "aiuto" **così** generatasi viene ora a incontrarsi con una tecnologia comportamentista pronta e ben disposta a liberare l'uomo dei suoi pesi morali trattandolo come un malato. Questo bisogno dell'uomo e la risposta tecnico-professionale che viene ad esso data formano un ciclo **autosufficiente**, simile a ciò che i fisici nucleari definiscono una reazione a catena; una volta iniziato e raggiunto lo stadio "critico," il processo si autoalimenta, trasformando un numero sempre crescente di problemi e di situazioni umane in "problemi" tecnici specialistici da "risolvere" da parte dei cosiddetti operatori nel campo della salute mentale.

Questo processo, **iniziato** nel diciassettesimo secolo e rapidamente sviluppatosi nel diciottesimo, divenne "critico" — facendosi esplosivo — nella seconda metà del diciannovesimo secolo. Da quel momento la psichiatria (insieme alle discipline ad essa sorelle, la psicoanalisi e la psicologia) ha rivendicato diritti su aree progressivamente **più** estese di condotta personale e di relazioni sociali.

II

La conquista dell'esistenza umana, o del processo vitale, da parte degli operatori psichiatrici ebbe inizio con l'identificazione e la classificazione delle cosiddette malattie mentali, ed è culminata ai giorni nostri con l'asserzione che nella **nostra vita tutto quanto è un "problema psichiatrico"** che sta alla scienza comportamentista "risolvere." Secondo **l'opinione dei più** illustri portavoce della psichiatria, questo processo è ora **completo**. Per citare un **esempio**, Howard P. Rome, consulente **psichiatrico** presso la Mayo Clinic ed **ex** presidente dell'American Psychiatric Association, sostiene con sicurezza: "Effettivamente il mondo intero nel suo complesso è un adeguato campo di studio per l'odierna psichiatria, e la psichiatria non dovrebbe lasciarsi sgomentare dalla vastità di questo compito."

Come qualsiasi altra invasione, quella compiuta dalla psichiatria nei confronti del viaggio dell'uomo attraverso la vita ebbe origine nelle zone di confine della sua esistenza, per estendersi poi gradualmente verso l'interno. Primi a soccombere furono quelli che siamo giunti a considerare **come i più "evidenti"** o "**gravi casi di malattia mentale**" — cioè la cosiddetta isteria di conversione e **le psicosi** — **le quali, bene-ente** accettate come **malattie psichiatriche**, sono in altri **tempi appartenute al campo** della letteratura, della mitologia e della **religione**.

Quest'ascesa della psichiatria fu appoggiata e anzi stimolata dalla logica, dal linguaggio figurato e dalla retorica della scienza, e In parti-

H. P. ROME, Psychiatry and foreign affairs: The expanding competence of psychiatry, in "Amer. J. Psychiatry," 125, 725-30, dicembre 1968, p. 729.

colar modo della medicina. Così, dunque, **chi potrebbe** mettere in dubbio l'affermazione che una persona che si sia comportata come se fosse malata, senza in realtà **esserlo**, dovrebbe **esser** chiamata "isterica" e definita come un soggetto adatto per un'assistenza neuropsichiatrica? Non era forse questo semplicemente un passo innanzi della scienza medica, simile agli altri passi innanzi da essa compiuti nel campo della **batteriologia** o della **chirurgia**? Analogamente chi avrebbe qualcosa da obiettare se altri "individui disturbati" — come per esempio coloro che si sono ritirati dalla sfida della vita reale nelle produzioni drammatiche da loro stessi create, o coloro che, insoddisfatti della propria reale identità, se ne sono creata una falsa — fossero dalla psichiatria definiti come "schizofrenici" e "paranoici"?

A partire dall'inizio del nostro secolo, e in modo particolare in seguito alle due guerre mondiali, la velocità di progressione di questa conquista psichiatrica è andata rapidamente aumentando. Il risultato è che, oggi, specialmente nell'opulenta società occidentale, tutte le difficoltà e i problemi della vita vengono considerati come malattie psichiatriche, e tutti, con la sola eccezione dei diagnostici, sono ritenuti malati mentali. Non è esagerato sostenere che la vita stessa è ora considerata come una malattia che ha inizio con il concepimento e fine con la morte, e che di conseguenza richiede a ogni passo l'abile assistenza dei medici e, soprattutto, degli esperti nel campo della salute mentale.

Il lettore perspicace può qui cogliere un accenno che gli è vagamente familiare: la moderna ideologia psichiatrica è un adattamento, a un'età dominata dalla scientificità, della tradizionale ideologia della teologia cristiana. Anziché nascere peccatore, l'uomo nasce malato. Anziché essere una valle di lacrime, la vita è una valle di malattie. È, come un tempo l'uomo era guidato nel suo viaggio dalla culla alla tomba dal prete, così ora è guidato dal medico. In breve, laddove nell'Età della Fede l'ideologia era quella cristiana, la tecnologia era quella clericale e l'esperto era il sacerdote, nell'Età della pazzia-l'ideologia è quella medica, la tecnologia è quella clinica e l'esperto è lo psichiatra.

In definitiva, questa medicalizzazione e psichiatizzazione — e, più in genere, questa tecnicizzazione — delle questioni personali, sociali e politiche è, come è stato di frequente messo in luce, una caratteristica generale della nostra attuale epoca burocratica. Quello che ho cercato di evidenziare qui, in poche frasi — e più estesamente nei saggi che costituiscono questo volume — è un solo aspetto, sia pure importante, di questa moderna ideologia scientifico-tecnologica, ovvero l'ideologia della sanità e dell'infermità mentale, della salute e della malattia psichica.

Come ho già lasciato intendere, questa ideologia altro non è che una vecchia trappola con nuovi ornamenti esteriori. I dominatori hanno sempre cospirato contro i loro sudditi e tentato di tenerli sottomessi; per ottenere i loro scopi si sono sempre valse della forza e dell'inganno. Quando poi la retorica giustificatoria, mediante la quale l'oppressore

nasconde e travisa i suoi scopi e metodi effettivi, è piú efficace — come è stato in altri tempi il caso della tirannia giustificata dalla teologia, e come è ai giorni nostri il caso della tirannia giustificata dalla terapia — l'oppressore riesce non soltanto a soggiogare la propria vittima, ma anche a derubarla dei mezzi linguistici con cui essa avrebbe potuto esprimere la propria vittimizzazione, rendendola cosí prigioniera senza alcuna possibilità di fuga.

L'ideologia dell'infermità mentale ha raggiunto ai giorni nostri precisamente questo risultato: è riuscita a privare un enorme numero di persone — talvolta sembra proprio quasi tutte — di un vocabolario personale con cui esprimere la propria situazione senza dover rendere omaggio a una prospettiva psichiatrica che è riduttiva dell'uomo in quanto persona e oppressiva dell'uomo in quanto cittadino.

III *malattie mentali come conflitti etici*

Come tutte le ideologie, l'ideologia dell'infermità mentale — trasmessa attraverso il gergo scientifico & "diagnosi," "prognosi" e "trattamenti" psichiatrici, e incarnata nel sistema burocratico della psichiatria istituzionale e dei suoi campi di concentramento chiamati "ospedali psichiatrici" — trova la propria espressione caratteristica in ciò a cui si oppone: l'adesione a un'immagine o a una definizione di "realtà" ufficialmente proibite. Coloro che chiamiamo "matti" hanno, nella buona e nell'avversa fortuna, preso posizione riguardo agli aspetti realmente significativi, della vita quotidiana. Nel fare questo possono avere ragione o torto, essere saggi o stupidi, santi o peccatori — ma almeno non sono neutrali. Il matto non mormora timidamente di non sapere chi egli stesso sia, come potrebbe fare il "nevrotico"; al contrario, afferma con certezza di essere il Redentore o l'inventore di una formula per la pace mondiale. Analogamente la matta non accetta con rassegnazione l'insignificante identità di schiava domestica, come vorrebbe fare una donna "normale" nella sua posizione; al contrario, proclama con orgoglio di essere la Santa Vergine o la 'vittima di un ignobile complotto ordito contro di lei da suo marito.

In che modo lo psichiatra si pone di fronte al cosiddetto paziente mentale o a coloro che sono stati incriminati come malati mentali? In che modo risponde alle loro richieste, e alle richieste di quanti sono interessati alle condizioni del paziente a causa della loro relazione con lui? Apparentemente lo psichiatra si comporta come ci si aspetta da un uomo di scienza medica, quale egli afferma di essere, in quanto rimane "spassionato" e "neutrale" nei confronti delle "malattie mentali" che "diagnostica" e cerca di "curare." Ma cosa succederebbe se queste "malattie" fossero in gran parte, come è mia opinione che siano, dei conflitti umani e i prodotti di tali conflitti? Come può un esperto venire in aiuto di un suo simile in stato di conflitto, se si tiene lontano dal conflitto stesso? La risposta è che non può. Così, dunque, mentre

apparentemente si comportano da neutrali uomini di scienza, in effetti gli psichiatri sono, in un conflitto, i **parziali** difensori di una **delle** due parti e gli avversari **dell'altra**. Di regola quando lo psichiatra si **trova dinnanzi** a **conflitti etici** e sociali di minore entità, quali spesso sono presenti nei "pazienti nevrotici," sostiene in realtà quelli che il paziente autodefinisce come propri interessi, e si oppone agli interessi di coloro con cui il paziente si trova in conflitto; al contrario, quando lo psichiatra si trova dinnanzi a **conflitti etici** e sociali di maggiore entità, quali spesso sono presenti nei "pazienti psicotici," in **realità** si oppone a quelli che il paziente autodefinisce come propri interessi, e difende gli interessi di coloro con cui il paziente si trova in conflitto. Comunque — e questo è il punto che desidero qui sottolineare — in entrambi i casi gli psichiatri solitamente nascondono e mistificano la loro parzialità dietro la maschera della neutralità terapeutica, poiché mai ammetterebbero di essere alleati del **paziente** o suoi avversari. Anziché amico o nemico, lo psichiatra **pretende** di essere **medico** e scienziato. **Anziché** definire il proprio intervento come aiuto o danno, liberazione od oppressione del "paziente," lo psichiatra insiste nel definirlo come "diagnosi" e "trattamento della malattia mentale." Proprio qui, ritengo, sta il fallimento morale e l'incompetenza tecnica dello psichiatra contemporaneo.

Le seguenti affermazioni, scelte quasi a casaccio da fonti psichiatriche attuali, illustrano il deliberato processo di de-moralizzazione e tecnicizzazione dei problemi etici, che viene **così** a giustificare **la loro** "gestione" psichiatrica.

Lo psichiatra, dal momento che, *da un punto di vista scientifico*, deve considerare ogni comportamento — sia esso criminale o nei limiti della legalità, **sano** o **patologico** — come determinato,

scrive Edward J. Sachar, professore incaricato di psichiatria presso l'Albert Einstein College di medicina di New York,

trova che la condanna morale dell'individuo sia inadeguata... Proprio come le funzioni di un corpo malato e di un corpo sano seguono le leggi della fisiologia, **così** una mente malata e una mente sana seguono le leggi della psicologia... **Lo scoprire** che un individuo è un criminale responsabile significa per lo psichiatra che **il criminale deve** mutare il proprio comportamento prima di poter riprendere il proprio posto nella società. Questa **ingiunzione** è dettata *non dalla moralità, ma, per così dire, dalla realtà* (corsivo aggiunto).¹

Analogamente alcuni esperimenti effettuati alla Clinton Prison, a Dannemora, New York, da Ernest G. Poser, **professore incaricato** presso gli Istituti di psicologia e psichiatria della McGill University di Montreal, sostenuti da un fondo del Comitato del governatore Rockefeller per la delinquenza, vengono definiti come promettenti per

¹ E. J. SACHAR, *Behavioral science and the criminal law*, in "Scientific American," 209, pp. 39-45, novembre 1963, p. 41.

'...aiutarci a raggiungere, un giorno o l'altro, il punto in cui la decisione di mettere una persona dietro le sbarre si baserà sulle probabilità che commetta un altro crimine, e non sulla sua colpevolezza o innocenza (corsivo aggiunto)?

Karl Menninger, il decano degli psichiatri americani, ha predicato questa sorta di vangelo per oltre quarant'anni. Nel suo libro piú recente, significativamente intitolato *Il crimine della punizione*, scrive:

La parola *giustizia* irrita gli scienziati. Nessun chirurgo si aspetta che gli venga domandato se un'operazione di cancro è giusta o no... così, lo scienziato comportamentista considera assurdo coinvolgere il problema della giustizia per decidere cosa fare con una donna che non può resistere alla tentazione di taccheggiare, o con un uomo che non riesce a reprimere il proprio impulso ad assalire qualcuno.'

Il crimine, in questo modo, finisce per non essere piú un problema legale e morale, e diventa invece un problema medico e terapeutico. Questa trasformazione dell'etica in tecnica — del crimine in malattia, della legge in medicina, della criminologia in psichiatria, e della punizione in terapia — è, inoltre, abbracciata con entusiasmo da molti medici, operatori sociali, e profani in genere. Per esempio, nella recensione de *Il crimine della punizione* apparsa su "The New York Times" Roger Jellinek dichiara: "Come il dottor Menninger dimostra così efficacemente, i criminali sono certamente malati, non malvagi."

"I criminali sono certamente malati..." dicono gli "scienziati comportamentisti" e i loro seguaci. Coloro che puniscono sono dei criminali, aggiunge Menninger. Ci viene così richiesto di credere che gli atti illegali dei criminali siano i sintomi di una malattia mentale, e le azioni legali di coloro che fanno rispettare la legge siano crimini. Se le cose stanno in questi termini, coloro che puniscono sono essi stessi criminali, e, di conseguenza, sono essi stessi "malati, non malvagi." Qui cogliamo l'ideologo dell'infermità mentale nella sua attività preferita — la manipolazione della pazzia.⁶

"I criminali sono certamente malati..." Pensate! E ricordatevi inoltre che chiunque sia dichiarato colpevole di aver infranto una legge è, per definizione, un criminale: non solo il sicario, ma anche il medico che procura illegalmente un aborto; non solo il rapinatore a mano armata, ma anche l'uomo d'affari che imbroglia il fisco sul proprio reddito; non solo il piromane e il ladro, ma anche il giocatore d'azzardo e colui che confeziona, che vende e spesso che consuma droghe

³ D. BURNHAM, *Convicts treated by drug therapy*, in "The New York Times," 8 dicembre 1968, p. 17.

⁴ K. MENNINGER, *The Crime of Punishment*, Viking, New York 1968, p. 17.

⁵ R. M. JELLINEK, *Reuenger's tragedy*, in "The New York Times," 27 dicembre 1968, p. 31.

⁶ T. S. SZASZ, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper and Row, New York 1970; trad. it. *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1972.

proibite (l'alcool durante il proibizionismo, la marijuana oggi). Tutti criminali! Non malvagi; e certamente non buoni; semplicemente malati mentali — tutti, senza eccezioni. Ma ricordate: devono sempre essere loro — mai noi!

In breve, dunque, laddove il cosiddetto pazzo è colui che ha la caratteristica di compromettersi, lo psichiatra è colui che ha la caratteristica di non compromettersi mai. Proclamando quindi una falsa neutralità nei confronti dei problemi in questione, esclude il pazzo e le sue fastidiose richieste dalla 'società. (Fatto interessante, il procedimento mediante il quale questa esclusione viene compiuta è anche chiamato "internamento.")*

IV

Dal momento che gli psichiatri evitano di prendere una posizione franca e responsabile riguardo ai problemi di cui si occupano, le più importanti categorie intellettuali e morali della psichiatria rimangono prive di riconoscimento e disamina. Esse possono venire espone in poche parole sotto forma di una serie di domande che esprimono le scelte fondamentali sulla natura, il campo d'azione, i metodi, e i valori della psichiatria.

1. Il campo d'azione della psichiatria comprende lo studiare e il trattare alcune condizioni mediche, oppure lo studiare e l'influenzare alcuni comportamenti sociali? In altri termini, gli oggetti di cui si occupa la psichiatria sono malattie o ruoli, avvenimenti o azioni?

2. Scopo della psichiatria è lo studio del comportamento umano, o il controllo del (cattivo) comportamento umano? In altri termini, il fine ultimo della psichiatria è un avanzamento della conoscenza, o la rinormalizzazione della (cattiva) condotta?

3. Il metodo della psichiatria consiste nello scambio di comunicazioni, o nella somministrazione di test diagnostici e trattamenti terapeutici? In altri termini, in cosa consiste in effetti la pratica psichiatrica — nello stare ad ascoltare e nel parlare, o nel prescrivere medicine, fare operazioni al cervello e imprigionare le persone etichettate come "malati mentali"?

4. E infine, il valore che guida la psichiatria è quello dell'individualismo o quello del collettivismo? In altri termini, l'aspirazione della psichiatria è di mettersi al servizio dell'individuo o dello stato?

La psichiatria contemporanea è caratterizzata dal suo evitare sistematicamente di compromettersi su tutti questi temi. Quasi ogni articolo di giornale o libro scritto da un'autorità psichiatrica riconosciuta

* È impossibile rendere in italiano il gioco di parole inglese, per il quale "commitment" (tradotto con "internamento") è imparentato all'espressione verbale "to commit oneself" ("compromettersi") [N.d.T.]

conferma quest'asserzione. Due brevi esempi dovrebbero qui essere sufficienti.

Nell'articolo già citato, Sachar esplicitamente rifiuta l'opinione che lo psichiatra sia parte in causa in un conflitto. Scrive:

Nell'interesse di chi lo psichiatra cerca di trasformare il criminale? Nell'interesse del criminale o in quello della società? Nell'interesse di entrambi, sosterebbe lui, proprio come il medico che, trovandosi di fronte ad un caso di violo, pensa come prima cosa sia a salvare il paziente sia a proteggere la comunità.'

In un saggio dedicato alla difesa dell'idea che la "malattia mentale" sia un'infermità, Roy R. Grinker senior, direttore dell'Institute for Psychosomatic and Psychiatric Research and Training del Michael Reese Hospital and Medical Center di Chicago, scrive:

Il vero modello medico è quello di cui la psicoterapia rappresenta solo una parte. Il campo totale, dal punto di vista della terapia, comprende... la scelta dell'ambiente terapeutico, come può essere la casa, la clinica o l'ospedale; la scelta della terapia, come possono essere i farmaci, lo shock, e la psicoterapia..?

Grinker parla di "scelta" e tuttavia con grande discrezione, e a ragion veduta, non fa accenno alcuno a tutti i punti che ho elencato qui sopra. Non dice *chi* sceglie l'"ambiente terapeutico" o la "terapia" — il paziente, i parenti del paziente, lo psichiatra, il giudice, il legislatore. E neppure dice *cosa succede* quando il "paziente" sceglie di non essere affatto un paziente, o quando lo psichiatra raccomanda il ricovero in un ospedale psichiatrico e il paziente si rifiuta di accondiscendere.

Queste omissioni non sono casuali. Al contrario, costituiscono, come cercherò di dimostrare nei saggi che seguono, l'essenza stessa della psichiatria "scientifica" dei nostri tempi. Il mandato dello psichiatra contemporaneo — ovvero della psichiatria "dinamica" o "progressista" leale verso la sua professione — è precisamente quello di oscurare, e invero di negare, i dilemmi etici della vita, e, attraverso un processo di medicalizzazione e di tecnicizzazione, di trasformarli in problemi suscettibili di soluzioni "professionali."

In breve, cercherò di dimostrare che la teoria e la pratica della moderna psichiatria disumanizzano l'uomo col negare — sulla base di ragionamenti scientifici falsi — l'esistenza, o perfino la possibilità, della responsabilità personale. Ma il concetto di responsabilità personale è alla base del concetto dell'uomo come agente morale. Senza di esso, la libertà individuale, che è il valore più caro all'uomo occidentale, diventa una "negazione della realtà," una vera e propria "allucinazione psicotica" che dota l'uomo di una magnificenza che in effetti non gli

⁷ E. J. SACHAR, *op. cit.*, pp. 41-42.

⁸ R. R. GRINKER SENIOR, *Emerging concepts of mental illness and models of treatment: The medical point of view*, in "Amer. J. Psychiatry," 125, pp. 865-69, gennaio 1969, p. 866.

Disumanizzazione dell'uomo

appartiene. È chiaro, dunque, come la psichiatria non sia semplicemente l'"arte medica di guarire" — espressione dietro la quale, con falsa modestia, molti di coloro che la praticano amano nascondere i loro effettivi interventi; al contrario, è un'ideologia e una tecnologia mediante le quali ricostruire radicalmente l'uomo.

Il mito della malattia mentale

I

Al centro di praticamente tutta la teoria e pratica psichiatrica contemporanea sta il concetto di malattia mentale. Un esame critico di questo concetto è di conseguenza indispensabile per comprendere le idee, le istituzioni e gli interventi degli psichiatri.

Lo scopo che mi sono prefisso in questo saggio è di domandarmi se esiste una cosa come la malattia mentale, e di dimostrare che non esiste. Naturalmente la malattia mentale non è una cosa o un oggetto in senso fisico; di conseguenza può esistere soltanto nello stesso modo in cui esistono altri concetti teorici. Tuttavia, **per** quanti vi credono, le teorie familiari probabilmente sembreranno, prima o poi, "verità oggettive" o "fatti." In certi periodi storici, concetti esplicativi come le divinità, le streghe e gli istinti apparivano non solo come teorie, ma come *cause evidenti* di un vasto numero di eventi. **Oggi** la malattia mentale è largamente considerata in modo analogo, ovvero come causa di un numero infinito di fatti differenti.

Come antidoto **all'uso** compiacente della nozione di malattia mentale — intesa come fenomeno, teoria, o causa di per sé evidente — chiediamoci: cosa si **vuol** intendere quando si asserisce che un tale è un malato mentale? In questo saggio descriverò gli usi principali del concetto di malattia mentale, e dimostrerò che questa nozione è sopravvissuta a qualunque utilità cognitiva essa possa aver avuto in passato e che ora svolge la funzione di un mito.

II

La nozione di malattia mentale ha il suo principale sostegno in fenomeni come la sifilide cerebrale o certe condizioni deliranti — le intossicazioni, per esempio — in cui degli individui possono manifestare **taluni** disordini di pensiero e di comportamento. Per essere precisi, comunque, questi sono disturbi del cervello, non della mente. Secondo una scuola, *tutte* le cosiddette malattie mentali sono di questo tipo. Viene **ipotizzato** che un qualche difetto neurologico, forse di dimensioni minime, verrà un giorno o l'altro trovato e spiegherà tutti i di-

sturbi del pensiero e del comportamento. Molti medici, psichiatri e altri scienziati contemporanei condividono questo punto di vista, che implica l'assunto che i problemi della gente non possano essere motivati da bisogni personali, opinioni, aspirazioni sociali, valori in **conflitto**, eccetera. Queste difficoltà — che ritengo potremmo semplicemente definire *problemi della nostra vita* — sono così attribuite a processi **fisiochimici** che, a tempo debito, verranno scoperti (e senza dubbio corretti) dalla ricerca medica.

Le malattie mentali sono dunque considerate come fondamentalmente simili agli altri disturbi. La sola differenza, secondo questo punto di vista, fra disturbo mentale e disturbo fisico è che il primo, colpendo il cervello, si manifesta mediante sintomi mentali, mentre il secondo, colpendo altri tipi di organi — come per esempio la pelle, il fegato e via dicendo — si manifesta mediante sintomi riconducibili a quelle parti del corpo.

A mio modo di vedere, questa opinione si basa su due errori **fondamentali**. In primo luogo, una malattia del cervello che sia analoga a una malattia della pelle o delle ossa è un difetto neurologico, non un problema della vita. Per esempio, un *difetto* nel campo visivo di una persona può essere spiegato mettendolo in correlazione con certe lesioni nel sistema nervoso. D'altro canto, una *credenza* personale — sia essa nel cristianesimo, nel comunismo o *nell'idea* che i suoi organi interni stiano marcendo e che il suo corpo sia già morto — non può venire spiegata da un difetto o da una malattia del sistema nervoso. Le spiegazioni di eventi di questo tipo — se partiamo dall'*ipotesi* che ci interessa la credenza in se stessa e che non la consideriamo semplicemente come il sintomo o l'espressione di un qualcos'altro che riteniamo di maggior interesse — devono venir cercate in direzioni diverse.

Il secondo errore è di tipo epistemologico. Consiste nell'*interpretare* ciò che comunichiamo riguardo a noi stessi e al mondo che ci circonda come sintomi di una funzione neurologica. Non è, questo, un errore di osservazione o di ragionamento, ma piuttosto è un difetto di organizzazione e di espressione della conoscenza. Nel nostro caso, l'errore consiste nel creare un dualismo fra i sintomi mentali e quelli fisici, dualismo che è frutto di un'abitudine linguistica e non risultato di osservazioni riconosciute valide. Osserviamo ora se le cose stanno davvero in questi termini.

Nella pratica medica, quando parliamo di disturbi fisici intendiamo o dei segni (per esempio, la febbre) o dei sintomi (per esempio, il dolore). Parliamo, invece, di sintomi **mentali** quando ci riferiamo alle comunicazioni che il paziente fa intorno a se stesso, agli altri e al mondo che lo circonda. Il paziente potrebbe **affermare** di essere Napoleone o di venire perseguitato dai comunisti; questi sarebbero considerati sintomi mentali soltanto qualora l'osservatore fosse convinto che il paziente *non* sia Napoleone o che *non* sia perseguitato dai comunisti. Questo dovrebbe rendere chiaro come l'affermazione "X è un sintomo mentale" comporti l'espressione di un giudizio che implica un velato

paragone fra le idee, i concetti o le credenze del paziente e quelle dell'osservatore e della società in cui essi vivono. La nozione di sintomo mentale risulta, di conseguenza, inestricabilmente legata al contesto sociale, e in un articular modo a quello etico in cui viene usata, proprio come la nozione di sintomo fisico è legata a un contesto anatomico e genetico.

Per riassumere: per coloro che ritengono i sintomi mentali come segni di malattie cerebrali, il concetto di malattia mentale è inutile e fuorviante. Se intendono che coloro che vengono etichettati così soffrono di malattie cerebrali, sarebbe meglio, per amor di chiarezza, che lo dicessero apertamente.

III

Il termine "malattia mentale" è anche largamente usato per descrivere qualcosa che è ben differente da una malattia del cervello. Molti, ai nostri tempi, danno per scontato che la vita sia un viaggio arduo. Questa difficoltà, per l'uomo moderno, deriva, d'altra parte, non tanto da una lotta per la sopravvivenza biologica, quanto dalle pressioni e dalle tensioni cui è sottoposto nei rapporti sociali, con le complesse personalità degli uomini. In questo contesto la nozione di malattia mentale è usata per giustificare o per descrivere alcuni aspetti della cosiddetta personalità di un individuo. La malattia mentale — intesa, per così dire, come una deformazione della personalità — è dunque ritenuta la causa della disarmonia umana. È implicito in questa opinione che le relazioni sociali fra la gente siano considerate come qualcosa di intrinsecamente armonioso, e che i disturbi presenti in esse siano dovuti esclusivamente alla presenza di una "malattia mentale" in molti individui. Chiaramente, questo è un modo errato di ragionare, in quanto trasforma il concetto astratto di "malattia mentale" nella causa di certi tipi di comportamento umano, nonostante questo concetto astratto fosse stato originariamente creato per servire soltanto da espressione stenografica per indicarli. Risulta ora necessario domandarsi: quali tipi di comportamento sono considerati indicativi dell'esistenza di una malattia mentale, e da chi?

Il concetto di malattia, sia essa fisica o mentale, implica una deviazione da una qualche norma chiaramente definita. Nel caso della malattia fisica, la norma è l'integrità strutturale e funzionale del corpo umano. Così, dunque, sebbene la speranza di godere di una buona salute fisica sia, di per sé, un valore etico, quello che in effetti è la salute può venire definito in termini anatomici e fisiologici. Cos'è la norma, la deviazione dalla quale è considerata come malattia mentale? A questa domanda non è facile rispondere, ma qualunque cosa

¹ Vedi T.S. SZASZ, *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*, Basic Books, New York 1957, specialmente pp. 70-81, *The problem of psychiatric nosology*, in "Amer. J. Psychiatry," 114, pp. 405-13, novembre 1957.

sia questa norma, possiamo essere certi di **una** cosa, e cioè che deve essere espressa in termini di concetti psicosociali, etici e legali. Per esempio, nozioni del tipo di "eccessiva rimozione" e "acting out di un impulso inconscio" illustrano l'uso di concetti psicologici per giudicare la cosiddetta salute e malattia mentale. L'idea che l'ostilità cronica, lo spirito di vendetta o il divorzio siano indicativi di malattia mentale è un esempio dell'uso che viene fatto delle norme etiche (cioè, l'essere inclini all'amore, alla gentilezza d'animo e a una relazione matrimoniale stabile). Infine, la diffusa opinione psichiatrica che solo una **persona** malata di mente **potrebbe** commettere un omicidio esemplifica l'uso di un concetto legale come norma di salute mentale. In breve, quando si parla di **malattia mentale**, la norma sulla quale viene misurata la deviazione è un metro psicosociale ed etico. Ciononostante, il rimedio a cui si fa ricorso è **in termini di misure mediche** che — si spera e si ritiene — sono libere da grosse differenze di valore etico. La definizione del disturbo e i termini a cui si ricorre per porvi rimedio sono di **conseguenza** in serio disaccordo reciproco. Il significato pratico di questo **celato** conflitto fra la provata natura del difetto e l'effettivo rimedio non può essere **più** evidente di **così**.

Dopo aver identificato le norme usate per misurare la deviazione in caso di malattia mentale, dobbiamo ora tornare alla domanda: **chi definisce le norme e, di conseguenza, la deviazione da esse?** Si possono dare due risposte fondamentali: primo, può essere la persona stessa, cioè il paziente, a decidere di essere deviante dalla norma; per esempio, un artista può ritenere di soffrire di inibizione al lavoro, e può, come conseguenza di questa conclusione, cercarsi l'aiuto di uno **psicoterapeuta**. Secondo, può essere qualcun altro a decidere che il "paziente" è deviante — ad esempio, i suoi parenti, dei medici, le autorità giudiziarie, la società in genere; uno psichiatra può allora venire pagato da persone che non sono il "paziente" per agire **su di lui** in modo da **correggere** la deviazione.

Queste **considerazioni** sottolineano l'importanza che riveste il porsi la **seguinte** domanda: **di chi è l'agente lo psichiatra?** e il **darle** una risposta sincera. Lo **psichiatra** (o l'operatore non-medico nel **campo della salute mentale**) può essere l'agente del paziente, dei suoi **parenti**, della scuola, delle autorità militari, di un'organizzazione commerciale, di un tribunale, e via di seguito. Parlare dello psichiatra come di un agente di queste persone o di queste organizzazioni non significa **che** i suoi **valori** morali, o le sue idee e i suoi scopi riguardo alla natura particolare del rimedio da adottare debbano coincidere esattamente con quelli di coloro per cui lavora. Per esempio un paziente in psicoterapia individuale può ritenere che la propria salvezza stia in un secondo matrimonio; il suo psicoterapeuta non deve necessariamente condividere questa opinione. In quanto agente del paziente, tuttavia, non deve ricorrere a forze sociali o giudiziarie per impedire al paziente di mettere in pratica le sue convinzioni. Se il suo **contratto** è col paziente, lo psichiatra, o lo psicoterapeuta, può non trovarsi d'accordo

con lui o interrompere il trattamento, ma non può assumere altri per ostacolare le aspirazioni del paziente.' Analogamente, se uno psichiatra viene scelto da un tribunale per determinare lo stato di sanità mentale di un delinquente, non deve necessariamente condividere del tutto i valori e le intenzioni delle autorità legali in relazione a quel criminale, né i mezzi ritenuti opportuni nei suoi confronti; uno psichiatra in tale posizione, tuttavia, non può affermare che l'accusato non è affetto da infermità mentale, mentre lo sono i legislatori, per aver approvato la legge in base alla quale le azioni del delinquente sono illegali.' Questo tipo di opinione potrebbe venir espressa, ovviamente, al di fuori di un'aula di tribunale, e non da uno psichiatra che sia lì ad aiutare la corte a svolgere il proprio lavoro quotidiano.

Per ricapitolare: nella pratica sociale contemporanea, l'individuazione della malattia mentale è compiuta stabilendo una devianza di comportamento da certe norme psicosociali, etiche o legali. Come avviene in medicina, il giudizio può essere dato dal paziente, dal medico (psichiatra) o da altri. L'intervento riparatore, infine, tende a essere ricercato all'interno di una struttura terapeutica, o copertamente medica. Questo crea una situazione in cui si sostiene che deviazioni psicosociali, etiche e legali possano essere corrette da azioni mediche. Dal momento che gli interventi medici sono stati concepiti esclusivamente per risolvere problemi di tipo medico, è assurdo, da un punto di vista logico, aspettarsi che aiuteranno a risolvere dei problemi la cui stessa esistenza è stata definita e stabilita come non appartenente al campo della medicina.

IV

Qualsiasi cosa le persone *facciano* — contrariamente alle cose che *capitano* loro² — si verifica in un contesto di valori. Di conseguenza, nessuna attività umana è priva di implicazioni morali. Quando i valori che sono alla base di certe attività sono largamente condivisi, coloro che ne sono partecipi spesso li perdono di vista come insieme. La disciplina medica — sia come scienza pura (ad esempio, come ricerca) sia come scienza applicata o tecnologia (ad esempio, come terapia) — contiene molte considerazioni e giudizi di natura etica. Sfortunatamente, questi sono spesso negati, sminuiti, o oscurati, dal momento che l'ideale della professione medica, *così* come della gente che ne fa uso, è di possedere un sistema di assistenza medica apparentemente privo di valore. Questa opinione sentimentale è espressa da concetti

² Vedi T. S. SZASZ, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, Basic Books, New York 1965.

³ Vedi T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963.

⁴ R. S. PETERS, *The Concept of Motivation*, Routledge and Kegan Paul, London 1958, specialmente pp. 12-15.

come il desiderio dei medici di trattare pazienti indipendentemente dalle loro credenze religiose o politiche. Ma tali affermazioni servono soltanto ad oscurare il fatto che le considerazioni etiche occupano un vasto campo di faccende umane. Il rendere la pratica medica neutrale in relazione ad alcuni punti specifici di valore morale (come la razza o il sesso) non deve significare, e invero non significa, che possa essere esentata da altri (come il controllo della gravidanza o la **regolarizzazione** dei rapporti sessuali). Così, il controllo delle nascite, l'aborto, l'omosessualità, il suicidio, e l'eutanasia continuano a rappresentare problemi della massima importanza nell'etica medica.

La psichiatria è molto piú intimamente collegata ai **problemi etici di quanto non lo sia la medicina in genere**. Uso qui la parola "psichiatria" per indicare la disciplina contemporanea che riguarda i problemi della nostra vita, e non le alterazioni cerebrali, che appartengono al campo della neurologia. Le difficoltà nelle relazioni umane possono essere analizzate, interpretate e dotate di un significato soltanto all'interno di specifici contesti sociali ed etici. Di conseguenza, gli orientamenti socioetici dello psichiatra influenzeranno le sue idee **riguardo** a ciò che non va nel paziente, a ciò che merita un commento o un'interpretazione, alle direzioni che sarebbe auspicabile prendesse il cambiamento, e via dicendo. Anche nella medicina vera e propria, questi fattori giocano un certo ruolo, come dimostrano i divergenti orientamenti che i medici, a seconda della loro religione, prendono nei confronti di problemi come quello del **controllo** delle nascite e dell'**aborto** terapeutico. Può forse qualcuno credere davvero che le idee di uno psicoterapeuta su temi come la religione, la politica ed altri ad esse connessi, non giochino alcun ruolo nel suo lavoro pratico? E se, al contrario, importassero, cosa dovremmo dedurne? Non sembra una proposta ragionevole che si dovrebbero forse avere differenti terapie psichiatriche — ognuna riconosciuta per le posizioni etiche che rappresenta — per, mettiamo, cattolici ed ebrei, credenti ed atei, democratici e comunisti, sostenitori della supremazia dei bianchi e dei negri, e via dicendo? In effetti, se diamo un'occhiata al modo in cui la psichiatria viene di fatto praticata ai nostri giorni, specialmente negli Stati Uniti, troviamo che gli interventi psichiatrici che la gente richiede e riceve dipendono piú dal suo livello socioeconomico e dalle sue credenze morali, che non dalle "malattie mentali" di cui apparentemente soffre.⁵ Questo fatto non dovrebbe destare una sorpresa maggiore del fatto che i cattolici praticanti raramente frequentano gli istituti per il controllo delle nascite, o che membri della Christian Science raramente si rivolgono allo psicoanalista.

⁵ A. B. HOLLINGSHEAD e F. C. REDLICH, *Social Class and Mental Illness*, Wiley, New York 1958; trad. it. *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino 1965.

V

La posizione qui abbozzata, secondo la quale gli psicoterapeuti contemporanei si occupano dei problemi della vita e non delle malattie mentali e della loro cura, si oppone alla posizione di solito prevalente, secondo la quale gli psichiatri trattano le malattie mentali, che sono altrettanto "reali" ed "obiettive" delle malattie fisiche. Sostengo che coloro che aderiscono a questa seconda posizione non hanno nessuna evidente prova per giustificare le loro asserzioni, che costituiscono, in effetti, una sorta di propaganda psichiatrica: il loro scopo è di creare nella mente della gente la fiduciosa credenza che la malattia mentale sia una qualche sorta di entità patologica, come può esserlo un'infezione o un disturbo di indole maligna. Se questo fosse vero, ci si potrebbe buscare o prendere una malattia mentale, si potrebbe averla o tenercela, si potrebbe trasmetterla ad altri, ed infine ce ne si potrebbe liberare. Non solo non esiste neppure un filo di evidenza per sostenere questa idea, ma addirittura, al contrario, tutte le prove sono chiaramente contrarie a questo punto di vista, e sostengono piuttosto quello secondo cui le cosiddette malattie mentali sono, per la maggior parte, comunicazioni che esprimono idee inaccettabili, spesso espresse sotto forma di un idioma insolito.

Non è questo il luogo piú adatto per considerare nei particolari le somiglianze e le differenze che intercorrono fra malattie fisiche e mentali. Dovrebbe bastare il fatto di sottolineare come, laddove l'espressione "malattia fisica" si riferisce ad eventi fisiochimici che non vengono influenzati dall'esser resi pubblici, l'espressione "malattia mentale" si riferisce ad eventi sociopsicologici che vengono influenzati in maniera decisiva dall'esser resi pubblici. Lo psichiatra, quindi, non può stare, e di fatto non sta, staccato dalla persona che osserva, cosí come può fare, e spesso fa, il patologo. Lo psichiatra si affida ad una qualche immagine di ciò che considera realtà, e a ciò che pensa che la società consideri realtà, ed osserva e giudica il comportamento del paziente alla luce di queste credenze. La nozione stessa, dunque, di "sintomo mentale" o di "malattia mentale" implica un velato confronto, e spesso un conflitto, fra osservatore e osservato, psichiatra e paziente. Questo fatto, per quanto ovvio, deve essere di nuovo sottolineato se si vuole, come è il mio caso, opporsi alla tendenza dominante di negare gli aspetti morali della psichiatria e di sostituirli con concetti e interventi medici che siano sedicenti estranei a ogni valore.

La psicoterapia è dunque largamente praticata come se non comportasse altro che il riportare il paziente da uno stato di malattia mentale a uno stato di salute mentale. Mentre è generalmente accettato che la malattia mentale abbia a che vedere con le relazioni sociali o interpersonali dell'uomo, si afferma paradossalmente che i problemi dei valori — ovvero etici — non si presentino in questo processo. Freud stesso giunse ad affermare: "Io considero la morale come una cosa

ovvia... Realmente, non ho mai compiuto un atto ignobile."⁶ Questa è un'affermazione sbalorditiva, specialmente in quanto uscita dalla bocca di uno che, come Freud, ha studiato tanto a fondo l'uomo come essere sociale. Ne faccio qui menzione per mostrare come la nozione di "malattia" — nel caso della psicoanalisi, di "psicopatologia," o di "malattia mentale" — sia usata da Freud, e dalla maggior parte dei suoi seguaci, come un mezzo per classificare certi tipi di comportamento umano come appartenenti alla sfera medica, e, di conseguenza, automaticamente al di fuori di quella etica. Ciononostante, rimane immutato il fatto che, in un certo senso, gran parte della psicoterapia si limita a dar spiegazione e peso a scopi e valori — molti dei quali possono essere reciprocamente contraddittori — e ai mezzi mediante i quali essi possono venir armonizzati, realizzati o abbandonati nel migliore dei modi.

A causa della vastità della gamma dei valori umani e dei metodi coi quali possono essere perseguiti, e poiché molti di tali fini e mezzi sono ostinatamente non riconosciuti, i conflitti fra valori sono la principale sorgente di conflitti nelle relazioni umane. L'affermare che le relazioni umane, ad ogni livello — da madre e bambino, attraverso marito e moglie, fino a nazione e nazione — siano piene di tensioni, pressioni e disarmonie è, ancora una volta, rendere esplicito l'ovvio. Tuttavia ciò che può essere ovvio potrebbe anche essere malamente inteso. Questo, ritengo, è il nostro caso, poiché mi sembra che nelle nostre teorie scientifiche del comportamento non siamo riusciti ad accettare il semplice fatto che i rapporti umani sono intrinsecamente pieni di difficoltà, e che il renderli sia pure relativamente armoniosi richiede molta pazienza e un arduo lavoro. La mia impressione è che l'idea di malattia mentale sia ora utilizzata per mettere in ombra alcune difficoltà che oggi possono essere intrinseche — ma non per ciò immo-
dificabili — nei rapporti sociali fra le persone. Se questo è vero, il concetto funziona da travestimento: anziché richiamare l'attenzione sui bisogni, le aspirazioni e i valori umani in conflitto fra loro, il concetto di malattia mentale fornisce una "cosa" amorale e impersonale — una "malattia" — come spiegazione dei problemi della nostra vita. A questo proposito potremmo ricordare come un tempo, neanche tanto lontano da noi, fossero i diavoli e le streghe ad essere ritenuti responsabili dei problemi vitali dell'uomo. La credenza nella malattia mentale, intesa come qualcosa di diverso dalla difficoltà dell'uomo a stare con i suoi simili, è l'erede naturale della credenza nella demonologia e nella stregoneria. La malattia mentale, dunque, esiste o è "reale" esattamente nello stesso senso in cui esistevano o erano "reali" le streghe.

⁶ Citato in E. JONES, *The Life and Work of Sigmund Freud*, Basic Books, New York 1957; trad. it. *Vita e opere di Freud*, Il Saggiatore, Milano 1962, vol. III, p. 296 n.

VI

Mentre sostengo che le malattie mentali non esistono, ovviamente non voglio insinuare o affermare che non esistono neppure i fenomeni sociali e psicologici a cui questa etichetta viene affibbiata. Come le difficoltà personali e sociali che la gente aveva nel Medioevo erano ben reali, così lo sono i problemi dell'uomo contemporaneo. Ad attrarre il mio interesse sono le etichette che diamo loro, e quel che ne facciamo una volta che li abbiamo etichettati. Il concetto demonologico dei problemi della vita diede origine alla terapia secondo una linea teologica. Oggi, la credenza nella malattia mentale implica — anzi, richiede — una terapia secondo una linea medica o psicoterapeutica.

Non voglio qui propormi di offrire una nuova concezione di "malattia psichiatrica" o una nuova forma di "terapia." Il mio scopo è piú modesto, ma, nello stesso tempo, anche piú ambizioso: voglio infatti proporre che i fenomeni ora chiamati malattie mentali siano riesaminati daccapo e con maggiore semplicità, che siano tolti dalla categoria delle malattie, e che siano considerati come l'espressione della lotta dell'uomo con il problema di come egli debba vivere. Questo problema è naturalmente vasto, e la sua enormità riflette non soltanto l'incapacità dell'uomo a far fronte al suo ambiente, ma anche e soprattutto la sua crescente autoriflessione.

Quando uso l'espressione "problemi della vita," dunque, mi riferisco a quella esplosiva reazione a catena che ebbe inizio allorché venne meno all'uomo la grazia divina, poiché egli si era nutrito del frutto dell'albero della conoscenza. La consapevolezza che l'uomo ha di sé e del mondo che lo circonda sembra allargarsi costantemente e portare nella propria scia un sempre maggiore carico di comprensione.⁷ Questo carico deve essere previsto e non deve essere interpretato erroneamente. Il solo mezzo razionale a nostra disposizione per alleggerirlo consiste in una maggiore comprensione, e in un'appropriata azione che si basi su tale comprensione. La principale alternativa consiste nell'agire come se il carico non fosse come di fatto lo percepiamo, e nel rifugiarsi in una sorpassata visione teologica dell'uomo. Secondo tale visione, l'uomo non foggia la propria vita e gran parte del mondo che lo circonda, ma si limita a vivere la parte che il suo destino gli ha assegnato in un mondo creato da esseri superiori. Questo può, a rigor di logica, condurre alla non-responsabilità di fronte a problemi e difficoltà apparentemente insondabili e insormontabili. Tuttavia, se l'uomo rinuncia ad assumersi una crescente responsabilità nei confronti delle proprie azioni, sia individualmente sia collettivamente, sembra improbabile che un qualche potere o essere piú elevato se ne voglia assumere il compito e portare il carico al posto suo. Inoltre, la nostra sembra un'epoca della storia dell'umanità ben poco propizia a celare

⁷ A questo proposito, vedi S. K. LANGER, *Philosophy in a New Key* [1942], Mentor Books, New York 1953, specialmente capp. 5 e 10.

il problema della responsabilità dell'uomo nei confronti delle sue azioni dietro la maschera di una concezione di malattia mentale che spieghi tutto quanto.

VII

Ho cercato di dimostrare che la nozione di malattia mentale è sopravvissuta a qualsiasi utilità essa possa aver mai avuto e che ora svolge la funzione di un mito. In quanto tale, è la vera crede dei miti religiosi in genere e della credenza nella stregoneria in particolare. La funzione di questi sistemi di credenze consisteva nella loro azione di tranquillanti sociali che alimentavano la speranza che si potesse arrivare a padroneggiare certi problemi per mezzo di operazioni sostitutive magico-simboliche. Il concetto di malattia mentale serve insomma essenzialmente ad oscurare il fatto quotidiano che la vita, per la maggior parte della gente, è una lotta continua, non per la sopravvivenza biologica, ma per un "posto al sole," per la "pace dell'anima," o per qualche altro significato o valore. Una volta che l'uomo abbia soddisfatto il bisogno di salvare il proprio corpo, e forse la propria razza, si trova dinanzi al problema di quale sia il proprio significato in quanto persona umana: cosa deve fare di sé? Per cosa deve vivere? Aderire ed appoggiarsi al mito della malattia mentale consente alla gente di evitare di porsi davanti a questo problema dal momento che crede che la salute mentale, concepita come assenza di malattia mentale, (automaticamente garantisce scelte giuste e sicure nel corso della vita. Ma le cose stanno in modo affatto all'opposto: è proprio il fatto di effettuare scelte sagge nella vita che la gente considera, retrospettivamente, come prova evidente di buona salute mentale!

Quando affermo che la malattia mentale è un mito, non voglio dire che l'infelicità personale e il comportamento socialmente deviante non esistano; quello che voglio dire è che li classifichiamo come malattie a nostro rischio e pericolo.

L'espressione "malattia mentale" è una metafora che siamo arrivati al punto di scambiare per un fatto. Chiamiamo malati fisici gli individui il funzionamento del cui corpo violi certe norme anatomiche e fisiologiche; analogamente, chiamiamo malati mentali gli individui la cui condotta personale violi certe norme etiche, politiche e sociali. Questo spiega come mai molti personaggi storici, da Gesti a Castro, da Giobbe a Hitler, sono stati diagnosticati come sofferenti di questa o quella malattia psichica.

Infine, il mito della malattia mentale ci incoraggia a credere nel suo logico corollario: i rapporti sociali sarebbero armoniosi, soddisfacenti e la base sicura di una buona vita, se non fosse per le influenze nefaste della malattia mentale, o della psicopatologia. Comunque la felicità umana universale, per lo meno sotto questa forma, altro non è che un ulteriore esempio di un desiderio partorito dalla nostra fantasia.

Io ritengo che la felicità, o lo stato di benessere, dell'uomo sia possibile — non già soltanto per una minoranza di eletti, ma su una scala finora ritenuta inimmaginabile —; ma questo risultato può essere conseguito soltanto se molti uomini, e non già pochi, sono desiderosi e capaci di mettere con franchezza a confronto i propri conflitti etici, personali e sociali, e di affrontarli coraggiosamente. Questo significa avere il coraggio e l'integrità morale di rinunciare a intraprendere battaglie su falsi fronti, a trovare soluzioni per problemi che sostituiscono quelli reali — come, per esempio, combattere la battaglia dell'acidità di stomaco e dell'esaurimento cronico — anziché porsi di fronte alle proprie difficoltà coniugali.

I nostri avversari non sono i demoni, le streghe, il fato, o la malattia mentale. Non abbiamo alcun nemico che possiamo combattere, esorcizzare, o disperdere mediante una "cura." Quello che abbiamo, invece, sono i problemi della nostra vita — siano essi di carattere biologico, economico, politico o sociopsicologico. In questo saggio mi sono occupato soltanto dei problemi appartenenti a quest'ultima categoria, e, all'interno di questo gruppo, soprattutto di quelli concernenti i valori morali. Il campo a cui si rivolge la moderna psichiatria è vasto, e non mi sono sforzato di circoscriverlo nella sua interezza. Il mio tema si limitava all'assunto che la malattia mentale è un mito, la cui funzione è quella di mascherare e rendere **cosí piú** gustosa l'amara medicina dei conflitti morali presenti nei rapporti umani.

L'etica della salute mentale

I

Cominciamo con qualche definizione. Secondo il Webster's *Third New International Dictionary* (edizione integrale), l'etica è "la disciplina che si occupa di ciò che è buono e cattivo o giusto e sbagliato o con doveri e obblighi morali..."; è anche "un gruppo di principi morali o un insieme di valori..." e "i principi di condotta che governano un individuo o una professione: norme di comportamento..."

L'etica è dunque una faccenda tipicamente umana. Ci sono "principi di condotta" che governano individui e gruppi, ma non ci sono analoghi principi che governino il comportamento degli animali, delle macchine o delle stelle. In effetti, la parola "condotta" sottintende che solo le persone hanno una condotta, mentre gli animali si comportano, le macchine funzionano, e le stelle si muovono.

È troppo azzardato, dunque, affermare che ogni comportamento umano che costituisca una condotta — che, in altre parole, sia il prodotto di una scelta o di una scelta potenziale, *e* non semplicemente di un riflesso — è, ipso *facto*, una condotta morale? In ogni condotta di tale tipo hanno un loro peso le considerazioni sul bene e sul male, o sul giusto e sullo sbagliato; studiarle appartiene logicamente al dominio dell'etica. Chi si occupa di etica è uno scienziato comportamentista per eccellenza.

Se esaminiamo la definizione e la pratica della psichiatria, **troviamo** però che sotto molti aspetti si tratta di una mascherata **ridefinizione** della natura e del campo dell'etica. Secondo il Webster's, la psichiatria è "una branca della medicina che si occupa della scienza e della pratica del trattamento dei disturbi mentali, emozionali, o comportamentali specialmente se originati da cause endogene o risultanti da relazioni interpersonali difettose"; inoltre, è "un trattato o testo sulla teoria dell'eziologia, identificazione, trattamento, o prevenzione di disturbi mentali, emozionali, o comportamentali o l'applicazione di principi psichiatrici a una qualsiasi area dell'attività umana (psichiatria sociale)"; in **terzo** luogo, è "il servizio psichiatrico in un ospedale generale (questo paziente dovrebbe venire affidato alla psichiatria)."

A parole, scopo della psichiatria è lo studio e il trattamento dei disturbi mentali. Ma cosa sono i disturbi mentali? Accettare l'esistenza

di una classe di fenomeni chiamati "malattie mentali," invece di approfondire sotto quali condizioni alcune persone possono designarne altre come "malati mentali," è il passo decisivo per abbracciare l'etica della salute mentale.' Se prendiamo sul serio la definizione di questa disciplina fatta dal dizionario, lo studio di una gran parte del comportamento umano è sottilmente trasferito dall'etica alla **psichiatria**. Infatti sebbene il moralista si dovrebbe occupare solamente del comportamento normale (morale) e lo psichiatra solamente del comportamento anormale (riguardante i disturbi emozionali), proprio la distinzione fra i due si pone su un terreno etico. In altri termini, l'asserzione che un individuo è un malato mentale comporta un giudizio morale sul suo conto. Non solo: a causa delle conseguenze sociali di un tale giudizio, sia il "paziente mentale" sia coloro che lo trattano come tale divengono attori di una rappresentazione a sfondo morale, scritta peraltro nel gergo medico-psichiatrico.

Dopo avere allontanato il comportamento mentalmente disturbato dal campo del moralista, lo psichiatra ha dovuto giustificare la propria riclassificazione, ridefinendo la qualità o la natura del comportamento oggetto del suo studio: laddove il moralista studia il comportamento etico, lo psichiatra studia il comportamento biologico o meccanico> Secondo le parole del Webster's, ciò di cui si occupa lo psichiatra sono i comportamenti "originati da cause endogene o risultanti da relazioni **interpersonali** difettose." Dovremmo a questo punto concentrare la nostra attenzione sulle parole "cause" e "risultanti." Con queste parole, la transizione dall'etica alla fisiologia, e da qui alla medicina e alla psichiatria, è sicuramente completa.

L'etica ha significato soltanto in un contesto di individui o gruppi autogovernantisi che esercitino una **piú** o meno ampia e non vincolata libertà di scelta. Si dice che la condotta risultante da tali scelte ha delle ragioni e dei significati, ma non delle cause. È la ben nota **polarità** fra determinismo e volontarismo, **causalità** e libera volontà, scienza naturale e scienza morale.

Definire la psichiatria nel modo sopraindicato non solo conduce a una **ridistribuzione** delle discipline insegnate nelle università, ma favorisce anche un nuovo punto di vista sulla natura di **alcuni** tipi di comportamento umano, e sull'uomo in genere.

Con l'assegnare "cause endogene" al comportamento umano, tale comportamento viene ad essere **classificato** come **avvenimento** anziché come **azione**. Il diabete mellito è una malattia provocata da una mancanza **endogena** degli enzimi necessari per **metabolizzare** i **carboidrati**. In questo contesto, la causa endogena di una depressione deve essere o un difetto metabolico (cioè un evento chimico antecedente) o un difetto nelle "relazioni interpersonali" (cioè un evento storico **antece-**

¹ Vedi T. S. SZASZ, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; twd. it. *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Il Saggiatore, Milano 1966.

dente). Gli eventi futuri o le aspettative sono esclusi come possibili "cause" di una sensazione di depressione. Ma questo è ragionevole? Si consideri il miliardario che si trovi finanziariamente rovinato a causa di certi rovesci negli affari. Come dobbiamo spiegare la sua "depressione" (se vogliamo etichettare così il suo sentimento di abbattimento)? Forse considerandola come il risultato degli eventi menzionati, e forse di altri verificatisi nella sua infanzia? O piuttosto come l'espressione di come egli vede se stesso e il proprio potere nel mondo presente e futuro? Scegliere la prima possibilità significa ridefinire la condotta etica come malattia psichiatrica.

Le arti curative — specialmente la medicina, la religione e la psichiatria — operano all'interno della società, non fuori di essa, anzi costituiscono una parte importante della società. Di conseguenza, non è sorprendente che queste istituzioni riflettano e promuovano i valori morali principali della comunità. Inoltre, oggi come nel passato, l'una o l'altra di queste istituzioni viene usata per plasmare la società col sostenere alcuni valori e contrastarne altri. Qual è il ruolo giocato dalla psichiatria nel promuovere un velato sistema etico nella società americana contemporanea? Quali sono i valori morali che abbraccia e impone alla società? Cercherò di suggerire alcune risposte con l'esaminare la posizione di certi lavori psichiatrici rappresentativi e con il rendere esplicita la natura dell'etica della salute mentale; e cercherò di mostrare che nel dialogo fra le due principali ideologie del nostro tempo — individualismo e collettivismo — l'etica della salute mentale si pone decisamente dalla parte del collettivismo.

II

Gli uomini desiderano la libertà e la temono. Karl R. Popper parla dei "nemici della società aperta," ed Erich Fromm di coloro che "fuggono dalla libertà." Col richiedere la libertà e l'autodeterminazione, gli uomini desiderano starsene da soli come individui, **ma**, avendo paura della solitudine e della responsabilità, vogliono anche unirsi con i propri simili come membri di un gruppo.

Teoricamente, l'individualismo e il collettivismo sono principi antagonisti: per il primo, i valori supremi sono l'autonomia personale e la libertà individuale, per il secondo, la solidarietà col gruppo e la **sicurezza** collettiva. Da un punto di vista pratico, invece, l'antagonismo è solo parziale: l'uomo ha bisogno di essere sia solo, come individuo solitario, sia con il suo simile, come membro di un gruppo. Thoreau a Walden Pond e l'uomo dal vestito di flanella grigia nella sua organizzazione burocratica sono i due estremi di uno spettro di possibilità:

² K. R. POPPER, *The Open Society and Its Enemies*, Princeton University Press, Princeton, N. J., 1950.

³ E. FROMM, *Escape from Freedom*, Rinehart, New York 1941; trad. it. *Fuga dalla libertà*, Comunità, Milano 1963.

la maggior parte degli uomini cerca di mantenere la propria direzione fra questi due estremi. L'individualismo e il collettivismo possono così essere dipinti come le due sponde di un rapido fiume, fra le quali noi, uomini morali, dobbiamo navigare. Il prudente, il timido, e forse il "saggio" staranno nel mezzo: analogamente ad uno che si occupi di politica pratica, una tale persona cercherà di adattarsi alla "realtà sociale" con l'affermare e il negare sia l'individualismo che il collettivismo.

Sebbene, in genere, un sistema etico che valorizzi l'individualismo sia ostile ad uno che valorizzi il collettivismo, e viceversa, bisogna notare fra i due un'importante differenza: in una società individualistica, agli uomini non viene impedito con la forza di formare associazioni volontarie, né essi vengono puniti se assumono ruoli remissivi quando si trovano in gruppo. Al contrario, in una società collettivistica, gli uomini sono obbligati a partecipare a certe attività organizzative, e vengono puniti se conducono un'esistenza solitaria e indipendente. La ragione di questa differenza è semplice: l'individualismo, come etica sociale, cerca di ridurre al minimo la coercizione e promuove lo sviluppo di una società pluralistica; il collettivismo, invece, considera la coercizione come un mezzo necessario per ottenere gli scopi desiderati e promuove lo sviluppo di una società singolaristica.

L'etica collettivistica è esemplificata dall'Unione Sovietica, come nel caso di Iosif Brodsky. Brodsky, poeta ebreo di ventiquattro anni, fu processato a Leningrado per "aver perseguito un modo di vita parassitico." L'accusa deriva da "un concetto legale sovietico che fu espresso in forma di legge nel 1961 per permettere di mandare in esilio i residenti in città che non praticino un 'lavoro socialmente utile.'"

Brodsky ebbe due udienze, la prima il 18 febbraio e la seconda il 13 marzo del 1964. La trascrizione del processo fu portata di nascosto fuori dalla Russia e la sua traduzione fu pubblicata su "The New Leader." Nella prima udienza Brodsky fu vagamente accusato di essere un poeta e di non fare un lavoro più "produttivo." Alla fine di essa, il giudice ordinò che Brodsky fosse sottoposto "a una visita psichiatrica ufficiale nella quale si stabilisca se Brodsky soffra o no di una malattia psicologica di qualche sorta e se questa malattia possa impedire a Brodsky di venire mandato in una località lontana ai lavori forzati. Considerato il fatto che dalla storia della sua malattia risulta che Brodsky è riuscito ad evitare il ricovero in ospedale, si ordina che la divisione n. 18 della milizia s'incarichi di portarlo alla visita psichiatrica ufficiale."⁶

Questolpunto di vista è caratteristico dell'etica collettivistica, e non è distinguibile da quello della psichiatria istituzionale americana contemporanea. In entrambi i sistemi, una persona che non abbia fatto del male ad alcuno ma venga considerata "deviante," è definita mental-

⁴ Citato in "The New York Times," 31 agosto 1964, p. 8.

⁵ *The trial of Iosif Brodsky: A transcript*, in "The New Leader," 47, pp. 6-17, 31 agosto 1964.

⁶ *Ibid.*, p. 14.

mente malata; le viene ordinato di sottoporsi a visita psichiatrica e, se si oppone, questo fatto è considerato come un segno ulteriore della sua anormalità mentale.'

Brodsky fu ritenuto colpevole e mandato "in una località distante per un periodo di cinque anni di lavori **forzati**."⁸ La sentenza, va notato, era nello stesso tempo terapeutica, in quanto mirava a promuovere lo "stato di benessere personale" di Brodsky, e penale, in quanto mirava a punirlo per il male che aveva causato alla comunità. Anche questa è la classica tesi collettivistica: quello che è buono per la comunità è buono per l'individuo. Dal momento che all'individuo è negata ogni esistenza al di fuori del gruppo, questa equazione dell'uno coi molti è del tutto logica.

Un altro uomo di lettere russo, Valerij Tarsis, che aveva pubblicato in Inghilterra un **libro** in cui descriveva la condizione degli scrittori e degli intellettuali sotto il regime di Kruscev, fu recluso in un ospedale psichiatrico di Mosca. Si può ricordare che il poeta americano Ezra Pound era stato trattato nello stesso modo: fu recluso in un ospedale psichiatrico di Washington, D.C.' Nel suo romanzo autobiografico, **Corsia 7**, Tarsis comunica l'impressione che il ricovero psichiatrico coatto sia una tecnica largamente usata nell'Unione Sovietica per reprimere la **devianza sociale**."

Sembra **chiaro** che il nemico dello stato sovietico non è l'imprenditore capitalista, ma l'operaio solitario — non i Rockefeller, ma i Thoreau. Nella religione del collettivismo l'individualismo è eresia: il **reprobo** per eccellenza è l'individuo che si rifiuta di essere un membro della squadra.

Dimostrerò che la psichiatria americana contemporanea — come è esemplificato dalla cosiddetta psichiatria comunitaria — si orienta soprattutto verso la creazione di una società collettivistica, con tutto ciò che questo comporta per il sistema economico, la **libertà personale** e il conformismo sociale.

III

Se con l'espressione "psichiatria comunitaria" intendiamo l'assistenza sanitaria psichiatrica fornita dalla comunità attraverso fondi pubblici — piuttosto che da un individuo o da gruppi di volontari attraverso fondi privati — allora la psichiatria comunitaria è tanto **vecchia** quanto la psichiatria americana. (Anche nella maggior parte degli altri paesi

⁷ Per un paragone fra la legge penale sovietica e la legge sull'igiene mentale americana, vedi T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963, pp. 218-21.

⁸ *The trial of Iosif Brodsky*, cit., p. 14.

⁹ Vedi T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry*, cit., cap. 17.

¹⁰ V. TARSIS, *Corsia 7*, Rizzoli, Milano 1965.

la psichiatria ha avuto i suoi inizi sotto forma di impresa comunitaria e non ha mai cessato di funzionare con tale ruolo.)

Molti **psichiatri** riconoscono liberamente che il termine "**psichiatria comunitaria**," nuovo di zecca **com'è**, non è altro che un nuovo slogan nell'instancabile campagna condotta dalla professione per vendersi al pubblico. Il tema principale della quarta riunione annuale della **Association of Medical Superintendents of Mental Hospitals** fu la psichiatria comunitaria: "Quello che è e quello che non è."

"Che cos'è la psichiatria comunitaria?" chiese il direttore di un ospedale di uno stato della costa orientale. La sua risposta: "Questa estate sono stato a due congressi in Europa e non so cosa si intenda con questo termine... Quando la gente ne parla, raramente risulta chiaro di cosa si **tratti**."¹² Per uno psichiatra di uno stato del Midwest americano, "La psichiatria comunitaria... significa che collaboriamo all'interno della struttura delle attuali **possibilità** della medicina e della psichiatria."¹³ Questa opinione fu sostenuta anche da uno psichiatra di un ospedale di uno stato della costa orientale: "In Pennsylvania, gli ospedali di stato sono già al servizio delle comunità in cui si situano... Hanno realizzato la psichiatria comunitaria."¹⁴ Tale è, in psichiatria, la strada del progresso.

Quello che ho trovato particolarmente disturbante in questa relazione è che, sebbene tutti coloro che presero parte alla riunione fossero incerti di cosa la psichiatria comunitaria fosse o dovrebbe essere, tutti quanti dichiararono la loro ferma intenzione di giocare in essa un ruolo da protagonisti. Uno psichiatra di un ospedale di uno stato del Midwest disse: "Qualunque cosa sia la psichiatria comunitaria, qualunque cosa diventi, faremmo bene ad avere in essa una qualche parte. Ci conviene assumercene la direzione, se non vogliamo che ce ne rimanga solo **la parte** che ci verrà **rifilata**. Dovremmo funzionare come ospedali psichiatrici comunitari. Se ce ne stiamo seduti in un angolo **e** diciamo che non siamo dei centri comunitari di salute mentale, avremo un sacco di gente che ci dirà cosa fare."¹⁵ Il presidente dell'**organizzazione** dei sovrintendenti medici invitò allora i membri ad "assumere un ruolo di guida." Ci fu su questo punto un consenso generale: "Se non parteciperemo e non ci assumeremo un ruolo dominante, verremo relegati nel fondo del mucchio,"¹⁶ avvertì uno psichiatra che proveniva da un ospedale di uno stato del Midwest.

Se la psichiatria comunitaria è questa, cosa **c'è** di nuovo in essa? Perché viene esaltata e raccomandata come se rappresentasse un altro passo **avanti** della medicina che prometta di rivoluzionare il "trattamento" del "malato mentale"? Rispondere a queste domande **richie-**

¹¹ *Roche Report: Community psychiatry and mental hospitals*, in "Frontiers of Hospital Psychiatry," 1, pp. 1-2 e 9, 15 novembre 1964.

¹² *Ibid.*, p. 2.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*, p. 9.

¹⁶ *Ibid.*

derebbe uno studio storico del nostro argomento, cosa che non cercherò neppure di fare in questa sede." Ci basti cogliere le forze specifiche che lanciarono la psichiatria comunitaria come movimento o disciplina separati. Queste forze sono di due generi — l'uno politico, l'altro psichiatrico.

La politica sociale del moderno liberalismo interventista, lanciata da Franklin D. Roosevelt in questo paese, ricevette un potente rafforzamento durante la presidenza di John F. Kennedy. Il messaggio del presidente Kennedy al Congresso su *Malattia mentale e ritardo mentale* del 5 febbraio 1963 riflette questo spirito. Sebbene l'assistenza dei malati mentali ricoverati in ospedale abbia per tradizione rappresentato un compito previdenziale dello stato — eseguito grazie alla disponibilità dei vari dipartimenti d'igiene mentale dello stato e della Veterans Administration — propose un programma ancora più ampio, sostenuto da fondi pubblici. Queste le parole del presidente:

Propongo un programma nazionale di sanità mentale che veda l'inaugurazione di un impulso e di un approccio interamente nuovi all'assistenza dei malati di mente... Il governo ad ogni livello — federale, statale e locale, — le fondazioni private e i singoli cittadini devono mettersi di fronte alle proprie responsabilità in questo settore."

Gerald Caplan, il cui libro è stato chiamato da Robert Felix la "Bibbia... dell'operatore nel campo della salute mentale comunitaria," salutò questo messaggio come "il primo pronunciamento ufficiale su questo argomento di un capo di governo in questo e in qualsiasi altro paese."¹⁹ D'ora innanzi, aggiunse,

la prevenzione, il trattamento, e la riabilitazione del malato mentale e del ritardato mentale devono essere considerati una responsabilità comunitaria e non un problema privato da affrontarsi da parte degli individui e delle loro famiglie con l'assistenza dei loro consulenti medici."

Senza una chiara definizione di cosa la psichiatria comunitaria sia, o di cosa possa o voglia essere, l'iniziativa è dichiarata buona semplicemente perché rappresenta uno sforzo di gruppo, che coinvolge la comunità e il governo, e non uno sforzo personale, che coinvolge gli individui e le loro associazioni volontarie. Ci viene detto che la promozione della "salute mentale comunitaria" è un problema così complesso da richiedere l'intervento del governo — ma che il singolo cittadino è responsabile del suo successo.

¹⁷ Per un'analisi più approfondita, vedi T.S. SZASZ, "Dove va la psichiatria?," pp. 220-42 di questo volume.

¹⁸ J. F. KENNEDY, *Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation*, 5 febbraio 1963, 88° Congr., Prima Sess., House of Representatives, Documento n. 58, ristampato in "Amer. J. Psychiatry," 120, pp. 729-37, febbraio 1964, p. 730.

¹⁹ G. CAPLAN, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York 1964, p. 3.

²⁰ *Ibid.*

La psichiatria comunitaria è ancora sì e no a livello di abbozzo, la sua natura e le sue realizzazioni non sono altro che frasi altisonanti e promesse utopistiche. Forse l'unica cosa chiara in tutto ciò è la sua ostilità allo psichiatra privato che assiste il paziente individuale, che viene dipinto come uno che sia impegnato in un'attività scellerata. Il suo ruolo ha una somiglianza non indifferente con quello di Brodsky, il poeta-parassita di Leningrado. Michael Gorman, per esempio, riferisce, approvandole, le riflessioni di Henry Brosin sul ruolo sociale dello psichiatra:

Non c'è dubbio che ci portiamo dietro in ogni momento la sfida del ruolo della psichiatria. La cosa interessante sarà vedere come saremo in futuro. Non gli stereotipi e gli uomini di paglia dei vecchi imprenditori privati dell'AMA [*American Medical Association*, l'Ordine americano dei Medici (N.d.T.)].²¹

Ho riportato le opinioni di alcuni di coloro che propagandano la psichiatria comunitaria. Ma che dire del lavoro che viene compiuto? Sua essenziale finalità sembra essere la divulgazione di un'etica collettivistica della salute mentale come una sorta di religione secolare. Sosterrò questa mia opinione facendo riferimento a citazioni prese dal più importante libro di testo sulla psichiatria comunitaria, *Principles of Preventive Psychiatry* di Gerald Caplan.

Quello descritto da Caplan è un sistema di psichiatria burocratica in cui un numero sempre maggiore di psichiatri compie un lavoro effettivo sempre minore con i cosiddetti pazienti. Il ruolo principale dello psichiatra comunitario è quello di essere un "consulente nel campo della salute mentale"; questo significa che egli parla con la gente, che a sua volta parla con altra gente, e infine qualcuno parla, o instaura un qualche tipo di contatto, con qualcun altro che è, a livello attuale o potenziale, considerato "malato mentale." Questo schema funziona secondo la legge di Parkinson²²; l'esperto al vertice della piramide è così importante e così indaffarato che ha bisogno di una immensa schiera di subordinati che lo aiutino, e i suoi subordinati hanno a loro volta bisogno di un'immensa schiera di subordinati di secondo grado, e via di seguito. In una società che si trova di fronte a una disoccupazione su larga scala dovuta all'automazione e ai grandi progressi tecnologici, la prospettiva di un'industria "preventiva" della salute mentale, pronta e capace di assorbire una grande quantità di manodopera, dev'essere davvero attraente, da un punto di vista politico. E lo è. Diamo ora un'occhiata più da vicino all'effettivo lavoro dello psichiatra comunitario.

Secondo Caplan, uno dei compiti principali dello psichiatra comunitario è quello di procurare alla gente migliori e più numerosi "appoggi

²¹ Citato in M. GORMAN, *Psychiatry and public policy*, in "Amer. J. Psychiatry," 122, pp. 55-60, gennaio 1965, p. 56.

²² C. N. PARKINSON, *Parkinson's Law and Other Studies in Administration* [1957], Houghton Mifflin Co., Boston 1962.

socioculturali." Non è chiaro cosa siano questi appoggi. Per esempio, "lo specialista nel campo della salute mentale" è descritto come uno che "offre consulenze ai legislatori e agli amministratori e collabora con gli altri cittadini a influenzare le rappresentanze governative affinché cambino le leggi e i regolamenti."²³ In parole povere, un intrigante della burocrazia della salute mentale.

Lo psichiatra comunitario, inoltre, aiuta "i legislatori e le autorità dell'assistenza sociale a migliorare l'atmosfera morale nelle case in cui vengono allevati i bambini [illegittimi] e a convincere le loro madri a sposarsi e a procurare loro dei padri permanenti.""²⁴ Benché Caplan accenni alla considerazione degli effetti del divorzio sui bambini da parte dello psichiatra comunitario, non fa alcun commento sui consigli che possono servire alle donne che vogliono aiuto per procurarsi divorzi, aborti o contraccettivi.

Un'altra funzione dello specialista nel campo della salute mentale è quella di esaminare "le condizioni di vita del gruppo a cui si rivolge nel contesto della popolazione generale e poi di influenzare coloro che collaborano a determinare queste condizioni affinché le loro leggi, le loro regole, e i loro sistemi... vengano modificati in una direzione appropriata."²⁵ Caplan sottolinea che non difende il dominio degli psichiatri; è consapevole che lo psichiatra può in questo modo diventare l'agente o il portavoce di certi gruppi politici o sociali, ma si disfa del problema dichiarando che ogni psichiatra deve prendere questa decisione per conto proprio, e che il suo libro non è rivolto a coloro che desiderano fornire servizi a gruppi che abbiano degli interessi specifici, ma piuttosto a "coloro che dirigono i loro sforzi principalmente a ridurre il disordine mentale nelle nostre comunità."²⁶ Riconosce però che la distinzione fra gli psichiatri che sfruttano le loro conoscenze professionali per servire un'organizzazione e "quelli che lavorano nell'organizzazione per conseguire le finalità della loro professione" non è in pratica così semplice. Per esempio, commentando il ruolo degli psichiatri consulenti presso i Corpi della Pace, osserva semplicemente che il loro successo "non è dissociato dal fatto che erano capaci di accettare incondizionatamente gli scopi primari di quella organizzazione, e che il loro entusiasmo era rapidamente percepito dai capi di essa."²⁷

Riguardo al ruolo particolare dello psichiatra nelle cliniche mediche della sua comunità (specificamente in relazione alla sua funzione in una clinica per bambini-bene, in cui si occupa di una madre che ha un rapporto "disturbato" col suo bambino), Caplan scrive:

Se lo psichiatra che si occupa di fare lavoro di prevenzione può convincere le autorità mediche della clinica che i suoi interventi sono un'estensione logica della tradizionale pratica medica, il suo ruolo sarà sanzionato da tutti quelli che

²³ G. CAPLAN, *op. cit.*, p. 56.

²⁴ *Ibid.*, p. 59.

²⁵ *Ibid.*, pp. 62-63,

²⁶ *Ibid.*, p. 65.

²⁷ *Ibid.*

se ne interessano, incluso lui stesso. Tutto ciò che gli rimane da fare è risolvere i dettagli tecnici."

Ma questo è precisamente quello che considero il problema centrale: il cosiddetto lavoro nel campo della salute mentale è forse "un'estensione logica della tradizionale pratica medica," sia essa di prevenzione o di cura? Io dico che non ne è un'estensione logica, ma un'estensione retorica." In altre parole, la pratica dell'educazione alla salute mentale e della psichiatria comunitaria non è pratica medica, ma bensì persuasione morale e coercizione politica.

IV

Come ho messo in luce precedentemente, la salute e la malattia mentale non sono altro che nuove parole per descrivere valori morali. Più in generale, la semantica del movimento della salute mentale non è altro che un nuovo vocabolario che serve a promuovere un particolare tipo di etica secolare.

Questa opinione può venire appoggiata in diversi modi. Cercherò di farlo in questo saggio citando le opinioni espresse dal Scientific Committee of the World Federation for Mental Health nella monografia dal titolo *Mental Health and Value Systems* curata da Kenneth Soddy.

Nel primo capitolo, gli autori riconoscono candidamente "che la salute mentale è associata a principi che dipendono dalla religione o dall'ideologia dominanti nella comunità in questione."

Segue poi una rassegna dei vari concetti di salute mentale proposti da diversi operatori. Per esempio, secondo l'opinione di Soddy: "Una persona sana non risponde in modo teso alla vita; le sue ambizioni rientrano nel campo di ciò che può praticamente realizzare..." Mentre, secondo l'opinione di un collega di cui cita il punto di vista, la salute mentale "richiede delle buone relazioni interpersonali con se stessi, con gli altri, e con Dio"²² — una definizione che mette definitivamente tutti gli atei nella classe dei malati mentali.

Gli autori considerano il fastidioso problema della relazione fra adattamento sociale e salute mentale e riescono mirabilmente ad aggirare il problema che affermano di stare affrontando:

La salute mentale e l'adattamento sociale non sono cose identiche... Lo si può dimostrare col fatto che pochi riterrebbero che una persona che abbia trovato

²⁸ *Ibid.*, p. 79.

²⁹ Vedi T. S. SZASZ, *Il mito della malattia mentale*, cit.; anche "Il mito della malattia mentale," in questo volume, pp. 49-59, e "La retorica del rifiuto," in questo volume, pp. 80-95.

³⁰ K. SODDY, a cura di, *Cross-Cultural Studies in Mental Health: Identity, Mental Health, and Value Systems*, Quadrangle, Chicago 1962, p. 70.

³¹ *Ibid.*, p. 72.

³² *Ibid.*, p. 73.

un migliore adattamento dall'aver lasciato la propria casa e dall'essersi spostata in una società differente sia di conseguenza diventata mentalmente sana... Nel passato, e ancor oggi in alcune società, l'adattamento alla società tende ad assumere un valore elevato... come segno di salute mentale; e l'essere falliti in tale adattamento è stato ancor piú decisamente considerato come un segno di cattiva salute mentale... Ci sono casi e situazioni in cui, dal punto di vista della salute mentale, la ribellione e il non-conformismo possono essere di gran lunga piú importanti dell'adattamento sociale.³³

Ma non vien dato alcun criterio per distinguere, "dal punto di vista della salute mentale," le situazioni alle quali dovremmo conformarci da quelle contro le quali dovremmo ribellarci.

Di ipocrite sciocchezze di questo tipo ce ne sono molte altre. Cosí, ad esempio, ci vien detto che "mentre è improbabile che si possa giungere ad accordarsi sulla affermazione secondo cui tutti gli individui 'cattivi' hanno cattiva salute mentale, potrebbe esserci accordo sull'opinione che nessuna persona 'cattiva' abbia il livello piú alto immaginabile di salute mentale, e che molti individui 'cattivi' non siano mentalmente sani."" Il problema di chi, e secondo quali criteri, debba decidere chi siano gli individui "cattivi," è passato sotto silenzio. Questa evasione dalla realtà dei conflitti etici presenti nel mondo, è la piú rilevante caratteristica di questo studio. Forse uno degli scopi che ci si prefigge proponendo una confusa, e tuttavia estesa, etica della salute mentale è quello di mantenere questo rifiuto. La vera finalità dello psichiatra comunitario sembra addirittura quella di sostituire a un chiaro vocabolario politico un'oscura semantica psichiatrica, e a un sistema pluralistico di valori morali un'etica singolaristica della salute mentale. Ecco un esempio di come venga conseguito questo risultato:

"È nostra opinione che il fatto che un gruppo sociale assuma un atteggiamento di superiorità nei confronti di un altro non contribuisca alla salute mentale né del primo gruppo, né del secondo."" Seguono quindi alcuni commenti semplicistici sul problema dei negri in America. Senza alcun dubbio il sentimento qui espresso è ammirevole, però i problemi reali della psichiatria non sono legati a gruppi astratti, ma ad individui concreti; e tuttavia nulla vien detto sui reali rapporti fra la gente — per esempio, fra adulti e bambini, medici e pazienti, esperti e clienti — e su come, in queste varie situazioni, il raggiungimento di una relazione che sia egualitaria e, nello stesso tempo, anche funzionale, richieda la massima abilità e il massimo sforzo a tutti coloro che ne sono interessati (e può, in alcuni casi, essere irrealizzabile).

Se il moralista della salute mentale si rivela come tale auando discute di questi argomenti, ancor piú chiaro è il suo atteggiamento morale quando discute di trattamento psichiatrico. Il promotore della salute mentale emerge ora come un vero e proprio tecnico sociale su grande

³³ *Ibid.*, pp. 75-76.

³⁴ *Ibid.*, p. 82.

³⁵ *Ibid.*, p. 106.

scala: sarà soddisfatto soltanto se riuscirà nientemeno che a ottenere la licenza di esportare la propria ideologia su un mercato mondiale.

Gli autori danno inizio alla loro discussione sulla promozione della salute mentale notando le "resistenze" contro di essa: "I principi che sono alla base del successo dei tentativi di alterare le condizioni culturali nell'interesse della salute mentale, e i rischi presenti in tali tentativi, sono considerazioni estremamente importanti ai fini del lavoro pratico nel campo della salute mentale... L'introduzione di cambiamenti in una comunità può essere soggetta a condizioni non dissimili da quelle che s'ottengono nel caso del bambino..." (corsivo aggiunto)." Riconosciamo qui il modello familiare medico-psichiatrico delle relazioni umane: il cliente è come il bambino ignorante che deve essere "protetto," se necessario in modo autoritario e senza il suo consenso, dall'esperto, che è come il genitore onnicompetente.

L'operatore della salute mentale che approva questo punto di vista e si impegna in questo tipo di lavoro adotta un atteggiamento condiscendente nei confronti dei suoi (riluttanti) clienti: li considera, nel migliore dei casi, come stupidi bambini bisognosi di educazione, e, nel peggiore dei casi, come malvagi criminali bisognosi di correzione. Fin troppo spesso cerca d'imporre mutamenti di valore attraverso la frode e la forza, piuttosto che attraverso la verità e l'esempio. In breve, non pratica ciò che predica. L'atteggiamento di amore ed egualitarismo verso il proprio simile, che l'operatore della salute mentale è così impaziente di esportare nelle aree "psichiatricamente sottosviluppate" del mondo, sembra essere presente in quantità piuttosto scarsa dovunque. O vogliamo forse lasciarci sfuggire le relazioni che sussistono negli Stati Uniti fra bianco e nero, o fra psichiatra e paziente involontario?

Gli autori non si sono dimenticati del tutto di queste difficoltà; credono, però, così almeno sembra, che sia sufficiente riconoscere che sono consapevoli di tali problemi. Per esempio, dopo aver fatto alcuni commenti sulle analogie fra il lavaggio del cervello in uso in Cina e il trattamento psichiatrico involontario, scrivono:

Il termine lavaggio del cervello è... stato applicato con sfumature negative alla pratica psicoterapeutica *da parte di coloro che le sono ostili*. Riteniamo che la lezione che se ne ricava debba essere imparata a memoria da tutti coloro che sono responsabili di applicare un trattamento psichiatrico a pazienti che non lo desiderano. L'uso della costrizione o dell'inganno *sembrerà* quasi certamente malvagio *a coloro che sono ostili* agli scopi della psicoterapia *o che ne sono spaventati* (corsivo aggiunto)?

Il despota "benevolo," sia politico che psichiatrico, non ama che la sua benevolenza sia messa in discussione. Se lo è, si rivolge alla classica tattica di tutti gli oppressori: tenta di ridurre al silenzio i suoi critici, e, se questo non gli riesce, cerca di degradarli. Lo psichiatra realizza

³⁶ *Ibid.*, p. 173.

³⁷ *Ibid.*, p. 186.

questo proposito chiamando coloro che non sono d'accordo con lui "ostili" o "malati mentali." Qui ci viene detto che, se una persona riconosce le analogie fra il lavaggio del cervello e il trattamento psichiatrico involontario, è, *ipso facto*, *ostile* alla psicoterapia.

L'affermazione relativa a "la lezione che... debba essere imparata a memoria da tutti coloro che sono *responsabili* di applicare un trattamento psichiatrico a pazienti che non lo desiderano" (corsivo aggiunto) richiede un commento speciale. Il linguaggio usato lascia pensare che i pazienti mentali involontari esistano in natura — laddove, in effetti, essi sono creati, specialmente dagli psichiatri. Così, dopo aver sollevato lo spinoso problema del trattamento psichiatrico involontario, gli autori non riescono ad affrontarlo in modo chiaro e aperto; anzi, mettono in forse la salute emotiva e le intenzioni morali di coloro che oserebbero guardare il problema in modo critico.

Questa opposizione a un esame critico delle sue dottrine e dei suoi metodi può essere necessaria all'operatore della salute mentale, proprio come lo è al missionario o al politico: lo scopo di ognuno di costoro è conquistare anime o menti, non comprendere i problemi umani. Non dimentichiamoci i pericoli in cui si incorre quando si cerca di capire un'altra persona: il tentativo provoca la *confutazione* delle nostre opinioni e la messa in questione delle nostre credenze. Il saggio che si limiti ad insegnare con l'esempio della propria condotta deve essere sempre pronto a riconoscere l'errore e a mutare le proprie abitudini. Ma questo non è ciò che vuole l'operatore nel campo della salute mentale: egli non vuole cambiare le proprie abitudini, ma quelle degli altri.

In un'analisi del movimento per l'igiene mentale scritta circa trenta anni fa, Kingsley Davis ha suggerito questo e più di questo. Nel suo commento alla "clinica per famiglie," Davis osservava che tali strutture non offrono trattamento medico, ma manipolazione morale: "Prima di poter curare tali pazienti, si deve operare non sulla loro anatomia, ma sul loro sistema di valori."³⁸ Il problema è che, naturalmente, la gente di solito non vuole *cambiare* i propri scopi — ma li vuole *conseguire*. Ne risulta che "solo quei clienti i cui fini corrispondono ai valori sanzionati dalla società è presumibile che verranno di propria volontà in una tale clinica. Le altre persone disturbate, i cui desideri siano contrari ai valori accettati, ne staranno lontane; potranno esservi condotte solo con la forza o con l'inganno.""³⁹ Davis non si tira indietro neanche quando dichiara quello che molti sanno ma che pochi osano riconoscere apertamente — cioè che "...molti clienti sono attirati nelle cliniche per famiglie da una falsa presentazione di ciò che in effetti sono.""⁴⁰ In modo analogo, un numero ben maggiore di persone sono attratte negli ospedali psichiatrici di stato e nelle cliniche finanziate dalla comunità. La psichiatria comunitaria, dunque, si mette in luce

³⁸ K. DAVIS, *The application of science to personal relations: A critique of the family clinic idea*, in "Amer. Sociological Rev.," 1, pp. 236-47, aprile 1936, p. 238.

³⁹ *Ibid.*, p. 241.

— questa almeno è la mia opinione — come un tentativo fresco fresco di ridar vita ed espansione alla vecchia industria dell'igiene mentale.

Prima vien fatta una nuova campagna pubblicitaria: l'educazione alla salute mentale è uno sforzo per **adescare** persone non sospettose a divenire clienti dei servizi comunitari per la salute mentale. Poi, dopo aver creato la domanda — o, in questo caso, forse puramente l'apparenza di una domanda — l'industria **si** espande: questo fatto prende la forma di spese in costante aumento per gli ospedali psichiatrici e le cliniche esistenti e per creare nuove fabbriche, **piú** altamente automatizzate, chiamate "centri comunitari per la salute mentale."

Prima di concludere questa analisi dell'etica del lavoro nel campo della salute mentale, voglio fare qualche breve commento sui valori invocati dagli autori di *Mental Health and Value Systems*.

Essi auspicano un cambiamento in quanto tale; la direzione di esso è **spesso** lasciata indeterminata. "Il successo nel **promuovere** la salute mentale dipende in parte dal riuscire a creare un clima favorevole al cambiamento e la certezza che il cambiamento sia auspicabile e possibile." Sottolineano anche la necessità di analizzare scrupolosamente certi "assunti non dimostrati"; nessuno di essi, comunque, è pertinente alla natura del lavoro nel campo della salute mentale. Elencano invece, fra gli assunti non dimostrati, idee di tal genere: "...la madre è sempre la persona migliore per occuparsi del proprio bambino."

Ritengo che dovremmo muovere le nostre obiezioni a tutto ciò sulla base della logica e della morale: se i valori morali devono essere discussi e promossi, dovrebbero essere considerati per quello che sono — valori morali, cioè, e non valori sanitari. Perché? Perché i valori morali sono, e devono essere, la legittima preoccupazione di ognuno e non devono cadere sotto la competenza speciale di alcun gruppo **particolare**: mentre invece i valori sanitari (e **specialmente** la loro realizzazione tecnica) sono, e devono essere, la preoccupazione principale degli esperti nel campo della salute, e in **special** modo dei medici.

V

Indipendentemente da come la chiamiamo, la salute mentale è oggi un grosso affare; questo è vero per ogni società moderna, qualunque ne sia la struttura politica. È impossibile, di conseguenza, comprendere la lotta fra i valori individualistici e collettivistici in psichiatria se non si ha una chiara conoscenza dell'organizzazione sociale dell'assistenza psichiatrica.

Per sorprendente che possa essere, negli Stati Uniti il 98 per cento

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ K. SODDY, *op. cit.*, p. 209.

⁴² *Ibid.*, p. 208.

dell'assistenza per i malati mentali ricoverati è fornita dai governi della federazione, dello stato e della contea." In Gran Bretagna la situazione è analoga. La percentuale per l'Unione Sovietica è, ovviamente, il 100 per cento.

Certo, il quadro per gli Stati Uniti e per la Gran Bretagna non è tutto qui: la pratica privata è ancora quello che con questa espressione si intende, cioè privata. Tuttavia questo non significa che l'assistenza ai pazienti psichiatrici ricoverati sia pagata con fondi pubblici, e l'assistenza ai pazienti psichiatrici non ricoverati sia pagata con fondi privati. I servizi per i pazienti esterni sono finanziati sia privatamente che pubblicamente. Se si includono tutti i tipi di assistenza, è stato calcolato che "circa il 65% di tutto il trattamento dei pazienti mentali è compreso in servizi sostenuti dalle tasse, e il 35% in servizi privati e volontari."⁴⁴

Mi sembra che le implicazioni connesse al coinvolgimento vasto e in continua espansione del governo nell'assistenza sanitaria psichiatrica non siano state sufficientemente valutate. Inoltre, qualunque sia il problema derivante dal controllo governativo dell'assistenza psichiatrica ospedaliera, queste difficoltà sono collegate a un problema logicamente antecedente: qual è lo scopo dell'assistenza offerta? Non ci dà un grande aiuto dire che consiste nel trasformare l'individuo mentalmente malato in individuo mentalmente sano. Abbiamo già visto come i termini "salute mentale" e "malattia mentale" designino valori etici e comportamenti sociali. Il sistema degli ospedali psichiatrici, dunque, serve, sebbene nascostamente, a promuovere certi valori e certi comportamenti, e a sopprimerne altri. Quali valori siano promossi e quali soppressi dipende, ovviamente, dalla natura della società che finanzia l'assistenza "sanitaria."

Ancora, questi argomenti non sono una novità. Opinioni simili sono state espresse da altri. Davis osservò che ai probabili clienti delle cliniche per famiglie

viene detto in un modo o nell'altro, attraverso conferenze, pubblicità sui **giornali**, o prudenti dichiarazioni, che la **clinica** esiste allo scopo di aiutare gli individui a uscire dalle proprie **difficoltà**; laddove invece in realtà esiste allo scopo di aiutare l'ordine sociale costituito. Una volta attirato nella **clinica**, l'individuo può essere sottoposto a un ulteriore inganno sotto forma della propaganda che vuole convincerlo che il suo massimo interesse consiste nel fare quello che apparentemente non vuole fare, come se 'il massimo interesse' di un uomo potesse esser giudicato da qualcos'altro che non i suoi propri **desideri**.⁴⁵

Dato il carattere involontario di questo tipo di clinica o di ospedale, ne segue, secondo Davis (e sono d'accordo con lui), che il servizio

⁴³ D. BLAIN, *Action in mental health: Opportunities and responsibilities of the private sector of society*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 422-27, novembre 1964, p. 425.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ K. DAVIS, *op. cit.*, pp. 241-42.

deve trovare un sostegno attraverso sovvenzioni (filantropiche o governative) piuttosto che attraverso il profitto sulle somme pagate per la degenza. Inoltre, dal momento che la sua finalità s'identifica con la comunità nel suo insieme piú che con la persona a cui si rivolge, e dal momento che per conseguire questa finalità deve necessariamente fare uso della forza o dell'inganno, deve funzionare come un braccio della legge e del governo. Non permettiamo l'uso della forza e dell'inganno contro individui nel pieno delle loro capacità personali... Per la composizione dei conflitti familiari, dunque, mediante l'imposizione di comandi sociali, una clinica per famiglie deve alla lunga rivestirsi del potere o almeno del manto di qualche istituzione autorizzata dallo stato, quale ad esempio la chiesa, ad esercitare sistematicamente l'imbroglio."

Potrebbe mai una comunità sostenere una clinica che si proponesse di promuovere i migliori interessi del cliente, piuttosto che quelli della comunità stessa? Davis ha considerato questa possibilità, ed è arrivato alla conclusione che questo non potrebbe accadere, poiché, se dovesse esistere una clinica di questa sorta, allora, "come quella dell'altro tipo, dovrebbe usare la forza e l'inganno — non nei confronti del cliente, ma nei confronti della comunità. Dovrebbe mettersi ad intrigare nelle anticamere dei palazzi legislativi, impiegare armi politiche, e soprattutto negare pubblicamente le sue reali finalità."" (Abbiamo visto la psicoanalisi americana organizzata fare proprio la stessa cosa.)"

Davis è molto esplicito riguardo alle alternative fondamentali che la psichiatria dovrebbe affrontare, ma che si rifiuta di affrontare: "La clinica individualistica accetterebbe il modello del suo cliente. L'altro tipo di clinica accetterebbe quello della società. Nella pratica solo quest'ultimo è accettabile, perché lo stato è investito del potere di usare la forza e l'inganno."" Quando le cliniche per famiglie o altri tipi di organizzazioni per la salute mentale cercano di prestare servizi di entrambe le specie, in effetti "cercano di cavalcare due cavalli rivolti in direzioni opposte."⁴⁶

Il paragone fra l'assistenza offerta dagli ospedali psichiatrici russi e quella offerta da quelli americani conferma l'opinione che i valori e i comportamenti che la psichiatria promuove o reprime sono in relazione alla società che sostiene il servizio psichiatrico. La proporzione di medici e di letti d'ospedale rispetto alla popolazione è all'incirca la stessa per entrambi i paesi. Questa analogia, però, è fuorviante. Nell'Unione Sovietica ci sono circa 200 000 letti in ospedali psichiatrici; negli Stati Uniti sono circa 750 000. Di conseguenza, "l'11,2% di tutti

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 242-43.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 243.

⁴⁸ Vedi T. S. SZASZ, *Psychoanalysis and taxation: A contribution to the rethoric of the disease concept in psychiatry*, in "Amer. J. Psychotherapy," 18, pp. 635-43, ottobre 1964; *A note on psychiatric rethoric*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 1192-93, giugno 1965.

⁴⁹ K. DAVIS, *op. cit.*, p. 244.

i letti d'ospedale nell'Unione Sovietica [sono] assegnati a pazienti psichiatrici, mentre negli USA sono il 46,4.%⁵¹

Questa differenza viene ben giustificata da certe tendenze sociali e psichiatriche che incoraggiano il ricovero in ospedali psichiatrici in America, ma lo scoraggiano in Russia. Inoltre, mentre i sovietici danno la massima importanza, nel campo dell'assistenza psichiatrica, al lavoro forzato, noi al contrario la diamo all'inattività forzata: mentre loro spingono i pazienti psichiatrici a produrre, noi li spingiamo a consumare. Sembra poco probabile che queste diverse enfattizzazioni di **ciò** che è "terapeutico" non siano in **relazione** con la **scarsità** cronica di manodopera in Russia, e con la cronica eccedenza in America.

In Russia, l'"**ergoterapia**" differisce dal lavoro normale, nel senso che la prima è praticata sotto gli auspici di un'istituzione psichiatrica, la seconda sotto gli auspici di una fabbrica o di un'azienda agricola. Inoltre, come abbiamo visto nel caso di Isosif Brodsky, il criminale russo viene condannato a lavorare — non ad oziare (o a far confusione), come il suo collega americano. Tutto ciò ha principalmente due origini: primo, dalla teoria sociopolitica sovietica che sostiene che "il lavoro produttivo" è necessario e utile sia per la società che per l'individuo; secondo, dalla realtà socioeconomica sovietica che in un sistema di burocrazie mastodontiche (in cui mancano adeguati controlli ed equilibri) c'è la necessità di avere un numero sempre maggiore di persone che svolgano un lavoro via via minore: **così** i Sovietici hanno una scarsità cronica di manodopera.

Come logica conseguenza di queste condizioni, i russi cercano di lasciare la loro gente al proprio posto di lavoro, piuttosto che mandarli in ospedali psichiatrici. Se una persona non viene più tollerata al suo posto di lavoro, viene fatta lavorare in "cliniche psichiatriche per pazienti esterni... in cui i pazienti [possono] passare tutta la giornata a lavorare..."* Negli anni Trenta, all'apice dello stalinismo, si diffuse una "infatuazione irrazionale per l'ergoterapia," da cui derivò come conseguenza che "gli ospedali finirono per assomigliare a stabilimenti industriali."⁵²

È evidente che la distinzione, in Russia, fra **ergoterapia** e lavoro normale è della stessa natura della distinzione, negli Stati Uniti, fra internamento in un manicomio criminale e reclusione in un carcere. Molti laboratori interni agli ospedali sovietici, veniamo a sapere,

si costituiscono per operare come complessi industriali su basi regolari, che tengono lì i loro pazienti **parzialmente** invalidi ma produttivi per periodi indeterminati, pagando loro stipendi regolari mentre vanno e vengono quotidianamente alle loro case come se avessero un lavoro permanente... Sono stati riportati dei casi di **labo-**

⁵⁰ *Ibid.*, p. 245.

⁵¹ J. WORTIS e D. FREUNDLICH, *Psychiatric work therapy in the Soviet Union*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 123-25, agosto 1964, p. 123.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*, p. 124.

ratori protetti in cui si sono verificati fenomeni di sfruttamento da parte di imprenditori per ottenerne un utile personale...⁵⁴

Negli Stati Uniti, il governo solitamente non possiede né controlla i mezzi di produzione. La lavorazione delle merci e la diffusione di (quasi tutti) i servizi sono nelle mani di individui o gruppi privati. Se il governo avesse persone sotto di sé che producessero beni di consumo o diffondessero servizi, ne nascerebbe un problema di competitività con le imprese private. Questo problema apparve la prima volta riguardo alle prigioni e ora ce lo troviamo davanti per quello che riguarda le agevolazioni date nel campo della salute mentale. Gli azionisti della General Motors Corporation (o i suoi impiegati) non sarebbero certo felici se il governo degli Stati Uniti decidesse di far costruire automobili dagli internati nelle prigioni federali. Così in America i prigionieri sono ridotti a costruire targhe automobilistiche, e i pazienti psichiatrici a pulire i pavimenti o a lavorare in cucina o in altri servizi secondari dell'ospedale.

Voglio arrivare a un fatto molto semplice: contrariamente a quello che avviene in Russia, il massimo problema socioeconomico degli Stati Uniti è l'eccedenza, non la scarsità dei beni di consumo: analogamente, abbiamo un eccesso, non una carenza di manodopera produttiva. Il risultato è la nostra famosa disoccupazione cronica, che raramente scende sotto al 5 per cento della forza-lavoro (se non si includono molte persone anziane in grado di lavorare). Conseguenza logica di tutto ciò è che, negli ospedali psichiatrici americani, il lavoro significativo e produttivo è scoraggiato e, se necessario, impedito di forza. Anziché definire come terapia il lavoro forzato — come fanno i sovietici — noi definiamo come terapia l'inattività forzata. Il solo lavoro concesso (o incoraggiato) è l'attività necessaria a mantenere la fabbrica e i servizi dell'ospedale, e, anche in questa categoria di lavori, solo quelli che siano considerati come non in competizione con l'impresa privata.

Come ho già sostenuto tempo fa, "il ricovero in ospedale psichiatrico negli Stati Uniti serve a una duplice funzione socioeconomica. Primo, definendo i ricoverati negli ospedali psichiatrici come inadatti al lavoro (e spesso impedendogli di lavorare anche dopo la dimissione), il sistema di assistenza sanitaria psichiatrica serve a diminuire la nostra sacca nazionale di disoccupazione: moltissimi individui vengono classificati come malati mentali anziché come socialmente incompetenti o disoccupati. Secondo, con il creare una vasta organizzazione di ospedali psichiatrici e relative istituzioni dipendenti da essi, il sistema assistenziale psichiatrico aiuta a procurare impiego; il numero di lavori psichiatrici o parapsichiatrici così creati è davvero vertiginoso. Ne risulta che quanto maggiori sono le riduzioni nelle spese per la burocrazia della salute mentale, quanto maggiore è il pericolo di scompensi economici,

⁵⁴ *Ibid.*, p. 127.

⁵⁵ T. S. SZASZ, *Review of The Economics of Mental Illness*, di Rashi Fein, Basic Books, New York 1958, in "AMA Archives of General Psychiatry," 1, pp. 116-18, luglio 1959.

cosí come avviene per le riduzioni nelle spese del sistema di difesa; e sono entrambe, forse, ugualmente "impensabili."

Mi sembra, di conseguenza, che, contrariamente alla diffusa propaganda sull'alto costo della malattia mentale, ci troviamo davanti a sottili interessi economici derivanti dalla perpetuazione, e perfino dall'aumento, di una tale "malattia." Esposti come siamo ai problemi della sovrapproduzione e della disoccupazione, possiamo evidentemente permetterci il "costo" dell'assistenza a centinaia di migliaia di "pazienti mentali" e di quanti dipendono da loro. Ma possiamo permetterci il "costo" che ci deriverebbe dal non assisterli, aggiungendo cosí alle schiere di disoccupati non solo i cosiddetti malati mentali, ma anche la gente che ora li "tratta" e che fa "ricerca" su di loro?

Qualsiasi possano essere gli scopi apparenti della psichiatria comunitaria, le sue effettive operazioni vengono probabilmente influenzate da considerazioni socioeconomiche e politiche e da fatti del tipo di quelli che ho qui discusso.

VI

La psichiatria è un'impresa morale e sociale. Lo psichiatra si occupa dei problemi della condotta umana; di conseguenza egli viene coinvolto in situazioni di conflitto — spesso fra l'individuo e il gruppo. Se vogliamo capire la psichiatria, non possiamo distogliere i nostri occhi da questo dilemma: dobbiamo sapere da che parte sta lo psichiatra — se da quella dell'individuo o da quella del gruppo.

Coloro che propongono l'ideologia della salute mentale **descrivono** il problema in termini diversi. Col non porre l'accento sui conflitti fra le persone, essi evitano di impegnarsi esplicitamente come agenti dell'individuo o del gruppo. Secondo il modo da loro preferito d'impostare il problema, essi, anziché promuovere gli interessi di una o dell'altra fazione o valore morale, promuovono la "salute mentale."

Considerazioni di questo genere mi hanno portato a concludere che il concetto di malattia mentale è un tradimento del senso comune e di una visione etica dell'uomo. Piú precisamente, ogni volta che parliamo di un concetto che riguardi l'uomo, il nostro problema iniziale è quello di trovare una definizione e una filosofia: cosa intendiamo per uomo? Seguendo la tradizione dell'individualismo e del razionalismo, ritengo che un essere umano sia una persona nella misura in cui compie scelte libere ed indipendenti. Tutto ciò che accresce la sua libertà, accresce la sua natura di uomo; tutto ciò che diminuisce la sua libertà, diminuisce la sua natura di uomo.

Una progressiva libertà, indipendenza e responsabilità lo conducono a essere uomo; una progressiva schiavitú, dipendenza e irresponsabilità, ad essere cosa. Oggi è inevitabilmente chiaro che, indipendentemente dalle sue origini e dai suoi scopi, il concetto di malattia mentale serve a rendere l'uomo uno schiavo: lo fa col permettere — anzi col **coman-**

dare — a un uomo di imporre la propria volontà su un altro uomo.

Abbiamo visto che coloro che provvedono all'assistenza sanitaria mentale, specialmente quando questa assistenza è procurata dal governo, sono in effetti coloro che provvedono agli interessi morali e socioeconomici dello stato. Questo può a stento stupirci. Quali altri interessi potrebbero rappresentare? Certo non quelli del cosiddetto paziente, gli interessi del quale sono spesso antagonistici a quelli dello stato. In questo modo la psichiatria — ora orgogliosamente chiamata "psichiatria comunitaria*" — diventa in gran parte un mezzo per controllare l'individuo. In una società di massa, questo risultato è conseguito meglio se si riconosce la sua esistenza solo come membro di un gruppo, mai come individuo a sé stante.

Il pericolo è chiaro, ed è stato messo in luce da altri. In America, quando l'ideologia del totalitarismo è promossa come fascismo o come comunismo, viene freddamente respinta; tuttavia, quando la stessa ideologia è promossa sotto le spoglie di assistenza sanitaria mentale, è calorosamente accettata. Sembra dunque che, laddove il fascismo

P il comunismo non sono stati capaci di collettivizzare la società americana l'etica della salute mentale possa invece riuscire.

La retorica del rifiuto

I

In un mio saggio precedente¹ ho cercato di chiarire il concetto di malattia mentale proponendone un'analisi logica. Nelle scienze fisiche, in cui il linguaggio è usato soprattutto in senso descrittivo — ovvero per comunicare come *sono* le cose — un'analisi di tal sorta spesso è sufficiente a dissipare le oscurità. Nelle scienze sociali o umane, invece, in cui il linguaggio è usato non solo in senso descrittivo ma anche promotore — ovvero per comunicare non solo come sono le cose, ma anche come *dovrebbero essere* — essa spesso non è sufficiente e deve di conseguenza essere accompagnata da un'analisi supplementare degli aspetti storici, morali e tattici del concetto in questione. Lo scopo di questo saggio, dunque, è di chiarire ulteriormente il concetto di malattia mentale attraverso un esame dei suoi antecedenti storici, delle sue implicazioni morali e delle sue funzioni strategiche.

II

Il linguaggio ha tre funzioni principali: trasmettere informazioni, indurre stati d'animo, e provocare azioni.' Andrebbe sottolineato che la chiarezza concettuale si richiede soltanto per l'uso cognitivo, o di trasmissione di informazioni, del linguaggio. La **manca**za di chiarezza può non rappresentare alcun ostacolo quando il linguaggio viene usato per influenzare la gente; anzi, spesso è un vantaggio.

Le scienze sociali — e fra esse la psichiatria — si dedicano allo studio di come la gente s'influenza a vicenda. Di conseguenza, l'uso promotore del linguaggio è un aspetto significativo delle osservazioni che le scienze sociali cercano di descrivere e spiegare. Una **difficoltà** più seria in questo compito è rappresentata dal fatto che le scienze sociali non hanno un idioma specializzato loro proprio. Esse fanno uso del linguaggio comune, che spesso è impreciso e che si presta prontamente ad essere usato in senso promotore. Così le descrizioni psichia-

¹ T. S. SZASZ, "Il mito della malattia mentale," in questo volume, pp. 49-59.

² H. REICHENBACH, *Elements of Symbolic Logic*, Macmillan, New York 1947, pp. 1-20.

triche e sociologiche offrono di frequente affermazioni promotorie camuffate da asserzioni cognitive. In altre parole, mentre pretendono di descrivere una condotta, gli psichiatri spesso la consigliano. Chiamare una persona malata mentale ne è un esempio: afferma, o sottintende, che il suo comportamento è inaccettabile e che dovrebbe comportarsi in modo diverso, cioè **piú accettabile**. Quando la scienza sociale funziona in questo modo, le sue stesse formulazioni rappresentano una barriera contro il riconoscimento proprio dei fenomeni che essa cerca di delucidare e di comprendere. (Ovviamente, dal momento che il linguaggio è un affare pubblico, **piú** che privato, è di per se stesso promotore di qualcosa; per esempio, la spiegazione scientifica promuove la comprensione intersoggettiva. Ciò che **piú** mi interessa in questo saggio, tuttavia, non è tanto questo tipo di uso promotore del linguaggio, quanto ciò che provoca e giustifica l'azione sociale, e specialmente quell'azione sociale che fa uso dei poteri coercitivi dello stato.)

Se per un individuo sia di aiuto o di danno essere chiamato e considerato "malato" non può essere deciso a priori, né può essere dedotto dal concetto che uno può avere privatamente di "malattia"; dipende, invece, da come l'individuo così identificato e gli individui intorno a lui reagiscono a questo etichettamento. Di fatto, se sia terapeutico o punitivo essere chiamato "malato" (o "malato mentale") dipende in larga misura dal contesto sociale in cui la persona così diagnosticata si trova a vivere. Un'analisi profonda e penetrante di questo fatto — cioè che la parola "malattia" è il nome dato a **certe** mosse nel gioco linguistico e sociale, e non necessariamente il nome di una condizione biologica anormale o di un disturbo — può essere trovata **nell'Erewhon** di Samuel Butler. In questo libro straordinario Butler descrive una civiltà immaginaria in cui sono punite le malattie così come nella nostra sono puniti i crimini, e in cui i crimini sono trattati così come nella nostra sono trattate le malattie.

Per i nostri attuali intenti è sufficiente ricordare che durante la seconda metà del diciannovesimo secolo — quando ebbero origine la neurologia e la psichiatria moderne — le regole del gioco della vita rendevano vantaggioso per una persona invalida essere chiamata malata. Di fronte a tali individui — indipendentemente dal perché essi fossero o agissero da invalidi — i medici avevano di conseguenza due scelte a loro disposizione: potevano classificare o **ribattezzare** come "malati" tutti coloro che fossero in qualche modo invalidi, così da migliorare la loro sorte; o potevano esaminare le regole del gioco medico (cioè del trattamento umanitario riservato al malato) ed estenderle ad altri membri della società svantaggiati, incapaci, o sfortunati. Invariabilmente, i medici adottarono la prima possibilità: era, in ogni modo, l'alternativa conveniente.

In modo particolare, le decisioni che **si** trovavano a dover prendere

³ S. BUTLER, *Erewhon* [1872], Penguin, Harmondsworth 1954; trad. it. *Erewhon*. Ritorno in *Erewhon*, Adelphi, Milano 1965

i pionieri della neuropsichiatria — Charcot, Janet, Bernheim, Kraepelin, Freud, e altri — riguardavano come etichettare le persone che agivano da invalide e ostentavano certi tipi di "sintomi" neuromuscolari e sensoriali. Dovevano essere chiamati simulatori, isterici, pazienti affetti da una malattia fisica o mentale, o qualcos'altro? Prima di Charcot, tutti coloro che non avevano una malattia fisica dimostrabile erano solitamente diagnosticati come simulatori. Cosí una delle presunte scoperte di Charcot non era affatto una scoperta: era, piuttosto, una riclassificazione e un rietichettamento dei simulatori come isterici.⁴ È proprio questo processo di rietichettamento che terrà desta la nostra attenzione in questo saggio.

III

Dare nomi o etichette alle persone — cioè l'approccio tassonomico applicato alla gente — è una tattica piena di tranelli nascosti. Ne è un esempio l'odioso etichettamento e persecuzione degli ebrei, i tentativi di neutralizzare questa discriminazione mediante una riclassificazione strategica, e le conseguenze di una tale riclassificazione.

Ai tempi di Freud, essere ebrei era come essere malati, ed essere cristiani era come essere sani. Di conseguenza, gli ebrei che desideravano migliorare il proprio status avevano due possibilità: una era di darsi un nuovo nome e una nuova classificazione; gli ebrei potevano assumere nomi tedeschi e abbracciare la religione cristiana. L'altra era di sfuggire al gioco sociale restrittivo e insoddisfacente; gli ebrei potevano abbandonare le loro patrie europee ed emigrare negli Stati Uniti, in Canada, in Palestina o altrove.

La prima scelta, cioè la conversione religiosa, costituisce una forma socialmente accettata di tradimento. La gente acconsente a chiamare qualcosa con un nuovo nome per ragioni che siano puramente strategiche — in questo caso, per garantire una vita migliore a coloro che ha ribattezzato. Proprio di questo si trattava nel ribattezzare i simulatori come isterici: la loro "conversione" garantiva loro i diritti e i privilegi accordati ai malati, proprio come la conversione degli ebrei tedeschi e austro-ungarici garantiva loro i diritti e i privilegi accordati ai cittadini degni di tale nome."

È importante notare che questo tipo di ribattezzamento implica solo l'uso strumentale del linguaggio. La proposizione implicita nei giochi di linguaggio dell'antisemitismo e della medicina tradizionale

⁴ A questo proposito, vedi S. FREUD, *Charcot* [1893], in *Opere*, Boringhieri, Torino 1968, vol. II, pp. 101-116; G. GUILLAN, *J.-M. Charcot (1825-1893). Sa vie, son oeuvre*, Masson Editeurs, Paris 1955; T. S. SZASZ, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; trad. it. *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*. Il Saggiatore, Milano 1966, specialmente pp. 25-31.

⁵ T. S. Szasz, *Meltinger: Diagnosis or social condemnation?*, in "AMA Arch. Neurol. & Psychiatry," 76, pp. 432-43, ottobre 1956.

— cioè che gli ebrei sono inferiori ai cristiani e che i “simulatori” sono inferiori ai “pazienti” — rimase priva di analisi e inalterata. Gli sforzi per porre un rimedio alle ingiustizie sociali mediante tali atti di riclassificazione e ribattezzamento devono essere contrastati da sforzi per porvi un rimedio mediante la critica ed il mutamento delle regole discriminatorie. Per esempio, l'affermazione che tutti gli ebrei dovrebbero convertirsi al cristianesimo per poter essere trattati alla pari dei cristiani deve essere contrastata dall'affermazione che tutti gli uomini dovrebbero essere uguali di fronte alla legge, indipendentemente dalla loro razza, religione, o invalidità.

La seconda scelta, cioè l'emigrazione, significa abbandonare il campo d'azione tradizionale (passato), e cercarne uno nuovo (futuro), nella speranza che le nuove regole del gioco siano piú favorevoli all'immigrante. Come l'ebreo poteva proteggersi dalla persecuzione religiosa andandosene dall'Europa ed emigrando in America, così il simulatore poteva essere protetto dalla persecuzione sociale allontanandolo dal campo della criminalità (o della quasi criminalità) e trasferendolo a quello della medicina (o della quasi medicina, ovvero della psichiatria).

Sebbene l'analogia fra la persecuzione degli ebrei e quella dei simulatori, e i tentativi di combatterla, sia stretta, fra auesti due fenomeni esiste un'importante differenza, alla quale dobbiamo prestare attenzione: mentre gli ebrei potevano andarsene dall'Europa ed emigrare in America basandosi solo sulle proprie forze, i simulatori potevano spostarsi dall'area della criminalità a quella della medicina solo con l'attiva assistenza e con l'approvazione formale della professione medica. Questa differenza ci riporta alle ramificazioni sociali dell'atto classificatorio.

IV

La classificazione è un atto sociale. La classificazione di individui o di gruppi comporta la partecipazione di almeno tre tipi diversi di persone: chi classifica, chi è classificato, e un pubblico invitato ad accettare o a respingere una particolare classificazione.

Un individuo può classificare se stesso o altri, e, a sua volta, può essere classificato da altri. In ogni caso, la categorizzazione proposta da chi classifica può essere accettata o respinta dagli altri. Affinché la classificazione che uno fa di se stesso o degli altri venga accettata, è richiesto di solito che egli abbia una certa dose di potere sugli altri; questo potere può essere intellettuale (scientifico) o politico (coercitivo). Ancora una volta, il funzionamento di questo processo può essere illustrato mediante i nostri esempi.

Gli psichiatri sono sia gli agenti della classificazione (ovvero classificano), sia gli oggetti della classificazione altrui (ovvero sono classificati). Bisognerebbe qui ricordare che gli psichiatri non solo sono soliti per tradizione classificare certe persone come pazze o lunatiche, ma che, a loro volta, essi stessi sono stati classificati, da altri medici e dal

largo pubblico, come "non veri dottori," come carcerieri medici. Ai tempi di Freud, questo era vero anche per gli ebrei: potevano classificare se stessi (come popolo eletto di Dio) e gli altri (come figliastri di Dio), e potevano, a loro volta, essere classificati dagli altri (come cittadini di seconda classe). Hitler cambiò questo stato di cose, costringendo gli ebrei in un ruolo simile a quello dei pazienti mentali. Questo risultato fu conseguito togliendo agli ebrei il loro ruolo di classificatori, e trasformandoli in oggetti classificati dai nazisti. Quella che è sempre stata la caratteristica dei matti o dei pazienti psichiatrici — ed è la ragione per la quale metto in luce questo fatto — è che essi sono sempre stati derubati dei loro diritti e dei loro poteri di classificare se stessi o gli altri, e sono stati trattati unicamente come gli oggetti di una classificazione da parte della società, e specialmente degli alienisti, degli psichiatri, e degli psicoanalisti.

Abbiamo visto come una persona che si trovi in una situazione (o in un gioco) sociale in cui sia ostacolato o danneggiato abbia la scelta di convertirsi o di emigrare. A questo possiamo ora aggiungere la possibilità di cambiare il gioco. Queste tre scelte fondamentali possono essere così riassunte: 1. Conversione: la persona in difficoltà cambia il proprio ruolo in uno più favorevole, ma il gioco resta lo stesso (per esempio, l'ebreo che diventa cristiano, o l'alienista che diventa psicoanalista); 2. Emigrazione: la persona in difficoltà abbandona il gioco esistente e ne cerca al di fuori uno più favorevole (per esempio, l'ebreo europeo che si trasferisce in America); 3. Mutamento sociale: la persona in difficoltà (di solito di comune accordo con altre che si trovino in una situazione simile o che simpatizzino con lei) cambia le regole del gioco sociale così che le diventino più favorevoli (per esempio, l'ebreo che finisce per esser meglio accettato come ebreo che come nuovo cristiano, o lo psicoanalista che finisce per esser meglio accettato come psicoterapeuta che come medico con una preparazione psicoanalitica). Di queste possibilità, la conversione è la più facile da scegliere, seguita nell'ordine dall'emigrazione e, infine, dall'apporto di mutamenti sociali che sfocino in un genuino aumento di accettazione delle differenze umane (cioè religiose, professionali, personali, ecc.), che di tutte è la più difficile.

La conversione richiede soltanto l'adozione del repertorio di comportamenti di coloro che rappresentano i nuovi ruoli-modello. L'emigrazione, d'altro lato, richiede l'abbandono della propria patria e l'acquisizione della cittadinanza di un nuovo paese. Per l'alienista, ciò significava abbandonare il suo ruolo di medico e adottare una nuova identità professionale. In parte, questo è proprio quello che hanno fatto Freud e i primi psicoanalisti: abbandonarono la pratica medica e psichiatrica tradizionale e crearono una nuova professione, la psicoanalisi. Questo mutamento di ruolo, tuttavia, non fu mai riconosciuto o sostenuto in modo adeguato. Al contrario, il nuovo gioco fu costruito sul modello del vecchio. Come i Padri Pellegrini crearono una "Nuova Inghilterra," così gli psicoanalisti crearono una "nuova terapia." Il

metodo di risoluzione del problema — riguardi esso la relazione fra cristiano ed ebreo, o fra medici ("veri dottori") e psicoanalisti ("finti dottori") — conferma la giustificazione data alla discriminazione e quindi rende impossibile una soluzione piú radicale ed efficace di esso.

Per giungere a una soluzione piú approfondita di questo genere di problema, è necessario procedere lungo una via diversa. Questo implica: primo, l'accettazione della persona, del gruppo, o dell'attività (ebrei, psichiatri) precedentemente rifiutati, e, secondo, il ripudio delle regole che legittimizzavano la discriminazione. Per la psichiatria, la psicoanalisi, la medicina e la comunità di intellettuali, questo avrebbe voluto dire riconoscere le importanti differenze che esistono fra i concetti e i metodi psicoanalitici e le teorie e le pratiche di altre professioni e scienze. Per gli psicoanalisti, avrebbe voluto dire che, anziché aspirare a partecipare del potere e del prestigio della professione medica, avrebbero dovuto accontentarsi del ruolo, qualsiasi esso fosse, che le moderne società occidentali potessero assegnare a studiosi del comportamento umano e a guaritori profani di anime. In breve, gli psichiatri e gli psicoanalisti avrebbero dovuto seguire la strada dell'enfatizzazione delle differenze, piuttosto che delle somiglianze, fra psicoterapia e pratiche mediche; invece che definire i loro fini in termini di malattia mentale e trattamento, avrebbero dovuto definirli in termini di aumento della nostra conoscenza dell'uomo come essere sociale, e di aiuto ad alcune persone mediante speciali metodi per influenzarle (psicoanalisi, suggestione, ecc.).

Mutatis mutandis, le stesse considerazioni sono valide per l'antisemitismo. Anziché ricercare la soluzione del "problema ebraico" nella conversione, gli ebrei avrebbero potuto cercarla nel riconoscimento e nell'accettazione dell'ebreo in quanto ebreo. La giustificazione di questa strategia avrebbe potuto essere posta in questi termini: sebbene gli ebrei differiscano per certi aspetti dai non ebrei — per esempio, nella religione e, talvolta, nell'aspetto fisico — possono cionondimeno essere considerati cittadini della Germania e dell'Austria-Ungheria poiché appartengono allo stesso tessuto sociale. Un argomento di questo genere implica il ripudio della legittimità della discriminazione non solo contro gli ebrei, ma anche contro altre minoranze locali, come i cechi, i rumeni, i serbi, e via di seguito. Ma il fare questo avrebbe posto gli ebrei in conflitto con i loro connazionali di religione cristiana. Questo è il motivo per cui la strategia di ripudiare in modo critico le discriminazioni e le persecuzioni religiose, razziali, nazionali, sessuali, e di altro tipo fu evitata sia nella lotta contro l'antisemitismo europeo sia in quella contro lo stigma dell'alienazione mentale; ed è anche il motivo per cui essa ha continuato ad essere evitata in tutti i casi in cui lo scopo del riformatore non è allargare gli orizzonti della conoscenza e migliorare gradualmente, di conseguenza, la condizione umana, ma fare appello alle emozioni e porre così rimedio, in fretta e furia, a uno specifico torto sociale.

L'ingiusto trattamento riservato agli ebrei dai cristiani, e ai **simulatori** dai medici, si appoggia sui nomi usati per etichettare tali persone e gruppi, o perlomeno è reso da essi possibile. Propongo di chiamare questo linguaggio di discriminazione sociale *la retorica del rifiuto*. Ogniqualvolta la gente propone di *escludere* altri dal proprio ambiente, attacca su di loro delle etichette stigmatizzanti. Ci sono molte etichette di questo genere oltre a quelle di ebreo e di simulatore; bambino, straniero, nemico, criminale, negro, e malato mentale sono correntemente alcune delle più importanti.

Come tutti i metodi di persuasione, la retorica del rifiuto provoca il fenomeno opposto: *la retorica dell'accettazione*. Ogni volta che la gente propone di *includere* altri nel proprio ambiente, evita e addirittura proibisce l'uso di certe etichette stigmatizzanti, specialmente in certe situazioni particolari, come nelle aule di tribunale, sui giornali, e via di seguito.

Una retorica del rifiuto, a cui si oppone una retorica **dell'accettazione** da essa originatasi e che, a sua volta, dà origine a una nuova retorica del rifiuto, e così via, forma così una dialettica giustificatoria **dell'esclusione** di alcune persone dal gruppo e della loro successiva reinclusione in esso. Questo processo è ancora una volta rispecchiato sia dalla storia dell'antisemitismo europeo sia dalla storia del rifiuto **dell'infermo mentale**.

Come ho notato, il rietichettamento dei simulatori come isterici ha lasciato inesplorate e inalterate le sottostanti regole del gioco medico caratteristiche alla cultura europea del tardo secolo diciannovesimo, e da essa rese legittime. Queste regole — che governavano il comportamento non solo dei medici *e* dei loro pazienti, ma anche dei giudici, dei legislatori *e* della gente in genere — erano, come succede tanto spesso, di due tipi: quelle di cui si faceva professione e quelle di cui si faceva pratica. Le regole di cui si faceva professione sostenevano che i pazienti (ovvero le persone malate) erano **indifesi** e meritavano la cura e l'attenzione dei medici e della società in genere, e che i **simulatori** (ovvero le persone che semplicemente fingevano di essere malate) erano malfattori che meritavano la punizione dei medici e il disprezzo della società. Le regole effettivamente seguite, tuttavia, erano che solo i "buoni pazienti" (in modo particolare quelli che soffrivano di disturbi fisici che potevano essere diagnosticati e curati) meritavano cura e attenzione, mentre gli altri (in modo particolare quelli che soffrivano di malattie fisiche incurabili o di "disturbi mentali") non meritavano di **più** che il diritto di sopravvivere come reietti della società.

In questo contesto, ovviamente, la conversione dei simulatori in isterici poteva tutt'al più raggiungere il risultato di allontanare alcune persone dal gruppo degli stigmatizzati *e* di includerle nel gruppo dei meno stigmatizzati o dei non stigmatizzati. Analogamente, la conversione degli ebrei al cristianesimo poteva tutt'al più portare al risultato

di includere gli ebrei convertitisi nella popolazione generale. Né nel primo caso, né nel secondo, il processo della stigmatizzazione era messo in luce, criticato e rifiutato.

Tali evasioni tattiche da un confronto reale con il fenomeno della stigmatizzazione e del rifiuto sociali sembra provochino delle contro-mosse espressamente designate per "tappare i buchi," nespellere i membri appena inclusi nel gruppo, e ristabilire la dinamica originale della stigmatizzazione. Ad ogni passo verso la conversione deve dunque corrispondere un passo verso la riconversione o la deconversione.

Nella storia della psichiatria, il processo di riconversione prese la seguente forma: non appena le infermità stigmatizzate dalla psichiatria come "simulazione" o "follia" furono ribattezzate come "disturbi mentali" o "emotivi," le nuove etichette cominciarono ad essere trattate esattamente come erano state trattate prima le formule di cui avevano preso il posto. Persone che avevano il nome di malattie mentali, come gli ebrei con certi nomi tedeschi caratteristici, riacquistavano così la cattiva reputazione precedente. Si è così verificato il fatto che l'etichetta "malattia mentale" (con tutte le sue varianti) ha assunto gli stessi significati e le stesse funzioni sociali possedute dai termini della denigrazione psichiatrica precedentemente abbandonati. Ad essere precisi, nel contesto di alcuni scritti psichiatrici e psicoanalitici certe parole come "isteria" o "schizofrenia" possono anche avere un qualche valore descrittivo. Ciò che qui mi interessa non è negare questo fatto, ma evidenziare come i termini della diagnostica psichiatrica, così come sono generalmente usati, non descrivono dei disturbi come entità identificabili, ma degradano e avvilitiscono, invece, la persona cui sono affibbiati.⁶

Sebbene non sia ancora stata chiaramente identificata, questa caratteristica del linguaggio psichiatrico è stata, credo, largamente riconosciuta. Come potremmo altrimenti spiegare l'attribuzione periodica di nuovi nomi ai "disturbi" di cui soffrono i "pazienti mentali" e alle istituzioni in cui essi sono "curati"? Nel corso della relativamente breve storia della psichiatria, tre secoli, la condizione ora chiamata malattia mentale è stata etichettata e rietichettata come pazzia, follia, alienazione, idiozia, demenza, demenza precoce, nevrastenia, psicopatia, mania, schizofrenia, nevrosi, psiconevrosi, psicosi, insufficienza dell'ego, cattivo controllo dell'ego, disturbo emotivo, disordine emotivo, malattia psicologica, disordine psicologico, malattia psichica, disordine psichico, immaturità, fallimento sociale, disadattamento sociale, disordine comportamentale, e via di seguito. Analogamente, l'istituzione per la segregazione di tali "pazienti" è stata chiamata manicomio, luogo di cura per alienati, ospedale di stato, ospedale di stato per malati mentali, ospedale per malati mentali, ospedale per psicopatici, ospedale psichiatrico, istituto psichiatrico, istituto psichiatrico per la ricerca e

⁶ Per un'analisi più approfondita, vedi T.S. Szasz, *The moral dilemma of psychiatry*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 521-28, dicembre 1964; e "La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo," in questo volume, pp. 197-219.

il tirocinio, centro psichiatrico, e centro sanitario psichiatrico comunitario. Dal momento che ognuno di questi termini è diretto all'identificazione, e nello stesso tempo all'occultamento, di una persona cattiva (cioè di uno che è pazzo, o che agisce da pazzo), o di un luogo cattivo (cioè di un'istituzione in cui tali persone sono imprigionate), nemmeno una di queste espressioni può soddisfare queste funzioni contraddittorie, se non per un tempo limitato. Con l'uso continuo — spesso dopo appena uno o due decenni — il significato peggiorativo del termine diventa sempre **più** chiaro e il suo valore come camuffamento semantico diminuisce e poi sparisce. I nuovi termini psichiatrici che indicano la "malattia mentale" e gli "ospedali per malati mentali" sono quindi stati coniatati per dare al pubblico — e di solito anche alla professione medica e a quella psichiatrica — l'impressione che si sia fatta una qualche nuova importante scoperta psichiatrica. Quando i nuovi termini diventano d'uso comune, sono a loro volta scartati, ed è introdotto un nuovo gruppo di parole che suoni come terapeutico. Questo processo è stato ripetuto parecchie volte nel corso dell'ultimo secolo: l'ultima volta è stato agli inizi degli anni Sessanta, quando gli ospedali per malati mentali furono ribattezzati "centri sanitari psichiatrici comunitari."

VI

Nella storia dell'antisemitismo in Europa, i cicli della conversione e della riconversione degli ebrei, e quelli della attribuzione e **riattribuzione** di nomi a cui essi sono stati sottoposti seguono uno schema simile. Gli ebrei tedeschi e di altri stati dell'Europa centrale, dopo aver assunto cognomi tedeschi, **cechi**, ungheresi e di altre nazioni e spesso anche dopo aver abbracciato il cristianesimo, furono inclusi nel sistema politico dei loro rispettivi paesi, solo per esserne poi esclusi dalla struttura giuridica dell'hitlerismo. I nazisti infatti spostarono gli ebrei convertiti dalla classe dei non perseguitabili, e li rimisero nella classe dei perseguitabili, alla quale essi già avevano in precedenza appartenuto. Questo processo fu nuovamente cancellato **nell'Europa** del dopoguerra.

Nella Germania occidentale dei nostri giorni, fra l'altro, assistiamo a una singolare mescolanza delle due tendenze retoriche che ho qui descritto. La retorica del rifiuto nascosta nel vocabolario della razza (la stigmatizzazione di un individuo in quanto ebreo), e quella nascosta nel vocabolario della medicina (la stigmatizzazione di un individuo in quanto malato mentale) non sono **più** semplicemente due linguaggi simili, che permettono una agevole traduzione dall'uno all'altro; al contrario, **c'è** una confluenza dei due linguaggi, con una fusione dei loro rispettivi vocabolari.

In un articolo intitolato **Il male della Germania**, apparso nel "Hadassah Magazine" (la pubblicazione dell'Organizzazione delle donne sioniste d'America), Leo Katcher riporta un'intervista con Maon Gid,

un ebreo nato in Polonia ma ora residente a Monaco. Alla domanda di cosa abbiano in comune i 30 000 ebrei che attualmente vivono in Germania, Gid rispose: "Ci chiamano ebrei e siamo tutti malati. Il nostro male è di essere ebrei in Germania."

Queste tragiche vittime del nazismo non smettono di rifiutare se stesse secondo l'idioma della medicina e della psichiatria; inoltre rifiutano, con lo stesso idioma, anche i loro persecutori. Il risultato è una parossistica abiura medicizzata del sé e degli altri. Dice Gid: "Ho male alla testa. Ho male al corpo. Ho male all'anima, se mai ne ho una. Questo è il prezzo che si deve pagare qui per essere ebrei. Ma ho di che vendicarmi. Anche i tedeschi sono malati. Gli ebrei sono il male della Germania."⁸

La depravazione totale della Germania nazista ha dunque aperto la strada all'iniquità totale della Germania postnazista, ma — ironia! — questa tesi è sostenuta, come lo era la giustificazione dei nazisti per lo sterminio dell'ebraismo in Europa, nel linguaggio della medicina, della malattia. Perché, domanda Katcher, queste persone, specialmente quelle che non hanno alcuna radice in Germania, ci abitano? Perché, risponde Gid, "sono altrettanto malato di tutti gli altri... È il male di essere un ebreo in questo paese. Pazzo è chi si inventa un proprio mondo, no? Bene, questo è quello che facciamo noi... Se ne accorgerà lei stesso... Ma non ci stia troppo, qui, se no se lo buscherà anche lei. Succede ad ogni ebreo."⁹

Evidentemente Katcher si è "buscato" il male, dato che, forse per calmare il proprio dubbio angoscioso se fosse o no corretto attribuire tutta questa infelicità a una malattia, conclude il suo articolo con la seguente frase: "Per tutto il tempo del mio soggiorno in Germania, mi sono ricordato, mentre parlavo con la gente che stava male, che io non ne avevo fatto personalmente esperienza."¹⁰

Gli ebrei tedeschi, così, sono stati trasformati, prima da ebrei stranieri in tedeschi patriottici; poi, da tedeschi patriottici in parassiti ebrei; ed ora, da popolo eletto di Dio a Suoi incurabili pazienti mentali.

VII

La mia tesi secondo la quale termini come "nevrosi," "psicosi," "malattia mentale" — anzi, l'intera gamma delle etichette diagnostiche usate dalla psichiatria — funzionano soprattutto da pedine nella pseudo-medica retorica del rifiuto può essere facilmente documentata da un esame del loro effettivo impiego. Citerò, come esempio, alcuni brani della biografia di Freud scritta da Ernest Jones. Dimostrerò così come

⁷ L. KATCHER, *The sick Jews of Germany*, in "Hadassah Magazine," 50, pp. 13-27, novembre 1968, p. 13.

⁸ *Ibid.*, p. 27.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

persino gli uomini piú brillanti ed eminenti del mondo della psicoanalisi fanno uso dell'etichettamento psichiatrico come di un travestimento medicizzato e tecnicizzato della condanna personale. In mani diverse, questo uso dispregiativo delle diagnosi psichiatriche è ancor piú frequente ed evidente.

Come sappiamo, il movimento psicoanalitico fu costretto a subire periodicamente "critiche" e "scissioni." Quando Jung e Adler si allontanarono dalla cerchia di Freud, Jones ne fu dispiaciuto, ma accettò la loro defezione senza fare riferimento alla loro salute mentale. Il distacco di Rank e quello di Ferenczi, però, fu per lui insopportabile; interpretò la loro lotta per rendersi indipendenti come un sintomo della loro "latente" malattia mentale.

Nel 1923, scrive Jones, "Sorsero gli spiriti maligni della discordia e... il Comitato, tosi importante per la tranquillità psichica di Freud, sembrò sul punto di disintegrarsi."¹¹ Il Comitato a cui fa qui riferimento Jones consisteva dei pionieri della psicoanalisi: Karl Abraham, Sàndor Ferenczi, Ernest Jones, Otto Rank, Hans Sachs, e Max Eitingon. Era un circolo segreto — un gruppo a cui Freud aveva assegnato il compito di salvaguardare le fortune della psicoanalisi, e specialmente di proteggerle dai nemici esterni ostili e da quelli interni infidi. Quando il Comitato fu fondato, Jones sperava

...che noi sei fossimo adeguatamente dotati in questo senso. Invece risultò. ahimè, che solo quattro di noi lo erano. Due dei membri, Rank e Ferenczi, non riuscirono a resistere fino in fondo. Rank in modo drammatico, come racconteremo, e Ferenczi in modo piú graduale verso la fine della sua vita, svilupparono delle manifestazioni psicotiche che si estrinsecarono, tra l'altro, in un allontanamento da Freud e dalle sue dottrine. Germinò finalmente il seme di una psicosi demolitrice, rimasto per tanto tempo invisibile (corsivo aggiunto).¹²

Jones, se non altro, è aperto: dichiara francamente di considerare l'"allontanamento da Freud e dalle sue dottrine" una "manifestazione psicotica." Senza dubbio, questo criterio parla da solo.

Non sorprende, dunque, che Jones interpreti con coerenza i tentativi di Rank e di Ferenczi di farla finita con la sottomissione a Freud non come legittimi sforzi di ottenere un'indipendenza personale e professionale, ma come sintomi di una malattia mentale. "Solo dopo alcuni anni fu manifesta la vera fonte della perturbazione [nel Comitato], e cioè il decadere dell'integrità mentale di Rank e di Ferenczi.""

Vediamo ora quello che Jones offre come prova dimostrativa della correttezza della sua diagnosi di Rank e di Ferenczi. Nel 1924, durante il viaggio verso gli Stati Uniti, Rank — cosí ci dice Jones — arrivò solo fino a Parigi, "...e lí fu colto da un grave attacco depressivo;

¹¹ E. JONES, *The Life and Work of Sigmund Freud*, 3 voll., Basic Books, New York 1953, 1955, 1957; trad. it. *Vita e opere di Freud*, Il Saggiatore, Milano 1962, vol. III, p. 65.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, p. 66.

l'ultimo si era verificato cinque anni prima." Jones cita poi una lettera di Freud a Joan Riviere in cui Freud scrive: "Avrà sentito che c'è stato uno spiacevole intermezzo con il dr. Rank, ma si è trattato solo di cosa momentanea. È tornato a *noi* completamente..." (corsivo aggiunto). Infine Jones si riferisce al fatto che Freud "...sapeva che Rank soffriva di ciclotimia...",¹⁴ come se la ciclotimia (che Jones stesso rende in una nota con il termine "psicosi maniaco-depressiva") fosse una malattia come un'altra.

Nonostante la sua lunga e stretta amicizia con Freud, anche Ferenczi, ultimo, non fece una fine migliore. Jones cita quanto segue da una lettera che Freud scrisse a Marie Bonaparte nel 1932.

Ferenczi è una goccia amara nel calice. La sua saggia moglie mi ha detto di considerarlo un *bambino malato!* Lei ha ragione: il decadimento psichico e intellettuale è di gran lunga peggiore di quello inevitabile del corpo" (corsivo aggiunto).¹⁵

Ma se Ferenczi soffriva di "decadimento," perché questo era per Freud una "goccia amara"? La scelta delle parole è in questo caso significativa: "goccia amara" invece di "spina nel cuore" o "dolore."

Invero, sappiamo due cose certe sugli ultimi anni di Ferenczi: primo, che soffriva di anemia perniciosa, il male che alla fine lo portò alla morte; e secondo, che stava elaborando una tecnica *psicoterapeutica* che differiva da quella di Freud e che Freud considerava con un dispiacere che io stesso ritengo giustificabile. Ma forse che queste circostanze possono giustificare la gratuita asserzione di Jones secondo cui, durante gli ultimi mesi della sua vita, "...il male [anemia perniciosa] di Ferenczi... esacerbò senz'altro le sue latenti tendenze *psicotiche*" (corsivo aggiunto)?¹⁶ Quali "tendenze psicotiche"? Il fatto è che nel marzo del 1933, appena due mesi prima della sua morte, avvenuta nel maggio del 1933, e immediatamente dopo l'incendio del Reichstag a Berlino, che segnò l'ascesa al potere assoluto di Hitler, Ferenczi scrisse a Freud esortandolo a scappare con tutta la famiglia dall'Austria dato che i tempi erano ormai maturi. Questa fu la risposta di Freud al consiglio di Ferenczi:

Per ciò che riguarda il movente immediato della Sua lettera, cioè il *tema della fuga*, son felice di poterle dire che non penso affatto a lasciare Vienna. Non sono abbastanza mobile e dipendo troppo dalle mie cure...; inoltre non voglio lasciare qui le mie proprietà. *Probabilmente rimarrei anche se fossi perfettamente sano e giovane...* Non è sicuro che il regime di Hitler domini anche l'Austria. È possibile, sì, ma *tutti credono* che non raggiungerà la brutale crudeltà che ha raggiunto in Germania. Io personalmente non corro nessun pericolo... (corsivo aggiunto).¹⁷

¹⁴ *Ibid.*, pp. 93-94.

¹⁵ *Ibid.*, p. 206.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 208-209.

¹⁷ *Ibid.*, p. 210.

Ironia! Quando si trattava di sessualità infantile, del significato dei sogni, o del valore "scientifico" della psicoanalisi, Freud era giustamente sprezzante di ciò che "tutti credevano": ma nel rispondere a una lettera del suo "illuso" amico di un tempo, si riferisce a quello che "tutti credono" come alla prova definitiva della "realtà." Molto tempo prima di Freud, la saggezza popolare ci aveva avvertito che le emozioni e i pregiudizi offuscano il nostro giudizio. Freud amplificò moltissimo questo avvertimento e lo sostenne portando prove impressionanti dell'influenza della mente "inconscia" dell'uomo sulle sue credenze e sulle sue azioni. Ma questo avvertimento era troppo moderato: le emozioni e i pregiudizi non si limitano semplicemente a offuscare il nostro giudizio, ma spesso gli danno forma.

Dunque, il corretto giudizio di Ferenczi riguardo al problema vitale del pericolo del nazismo nel 1933 non fa su Jones un'impressione favorevole: liquida il saggio consiglio di Ferenczi a Freud con la condiscendente osservazione, "...a posteriori, dobbiamo ammettere che nella sua follia c'era una certa logica."¹⁸ A posteriori, mi sembra che questa sia un'osservazione scandalosa, che sta ad indicare il fallimento intellettuale e morale della nosologia psicoanalitica.

Persino nelle mani di Jones, dunque, l'assassinio psicoanalitico della personalità può essere brutale. Quando il giudizio di Ferenczi è senza valore, questo è un sintomo delle sue "tendenze psicotiche"; quando invece è valido, ciò è dovuto al fatto che "nella sua follia c'era una certa logica."

VIII

Gli psicodiagnostici sostengono di sapere, con arbitraria capricciosità, non solo chi è psicotico, ma anche chi è normale. Troviamo così che Freud, Jones, e altri psicoanalisti etichettano come "malati di mente" coloro che desiderano condannare, e come "sani di mente" coloro a cui desiderano fare un complimento. Come il pregiudizio personale di Freud a favore di uno psichiatra ne formò il giudizio diagnostico è illustrato in modo drammatico dall'episodio di Frink.

H. W. Frink era uno psichiatra di New York che si era comportato in modo socialmente disordinato prima della sua analisi con Freud e che "aveva attraversato una fase psicotica."¹⁹ Ma nonostante, secondo i criteri del "senso comune," Frink fosse ben più anormale di Rank o di Ferenczi, Freud ritenne che egli godeva di un'eccellente salute mentale.

Il 1924 — scrive Jones — portò a Freud una grande *delusione personale*, superata solo da quella a proposito di Rank. Nell'aprile 1922 Frink, di New York, aveva ripreso la sua analisi a Vienna e l'aveva continuata fino al febbraio del 1923.

¹⁸ *Ibid.*, p. 210.

¹⁹ *Ibid.*, p. 130.

La retorica del rifiuto

Freud si era fatto di lui un'altissima opinione: sosteneva che fosse l'americano di gran lunga piú in gamba che avesse incontrato, l'unico dal cui talento si attendeva qualcosa. Durante l'analisi Frink aveva attraversato una *fase psicotica* — per un certo periodo dovette addirittura aver vicino un infermiere — ma secondo Freud l'aveva del tutto superata. Freud contava anzi che divenisse il primo tra gli analisti americani. Disgraziatamente, tornato a New York Frink si comportò in modo molto arrogante con gli analisti piú anziani, soprattutto con Brill, dicendo a tutti che erano degli antiquati. Il secondo matrimonio di Frink, che aveva suscitato tanto scandalo e sul quale lui aveva fondato tante speranze di felicità, risultò disastroso e la moglie cercò di divorziare. Tutto questo, assieme alle dispute suddette, deve aver precipitato il verificarsi di un altro attacco. Nel novembre del 1923 Frink mi scrisse che per motivi di salute era costretto a rinunciare al suo lavoro nel "Journal" nonché alla sua professione privata. Nell'estate seguente fu ricoverato nel Phipps Psychiatric Institute e *non guarì mai piú*. Morì nel Chapel Hill Mental Hospital nel North Carolina circa dieci anni dopo" (corsivo aggiunto)."

Ci si domanda come mai l'episodio della "malattia" di Frink abbia sorpreso Freud, specialmente se si tiene presente il fatto che Freud e i primi freudiani consideravano le "psicosi" come disturbi mentali incurabili. Ma, allora, Frink non poteva essere stato *veramente* "psicotico" dal momento che era "l'americano di gran lunga piú in gamba... dal cui talento [mentale Freud] si attendeva qualcosa." Per Freud questa *attesa* era sufficiente a stabilire la sanità di Frink, proprio come la sua *delusione* nei confronti di Rank e di Ferenczi era sufficiente a stabilirne l'infermità mentale.

L'affare Frink è un esempio dei tipici problemi che sorsero nel successivo corso della cultura psicoanalitica e che sono al giorno d'oggi rigogliosi. Gli analisti che si occupano del training tendono a trovare delle prove che i candidati a loro graditi e che considerano degni di divenire loro discepoli sono mentalmente sani; mentre probabilmente i candidati che non gradiscono o con i quali non sono d'accordo sono ritenuti malati mentali, tali da richiedere analisi prolungate e ripetute."

I criteri che governano l'ammissione agli istituti di psicoanalisi sono a questo riguardo pertinenti. Eisendorfer, per molti anni presidente del comitato per la selezione dei candidati del New York Psychoanalytic Institute, dichiara: "Fattori del tipo della psicopatologia evidente, delle perversioni, dell'omosessualità, e dei comportamenti psicopatici antisociali eliminano automaticamente il candidato."²² Poi, dopo soltanto un paragrafo, osserva: "Una caratteristica non rara in un numero considerevole di candidati (circa il dieci per cento) è una facciata di normalità... Un'ostinata determinazione a presentarsi come individuo normale serve, il piú delle volte, da maschera per nascondere

²⁰ *Ibid.*

²¹ T. S. SZASZ, *Three problems in contemporary psychoanalytic training*, in "AMA Arch. Gen. Psychiatry," 3, pp. 82-94, luglio 1960.

²² A. EISENDORFER, *The selection of candidates applying for psychoanalytic training*, in "Psychoanalyt. Quart.," 28, 374-78, p. 376.

una patologia cronica." A quanto sembra Eisendorfer non considera questi due requisiti — cioè non presentare una psicopatologia evidente da una parte, e non presentare una facciata di normalità dall'altra — come contraddittori.

Eisendorfer dichiara che i candidati diagnosticati come affetti da "perversioni" o da "psicopatologia evidente" sono automaticamente esclusi dall'ammissione; ma non ci dice quale definizione di perversione o di psicopatologia è usata. Questo finisce per essere molto conveniente per il comitato, ma non ci fornisce alcuna indicazione sui criteri effettivamente adottati. Le dichiarazioni di Eisendorfer, quindi, dimostrano come le organizzazioni per il training psicoanalitico fanno uso della nozione di psicopatologia, e del meccanismo di attribuzione di etichette diagnostiche psichiatriche, per promuovere i loro scopi particolari, piuttosto che per comunicare osservazioni verificabili.

È chiaro, dunque, che praticamente in tutte le situazioni (eccezion fatta per quella di una relazione psicoterapeutica completamente confidenziale e privata), le diagnosi psichiatriche non funzionano nello stesso modo delle diagnosi mediche: mentre queste ultime identificano dei disturbi per permettere ai medici di trattare i pazienti che ne sono affetti, le prime identificano degli individui stigmatizzati per permettere ad altri individui o gruppi di maltrattare le vittime.

IX

L'attribuzione di nuovi nomi e di nuove classificazioni gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo, nella teoria, e nella pratica della psichiatria. La devianza sociale, ribattezzata "malattia mentale," divenne l'oggetto della psichiatria; i reprobri della società e gli altri individui incapaci, disturbati, oppressi, e perseguitati, ribattezzati "nevrotici" e "psicotici," divennero i "pazienti" che i "medici" psichiatri dovevano "trattare"; e i dottori che si assumevano l'incarico di controllare verbalmente o fisicamente gli individui turbolenti, divennero, col nuovo nome di "psichiatri," gli esperti scientificamente accreditati nella diagnosi e nel trattamento delle "malattie mentali." Tutte fesserie.

Ciò non significa che gli psichiatri e gli psicoanalisti non posseggano conoscenze e abilità speciali: le posseggono, anzi, ma la loro competenza riguarda la condotta personale e il controllo sociale, non le malattie del corpo e il trattamento medico. In breve ciò che voglio dire non è che la psichiatria e la psicoanalisi sono discipline prive di una teoria e di una tecnologia che possano essere utili a certe persone in determinate circostanze, ma che esse hanno acquisito il loro potere e il loro prestigio sociale in gran parte attraverso una falsa associazione con i principi e con le pratiche della medicina.

²³ *Ibid.*, p. 377.

La retorica del rifiuto

Ritengo che a questo punto, se si vuole sistemare la psichiatria su solide basi scientifiche, è necessario rielaborare le sue teorie e le sue pratiche in una struttura e in un linguaggio morali e psicosociali. Questo potrebbe mettere in evidenza le differenze fra uomo sociale e uomo biologico anziché le loro somiglianze. Porterebbe anche al risultato di lasciar da parte gli ostinati tentativi di trasformare psichiatri e psicologi in medici e fisici; queste persone, a loro volta, non avrebbero piú il bisogno di aspirare a questi ruoli.²⁴

Sappiamo che un individuo può garantirsi la propria integrità personale solo attraverso un aperto riconoscimento delle sue origini storiche e un accurato accertamento delle caratteristiche e delle potenzialità a lui specifiche. Lo stesso è vero anche per una professione o per una scienza. La psichiatria non può conseguire la propria integrità professionale attraverso l'imitazione della medicina, né la propria integrità scientifica attraverso l'imitazione della fisica. Può conseguire una tale integrità — e di conseguenza il rispetto dovuto a una professione e il riconoscimento dovuto a una scienza — solo mediante un coraggioso confronto con le sue origini storiche e un'onesta valutazione delle sue autentiche caratteristiche e potenzialità.

²⁴ A questo proposito, vedi T. S. SZASZ, *Psychiatry, psychotherapy, and psychology*, in "AMA Arch. Gen. Psychiatry," 1, pp. 455-63, novembre 1959; e *Psychoanalysis and Medicine*, in M. LEVITT (a cura di), *Readings in Psychoanalytic Psychology*, Appleton-Century-Crofts, New York 1959, pp. 355-74.

La salute mentale come ideologia

I

Si è cercato di dimostrare, con argomenti spesso persuasivi, specialmente da parte del professor Daniel Bell,¹ che a partire dalla fine della seconda guerra mondiale le idee politiche hanno perso il loro potere di influenzare la società americana. Bell ha chiamato questo fenomeno "la fine dell'ideologia." Se per ideologia s'intende ideologia politica, questo punto di vista è sostanzialmente corretto: negli Stati Uniti, infatti, le dottrine politiche — siano esse democratiche, socialiste, o comuniste, liberali, conservatrici, o di qualsiasi altro genere — hanno un effetto scarsamente rilevante sul comportamento quotidiano della gente.

Tuttavia, dal momento che l'ideologia è stata definita come "la conversione delle idee in leve sociali." non possiamo concludere che, essendo morta l'ideologia politica, siamo giunti al termine di tutte le ideologie. In verità, non dobbiamo cercare lontano per trovare un altro tipo di ideologia — cioè la psichiatria, o l'ideologia della salute e della malattia mentale. Benché in origine fosse solo un'ideologia professionale, la sua sfera d'azione e i suoi effetti si estendono ora a praticamente tutti i diversi aspetti della società.

Quali sono le prove a favore di questo punto di vista? E, se le cose stanno così, come è successo? Per rispondere a queste domande, cominciamo col dare un'occhiata allo sfondo storico dell'argomento.

II

Prima di Freud, la psichiatria era una branca della medicina mala-
mente definita e senza alcuna influenza significativa sulla cultura del
tempo. Freud cambiò tutto ciò; sviluppò un metodo di ricerca, delimitò
l'oggetto dei suoi studi, e diede al tutto il nome di "psicoanalisi."
Questa disciplina si appoggiava con tutto il suo peso sia sulle scienze

¹ D. BELL, *The End of Ideology*, The Free Press, Glencoe, Ill., 1960; alcuni saggi sono stati tradotti in *Violenza e politica*, Comunità, Milano 1964.

² *Ibid.*, p. 370.

naturali (*Naturwissenschaften*) sia sulle scienze spirituali (*Geisteswissenschaften*). Trasformò la psichiatria, specialmente negli Stati Uniti, da impresa puramente medica a impresa psicologica e sociale. Nel corso di questo processo, la psichiatria divenne un'ideologia popolare, i cui simboli chiave sono "la salute e la malattia mentale."

Freud non aveva l'intenzione di creare un'ideologia psichiatrica. Si considerava come uno studioso della psicologia del profondo — ovvero dell'inconscio. Questa è una base troppo astrusa per un'ideologia. Sebbene di tanto in tanto facesse uso dei termini diagnostici della psichiatria, Freud respinse come scientificamente indegni i problemi posti dalla nozione di salute e di malattia mentale. Come vedremo, proprio i temi che Freud ha evitato sono divenuti le pietre angolari della moderna ideologia psichiatrica. Ma prima lasciate che illustri le opinioni di Freud a questo riguardo.

Una delle migliori fonti per le idee di Freud sulla salute e sulla malattia mentale è il libro di Joseph Wortis *Frammenti di un'analisi con Freud*. Il giovane Wortis era evidentemente assai preoccupato a causa di questo problema e, nella sua analisi, vi cercò in Freud delle risposte:

"Una condotta insolita non è necessariamente nevrotica," disse Freud. "Molti danno anche per scontato," dissi io [Wortis], "che gli omosessuali siano nevrotici, nonostante potrebbero riuscire perfettamente a condurre una vita felice e tranquilla se solo la società fosse tollerante verso di loro."

"Nessuno psicoanalista ha mai sostenuto che gli omosessuali non possano essere individui completamente a posto," replicò Freud. "La psicoanalisi non si occupa mai di dare dei giudizi sulla gente."

In seguito, Freud aggiunse che gli psicoanalisti dovrebbero trattare soltanto quegli omosessuali che vogliono cambiare.

Ripetutamente Wortis sollevò la questione della salute e della malattia mentale, con il solo risultato di provocare in Freud rifiuti sempre più decisi di affrontare il problema:

"Noi non diamo alcuna importanza a tali problemi," disse Freud. "Non capisco come possano interessarti tali problemi puramente convenzionali (*rein konventionelle Probleme*), cos'è una nevrosi e cosa non è una nevrosi, cos'è patologico o non patologico — tutte vane parole — discussioni sulle parole... Ciò che deve importarti è di imparare qualcosa su te stesso."³

Qualche settimana più tardi Wortis risollevò la questione della salute mentale. Questa volta fece in modo che Freud si spingesse ancora più in là:

“Lo stato di salute è un concetto pratico puramente convenzionale,” egli [Freud] disse, “e non ha un vero significato scientifico. Significa semplicemente che

³ J. WORTIS, *Fragments of an Analysis with Freud*, Simon and Schuster, New York 1954, p. 55.

⁴ *Ibid.*, p. 57.

una persona tira avanti bene, e non che quella persona abbia dei valori speciali. Ci sono persone 'sane' che non valgono niente, e d'altra parte persone 'non sane,' nevrotiche, che sono individui davvero di grande valore (*wertvoll*).⁵

"Questo 'stato di salute' corrisponde forse allo stato in cui si trova una persona in seguito ad un'analisi ben riuscita?" chiesi io.

"In un certo senso sì," rispose. "L'analisi arricchisce l'individuo ma disperde una parte del suo Ego, del suo *Ich*. Non sempre può valerne la pena." (Non sono sicuro di ricordare con esattezza quest'ultima affermazione.)

È dunque chiaro che, nel suo studio, Freud cercava di non usare le diagnosi psichiatriche come epiteti diffamanti. Nei suoi scritti, tuttavia, egli usava tali diagnosi come mezzi per affibbiare odiose etichette — nonostante affermasse calorosamente di fare tutto il contrario.⁶

L'impatto della psicoanalisi sulla psichiatria americana produsse una diffusa ideologia pseudomedica. Posso solo fare delle congetture sulle probabili cause di questo sviluppo: la tradizionale etica sociale americana, che è una combinazione di razionalismo pragmatista e di puritanesimo protestante; una professione medica che si pone su una alta posizione sia nella scala economica che in quella sociale; una psichiatria che è ambivalente piú che non semplicemente ostile nei confronti della psicoanalisi; e un "crogiuolo" culturale, privo di norme etiche stabili, che è alla ricerca di valori scientifico-mondani e borghesi. Ma qualunque ne fossero le cause, il risultato fu chiaro. "Dobbiamo, sia pur malvolentieri, ammettere," scrisse Erik Erikson, "che anche se stessimo cercando di scoprire, con scientifica determinazione, una terapia per i pochi, ci siamo lasciati condurre a promuovere fra i molti un disagio etico." Il "disagio etico" cui Erikson fa riferimento non è altro che una parte di ciò che io chiamo ideologia psichiatrica.

III

Si afferma di frequente che è molto rischioso cercare di analizzare l'ideologia del gruppo a cui si appartiene. Parlando dell'ideologia dell'occidente democratico in contrasto con quella della Russia e della Cina comuniste, Erikson fece il seguente commento:

...la nostra ideologia deve sempre impedirci di mettere in questione e in analisi la struttura di quello che riteniamo essere vero, dal momento che solo così possiamo mantenere in vita la finzione di poter scegliere di credere quello a cui in effetti non avevamo altra scelta che credere, con eccezione dell'ostracismo o dell'alienazione.⁸

⁵ *Ibid.*, pp. 79-80.

⁶ Si veda, ad esempio, S. FREUD, *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci* [1910], in *Psicoanalisi del genio*, Newton Compton Italiana, Roma 1970, pp. 139-218, specie alle pp. 145 e 212; inoltre, S. FREUD e W. C. BULLITT, *Il caso Th. Woodrow Wilson ventottesimo presidente degli Stati Uniti. Uno studio psicologico*, Feltrinelli, Milano 1967.

⁷ E. H. ERIKSON, *Young Man Luther: A Study in Psychoanalysis and History*, Norton, New York 1958, p. 19.

⁸ *Ibid.*, p. 135.

Per quanto rischioso possa essere l'esame delle ideologie religiose e politiche, io penso, forse ingenuamente, che l'esame di un'ideologia professionale — che non ha nemici esterni come comunisti o capitalisti contro cui possa rivolgersi — sia lievemente meno pericoloso. È comunque quello che ho tentato di fare per qualche tempo.

Cos'è dunque mai nell'America contemporanea l'ideologia della salute mentale? La risposta è la seguente: è la tradizionale ideologia psichiatrica, portata in vita con qualche nuovo termine, semplificata per poter essere di consumo pubblico, e appoggiata dalle professioni che si occupano di guarire la gente, dai legislatori, dai tribunali, dalle chiese, e via di seguito — stabilendo così una specie di consenso generale che appare come semplice buonsenso comune.

Come Dio e il diavolo erano i simboli chiave nell'ideologia della teologia medievale, così la salute e la malattia mentale sono i simboli chiave dell'ideologia psichiatrica contemporanea. La dicotomia fra il bene e il male è stata ora sostituita da quella fra salute e malattia mentale. Ci troviamo dunque davanti ad antinomie di questo genere: il movimento per la salute mentale contrapposto al movimento contro la salute mentale; coloro che prestano cure psichiatriche e sono desiderosi di dare il loro aiuto contrapposti ai pazienti mentali che si rifiutano di farsi trattare; gli individui che sono criminali perché sono malati contrapposti a coloro che infrangono la legge perché scelgono di essere cattivi; e via dicendo. Più in particolare, l'ideologia della salute e della malattia mentale non solo serve a spiegare ogni tipo di enigma, ma anche indica la strada per la loro soluzione.'

Per vedere come l'ideologia della psichiatria serve all'uomo moderno, osserviamo prima in che modo l'ideologia del cristianesimo servi a Lutero.

Quando durante una cerimonia nuziale qualcuno faceva cadere l'anello, — scrisse Erikson — egli [Lutero] intimava ad alta voce al diavolo di starsene lontano dalla cerimonia. Quando era disturbato, spesso si accontentava di riconoscere che era opera del diavolo, e con un'aria sprezzante se ne andava a dormire. Ogni epoca ha le sue interpretazioni che sembra si occupino delle interferenze interiori con i nostri piani e con la nostra autostima.¹⁰

Naturalmente oggi noi "sappiamo" che questi sintomi di Lutero e molti altri che ci dicono egli manifestasse, significano che egli era un malato mentale. Se è vero, era in buona compagnia: gli psichiatri hanno dichiarato malato mentale anche Gesù di Nazareth."

⁹ Per un'analisi ed una documentazione più complete, si veda T.S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963.

¹⁰ E.H. ERIKSON, *op. cit.*, p. 249.

¹¹ Vedi A. SCHWEITZER, *The Psychiatric Study of Jesus* [1913], trad. ingl. di Charles R. Joy, Beacon Press, Boston 1948.

IV

Mi piacerebbe ora illustrare l'effettiva opera quotidiana dell'ideologia psichiatrica: in particolare, la sua estesa influenza e la complessiva inconsistenza di scetticismo significativo nei confronti delle spiegazioni e delle cure che essa offre.

Non molti anni fa, i giornali davano consigli a coloro che si struggevano d'amore. Ora non piú: essi offrono oggi i loro consigli a coloro che sono malati mentali, o, piú di frequente, a coloro che si preoccupano di amici e di parenti che sono malati mentali ma che non sanno di esserlo. Riporto qui qualche esempio tipico:

Cara Ann Landers,

Puoi salvare questo matrimonio? Mia moglie è diventata amica di una donna la cui reputazione non vale un soldo bucato. Ha già cambiato tre o quattro mariti, non so.

Questa donna ha destato in mia moglie l'interesse per le partite di *bowling* a squadre. Almeno tre sere alla settimana stanno fuori fino alle due del mattino — a volte anche fino a piú tardi. Il mese scorso sono andate a Toledo a giocare a *bowling* e sono state via tutta la notte. Per la prossima settimana hanno combinato di andare a *Columbus*.

Ieri ho telefonato a quella donna e le ho detto di lasciare in pace mia moglie. Mi ha aggredito con parole tutt'altro che delicate, e ha detto che mia moglie ha già un'età in cui è capace di scegliersi da sola le sue amicizie.

Abbiamo due bambini che cominciano a domandarsi cosa sta succedendo. La casa è sempre in un gran disordine e ho dovuto preparare la cena per me e per i bambini piú volte di quante posso concedere. Per favore datemi un consiglio.

L'INUTILE

Caro Inutile,

La donna ha ragione quando dice che tua moglie ha già l'età per scegliersi le proprie amicizie. E se *questa* è la sua scelta, non merita la rispettabilità di chi ha una casa, un marito, e dei bambini.

Dille che può andare con te da un consulente matrimoniale o da un sacerdote per discutere del problema. Se non ci fosse qualcosa che non va non se ne andrebbe tanto in giro."

Quasi tutti i giorni Ann Landers non solo scopre malattie mentali, ma raccomanda come cura un aiuto psichiatrico (o parapsichiatrico). Una donna scrive che a suo marito "piace disobbedire alle regole." "Se c'è un cartello che dice 'Vietato fumare,'" scrive una moglie, "lui si accende subito una sigaretta. 'Vietato calpestare le aiuole' per lui è un invito: l'ho visto camminare e calpestare con forza il prato appena seminato senza pensarci un attimo, solo per il gusto di fare qualcosa che non va fatto." La lettrice conclude la sua lettera supplicando: "Vi

¹² "The Syracuse Herald-Journal," 27 mano 1963, p. 35.

prego, ditemi perché lui è **così** e cosa posso fare" e la firma "Moglie di un Matto." Ecco la **diagnosi** di Ann Landers: "Il 'Matto' ha dei problemi emotivi che risalgono a molti anni orsono... Ha bisogno dell'aiuto di un **esperto**."¹³

In breve, l'incaricata di questa rubrica dichiara che il comportamento disturbante, inappropriato, o insolito è dovuto a malattia mentale, e raccomandando per esso il trattamento di uno psichiatra (o di un analogo "esperto"). Questo vangelo profano è avidamente creduto dai fedeli, bramosi di una **opportuna ideologia** "scientifica": "Sono assolutamente, perfettamente normale, e **voglio** solo restare sempre tale, esclama la signorina Melissa **Babish**, di **16 anni**, dopo esser stata nominata la nuova Miss Teenage America."

Come se non bastasse, il diffondere la fiducia nella salute mentale è oggi considerata un'attività giusta, anzi lodevole, per tutti i gruppi; **così**, non solo la professione psichiatrica ed altre ad essa connesse, i giornali ed altri mezzi d'informazione, ma anche i tribunali ed i legislatori diffondono l'ideologia della salute e della malattia mentale e ne sono imbevuti. Per esempio, quando nel 1954 la Corte d'Appello degli Stati Uniti nel Distretto di Columbia tirò fuori la deliberazione Durham — che decreta che "...un accusato non è responsabile dal punto di vista penale se il suo atto illegale è stato il prodotto di una malattia o di una deficienza mentale" — la corte decretò che ogni psichiatra poteva fare proprio quello che Freud aveva detto che non poteva fare, cioè decidere chi è malato mentale e chi **non** lo è.

Il punto, evidentemente, non è che ci troviamo di fronte a una **determinazione estremamente difficile** da compiere, ma piuttosto che non è chiaro che cosa si debba determinare, dal momento che la malattia mentale resta **ancora** senza una definizione. Le corti si rifiutano di definirla. Gli psichiatri e gli psicologi affermano di **non** poterla definire — oppure ne **danno** una definizione talmente ampia che chiunque è qualificato per diagnosticarla. Nonostante ciò, i giuristi ritengono di poter mettere alcuni uomini nella classe dei sani di mente e altri **nella** classe dei malati di mente; e gli psichiatri e gli psicologi accettano queste categorie e offrono ben volentieri le loro **opinioni professionali** che le **trasformano** in realtà sociali.

Nel panorama dell'ideologia cristiana medievale, non si poteva mai essere sicuri che il diavolo non fosse da qualche parte in agguato: **poteva** essere dovunque, influenzare le azioni di chiunque. Esattamente **lo** stesso si verifica **con** la malattia mentale. Nel panorama dell'ideologia psichiatrica moderna, non si può mai essere sicuri che una persona non sia malata di mente. Questa incertezza è l'inevitabile conseguenza dell'**assenza** di una chiara e verificabile definizione di malattia mentale.

¹³ *Zbid.*, 23 aprile 1963, p. 11.

¹⁴ "The Syracuse Herald-American," 8 dicembre 1968, p. 11.

¹⁵ *Durham v. United States*, 214 F. 2^o 862 (D.C. Cir.), 1954; per un'analisi più approfondita, vedi T. S. Szasz, "La difesa e il verdetto sulla base dell'infermità mentale," in questo volume, pp. 141-61.

Se potesse esserci una definizione precisa di malattia mentale, è verosimile che non si chiederebbe ad alcuno psichiatra o psicologo di diagnosticarla; forse lo potrebbe fare una qualsiasi persona intelligente. Comunque, siccome la malattia mentale è priva di definizione, alla persona che ha la responsabilità sociale di compiere questa determinazione è richiesto, in effetti, non di prendere atto di certi fatti, ma di creare una definizione e di esercitare un controllo sociale.

Delle dimostrazioni di ciò sono scarsamente necessarie; ne abbiamo dovunque esempi. Si consideri, ad esempio, il caso della signorina **Suzanne Clift**, che assassinò a sangue freddo il suo amante (nel 1962) e ricevette per questo molta pubblicità. Ammise, e nessuno *invero* la contraddisse, di essere stata lei a commettere il misfatto. Ecco ciò che fu deciso per questo caso: il giudice le diede dieci anni di libertà condizionata "a patto che si presentasse volontariamente al Centro per la Salute Mentale del Massachusetts per essere curata."¹⁶ Chiedere il significato dell'avverbio "volontariamente," o del tipo di disordine per il quale doveva essere "curata," è dimostrarsi folli o presuntuosi.

Nel contesto dell'*ideologia* psichiatrica, a queste domande vengono fornite risposte adeguate. La signorina Clift è una "paziente psichiatrica"; dunque, non sa quello che ella stessa vuole, né può controllare bene la propria volontà. Così, chiederà il trattamento volontariamente, perché la parola "volontariamente" significa in questo caso non "col suo consenso," ma "a suo vantaggio." Esitare di fronte a queste risposte è considerato atto di presunzione. Perché? Non semplicemente perché un tale scetticismo chiama in causa il giudizio degli esperti in questo caso particolare, ma perché mette in discussione un punto di vista accettato professionalmente e socialmente.

Il consueto dialogo sociale fra giudici (e legislatori) da una parte e psichiatri (e psicologi) dall'altra può essere parafrasato come segue. I giuristi dichiarano: "Ci sono due specie di criminali, gli uni sani di mente, gli altri malati di mente. Solo voi, psichiatri (e psicologi), potete determinare chi appartiene a un gruppo e chi all'altro. Dovete aiutare noi e la società ad adempiere a questo importante obbligo professionale." Gli psichiatri rispondono: "Certo, cercheremo con tutte le nostre capacità di essere all'*altezza* di questa importante responsabilità sociale."

L'ideologia psichiatrica offre ricompense non indifferenti agli esperti della salute mentale che vogliono stare a questo gioco. In fondo, perché coloro che credono veramente in questa ideologia dovrebbero esaminare a fondo il gioco, o, peggio ancora, rifiutarsi di prenderne parte? Il fedele non avrebbe niente da guadagnarci e avrebbe molto da perderci: col far oscillare la barca, nella quale essi stessi sono passeggeri in equilibrio alquanto precario, finirebbero solo con l'elevare il rischio di essere scagliati nei mari agitati dell'anomia concettuale e dell'*insicurezza* economica.

¹⁶ "Parade," 31 *mano* 1963, p. 3.

Ogni ideologia pone all'individuo una scelta dolorosa: quale ha da essere la sua attitudine nei confronti di essa? Deve essere un ideologo leale o un pensatore critico?

L'operatore nel campo della salute mentale che sceglie di essere un membro leale della sua professione accoglierà di conseguenza l'ideologia della salute mentale: la insegnerà, la applicherà, la raffinerà, la distribuirà nel modo il piú possibile vasto, e, soprattutto, la difenderà da tutti coloro che l'attaccano. L'operatore, invece, che sceglie di essere un pensatore critico studierà a fondo l'ideologia: la analizzerà, l'esaminerà da un punto di vista storico, logico, e sociologico, la criticherà, e di conseguenza la metterà in forse in quanto ideologia.

Queste due posizioni sono sempre state in reciproco contrasto. Le ragioni di questo fatto sono fondamentali sia per l'ideologia che per la scienza, e sono state recentemente espresse in forma condensata in un discorso del professor Daniel Bell.

Una comunità scientifica — scrisse — ha le sue norme, i suoi metodi di ricerca, dei comuni principi di verifica, e, soprattutto, una dedizione alla conoscenza che non può essere piegata da fedeltà parrocchiali. In questo senso, c'è un intrinseco conflitto fra scienza e ideologia, a tutto svantaggio dell'ideologia.¹⁷

Questo conflitto, tuttavia, potrebbe anche agire a svantaggio della scienza. È quello che penso che capiti nel caso delle professioni connesse alla salute mentale.

Freud, all'inizio del nostro secolo, pose le fondamenta, all'interno della psichiatria, di uno studio umanistico dell'uomo. Per Freud e per i suoi primi colleghi non si trattava di uno studio dell'uomo in quanto oggetto, il cui valore è misurato in funzione della sua utilità sociale, e la cui condotta è manipolata dal suo simile per il presunto bene della società. Al contrario, si trattava di uno studio dell'uomo in quanto soggetto, un essere sensibile la cui concezione del proprio sé non era mai subordinata alla sua immagine sociale, e la cui condotta doveva essere diretta non da un terapeuta benevolo, ma dal suo stesso ego.

Questo era un programma altamente ispirato di esplorazione scientifico-umanistica. Il programma ed il suo grande successo iniziale si appoggiavano, in gran parte, su tre principi. Sebbene Freud non li abbia mai enunciati chiaramente, essi meritano di essere qui espressi: 1, la salute o la malattia mentale di una persona sono una questione convenzionale; 2, le questioni riguardanti la salute e la malattia mentale non meritano seria attenzione scientifica; e, in ogni modo, 3, gli psicoanalisti dovrebbero trattare solo quelle persone che vogliono essere trattate.

Ho qui riportato in modo così deciso questi principi per mostrare

¹⁷ D. BELL, *The post-industrial society*, Scritto di base per la discussione forense su *L'impatto del mutamento tecnologico e sociale*, ciclostilato, Boston 1962, pp. 34-35.

Disumanizzazione dell'uomo

che essi sono ora sulla breccia, degni del nostro rispetto. Benché la psicoanalisi fosse agli inizi una critica dell'ideologia psichiatrica, fu presto da essa riassorbita, e oggi ne fornisce, specialmente negli Stati Uniti, il principale linguaggio e la principale retorica giustificatoria. È così che questo rifiuto, 1, della validità dei concetti di salute e di malattia mentale, 2, della politica di limitare la pratica della psicoterapia e della psicoanalisi ai medici, e 3, della legittimità di sottomettere la gente al ricovero e al "trattamento" psichiatrici coatti, è divenuto il marchio di garanzia dell'eresia psichiatrica.

Quello che può e quello che non può fare la psichiatria

I

La psichiatria si trova oggi nella curiosa posizione di essere l'oggetto di un'eccessiva venerazione e, contemporaneamente, di un eccessivo disprezzo. Gli americani con delle idee in proposito possono in effetti venire grosso modo divisi fra coloro che rifiutano ogni forma di pratica psichiatrica come priva di alcun valore o dannosa, e coloro che invece la considerano come una panacea per la criminalità, l'infelicità, il fanatismo politico, la promiscuità, la delinquenza giovanile, e praticamente ogni altro possibile male morale, personale, e sociale del nostro tempo.

Quanti aderiscono a questa fede spropositata ritengo che costituiscano il gruppo piii vasto e certamente piii influente nell'orientamento delle attuali scelte sociali. Sono loro che si danno tanto da fare per sostenere i programmi per la salute mentale su larga scala e che fanno uso del prestigio di un potente sistema psichiatrico come di uno scudo ingannevole, dietro il quale sono nascoste delle spiacevoli realtà che ben vorremmo non doverci trovare di fronte. Così quando su un giornale leggiamo che l'alcoolizzato, lo stupratore, o il vandalo hanno bisogno di "assistenza psichiatrica," o che comunque essa sarà loro fornita, siamo rassicurati al pensiero che il problema è stato risolto, o che, in ogni modo, è stato affrontato efficacemente, e possiamo togliercelo di mente.

Io ritengo che non abbiamo alcun diritto di liberarci tanto facilmente delle nostre responsabilità. Nel dire questo non intendo, essendo io stesso uno psichiatra praticante, sminuire l'aiuto che la mia professione può dare ad alcuni individui in difficoltà. Abbiamo compiuto progressi significativi rispetto ai tempi pre-freudiani, quando la psichiatria era un'impresa puramente custodialistica.

Tuttavia il nostro rifiuto di riconoscere le differenze fra medicina e psichiatria — ovvero fra la devianza dalle norme biologiche, che solitamente chiamiamo "malattia," e la devianza dalle norme psicologiche e sociali, che spesso chiamiamo "malattia mentale" — ha reso possibile che si divulgassero i cliché semplicistici della corrente propaganda per la salute mentale. Uno di essi, ad esempio, è l'ingannevole slogan "La malattia mentale è una malattia come qualsiasi altra,"

Questo non è vero; i problemi psichiatrici e quelli medici sono fondamentalmente diversi. Nel curare una malattia come la sifilide o la polmonite, il medico procura un vantaggio sia al paziente che alla società. Può forse lo psichiatra che cura una "nevrosi" affermare lo stesso? Spesso non lo può, perché nella "malattia mentale" troviamo l'individuo in conflitto con coloro che lo circondano, i familiari, gli amici, il datore di lavoro, e forse tutto il suo gruppo sociale. Cosa ci aspettiamo: che la psichiatria venga in aiuto dell'individuo o della società? Se gli interessi delle due parti in causa sono in conflitto, come spesso avviene, lo psichiatra può aiutarne una soltanto, danneggiando l'altra.

II

Esaminiamo ad esempio il caso di un uomo che chiamerò Victor Clauson, un giovane dirigente con un promettente futuro, una moglie innamorata di lui, e due bambini in piena salute. Nonostante tutto, egli è ansioso e infelice: non ne può più del lavoro, che pensa possa insidiargli ogni iniziativa e distruggere la sua integrità, ed è pure insoddisfatto di sua moglie, e convinto di non averla mai amata; sentendosi come uno schiavo nei confronti della società in cui è impiegato, della moglie, e dei bambini, Clauson si accorge di aver perso il controllo sulla guida della propria vita.

È "malato" quest'uomo? E in caso affermativo, cosa si può fare? Sono aperte di fronte a lui almeno una mezza dozzina di alternative: potrebbe lanciarsi a capofitto nel proprio lavoro, o cambiarlo, o concedersi un'avventura, o chiedere il divorzio. Oppure potrebbe anche sviluppare un sintomo psicosomatico, come un mal di testa, e consultare un medico. Oppure potrebbe cercare aiuto in uno psicoterapeuta. Quale di queste diverse alternative è quella giusta per lui? La risposta non è facile.

Infatti sia il duro lavoro, sia l'avventura, sia il divorzio, sia un nuovo impiego sono cose che potrebbero "aiutarlo"; e lo potrebbe anche la psicoterapia. Ma il "trattamento" non può mutare la sua condizione esterna, sociale; solo lui lo può. Ciò che la psicoanalisi (ed alcune altre terapie) possono offrirgli è una migliore conoscenza di sé, che lo possono mettere in grado di compiere delle scelte nuove e migliori riguardo alla sua condotta di vita.

È un "malato mentale" Clauson? Se gli diamo questa etichetta, di che cosa dobbiamo poi curarlo? Di infelicità? Di indecisione? Delle conseguenze di precedenti decisioni sbagliate?

Secondo la mia opinione questi sono problemi della vita, non malattie. E in linea di massima sono proprio problemi di tale sorta quelli che son portati nello studio dello psichiatra. Per rimediare a essi egli non offre alcun trattamento o cura, ma soltanto dei consigli psicologici. Per essere di un qualche vantaggio, questo processo deve

avere un cliente che sia consenziente e disposto a collaborare. Non esiste alcun modo, peraltro, di "aiutare" un individuo che non voglia essere un paziente psichiatrico. Quando il trattamento è imposto su una persona, questa inevitabilmente lo considera come al servizio non dei suoi migliori interessi, ma degli interessi di coloro che l'hanno portata dallo psichiatra, e che spesso lo pagano.

Si prenda ora il caso di un'anziana vedova, che chiamerò signora Rachel Abelson. Suo marito era un uomo d'affari di successo, morto cinque anni orsono lasciando in eredità una parte del suo patrimonio di quattro milioni di dollari ai figli e ai nipoti, un'altra parte a delle istituzioni di beneficenza, e un terzo alla moglie. La signora Abelson è sempre stata una donna parsimoniosa, la cui vita ruotava intorno al marito. Dopo la morte di quest'ultimo, tuttavia, ella subì dei mutamenti: cominciò a dar via i suoi soldi a una sorella vedova, a istituti benefici, e infine a dei lontani parenti residenti all'estero.

Dopo qualche anno, i figli della signora Abelson si lamentarono, cercando di convincerla a concedersi una vita migliore, invece di sprecare i propri soldi con gente che per lungo tempo aveva tirato avanti da sola; ma la signora Abelson continuava a fare quella che riteneva essere "la cosa giusta." I suoi figli erano ricchi; a lei piaceva aiutare gli altri.

Infine i figli della signora Abelson consultarono il loro avvocato di famiglia. Anch'egli fu sgomentato dall'idea che la signora Abelson potesse [in questo modo] dissipare tutti i beni di sua proprietà. Il suo ragionamento, analogo a quello che facevano i figli, lo portava a concludere che se il signor Abelson avesse voluto aiutare le figlie colpite dalla povertà del suo cugino di terzo grado in Romania, avrebbe potuto farlo lui stesso; mentre non lo fece mai. Convinti che fosse loro dovere continuare quelli che erano stati i principi che avevano informato le intenzioni del padre e tenere i soldi in famiglia, i figli della signora Abelson presentarono una petizione in cui chiedevano che la loro madre fosse dichiarata mentalmente incapace di amministrare i propri affari. Questo fu fatto. Da allora in avanti la signora Abelson divenne insolubile. Le sue amare accuse e le dolorose scene che seguirono finirono per convincere i suoi figli che era davvero mentalmente anormale. Quando si rifiutò di entrare volontariamente in una clinica privata, vi fu costretta per ordinanza del tribunale. Morì due anni più tardi, e il suo testamento — in cui lasciava gran parte dei suoi beni a dei lontani parenti — fu senza ostacoli ritenuto nullo per motivi psichiatrici.

Come a migliaia di altri pazienti psichiatrici coatti, alla signora Abelson fu data assistenza psichiatrica nella speranza che mutasse il proprio comportamento che danneggiava altri. Ma qual era dunque la malattia della signora Abelson? Lo spendere a sproposito i propri soldi? Diseredare i propri figli? In effetti, il ricorso alla psichiatria garantì ai figli della signora Abelson una soluzione socialmente accettabile per il loro problema, non per il suo. Gli ospedali mentali di

stato svolgono in misura impressionante una funzione analoga nei confronti dei membri meno abbienti della nostra società.

Dall'eccessivo numero di casi analoghi, sceglierò qui quello di un uomo, che chiamerò Tim Kelleher, che lavorò stabilmente come **camionista** per quarant'anni, mantenendo la moglie e nove figli. Verso i sessant'anni Kelleher cominciò ad avere difficoltà a trovare lavoro. Ora che ne ha quasi ottanta è già da dieci anni che non lavora **piú**. Dopo la morte della moglie, avvenuta alcuni anni fa, ha abitato un po' con l'uno, un po' con l'altro dei suoi figli.

Per due anni sua figlia Kathleen, madre di quattro bambini, si è occupata di lui; siccome però il vecchio, col passare del tempo, è diventato sempre di **piú** un peso, il marito di Kathleen vuole dividere la responsabilità con gli altri figli, ma questi sono tutti convinti di aver già dato la loro parte.

Il futuro del signor Kelleher dipende da ciò che i suoi familiari decidono di farne. Forse uno di loro può ancora voler prendersi cura di lui, ma, in caso contrario, sarà ricoverato in un ospedale psichiatrico di stato. Il suo caso sarà diagnosticato come "psicosi senile" o qualcosa di simile. **Piú** di un terzo dei pazienti dei nostri ospedali psichiatrici sono dei casi "geriatrici" di tale tipo. Questo è il modo in cui la psichiatria affronta un bisogno di ordine puramente socioeconomico.

Se il signor Kelleher o uno dei suoi figli fosse appena appena benestante, potrebbero prendergli un accompagnatore o un infermiere che si prenda cura di lui in casa, o potrebbero metterlo in un istituto privato. Non ci sarebbe la necessità di etichettarlo come "paziente psichiatrico" e di rinchiuderlo in un edificio da cui non uscirà mai **piú**, e dove senza dubbio morirà entro un anno.

Ma, per i poveri, l'ospedale psichiatrico è spesso l'unica alternativa. Tale è la situazione della signora Anna Tarranti (questo non è il suo vero nome). All'età di trentadue anni — ma ne dimostra dieci di **piú** — ha appena messo al mondo il suo settimo figlio. Suo marito è un operaio edile, che lavora saltuariamente, e un gran bevitore. Dopo la nascita di ognuno dei suoi tre ultimi bambini, la signora Tarranti era **cosí** "depressa" da doversi fermare in ospedale un'altra settimana o **piú**. Ora si lamenta di essere esaurita, di non riuscire a mangiare né a dormire, e non vuole vedere il suo bambino. Nello stesso tempo si sente colpevole di non essere una brava madre, e afferma che vorrebbe morire.

La realtà è che la signora Tarranti è sopraffatta dal lavoro: ha **piú** figli di quanti ne desidera, un marito che guadagna troppo poco, e dei principi religiosi che le proibiscono di far uso di anticoncezionali. Che cosa dovrebbe fare? Sa che, se torna a casa, sarà ben presto nuovamente incinta, una prospettiva che non può sopportare. Vorrebbe rimanere in ospedale, ma il reparto ostetrico è troppo pieno per tenerla a lungo senza una malattia che sia chiaramente di competenza ostetrica.

Ancora una volta è la psichiatria a venire in soccorso. La condizione della signora Tarranti è diagnosticata come "depressione *post-partum*" ed ella viene ricoverata nell'ospedale di stato. Come nel caso del signor

Kelleher, la società non ha trovato per un problema umano una soluzione piú decente della reclusione in un ospedale psichiatrico.

In effetti, la psichiatria ha accettato il compito di tenere in deposito gli indesiderati della società. Questo, ahimè, è stato per lungo tempo il suo ruolo. Piú di centocinquanta anni fa il grande psichiatra francese **Philippe Pinel** osservava: "I pubblici asili consacrati agli alienati sono stati considerati come luoghi di reclusione e d'isolamento per infermi pericolosi e degni di essere allontanati dalla società."

III

Né, del resto, abbiamo alcun diritto di consolarci pensando che nella nostra era illuminata la reclusione in una istituzione psichiatrica equivale a qualsiasi altro tipo di ricovero in ospedale. Se anche è vero che mostriamo maggiore compassione e comprensione nei confronti degli alienati mentali di quanta ne hanno mostrata alcuni nostri antenati, la realtà è che la persona diagnosticata come malata mentale è stigmatizzata — specie se è stata reclusa in un ospedale psichiatrico pubblico. Questo stigma non può essere cancellato dall' "educazione" alla salute mentale, poiché alla radice del problema sta la nostra intolleranza a certi tipi di comportamento.

Gran parte di coloro che sono considerati malati mentali (specialmente se ricoverati contro la loro volontà) sono così definiti dai loro parenti, dai loro amici, dai loro datori di lavoro, o forse dalla polizia, ma non da se stessi. Infischendosi delle convenzioni della società benpensante o violando le leggi queste persone hanno disturbato l'ordine sociale, e così le etichettiamo come "malate mentali" e le puniamo facendole ricoverare in un'istituzione psichiatrica.

Il paziente sa che gli vien tolta la libertà perché ha dato noia alla società, e non perché è malato. E nell'ospedale psichiatrico impara che, se non cambia il proprio comportamento, sarà definitivamente segregato dalla società; ma anche se cambia e gli è concesso di lasciare l'ospedale, il documento che testimonia il suo ricovero lo accompagnerà dovunque, e le conseguenze pratiche sono piú simili a quelle che sono solitamente connesse a un soggiorno in prigione che in ospedale. Il danno psicologico e sociale a cui così si va incontro è spesso superiore ai benefici di una qualsiasi terapia psichiatrica.

Si consideri, ad esempio, il caso di una giovane infermiera che chiamerò **Emily Silverman**, impiegata in un ospedale generale di una cittadina. Nubile e sola, è preoccupata del proprio futuro: troverà un marito? Dovrà continuare a mantenersi con un lavoro che le è divenuto monotono? Si sente depressa, dorme male e perde peso. Si decide, infine, a consultare un internista dell'ospedale che le consiglia di rivol-

¹ P. PINEL, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale* [1801, 1809]. **Orcesi**, Lodi 1830, pp. 11-12.

gersi a uno psichiatra: questi diagnostica il suo disturbo come un caso di "depressione" e le prescrive degli "anti-depressivi." Emily prende le sue pastiglie e va settimanalmente dallo psichiatra, ma continua a restare depressa e comincia a pensare di suicidarsi. Ciò allarma lo psichiatra, che raccomanda quindi il ricovero in ospedale. Dal momento che in città non c'è alcun ospedale psichiatrico privato, Emily chiede di essere ammessa nel vicino ospedale di stato. Lì, dopo alcuni mesi, si accorge che il "trattamento" che le offre l'ospedale non può aiutarla a risolvere i suoi problemi, e allora "guarisce" e viene dimessa.

Da allora in poi, Emily non è piú semplicemente un'infermiera, ma è un'infermiera con un "passato" di reclusione in un ospedale psichiatrico di stato. Quando proverà a tornare al suo posto di lavoro, lo troverà probabilmente occupato da qualcun altro e si accorgerà di non avere nessun'altra possibilità; come ex paziente psichiatrica, infatti, può esserle impossibile trovare un qualsiasi impiego come infermiera. Questo è un prezzo molto alto che deve pagare per non essere stata messa in guardia dai pericoli che comportava la sua decisione di entrare in ospedale a causa della sua "depressione."

Fra la psichiatria e la legge si è stabilita nei nostri tempi una relazione assurda, dovuta al fatto che le potenzialità terapeutiche della psichiatria sono state consistentemente esagerate mentre le sue funzioni punitive sono state minimizzate o addirittura negate.

Anni orsono alcuni individui accusati di gravi atti criminali chiedevano che gli si concedesse l'"infermità mentale." Oggi la si concede spesso, col risultato che, invece di essere condannato a una breve pena da scontare in carcere, un imputato può essere marchiato come "infermo mentale" ed essere rinchiuso a vita in un'istituzione psichiatrica.'

È ciò che è accaduto, per esempio, a un benzinaio che chiamerò Joe Skulski. Quando gli dissero di andarsene da un'altra parte perché lì doveva sorgere un nuovo centro di negozi, si oppose ostinatamente allo sfratto, finché chiamarono la polizia: Joe la accolse con uno sparo in aria ammonitore. Fu arrestato e gli fu negata la libertà provvisoria, poiché la polizia considerò strana la forma della sua protesta e ritenne che doveva trattarsi di un matto. Il pubblico ministero richiese che l'imputato fosse sottoposto prima dell'inizio del processo, a perizia psichiatrica. Il signor Skulski fu visitato, dichiarato mentalmente non in grado di subire il processo, e rinchiuso nel manicomio criminale di stato. Nonostante tutto richiese che gli venisse concesso di essere processato per la sua infrazione. Ora è in ospedale psichiatrico, dove trascorrerà anni di sforzi infruttuosi per dimostrare che è sufficientemente sano per essere processato. Se fosse stato condannato, la pena da scontare in prigione sarebbe stata piú breve del periodo che ha già dovuto passare in manicomio.

² T.S. Szasz, *Psychiatric Justice*, Macmillan, New York 1965.

IV

Questo non vuol dire che i nostri ospedali psichiatrici pubblici non esplicino alcuna funzione socialmente utile. Essi, di fatto, svolgono due funzioni essenziali e molto diverse l'una dall'altra. Da un lato, aiutano i pazienti a riprendersi dalle proprie difficoltà personali col fornire loro una stanza, il vitto, e una scappatoia dalle responsabilità quotidiane approvata dalla medicina. Dall'altro, aiutano le famiglie, e la società, a prendersi cura di coloro che sono loro di disturbo o di peso eccessivo. È importante mettere in luce questi due ben diversi servizi, perché sfortunatamente i loro scopi non coincidono. Venire in aiuto di coloro che non sopportano le eccentricità, le debolezze, o le aperte meschinità delle persone che hanno i cosiddetti disturbi mentali significa che qualcosa deve essere fatto ai pazienti mentali, non per essi. Lo scopo qui è proteggere la suscettibilità non del paziente, ma di coloro a cui egli dà noia. Questo è un problema morale e sociale, non medico. Per esempio, che peso si può attribuire al diritto del signor Kelleher di passare i suoi ultimi anni da uomo libero e dignitoso, anziché da prigioniero psichiatrico, diritto opposto a quello dei suoi figli di condurre una "loro vita" senza il peso di un vecchio padre? O al diritto della signora Tarranti di rifiutare delle responsabilità opprimenti, opposto al bisogno di suo marito e dei suoi bambini di essere serviti a tempo pieno da lei, loro moglie e madre? O al diritto della signora Abelson di dar via i suoi soldi ai parenti poveri, opposto alle pretese dei suoi figli sulla fortuna lasciata dal padre?

Ammesso pure che spesso non può esserci alcuna soluzione felice a questi **conflitti**, non c'è ragione di ritenere che fino ad ora siamo stati sulla via giusta. Per una ragione: che ancora tolleriamo incredibili ingiustizie fra il trattamento che riserviamo ai ricchi e quello che riserviamo ai poveri. Anche se questo forse non è niente **più** che un ideale tenuto in vaga considerazione, sia la medicina che la legge si **sforzano** di trattare **tutti** allo stesso modo. In psichiatria, tuttavia, non solo siamo ben lontani dal raggiungere questo risultato nella pratica, ma non lo consideriamo neppure come un nostro ideale.

Se il nostro paziente psichiatrico è ricco e influente, lo consideriamo come un cliente autonomo e responsabile, libero di decidere se vuole o no essere un paziente; ma se il paziente è povero e anziano, lo consideriamo bisognoso dell'**assistenza** dello stato, troppo ignorante o troppo "malato mentale" per sapere che cosa è **migliore** per sé. Con atteggiamento paternalistico lo psichiatra, agente della famiglia o dello stato, si prende la "responsabilità" della sua persona, lo definisce "paziente" contro la sua volontà, e lo sottopone al "trattamento" considerato migliore per lui, con o senza il suo consenso.

Abbiamo davvero ancora bisogno di una psichiatria di tal genere?

L'illecito traffico dei valori umanistici attraverso la psichiatria

I

Fra il gran numero di funzioni "tranquillanti" svolte dagli psichiatri nella società americana contemporanea, ve n'è una sulla quale vorrei richiamare un'attenzione tutta particolare: la chiamo "il traffico illecito dell'umanismo."

Sebbene il termine umanismo sia piuttosto vago, non è però nel complesso del tutto inutile. Per la maggior parte di noi significa che l'autonomia personale, la dignità, la libertà e la responsabilità sono considerate valori positivi. Non solo, l'umanesimo implica anche le caratteristiche come la bontà d'animo, la comprensione e la misericordia sono approvate. Al contrario, l'etica umanistica considera l'ineguaglianza di fronte alla legge, l'oppressione sociale, la severità delle punizioni, e qualsiasi altro tipo di crudeltà come cose cattive e condannabili.

Con l'espressione "traffico illecito"* va qui inteso il procurare in modo illegale un determinato prodotto, come potrebbe essere un liquore. Perché si verifichi un traffico illecito, devono darsi due condizioni: primo, dev'esserci un potente bisogno che gli uomini faranno di tutto per poter soddisfare; e, secondo, la gratificazione del bisogno deve essere proibita per legge. Se si verificano queste condizioni, la soddisfazione del bisogno mediante mezzi illegali sarà stimolata e, molto probabilmente, prospererà.

Tendiamo ad associare il traffico illecito con la soddisfazione illegale di desideri moralmente biasimevoli, come il bisogno di liquori o di narcotici. Questo è fuorviante, perché spesso capita che la legge proibisca la soddisfazione di aspirazioni e bisogni nobili. Ricordiamoci che le leggi possono avvilire e abbassare la dignità e la prosperità degli uomini altrettanto facilmente di come le possono alzare alle stelle. Si parla in questo caso di leggi cattive, stupide, o irragionevoli. Quando le leggi impediscono la soddisfazione di certe importanti aspirazioni umane, ci si prepara a gratificare al di fuori della legalità i desideri repressi, ovvero, si dà inizio al traffico illecito. Durante l'epoca nazista,

¹ Vedi T. S. Szasz, "Il mito della malattia mentale," in questo volume, pp. 49-59.

* Ho qui reso con "traffico illecito" il termine dello *slang* americano *bootlegging*, frequentemente riferito al commercio di alcoolici durante il proibizionismo. [N.d.T.]

ad esempio, molti tedeschi, olandesi, e specialmente danesi, tennero nascosti degli ebrei, o li aiutarono a scappare all'estero, violando così la legge. Noi — e quando dico "noi" mi riferisco in questo caso a tutta la collettività degli psichiatri americani — siamo impegnati in un certo senso in un'analoga operazione di contrabbando. Descriverò questa operazione di contrabbando usando come esempio illustrativo il caso dell'aborto terapeutico per motivi psichiatrici.

II

Come gran parte delle leggi che proibiscono qualcosa, quelle che regolano l'aborto non ne impediscono affatto la pratica; l'aborto, piuttosto, è considerato illegale se non si verificano determinate condizioni. Le condizioni che permettono a una donna di avere un aborto — in modo molto simile alle scusanti che permettono di uccidere una persona — variano da stato a stato. La malattia mentale è solitamente una di tali scusanti: in altre parole, in alcuni stati, se degli psichiatri certificano che una donna è mentalmente malata o è probabile che diventi tale se le è concesso di portare a compimento una gravidanza, le è permesso di avere un aborto legale, detto anche terapeutico.

Dovunque gli aborti terapeutici sono compiuti in un numero notevole di casi, ne sono praticati più per motivi psichiatrici che per qualunque altra ragione. Al Mount Sinai Hospital di New York, per esempio, il trentanove per cento di tutti gli aborti terapeutici compiuti fra il 1952 e il 1957 furono giustificati da motivi psichiatrici. Solo l'undici per cento degli aborti, invece, furono effettuati a causa di disturbi cardiorenali, e solo il dieci per cento a causa di malattie di indole maligna. Nei primi nove mesi successivi all'entrata in vigore di una legge per l'aborto "liberalizzato" in Colorado nel 1967, furono procurati 109 aborti terapeutici presso il Denver General Hospital, il novanta per cento dei quali per "ragioni psichiatriche."³ Quando fu promulgata una legge simile anche in California nel 1968, l'incidenza di "malattie mentali" durante la gravidanza crebbe ancor più precipitosamente: nei primi sei mesi dell'anno si trovarono in quello stato ben 1777 donne incinte che richiedevano un aborto terapeutico per "tutelare la [loro] salute mentale"; nello stesso periodo furono praticati solo 115 aborti terapeutici per "difendere la salute fisica [della donna]."⁴

Ai nostri giorni continua ad esserci un diffuso interesse fra i membri della professione medica e di quella psichiatrica verso le misure rivolte a "liberalizzare" le leggi sull'aborto. Tale liberalizzazione, a

² *Therapeutic abortion*, in "MD, The Medical Newsmagazine," dicembre 1958, p. 61.

³ *Colorado abortions rise following law revision*, in "Psychiatric News," 3, 10 luglio 1968.

⁴ *5.000 legal abortions done in California in 9 months*, in "Hospital Tribune," 18 novembre 1968, p. 3.

mio parere, deve essere ricercata in una delle due seguenti direzioni.

Una direzione deve tener conto di un numero sempre crescente di considerazioni mediche, eugenetiche, psichiatriche, e sociali come "indicazioni terapeutiche" per l'aborto, rendendo così legale un numero maggiore di aborti. Questo ha il vantaggio, se di vantaggio si tratta, di dare l'opportunità, almeno ad alcune persone, di avere un aborto se lo desiderano. Nello stesso tempo, lascia inesaminate e immutate le premesse etiche che sottintendono le nostre attitudini e le nostre leggi nei confronti dell'aborto.

Questo tipo di azione sociale ha anche taluni importanti svantaggi. Il pifi importante di tutti, forse, è che dà un premio a chi è malato o invalido. Se una donna è sana e incinta, deve tenersi il bambino, le piaccia o no; se invece riesce a farsi definire malata, può approfittare dell'aborto legale. Per quanto riguarda la psichiatria, l'ovvia difficoltà inerente a questa disposizione è che mentre non si può procurarsi facilmente, mettiamo, un disturbo cardioreumatico semplicemente perché può risultare vantaggioso essere malati, si può, in certe circostanze, manifestare una malattia mentale. Garantire certi privilegi a degli individui affetti da una cosiddetta malattia mentale — come ad esempio esentarli dal servizio militare, o scusarli per le conseguenze di certi comportamenti inopportuni, o permettere loro di procurarsi un aborto, e, di conseguenza, danneggiare coloro che sono mentalmente sani — è un'impresa piuttosto rischiosa. È desiderabile essere "malati mentali" per poter godere della libertà di non dover sottostare alle conseguenze fisiologiche dell'atto sessuale?

Un altro svantaggio fondamentale connesso agli attuali sforzi medico-psichiatrici di liberalizzare l'aborto è che essi accrescono, piuttosto che diminuire, il velato conflitto etico fra aborto medico e aborto scelto liberamente. **Implicita** in tutte le riforme di tal genere è la tesi che è giusto che gli esperti medici e psichiatrici decidano se una donna debba o no dare alla luce un bambino che non desidera, ma non è giusto che sia lei a decidere. In altri termini, l'aborto giustificato da motivi medici e psichiatrici, in contrasto con l'aborto scelto liberamente, rende gli esperti medici e psichiatrici, anziché gli adulti in genere, cittadini che possono fidarsi delle proprie decisioni, responsabili nel determinare se la reazione fisiologica a catena iniziata con l'atto sessuale e culminante con il parto possa o no venire interrotta.

Una via alternativa è quella di portare a pieno sviluppo e di verificare con franchezza i problemi socioetici inerenti all'aborto (e ad altre questioni simili, come il controllo delle nascite o la pena di morte). Accogliendo e sposando una legislazione fondata sulle tradizionali attitudini legali e sociali, gli psichiatri rendono di fatto pifi difficile a tutti, loro inclusi, affrontare i problemi veramente significativi. Ritengo che gli sforzi per "liberalizzare" le leggi sull'aborto mediante la concessione di un piú ampio spettro di giustificazioni mediche e psichiatriche di questo procedimento siano, in effetti, restrittivi della libertà umana. Questo perché la "liberalizzazione" medica e psichiatrica delle leggi

sull'aborto possono solo aumentare il numero dei casi in cui altri individui possono procurare un aborto alle donne, senza aumentare il numero dei casi in cui le donne incinte in persona possono prendere questa decisione. Tali misure, di conseguenza, finiscono per dar ragione alla tesi che è giusto negare agli individui il diritto di determinare essi stessi che uso fare del proprio corpo.

III

La maggior parte dei problemi posti dalle leggi che si riferiscono alle attività sessuali degli adulti possono essere condensati in una sola domanda e nella possibile risposta ad essa. La domanda è la seguente: chi è padrone del nostro corpo? In altri termini, il corpo di un individuo appartiene ai genitori di esso, come avveniva, entro certi limiti, quando era bambino? O appartiene allo stato? O al sovrano? O, per caso, a Dio? O, infine, appartiene all'individuo stesso?

Ognuna di queste possibilità è logicamente giustificabile ed empiricamente possibile; ognuna riflette le regole di un particolare sistema socioetico, o gioco di vita. Dobbiamo, comunque, avere ben chiaro quale sistema di valori favoriamo. Secondo la tradizionale teologia cristiana, per esempio, il corpo appartiene a Dio. D'altra parte, il moderno umanismo laico lascia intendere — e, a mio parere, dovrebbe anche affermare esplicitamente — che il corpo di un individuo, se questi è adulto, appartiene a lui stesso. Questo significa che egli potrebbe suicidarsi senza per questo commettere un crimine. Dovrebbe anche potere esercitare qualsiasi controllo egli desideri sulle proprie funzioni procreative. Da questo punto di vista, dunque, il fatto che uno decida di sottoporsi ad aborto dovrebbe cadere nella stessa categoria che, mettiamo, sottoporsi alla legatura delle vene varicose.

Questa attitudine verso il corpo umano, e in modo particolare verso le sue funzioni procreative, è in netto conflitto con le attitudini religiose verso di esso. Tutte le religioni occidentali, per diverse che siano l'una dall'altra, concordano sul fatto che l'uomo è una creazione di Dio. Questo non solo arricchisce l'uomo di un'importanza e di un valore tutti speciali, ma lo obbliga anche ad adeguarsi a delle leggi date da Dio. Per i nostri fini presenti, ci basterà considerare brevemente la posizione della chiesa cattolica romana a proposito di chi è padrone del corpo umano, e, piú in particolare, a proposito del controllo delle nascite.

La posizione cattolica, che pure è la piú estremistica, è anche la piú coetente e la piú logica rispetto ai punti di vista delle diverse religioni su questo argomento. In breve, la dottrina cattolica ritiene tutte le interferenze "artificiali" con la procreazione umana come peccaminose a causa

⁵ Vedi T. S. Szasz, *The ethics of birth control; or, who owns your body?*, in "The Humanist," 20, pp. 332-36, novembre-dicembre 1960.

di due proposizioni etiche fondamentali: primo, la relazione dell'uomo con praticamente ogni cosa importante, e specialmente con l'uso dei suoi organi sessuali, si considera governata da una "legge naturale" — cioè da una legge implicitamente data da Dio. Il controllo delle nascite "artificiale" è considerato come opposto alla "legge naturale." Secondo, l'inizio della vita umana è calcolato dal momento del concepimento. Così, l'embrione è ritenuto essere "vivente" e possedere un'esistenza teologico-legale separata da quella della madre. Per questa ragione, la dottrina cattolica situa l'aborto, l'infanticidio, il suicidio, e l'omicidio in una stessa categoria, quella cioè dell'"assassinio." Ne segue che violare le leggi e commettere un assassinio, in qualunque modo sia questo perpetrato, sono cose malvage. Di conseguenza, chiedere a un cattolico di sostenere il controllo artificiale delle nascite o l'aborto è come chiedergli di approvare dei mezzi che portano a fini indesiderati.

Molti non cattolici, pur sottoscrivendo la tesi che considerazioni riguardanti la salute giustificano l'uso di misure artificiali per il controllo delle nascite, possono nondimeno credere che il giusto uso del corpo umano sia, o debba essere, regolato da leggi divine. Conseguentemente anch'essi possono essere contrari alla masturbazione e all'uso di mezzi anticoncezionali quando questi servano solo al conseguimento del piacere della carne, o all'aborto scelto liberamente quando esso serva esclusivamente alle aspirazioni di carriera di una donna.

Il punto di vista umanistico laico dell'uomo, non meno di quello cattolico, si basa su certe premesse etiche; fra di esse è fondamentale l'affermazione che l'embrione umano non è ritenuto possedere alcuna esistenza separata da quella della madre. La decisione di quando ha inizio "l'esistenza umana" — cioè di quando il bambino deve essere considerato come entità giuridicamente separata da quella della madre — deve per forza essere arbitraria. L'inizio della vita di un bambino può dunque essere situato al sesto mese, quando il feto è in grado di sopravvivere, o forse al momento del parto. Sta di fatto che, secondo il punto di vista qui considerato, per un certo periodo di tempo successivo al concepimento, ciò che è contenuto nell'utero è ritenuto come parte del corpo della madre. Secondo questa definizione non può esistere una cosa come l'assassinio di un feto che non sia in grado di sopravvivere.

L'essere umano, dunque, è qui considerato come primariamente un concetto etico o psicologico. Questo è per forza in opposizione con le definizioni teologiche o biologiche di essere umano. Secondo la definizione teologica (cattolica romana), ad esempio, un uovo fertilizzato è un essere umano, come pure lo è un feto anencefalo (senza cervello). Secondo la definizione biologica, è un essere umano un feto che sia in grado di sopravvivere, ma non lo è un uovo fertilizzato. Tutte le definizioni sono, in una certa misura, arbitrarie, e non fanno eccezione a questa regola né la definizione di essere umano proposta dalla teologia, né quella proposta dalla biologia, né quella

proposta in termini psicosociali. Questa breve disquisizione voleva solo essere un promemoria dei criteri — che, per quanto essi stessi arbitrari, possono essere descritti, analizzati, e discussi — sulla base dei quali la qualità dell'essenza umana è talvolta ascritta agli organismi, e spesso però tenuta nascosta alla gente.

Nel contesto di un'etica che sia favorevole all'autonomia personale, alla responsabilità, e alla fiducia nell'individuo, la decisione sul fatto che una donna debba o non debba avere un aborto dovrebbe dipendere in primo luogo dal fatto che la stessa lo voglia o no. La questione dovrebbe riguardare solo lei e il suo medico (e forse suo marito, sempre che ne abbia uno) — proprio come è il caso oggi con le operazioni chirurgiche non necessarie. Il fornire quindi una serie sempre crescente di malattie psichiatriche come giustificazioni per la pratica di aborti terapeutici rappresenta un passo verso la liberalizzazione solo se ci opponiamo radicalmente al principio dell'aborto scelto liberamente, con tutto quello che ciò comporta. Se, al contrario, consideriamo l'autodeterminazione sulle proprie funzioni e parti del corpo come un aspetto integrale della nostra etica, allora mantenere una legislazione fondamentalmente contraria all'aborto e aumentare il numero dei casi in cui esso è permesso, è senz'altro desiderabile.

Credo che sia un grave errore fornire interventi psichiatrici, come le giustificazioni per l'aborto terapeutico, senza prima cercare di chiarire cosa auspicare come puntelli morali della società. Ci sono molti seri compiti scientifici per i quali si ha un estremo bisogno delle capacità degli psichiatri. Le giustificazioni psichiatriche per gli aborti, tuttavia, appartengono a quella classe di fenomeni che potrebbero sembrare di natura scientifica o tecnica, mentre sono, di fatto, d'ordine strategico o tattico.⁶

IV

Ho cercato di dimostrare che l'aborto terapeutico per motivi psichiatrici è un sotterfugio, e che lo psichiatra che rende possibili tali aborti è un trafficante di certi valori morali non espliciti. Vorrei ora ampliare e, se mi sarà possibile, chiarire ulteriormente questa tesi.

Uno psichiatra, quando raccomanda un aborto terapeutico, non fa, ad esser precisi, un traffico illecito sull'aborto. Un vasto e fiorente mercato nero di questa merce è tenuto in vita dai medici e dagli altri che praticano operazioni illegali. Sebbene lo psichiatra che fornisce dei motivi per giustificare un aborto non è un comune trafficante come colui che lo pratica, egli può ciononostante essere considerato un **trafficante** di un genere tutto particolare: è un trafficante legalmente autorizzato. Nel suo ruolo di psichiatra, egli è investito dalla legge del potere di concedere il permesso per atti altrimenti proibiti. Il ruolo

⁶ A questo proposito, vedi T. S. Szasz, "La retorica del rifiuto," in questo volume, pp. 80-95; e "La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo," in questo volume, pp. 197-219.

del medico durante il proibizionismo era analogo: poteva far traffico illecito di liquore ordinandolo su un ricettario, senza cosf doverlo importare di contrabbando dal Canada. In modo molto simile, lo psichiatra non ha bisogno di violare la legge per procurare un aborto: ha l'autorizzazione di prescrivere un aborto come se fosse un trattamento, sempre che possa provare che la donna incinta in questione sia malata mentale. Immaginiamo, a questo punto, che non esista una cosa come la malattia mentale. Dove andremmo a finire, in questo caso? Cosa penseremmo se la base su cui viene prescritto il prodotto proibito — sia esso un liquore o un aborto — fosse fittizia o addirittura inventata di sana pianta? Non si tratterebbe di traffico illecito legalizzato?

Qualcuno potrebbe obiettare a questo ragionamento rifiutando l'affermazione che le diagnosi psichiatriche sono fittizie o inventate. Le malattie psichiatriche — possono replicare costoro — sono altrettanto reali delle malattie fisiche. Questo è un punto cruciale. Qui posso solo affermare che considero la nozione di malattia mentale un mito.⁷ Asserendo questo non voglio negare il fatto evidente che la gente può soffrire ed essere messa in crisi dalle difficoltà che l'impegno di portare avanti la propria vita le mette di continuo di fronte. Dobbiamo comunque tener ben presente che le malattie mentali sono semplicemente i nomi che diamo a certe strategie di vita e alle loro conseguenze. Se questo è vero, le forme di comportamento nell'esistenza sociale intesa nella sua totalità che definiamo come malattia mentale — cioè le strategie che decidiamo di etichettare in questo modo — sono il risultato di una decisione profondamente morale e strategica. Lasciatemi dimostrare in poche parole questo aspetto della psichiatria attraverso il racconto di un fatto realmente accaduto. Riferisco l'episodio come lo ricordo, ma credo che il resoconto sia sostanzialmente esatto.

Alcuni anni orsono, in una città di mare sulla costa orientale degli Stati Uniti, si verificò una tragedia, a cui fu dato grande rilievo di cronaca, che era stato il risultato di un aborto illegale. I fatti, in breve, erano i seguenti: contro il desiderio dei genitori, una donna di ricca famiglia sposò un giovanotto povero. Dopo che era stata messa incinta, si stancò di suo marito. Tornò quindi nella casa dei suoi genitori e, con l'aiuto della madre, ottenne un aborto illegale. In conseguenza di esso, morì. Furono in questa tragica circostanza sottolineati pubblicamente il ruolo giocato dalla madre e da colui che praticò l'aborto. Quest'ultimo fu processato e condannato a passare un certo tempo in prigione, ma la stessa sorte non toccò alla madre. Fu detto che costei era gravemente depressa, ed entrò in una clinica psichiatrica. Nonostante la sua complicità nel fatto, non fu mai, per quanto ne sappia, processata. Forse si pensava che aveva sofferto "abbastanza" per la morte della figlia e che aggiungerle una pena supplementare sarebbe stato veramente troppo. La misericordia e l'esonero dalla punizione furono cosf contrabbandati come diagnosi e trattamento psichiatrici.

⁷ T.S. Szasz, "Il mito della malattia mentale," v. sopra.

Non sto qui difendendo un'applicazione vendicativa della legge. Questo esempio era volto solo a ricordare che quello che la legge considera crimine o malattia mentale è questione di convenzioni morali. Nell'esempio qui riportato, colui che ha praticato l'aborto è come un rapinatore che ha avuto la sventura di uccidere una guardia durante la rapina a mano armata di una banca, e la madre è come il suo complice alla guida della macchina della fuga. Entrambi erano impegnati nello stesso atto proibito e "criminale" — l'asportazione illegale di un feto dall'utero nel primo caso, l'asportazione illegale dei soldi dalla banca nel secondo. È assurdo considerare solo uno dei membri di una tale banda come criminale, e non l'altro. Questo, tuttavia, è quello che fu fatto con colui che praticò l'aborto e con la madre addolorata, e che succede generalmente in relazione alle accuse per gli aborti illegali.

Da un punto di vista psicologico, si potrebbe provare che dover portare in grembo un bambino non desiderato è sempre deleterio per una donna: di conseguenza, il desiderio di una donna di avere un aborto potrebbe in ogni caso costituire un valido motivo psichiatrico per permetterlo. Se questo è vero, l'aborto terapeutico per motivi psichiatrici è chiaramente un'azione di contrabbando. L'essenziale misericordiosa da una legge altrimenti crudele — una legge che ostacola l'interferenza con certi processi fisiologici — è importata di contrabbando sotto le spoglie di una diagnosi, di un trattamento, e di una prevenzione medica. Il vero carattere di questa operazione rimane oscuro fintanto che la quantità della mercanzia contrabbandata è relativamente modesta; ma se la bilancia dell'operazione dovesse segnare degli aumenti, questo provocherebbe la stessa resistenza che spinge la legge a opporsi al principio dell'aborto scelto liberamente.

Non ho in alcun senso esaurito le possibilità rispetto alle quali il modello del traffico illecito può essere messo in relazione agli interventi psichiatrici. Per esempio si potrebbe dimostrare che alcuni degli psichiatri che permettono gli aborti terapeutici, convinti di operare in un campo di pura tecnica medica, agiscono senza saperlo al servizio dei legislatori. È come se guidassero gli autocarri carichi di liquore (misericordia) di contrabbando, pensando intanto di trasportare qualche altro prodotto (diagnosi e prevenzione psichiatriche) legittimo. Uno psichiatra di tal genere allevia le fette che il legislatore prova nella sua coscienza per aver stabilito delle leggi che, senza di lui, sarebbero troppo dure per degli esseri umani. Esempio di ciò è la situazione in cui la vittima di uno stupro può avere il diritto di abortire solo per motivi di ordine psichiatrico.

V

Ho cercato di richiamare l'attenzione sugli aspetti socioetici più reconditi dell'aborto psichiatrico-terapeutico e su simili metodi di "traffico illecito dell'umanismo." Come ho dimostrato, non è tanto l'aborto in se stesso a essere contrabbandato con questa strategia, quanto piut-

tosto il diritto a determinare liberamente se dare alla luce un bambino. Questo va male — sebbene, evidentemente, non male del tutto — se per nessun'altra ragione, se non questa, un **traffico** illecito procura con un'efficienza tanto maggiore un prodotto di cui **c'è** bisogno, quanto minore è l'intensità del desiderio cosciente di cambiare la legge. Questa è la conseguenza di una comprensibile pigrizia umana. Essendo a conoscenza di questo fatto, dovremmo fare particolare attenzione prima di appoggiare o di adottare i sotterfugi psichiatrici per addolcire quelle leggi che possono sembrarci stupide o comunque non desiderabili, perché, facendo **così**, potremmo senza saperlo ritardare e ostacolare le riforme di cui abbiamo veramente desiderio e necessità.

Le nostre leggi sull'aborto non mi piacciono e hanno la mia disapprovazione, ma non mi piace neanche che si aggirino le leggi con appositi sotterfugi. Per dirla chiaramente, non credo **nell'“aiuto”** che si può prestare ai pazienti ricorrendo alla "difesa per infermità mentale." **È** al di fuori di questo dilemma che ho sviluppato le idee qui presentate.

Qualcuno potrebbe avere ancora un'obiezione e dire: "Benissimo, ma la vita non si può viverla in un vuoto sociale. Finché le leggi esistenti non sono cambiate, dobbiamo pur vivere, se non dentro di esse, almeno con esse. Dobbiamo stare al gioco secondo le regole che lo dominano." Questo è un argomento senza dubbio efficace a livello della vita pratica di ogni giorno. **È** difficile aderire con coerenza a principi ideali. I compromessi talvolta sono necessari. Detto questo, tuttavia, ricordiamoci che **più** scendiamo a compromessi con i nostri ideali, **più** stiamo al gioco con le regole che lo dominano, e **più** perfezioniamo le nostre capacità di prender parte a tali giochi, meno saremo desiderosi, interessati e capaci di creare e di prender parte a nuovi giochi **più** adeguati alla statura dell'uomo civile.

⁴ La difesa e il verdetto sulla base dell'infermità mentale

I

Nel 1843 Daniel M'Naghten uccise sparandogli Edward Drummond, segretario privato di Sir Robert Peel, al quale erano diretti i colpi di M'Naghten. Si difese sulla base dell'infermità mentale. Furono adottate delle prove attestanti che M'Naghten "aveva agito sotto effetto della folle idea" di essere perseguitato da gente a lui nemica, fra cui Peel. Tindal, il Presidente della Corte, fu così impressionato da queste prove da ordinare praticamente un verdetto di assoluzione. La giuria ritenne M'Naghten innocente, sulla base dell'infermità mentale.⁴ Questa storia, nella versione in cui è solitamente raccontata, finisce qui. Ma cosa successe a Daniel M'Naghten?

Dal momento che M'Naghten fu assolto, il lettore potrebbe pensare che la corte lo abbia lasciato libero. Fino al 1843 questo è ciò che solitamente s'intendeva con la parola "assoluzione." Ma l'"assoluzione" di M'Naghten fu il segnale premonitore di quella corruzione linguistica che, come ci ha insegnato Orwell, è una caratteristica delle moderne società burocratiche. De *jure*, M'Naghten fu assolto; *de facto*, fu condannato all'ergastolo da scontarsi in manicomio. Fu rinchiuso nel Bethlehem Hospital fino al 1864, quando fu trasferito alla Broadmoor Institution per pazzi criminali, da poco aperta. A Broadmoor M'Naghten morì nel 1865, dopo aver trascorso gli ultimi ventidue anni della propria vita in stato di prigionia.

Secondo la legislazione tradizionale inglese e americana, un atto illegale è criminale solo se è stato commesso con intenti criminali. Secondo la legge, inoltre, certe persone inferme mentali che compiono azioni proibite non sono in grado di avere i necessari intenti criminali e devono di conseguenza essere giudicate "innocenti sulla base dell'infermità mentale." Questo concetto giuridico esige che siano trovati alcuni criteri che permettano di distinguere le persone che commettono degli atti proibiti con intenti criminali dalle persone che commettono gli stessi atti senza tali intenti a causa della loro infermità mentale. Lo scopo dei test psichiatrici per accertare la responsabilità criminale

⁴ *Daniel M'Naghten's Case*, 10 Cl. & Fin. 200, 8 Eng. Rep. 718, 1843.

— dei quali uno dei piú vecchi porta il nome di Daniel M'Naghten — è proprio questo.

Cosa dice, dunque, la M'Naghten Rule? Afferma che, perché si possa stabilire una difesa sulla base dell'infermità mentale, si deve provare con sicurezza che, all'epoca in cui l'atto è stato commesso, la parte accusata non era in pieno possesso delle proprie facoltà, a causa di una malattia mentale che le impediva di aver coscienza della natura e della qualità dell'atto che stava compiendo; o, se ne aveva coscienza, che le impediva di capire che era male ciò che stava compiendo.

Nel 1954, la Corte d'Appello degli Stati Uniti del Distretto di Columbia, con una sentenza del giudice David Bazelon, trasmise una decisione che annullava la M'Naghten Rule e le sostituiva ciò che è diventato noto col nome di Durham Rule.² Secondo questa decisione, "un accusato non è criminalmente responsabile se il suo atto illecito è stato il prodotto di malattia mentale o di difetto mentale."

Nel 1966, la Corte d'appello degli Stati Uniti della seconda circoscrizione, con una sentenza del giudice Irving R. Kaufman, trasmise una decisione che sostituiva per quella circoscrizione la precedente legge con una nuova prova d'accertamento della responsabilità criminale raccomandata dall'American Law Institute.⁴ In opposizione specialmente all'enfasi posta dalla M'Naghten Rule sul "non pieno possesso delle proprie facoltà mentali," il decreto del giudice Kaufman prevedeva che: "Una persona non è responsabile della propria condotta criminale se all'epoca di tale condotta come risultato di malattia o di difetto mentale è priva dell'effettiva capacità di valutare l'ingiustizia della propria condotta ovvero di conformare la propria condotta alle richieste della legge."⁵

Queste nuove prove d'accertamento della responsabilità criminale riflettono un'insoddisfazione di vecchia data nei confronti della M'Naghten Rule, presente sia in campo legale che psichiatrico; essa è ritenuta insoddisfacente perché, per usare le parole del giudice Kaufman, non è "...in armonia con la moderna scienza medica che... si oppone a qualsiasi concetto che divida la mente in compartimenti separati, l'intelletto, le emozioni e la volontà."⁶ Questa è stata l'essenza degli argomenti addotti contro la M'Naghten Rule: non è piú attuale e non è scientifica.

Tutte le prove per accertare la responsabilità criminale si basano sulla premessa che gli individui "hanno" delle condizioni chiamate "malattie mentali," che li "spingono" a commettere le azioni criminali.' Il valore di queste prove dipende dunque cosí dalla validità di questo concetto basilare.

² *Durham v. United States*, 214 F. 2° 862 (D.C. Cir.), 1954.

³ *Ibid.*, pp. 874-75.

⁴ *United States v. Freeman*, 357 F. 2° 606 (2° Cir.), 1966.

⁵ *Ibid.*, p. 622; vedi anche *Model Penal Code*, par. 4.01, stesura finale, 1962.

⁶ *United States v. Freeman*, cit., p. 622.

⁷ Vedi anche *United States v. Currens*, 209 F. 2° 751 (3° Cir.), 1961.

II

Che tipo di malattia è la "malattia mentale"? Le massime autorità nel campo della medicina, della psichiatria, della politica, della pedagogia, dell'industria e del lavoro non si stancano mai di proclamare che "la malattia mentale è una malattia come le altre," aggiungendo di frequente che "la malattia mentale è il problema sanitario numero uno della nazione." Questa preoccupazione per la malattia mentale non sembra essere condivisa da coloro che ne soffrono, o che potrebbero soffrirne. Un sondaggio Gallup svolto nel 1966 sulla domanda, "Di quale disturbo o malattia avete maggiormente paura?" diede i risultati seguenti: in testa alla lista: cancro (62%) e cecità (18%); in coda alla lista: poliomielite (3%) e sordità (1%); completamente assente dalla lista: malattia mentale."

La spiegazione di questa situazione paradossale sta nella natura della moderna psichiatria e nel concetto di malattia mentale da essa sostenuto. Harold Visotsky, direttore del Dipartimento della salute mentale dell'Illinois, elenca fra i principali obiettivi di cui si occupano gli psichiatri contemporanei "la delinquenza giovanile, i problemi scolastici, i problemi delle aree urbane, i conflitti comunitari, le consulenze matrimoniali e familiari, e i programmi per il benessere pubblico." J. Sanbourne Bockoven, sovrintendente del Cushing Hospital di Framingham, Massachusetts, riconosce francamente che "la condizione designata come 'malattia mentale' non è tanto precipuamente, fondamentalmente, o essenzialmente un interesse o una responsabilità della medicina, quanto è un interesse vitale dello... stato."¹⁰ Queste affermazioni di eminenti psichiatri — e di molte altre opinioni simili si potrebbe fare menzione — dimostrano qual è il campo d'azione della moderna psichiatria e i tipi di "malattie" che trattano coloro che la praticano.

In che senso, allora, sta male un individuo che sia "malato mentale"? Per rispondere a questa domanda dobbiamo notare che vi sono diversi modi in cui i ruoli sociali possono essere assunti. Alcuni, come è il caso del sovrano ereditario, sono ottenuti per via ereditaria; altri, come è quello dello studente che si laurea, sono assunti volontariamente; e altri ancora, come avviene per il criminale dichiarato colpevole, sono attribuiti a una persona contro la sua volontà.

Esempio tipico di ruolo assunto volontariamente è quello del paziente medico. Solitamente un individuo che soffre di dolori, disturbi, o infermità si cerca un medico e si fa visitare da lui; la diagnosi — diciamo, di diabete mellito — è il nome che il medico dà alla malattia del paziente.

⁸ *Disease fear*, in "Parade," 13 febbraio 1966, p. 14.

⁹ H. VISOTSKY, *Community psychiatry: We are willing to learn*, in "Amer. J. Psychiatry," 122, pp. 692-93, dicembre 1965, p. 692.

¹⁰ S. BOCKOVEN, *The moral mandate of community psychiatry in America*, in "Psychiatric Opinion," 3, pp. 32-39, inverno 1966, p. 34.

L'intento che mi sono proposto descrivendo quella che potrebbe sembrare una catena di eventi di per sé evidente, che porta da un disturbo della persona a una diagnosi medica, è di mostrare che quando parliamo di malattia spesso ci riferiamo a due cose completamente differenti: primo, che la persona manifesta una certa *condizione biologica* "anormale"; secondo, che occupa un certo *ruolo sociale* "deviante." L'ipotetico paziente qui sopra menzionato manifesta segni e sintomi della sua condizione biologica (per esempio, zucchero nell'urina e perdita di peso); inoltre occupa il ruolo di malato (per esempio, consulta un medico e segue i suoi consigli riguardo alla terapia). Vale la pena di sottolineare che le condizioni biologiche esistono indipendentemente dal fatto che esse siano o no osservate e riconosciute dagli esseri umani, mentre invece i ruoli sociali esistono solo nella misura in cui sono osservati e riconosciuti dagli esseri umani.

Mentre il ruolo di paziente *medico* è di norma assunto volontariamente (pur potendo talvolta essere ascritto a una persona che non ne è cosciente) — il ruolo di paziente *mentale* può sia essere assunto volontariamente, sia essere imposto su una persona contro la sua volontà. Se un individuo assume il ruolo di paziente mentale volontariamente — per esempio, consultando uno psicoterapeuta nel suo studio — il suo ruolo sociale è sostanzialmente lo stesso di quello di un paziente medico, o, a questo riguardo, di qualunque cliente che compri i servizi di un esperto. Se però un individuo è costretto nel ruolo di paziente mentale contro la sua volontà — per esempio, essendo rinchiuso in un ospedale psichiatrico — allora il suo ruolo sociale assomiglia moltissimo a quello del criminale condannato al carcere.

III

Sia la psichiatria che la legge si occupano di definire quali ruoli sono socialmente legittimi e quali non lo sono, e di far rispettare la conformità ai ruoli prescritti. La psichiatria istituzionale fa rispettare la conformità ai ruoli definendo la devianza dai ruoli come malattia mentale *punibile* con il ricovero coatto. Quando, ad esempio, una massaia povera, ignorante, e sovraccarica di lavoro sfugge alla sua vita di fatiche pretendendo di essere la Vergine Maria, lo psichiatra chiama la donna "malata," interferendo *così* nel molo che ella aveva scelto di giocare." Questo tipo di proibizione, sostenuto dalla *sanzione* della reclusione in un ospedale psichiatrico, è simile alla proibizione del ruolo di rapinatore di banche, sostenuta dalla sanzione della reclusione in prigione.

¹¹ Per una discussione e documentazione più approfondite, vedi T. S. Szasz, "La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo," in questo volume, pp. 197-219; "Il ricovero psichiatrico coatto: un crimine contro l'umanità," in questo volume, pp. 133-154.

Perché tutte le condotte socialmente indesiderabili non sono vietate per legge e punite con sanzioni penali? E perché non è permessa ogni altra condotta? Domande di questo tipo sono essenziali se vogliamo approfondire l'analisi del nostro problema. Ci basti qui notare che la nostra epoca sembra s'impegni appassionatamente a non affrontare i problemi del bene e del male, e preferisca, come conseguenza, la retorica della medicina alla retorica della morale. È come se i giudici moderni avessero conseguito l'incapacità che i loro predecessori avevano attribuito a M'Naghten. M'Naghten, ci è detto, non era capace di distinguere il giusto dall'ingiusto. Molti giudici, possiamo capirlo dalle loro parole e dalle loro azioni, preferiscono non distinguere il giusto dall'ingiusto: parlano di salute e di malattia mentale piuttosto che di bene e di male, e danno come punizione il ricovero coatto piuttosto che la prigione.

Nel caso qui sopra riferito comparso di fronte alla Corte d'appello degli Stati Uniti della seconda circoscrizione, il problema morale era più difficile da risolvere del solito, ma fu tuttavia comunque risolto. L'imputato, Charles Freeman, era stato accusato di vendere eroina. Sostenne di essere innocente sulla base dell'infermità mentale. Revocando l'accusa, la corte lasciò aperta la possibilità che Freeman, secondo le nuove norme, potesse essere trovato infermo di mente. Tuttavia, se mai problema morale esisteva, era questo: le domande fondamentali poste da questo caso sono se sia bene o male vendere eroina, e se una tale condotta debba o no essere proibita per legge. (Se sostituiamo all'eroina le sigarette, l'alcool, le pistole, gli anticoncezionali, o le droghe prive di valore, abbiamo una prospettiva più ampia del tipo di problema che dobbiamo qui porci di fronte.) La decisione del giudice Kaufman è significativa precisamente perché sposta l'accento dal piano morale a quello medico. Nel fare questo, esemplifica l'"ottimismo isterico" che, secondo Richard Weaver, "prevarrà finché il mondo non tornerà ad ammettere l'esistenza della tragedia, e non potrà ammettere l'esistenza della tragedia finché non tornerà a distinguere il bene dal male."¹²

Come la malattia mentale è diversa dalla malattia fisica, così l'ospedale per malattie mentali è diverso dall'ospedale per malattie fisiche. Nella società americana contemporanea, la situazione di un paziente medico di fronte all'ospedale per malattie fisiche è essenzialmente quella di un compratore di fronte a un venditore. Un cliente non deve comprare alcuna merce che non desideri; nello stesso modo, un malato non deve entrare in ospedale, o sottoporsi a un'operazione, o a un trattamento mediante raggi X, o prendere medicine, a meno che non ne abbia voglia." Il paziente è tenuto a dare al suo medico il suo "cosciente consenso" a ogni intervento diagnostico o terapeutico.

¹² R. M. WEAVER, *Ideas Have Consequences* [1948], Phoenix Books, Chicago 1962, p. 11.

¹³ Vedi, ad esempio, S. SHINDELL, *The Law in Medical Practice*, The University of Pittsburgh Press, Pittsburgh 1966, specialmente pp. 16-32.

tico; senza un tale consenso, il medico compirebbe un'invasione non autorizzata del corpo del paziente, soggetta a sanzioni sia civili che penali.

Si potrebbe credere che l'assistenza a pazienti con malattie contagiose rappresenti un'eccezione significativa a questa regola, ma non è così. Per esempio, la Legge per la salute pubblica di New York (Paragrafo 2223) stabilisce: "1. Ogni persona affetta da tubercolosi, che disponga del proprio sputo, saliva, o altre secrezioni o escrementi corporei in modo da provocare danno o pericolo a una o più persone che occupino la stessa stanza o appartamento, casa, o parte di casa, deve, in seguito a querela sporta dalla persona o dalle persone oggetto di tale danno o pericolo, essere ritenuta colpevole di violazione, e chiunque sia oggetto di tale violazione può sporgere querela di persona o tramite lettera presso l'ufficiale sanitario del locale distretto sanitario in cui la violazione denunciata è stata commessa; 2. È dovere del locale ufficiale sanitario che riceva tale querela compiere indagini e in caso che risulti che la violazione denunciata è tale da provocare danno o pericolo ad alcuna persona occupante la stessa stanza, appartamento, casa, o parte di casa, deve notificare un mandato di arresto alla persona così querelata, che esponga la presunta causa di danno o di pericolo e che la inviti a disporre del suo sputo, saliva, o altre secrezioni o escrementi corporei in modo tale da eliminare ogni ragionevole causa di danno o di pericolo; 3. Ogni persona che trascuri o si rifiuti di osservare gli ordini o i regolamenti del locale ufficiale sanitario che la inviti a smettere di compiere tale violazione, deve essere ritenuta colpevole di contravvenzione e di conseguenza condannata a pagare una multa non superiore a dieci dollari." Nel testo della legge non ci sono clausole che autorizzino gli ospedali per tubercolotici a trattenere e trattare i pazienti contro la loro volontà.

La situazione dei pazienti psichiatrici coatti è opposta a questa. (Circa il novanta per cento dei pazienti psichiatrici ricoverati negli Stati Uniti sono reclusi contro la loro volontà.) "Il paziente mentale può essere costretto, attraverso il potere assegnato al medico dallo stato, a subire la reclusione e gli interventi psichiatrici "terapeutici.""

Ci sono prove dimostranti che, dal punto di vista del soggetto, la reclusione in un ospedale psichiatrico è più spiacevole di quella in prigione. "Uno dei miei clienti," disse Hugh J. McGee, "che ha scontato pene nei sistemi carcerari di Florida, Georgia, Virginia, e Maryland, e compiuto lavori forzati nelle squadre di operai di quegli stati, mi ha detto molto seriamente che preferirebbe stare un anno in una di queste prigioni piuttosto che 6 mesi nella vecchia Howard Hall [del St. Elizabeths Hospital di Washington, D.C.]." ¹⁶ Fu il presidente del Comitato

¹⁴ Vedi *Hearings on Constitutional Rights of the Mentally Ill*, 87° Congr., Sess. 1, Parte 1, U. S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1961, p. 43.

¹⁵ Vedi, ad esempio, *New York Mental Hygiene Law*, par. 72 (1).

¹⁶ H. MCGEE, citazione, in *Hearings on Constitutional Rights of the Mentally Ill*, Parte 2, cit., p. 659.

per la salute mentale dell'Associazione degli avvocati del distretto di Columbia a fare nel 1961 queste affermazioni di fronte a un comitato del Senato organizzatore di una serie di udienze sul tema: "I diritti costituzionali del malato mentale."

Le opinioni del signor McGee espresse di fronte al medesimo comitato nel 1963 furono ancor più decise:

Essi [gli psichiatri] lo [l'imputato] puniscono tenendolo in un reparto di **sicurezza** con una sorveglianza rigorosissima..., che... non solo rappresenta una privazione incostituzionale della libertà, ma pure rappresenta una punizione **crudele e** inumana. La Corte d'appello ha specificamente stabilito che le persone che si dichiarano "innocenti sulla base dell'infermità mentale" siano cittadini di **seconda** classe. Quando una persona riconosce... che avrebbe potuto avere una malattia mentale che ha provocato la sua condotta criminale... perde i suoi diritti, **tutti i diritti**. Perde più diritti di quanti non ne perda un criminale nel penitenziario."

In base alle leggi per la reclusione civile dello stato di New York, un drogato arrestato per una contravvenzione e per certi crimini può "offrirsi volontariamente" prima del processo di farsi internare per un massimo di tre anni in un ospedale psichiatrico per una "cura."¹⁸ Così facendo, può evitare la prigione e la registrazione sulla fedina penale, perché l'accusa sarà cancellata. In pratica, meno di un drogato arrestato su quattro ha scelto l'internamento in ospedale, e un'alta percentuale di costoro è scappata dall'ospedale prima che scadessero i termini."

I manicomi criminali sono istituzioni particolarmente spiacevoli. Nel marzo del 1966 la Court of Claims di New York pagò un indennizzo di 115 000 dollari a un uomo di cinquantasette anni che aveva rubato delle caramelle del valore di 5 dollari quando aveva sedici anni e che, a causa di ciò, aveva trascorso i successivi trentaquattro anni in istituzioni psichiatriche.²⁰ Il giudice Richard S. Heller definì nella **sua** sentenza il Dannemora State Hospital, in cui il reclamante, Stephen Dennison, era stato tenuto rinchiuso per ventiquattro anni, come una **istituzione** che, "sebbene denominata 'ospedale,' [è] in sostanza una prigione..." In questo ospedale, proseguì il giudice Heller, in cui **Dennison** fu recluso senza alcun dubbio in modo "illegale,"

...La cartella clinica descriveva ripetutamente il comportamento del reclamante come paranoico, o, in termini comuni, affermava che egli soffriva di deliri di **persecuzione**. Se una persona è stata nella realtà trattata ingiustamente o scorrettamente, il fatto che percepisca l'ingiustizia subito, se ne lamenti, e tenti di reagire, può a stento essere ritenuto come prova adeguata e definitiva di paranoia o di **tendenze** paranoiche... In un certo senso, la società lo ha etichettato come essere

¹⁷ *Hearings on S. 935 to Protect the Constitutional Rights of the Mentally Ill*, 88° Congr., 1° Sess., U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 1963, p. 215.

¹⁸ *New York Mental Hygiene Law*, par. 206 (5), pp. 210-11.

¹⁹ Vedi *Should addicts be locked up?*, in "New York Post Magazine," 6 mano 1966, p. 3.

²⁰ *Dennison v. State*, 49 Misc. 2° 533, 267 N.Y.S.2° 920 (Ct. Cl.), 1966.

²¹ *Ibid.*, p. 924.

subumano,.. l'ha fatto impazzire, ed ha poi usato la sua pazzia come pretesto per trattenerlo rinchiuso per un periodo indeterminato.²²

Se si fa eccezione della pena di morte, il ricovero coatto in ospedale psichiatrico rappresenta la pena piú severa che il nostro sistema giudiziario può infliggere a un essere umano, ovvero la perdita della libertà. L'esistenza di istituzioni psichiatriche che svolgono la funzione di prigioni, e di sentenze giudiziarie che sono, di fatto, condanne da scontarsi a tempo indeterminato in tali prigioni, è lo scenario sul cui fondo deve svolgersi qualsiasi discussione sulla responsabilità criminale. Questo è specialmente vero per quelle giurisdizioni in cui non c'è la pena di morte. Cosa importa, infatti, se, al tempo del crimine, l'accusato era o non era "sano" e **criminalmente** responsabile, oppure "infermo mentale" e criminalmente non responsabile?

IV

La maggior parte delle parole, e certamente *tutte* le parole usate durante i processi penali nelle aule dei tribunali, hanno un'importanza strategica. Il loro significato deve essere dedotto soprattutto dalle loro conseguenze. Le conseguenze di dichiararsi "colpevoli" e "innocenti" sono chiare e solitamente valutate in tutta la loro importanza. Le conseguenze di dichiararsi "innocenti sulla base dell'infermità mentale," invece, non sono né chiare. né generalmente comprese. In breve, esse sono le seguenti: se la difesa **sulla** base dell'infermità mentale **non** è accettata e l'imputato è trovato colpevole, questi viene condannato secondo i termini prescritti dalla legge e nel modo stabilito dal giudice, del tutto come se avesse adottato una qualsiasi altra linea di difesa. Se la difesa sulla base dell'infermità mentale è invece accettata, il destino dell'imputato varia da giurisdizione a giurisdizione. Ci son due **possibilità** di base: una è che l'assoluzione sulla base dell'infermità mentale sia considerata del tutto analoga a qualsiasi altra assoluzione; l'imputato esce in questo caso dal tribunale uomo libero. Questo è ciò che capitò all'eroe del romanzo di Robert Traver *Anatomia di un omicidio.*" È anche quello che sarebbe successo a Jack Ruby se la strategia difensiva di Melvin Belli **avesse** avuto successo.²⁴ Questo esito è inconsueto e diventa di giorno in giorno piú raro.

L'altra linea d'azione, che negli ultimi anni ha rapidamente guadagnato terreno, consiste nel trattare l'individuo assolto sulla base della sua infermità menta⁴ come una persona pericolosamente inferma di mente da cui la società richiede di essere protetta nel migliore dei modi. Anziché uscire dal tribunale come uomo libero, un tale imputato è

²² *Ibid.*

²³ R. TRAVER, *Anatomy of a Murder*, St. Martin's Press, New York 1958; trad. it. *Anatomia di un omicidio*, Garzanti, Milano 1959.

²⁴ Vedi J. KAPLAN e J. R. WALTZ, *The Trial of Jack Ruby*, Macmillan, New York 1965.

Immediatamente trasportato in un manicomio, dove rimarrà **finché** non da "curato" o finché "non sia **più** pericoloso né a sé, né agli **altri**."²⁵ Questa concezione e questo procedimento sono esemplificati da ciò che **È** stabilito per il distretto di Columbia, in cui "se una persona sotto processo... per un'infrazione è assolta esclusivamente per essere stata ritenuta inferma mentale al tempo in cui l'infrazione fu compiuta, la corte ordinerà che tale persona venga rinchiusa in un ospedale per malati **mentali**."²⁶ L'American Law Institute Rule incarna lo stesso principio di ricovero automatico.

Secondo la nostra opinione — scrisse il giudice Kaufman — non ci è sembrato **che** la scelta fosse fra carcerazione e rilascio immediato. Piuttosto riteniamo che la vera scelta sia fra diverse forme d'**istituzionalizzazione** — fra la prigione e l'ospedale psichiatrico. Sottintesa nella nostra odierna decisione è la nostra fiducia che il trattamento di coloro che sono veramente infermi in istituzioni psichiatriche serva nel migliore dei modi gli interessi della società e, nello stesso tempo, quelli **dell'imputato**.²⁷

Si consideri ciò che questo significa. Il giudice riconosce che l'**imputato** è mentalmente in grado di subire il processo; gli permette di adottare una linea di difesa e di discolparsi come meglio gli riesce, e considera l'imputato sano a sufficienza per poter essere condannato a una pena da scontarsi in un penitenziario se trovato colpevole. Ma se l'imputato è trovato "innocente sulla base dell'infermità mentale," quel verdetto lo trasforma immediatamente in una persona "veramente inferma," che il giudice si sente giustificato a rinchiuso in un ospedale psichiatrico.

In altre epoche — osservò John **Stuart Mill** nel suo celebre saggio *La libertà* — quando si proponeva di bruciare sul rogo un ateo, la gente caritatevole suggeriva di rinchiusarlo invece in un ospedale per pazzi. Non ci sarebbe da meravigliarsi **che** oggi si ripettesse una simile proposta e che coloro che la facessero si **rallegrassero** poi di avere trovato una maniera **così** umana e cristiana di trattare quei disgraziati invece di gettarli **alla** persecuzione, non senza una segreta soddisfazione di **averli** collocati nel posto che loro si addiceva?"

Questo fu scritto quando Freud aveva solo tre anni e quando non esisteva ancora una "psichiatria scientifica" per "illuminare" il problema della responsabilità criminale.

In breve, le prove per accertare la responsabilità criminale non possono essere valutate senza che si sappia se il termine "assoluzione" significa libertà o internamento. **Più** importanti che non le **differenze** romantiche fra la M'Naghten Rule e le altre leggi concorrenti sono le

²⁵ Vedi, ad esempio, D. C. Code Ann., par. 24-301, 1961; Ohio Rev. Code Ann., par. 2945.39, 1954.

²⁶ D. C. Code Ann., par. 24-301 (d), 1961.

²⁷ United States v. Freeman, op. cit., p. 626.

²⁸ J. S. MILL, On Liberty [1859], Regnery, Chicago 1955; trad. it. *La libertà e altri saggi*, Bompiani, Milano 1946, p. 112.

conseguenze personali per l'imputato che si difenda con successo sulla base dell'infermità mentale. Preoccuparsi della formulazione delle diverse regole, **invero**, sia nelle discussioni fra profani che nelle discussioni fra professionisti su questo argomento, serve solo a distrarre l'attenzione dal tema di fondo del controllo sociale attraverso la psichiatria legale. In realtà, se una difesa riuscita sulla base dell'infermità mentale significa internamento, l'imputato che sia ben informato raramente pensa che la difesa sulla base dell'infermità mentale serva ai suoi massimi interessi; tende anzi a evitare questo tipo di difesa, preferendo la condanna al carcere piuttosto che il "trattamento" nell'ospedale psichiatrico.

V

Cosa potrebbe succedere nelle giurisdizioni in cui l'internamento seguisse automaticamente l'assoluzione sulla base dell'infermità mentale, se l'imputato ha capito chiaramente questo caso? Oso immaginare che tali difese diverrebbero molto rare, e forse scomparirebbero completamente. Sebbene sia difficile che queste siano le intenzioni delle leggi "liberalizzate" sull'infermità mentale dei criminali, lo considererei un risultato favorevole. Ritengo che l'infermità mentale non dovrebbe rappresentare una "condizione scusante" per il crimine. Prima sarà abolita la difesa sulla base dell'infermità mentale, o prima scomparirà a causa delle sue disastrose conseguenze per l'imputato, tanto meglio sarà per tutti noi.

Ma anche se l'imputato decide di non difendersi sulla base dell'infermità mentale, **fi**ntanto che la legge dà ai medici il potere di imprigionare la gente negli ospedali psichiatrici, gli agenti dello stato incaricati di far applicare le leggi saranno tentati di farne uso. Come questo potrebbe succedere lo si vide nel Distretto di Columbia in seguito alla adozione della Durham Rule: dal momento che la difesa in quanto "innocente sulla base dell'infermità mentale" assicurava un soggiorno a tempo indeterminato al St. Elizabeths Hospital, i giudici decidevano in certi casi di non permettere all'imputato di dichiararsi colpevole e di ricevere una condanna al carcere di lieve entità, ma insistevano perché si dichiarasse innocente sulla base dell'infermità mentale, e, in seguito all'"assoluzione," fosse internato nell'ospedale psichiatrico." In una decisione che trascurò le questioni costituzionali che vi erano coinvolte, la Corte Suprema decretò, nel 1962, che questa tattica era scorretta e che, invece di affibbiare su un tale imputato una difesa sulla base dell'infermità mentale contro la sua volontà, la corte avrebbe dovuto dare inizio a un'azione legale per il suo internamento civile." Questo non solo lascia intatto l'internamento come sanzione semi-penale,

²⁹ Vedi *Cameron v. Fisher*, 320 F. 2° 731 (D.C. Cir.), 1963; *Overholser v. Lynch*, 288 P. 2° 388 (D.C. Cir.), 1961.

³⁰ *Lynch v. Overholser*, 369 U. S. 705, 1962.

ma lo riconosce come l'alternativa, costituzionalmente adeguata, alla condanna al carcere.

Se per lo stato sia o no costituzionale usare gli ospedali psichiatrici per privare i cittadini della loro libertà devono giudicarlo coloro che sono autorizzati a interpretare la costituzione. Finora, comunque, le corti hanno trovato costituzionale tale detenzione. Potremmo qui ricordare come in altri tempi le corti abbiano trovato costituzionale la schiavitù.

Qualunque siano le decisioni delle corti, i cittadini responsabili devono giudicare da soli la questione: infatti, indipendentemente dai motivi per cui una persona è privata della sua libertà, questo atto è morale e politico. Ciò è negato dai sostenitori dell'internamento, i quali ritengono che la reclusione di una persona in un ospedale psichiatrico contro la sua volontà è di per sé terapeutica, o che è comunque una condizione necessaria perché possa venire adeguatamente somministrato un trattamento psichiatrico di qualche tipo (per esempio, l'elettroshock). Da questo punto di vista, sostenuto da molti psichiatri, l'internamento può essere paragonato all'immobilizzazione del paziente sulla tavola operatoria, necessaria perché si possa praticare nel modo migliore il trattamento chirurgico. L'ovvia differenza, naturalmente, è che il paziente chirurgico acconsente a tale restrizione della sua libertà, mentre il paziente mentale no. Come, dunque, dobbiamo decidere? La restrizione della libertà personale attraverso la reclusione è da considerarsi come terapia o come punizione?

Porre la domanda medica "Qual è il rimedio adatto per trattare la polmonite da pneumococco?" presenta un *problema tecnico* che non è possibile aspettarsi che l'uomo di strada sappia risolvere. La cosa migliore che possa fare è di scegliersi un esperto competente in materia e di accettare o respingere il suo consiglio. Al contrario, porre la domanda morale "È giustificabile privare una persona della sua libertà per curarla della sua malattia mentale?" presenta un *problema etico* che l'uomo di strada può risolvere. Se si trova di fronte alla scelta fra la libertà e la salute mentale (comunque definita), deve decidere quale delle due egli valuti maggiormente.

È vana speranza attendersi che una psichiatria scientifica ci libererà dai nostri problemi e dalle nostre decisioni morali. Se solo vorremo guardare con gli occhi che Dio ci ha dato e con il coraggio che solo noi possiamo darci, vedremo la psichiatria legale e il ricovero coatto in un ospedale psichiatrico per quello che sono: un sistema pseudomedico di controllo sociale. La psichiatria di questo tipo (si dovrebbe sempre ricordare che non è la sola) è serva dello stato burocratico, sia esso uno stato totalitario o democratico. Per la "psichiatria scientifica" russa, Valerij Tarsis era malato mentale; per la "psichiatria scientifica" americana Ezra Pound era malato mentale. Una psichiatria scientifica degna di questo nome deve cominciare col prender atto di questi fatti. Nel fare questo, sarebbe in ritardo di appena sessant'anni rispetto a Jack London, che scrisse di un vescovo che obbedì al comandamento di Cristo

e fu chiuso nell'ospedale dei pazzi. Perché? Perché le sue vedute costituivano un pericolo per la società, e questa non poteva ammettere che quelle sue idee pericolose fossero il prodotto di una mente sana."

VI

Né la M'Naghten Rule, né la Durham Rule, né l'American Law Inscitute Rule sono "umanitarie," in quanto tutte riducono la responsabilità personale, indebolendo così la dignità umana; né è alcuna di esse "liberale," perché nessuna di esse promuove la libertà individuale nel nome della legge. La pratica vecchia di secoli di usare il ricovero coatto in ospedali psichiatrici come mezzo per punire i "delinquenti" ha ricevuto ai giorni nostri un nuovo impeto attraverso la retorica della "psichiatria scientifica." La concezione contemporanea della "malattia mentale" oscura le contraddizioni presenti nella nostra ricerca di strategie e obiettivi fra loro in conflitto — l'individualismo, perché promette la libertà, e il collettivismo perché promette la sicurezza. Così, attraverso l'etica della salute mentale, la psichiatria promuove il funzionamento senza intoppi della società burocratica di massa e le fornisce un'ideologia caratteristica. Secondo questa ideologia, la perdita di libertà può essere o punitiva o terapeutica: se l'individuo compie un crimine perché è "cattivo," la perdita di libertà è una punizione; ma se compie un crimine perché è "malato," essa è una terapia. Da questo punto di vista, la devianza è considerata come malattia piuttosto che come malvagità, e l'individuo appare nelle vesti di paziente piuttosto che in quelle di cittadino.

Questa prospettiva psichiatrica riguardo ai problemi della vita nasconde il dilemma morale fondamentale — la scelta caratteristica — che abbiamo di fronte a noi: vogliamo essere uomini liberi o schiavi? Se la nostra scelta va alla libertà, non possiamo impedire che anche la scelta del nostro simile sia per la libertà; se invece la nostra scelta va alla schiavitù, non possiamo vermettere al nostro simile di essere altro che uno schiavo.

In ultima analisi, la difesa e il verdetto sulla base dell'infermità mentale, insieme alle condanne al carcere chiamate "trattamenti" scontate in edifici chiamati "ospedali," sono tutte parti della complessa struttura della psichiatria istituzionale, che, come ho cercato di dimostrare, è schiavismo travestito da terapia. Coloro che attribuiscono un valore alla libertà individuale e desiderano difenderla possono essere soddisfatti soltanto dall'abolizione di questo crimine contro l'umanità.³²

³¹ J. LONDON, *The Iron Heel* [1907], Sagamore Press, New York 1957; trad. it. *Il tallone di ferro*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 1973.

³² Vedi T. S. SZASZ, "Il ricovero psichiatrico coatto," cit.

Il ricouero psichiatrico coatto: un crimine contro l'umanità

I

È da un po' di tempo che vado sostenendo che l'internamento — cioè la detenzione di persone in istituzioni psichiatriche contro la loro volontà — è una forma di prigionia¹; che tale privazione della libertà è contraria ai principi morali espressi dalla Dichiarazione d'Indipendenza e dalla Costituzione degli Stati Uniti²; e che essa è una grossolana violazione della concezione contemporanea dei fondamentali diritti umani. La pratica degli uomini "sani" che imprigionano i loro simili "infermi mentali" negli "ospedali psichiatrici" può essere paragonata a quella degli uomini bianchi che rendono schiavi gli uomini neri. In breve, considero l'internamento in manicomio un crimine contro l'umanità.

Le istituzioni e le pratiche sociali esistenti, specialmente se hanno avuto l'onore di essere state in funzione per un lungo periodo, sono di solito considerate e accettate come buone e utili. Per migliaia d'anni la schiavitù fu ritenuta come un compromesso sociale "naturale" per procurarsi manodopera; fu approvata dall'opinione pubblica, dai dogmi religiosi, dalla chiesa e dallo stato; fu abolita appena un centinaio d'anni fa negli Stati Uniti; ed è ancora una diffusa pratica sociale in alcune parti del mondo, specie in Africa. Fin dalle sue origini, che si possono far risalire approssimativamente a tre secoli fa, la reclusione degli infermi mentali ha goduto di un sostegno ugualmente esteso; medici, avvocati, e profani in genere hanno asserito a una sola voce il vantaggio terapeutico e la necessità sociale della psichiatria istituzionale. La mia affermazione che la reclusione in manicomio sia un crimine contro l'umanità può dunque essere attaccata — come di fatto è stati —

¹ T. S. SZASZ, *Commitment of the mentally ill: Treatment or social restraint?*, in "J. Nerv. & Ment. Dis.," 125, pp. 293-307, aprile-giugno 1957.

² T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. Macmillan, New York 1963, pp. 149-90.

³ *Ibid.*, pp. 223-55.

⁴ D. B. DAVIS, *The Problem of Slavery in Western Culture*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1966; trad. it. *Il problema della schiavitù nella cultura occidentale*, Società Editrice Internazionale, Torino 1971.

⁵ Vedi R. COHEN, *Slavery in Africa*, in "Trans-Action," 4, 44-56, gennaio-febbraio 1967; R. L. TOBIN, *Slavery still plagues the earth*, in "Saturday Review," 6 maggio 1967, pp. 2425.

sostenendo, primo, che la pratica reca un beneficio al malato mentale, e secondo, che essa è necessaria per la protezione dei membri della società mentalmente sani.

Il primo argomento è dimostrato dall'asserzione di Slovenko che "la fede esclusivamente nei procedimenti di ammissione volontaria in ospedale ignora il fatto che alcune persone possono desiderare assistenza e custodia ma non possono comunicare direttamente il loro desiderio." La reclusione in ospedale psichiatrico è qui dipinta — da un professore di legge! — come un servizio offerto alle persone dallo stato perché esse lo "desiderano" ma non sanno come chiederlo. Felix difende il ricovero psichiatrico coatto asserendo semplicemente: "Ci occupiamo *proprio* [corsivo suo] delle malattie della mente."

Il secondo argomento è dimostrato dal modo in cui Guttmacher ha caratterizzato il mio libro *Law, Liberty, and Psychiatry*: "...un libro pernicioso... che certo produrrà un'ansia intollerabile e ingiustificata nelle famiglie dei pazienti psichiatrici."⁶ Questo equivale ad ammettere il fatto che le famiglie dei "pazienti psichiatrici" ricorrono di frequente all'uso della forza per controllare i loro "cari," e che quando si rivolge l'attenzione a questa pratica si crea imbarazzo e senso di colpa. D'altra parte, Felix definisce semplicemente il dovere dello psichiatra come protezione della società: "Lo psichiatra di domani sarà, come lo è oggi la sua controparte, uno dei custodi della sua comunità."

Queste spiegazioni convenzionali della natura e dell'uso della reclusione psichiatrica sono tuttavia soltanto giustificazioni culturalmente accettate di certe forme semi-mediche di controllo sociale, praticate specialmente contro individui e gruppi il cui comportamento non violi le leggi penali, ma minacci i valori sociali costituiti.

II

Che prove ci sono che il ricovero coatto non serva ad aiutare o a trattare gli individui il cui comportamento sia deviante dalle norme sociali o dagli standard morali predominanti o comunque li minacci, e che, poiché disturbano i loro familiari, i loro vicini, o i loro superiori, possono essere incriminati come "malati mentali"?

1. La prova medica. La malattia mentale è una metafora. Se col termine "malattia" intendiamo un disordine del meccanismo fisiologico del corpo umano, allora possiamo asserire che quelle che chiamiamo

⁶ R. SLOVENKO, *The psychiatric patient, liberty, and the law*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 534-39, dicembre 1964, p. 536.

⁷ R. H. FELIX, *The image of the psychiatrist: Past, present, and future*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, 318-22, ottobre 1964, p. 320.

⁸ M. S. GUTTMACHER, *Critique of views of Thomas Szasz on legal psychiatry*, in "AMA Arch. Gen. Psychiatry," 10, pp. 238-45, marzo 1964, p. 244.

⁹ R. H. FELIX, *op. cit.*, p. 231.

malattie mentali funzionali non sono affatto **malattie**.¹⁰ Le persone che si dice soffrono di tali disordini sono socialmente devianti o inette, o in conflitto con individui, gruppi, o istituzioni. Dal momento che non soffrono di alcuna malattia, è impossibile "trattarle" per alcun loro male.

Sebbene il termine "malato mentale" sia solitamente riferito a persone che non soffrono di malattie fisiche, talvolta è anche applicato a persone che ne soffrono, come ad esempio a individui intossicati dall'alcool o da altre droghe, o ad anziani affetti da malattie **degenerative** del cervello. **Tuttavia, quando** sono ricoverati in ospedale contro la loro volontà dei pazienti con delle malattie dimostrabili al cervello, la finalità primaria che ci si propone è di esercitare un controllo sociale sul loro comportamento"; il trattamento della malattia è, nel migliore dei casi, una considerazione secondaria. Di frequente, la terapia è del tutto inesistente, e l'assistenza custodialistica è soprannominata "trattamento."

In breve, la reclusione di persone affette da "psicosi funzionali" serve a scopi morali e sociali, piuttosto che a scopi medici e terapeutici. Dunque anche se, come risultato delle ricerche future, certe condizioni ora ritenute essere malattie mentali "funzionali" si dovessero dimostrare di tipo "organico," il mio argomento contro il ricovero psichiatrico coatto non ne verrebbe a essere indebolito.

2. La prova morale. Nelle società libere, la relazione fra medico e paziente è basata sul presupposto giuridico che l'individuo "posseda" il proprio corpo e la propria personalità.¹² Il medico può visitare e trattare un paziente solo col suo consenso; quest'ultimo è libero di respingere il trattamento (ad esempio, un'operazione di cancro).¹³ Dopo la morte, la "proprietà" del corpo della persona è trasferita ai suoi eredi; il medico deve ottenere il permesso dei parenti del paziente se vuol compiere un'autopsia. John Stuart Mill affermò esplicitamente che "...ognuno è il custode naturale delle proprie facoltà, sia fisiche che intellettuali e spirituali." La reclusione è incompatibile con questo principio morale.

3. La prova storica. La pratica della reclusione fiorì molto prima che esistesse alcun tipo di "trattamento" mentale o psichiatrico delle

¹⁰ Vedi T. S. SZASZ, "Il mito della malattia mentale," in questo volume, pp. 49-59; *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; trad. it. *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Il Saggiatore, Milano 1966; *Mental illness is a myth*, in "The New York Times Magazine," 12 giugno 1966, pp. 30 e 90-92.

¹¹ Vedi, ad esempio, A. P. NOYES, *Modern Clinical Psychiatry*, Saunders, Philadelphia 1956, 4^a ed., p. 278.

¹² T. S. SZASZ, *The ethics of birth control; or, who owns your body?*, in "The Humanist," 20, pp. 332-36, novembre-dicembre 1960.

¹³ B. D. HIRSCH, *Informed consent to treatment*, in A. AVERBACH e M. M. BELL, a cura di, *Tort and Medical Yearbook*, Bobbs-Merrill, Indianapolis 1961, vol. I, pp. 631-38.

¹⁴ J. S. MILL, *On Liberty* [1859], Regnery, Chicago 1955; trad. it. *La libertà e altri saggi*, Bompiani, Milano 1946, p. 41.

"malattie mentali." La pazzia o la malattia mentale, **invero**, non erano sempre una condizione necessaria per l'internamento. Nel diciassettesimo secolo, ad esempio, "i figli degli artigiani e gli altri abitanti poveri di Parigi di età inferiore ai 25 anni,... le ragazze che erano traviate o in evidente pericolo di diventare traviate,..." ed altri *misérables* della comunità, come gli epilettici, la gente affetta da malattie veneree, e la povera gente con malattie croniche di qualsiasi genere, erano tutti considerati soggetti adatti per essere internati nell'Hôpital Général.¹⁵ E, nel 1860, quando la signora Packard fu imprigionata perché non andava d'accordo col ministro suo marito," le leggi per l'internamento dello stato dell'Illinois proclamarono esplicitamente che "...le donne sposate... possono essere ammesse o trattenute nell'ospedale su richiesta del marito della donna o del tutore..., senza dover produrre le prove di infermità mentale richieste in altri casi."" Non è sicuramente un caso che una tale legge sia stata promulgata e messa in vigore circa nella stessa epoca in cui Mill pubblicò il suo saggio *La servitù delle donne*."

4. *La prova letteraria.* Il ricovero psichiatrico coatto ha una parte di notevole importanza in numerosi racconti e romanzi di molti paesi. In nessuno di quelli che mi è capitato di leggere l'internamento è presentato come di aiuto alla persona ricoverata; al contrario, è sempre dipinto come una sistemazione che serve agli interessi antagonisti rispetto a quelli del cosiddetto paziente."

III

Piú difficile da confutare è la pretesa che la reclusione del "malato mentale" sia necessaria per la protezione del "sano di mente," e questo non perché essa sia valida, ma perché il pericolo che si suppone che i "pazienti mentali" rappresentino è di una natura estremamente vaga.

¹⁵ G. ROSEN, *Social attitudes to irrationality and madness in 17th and 18th century Europe*, in "J. Hist. Med. & Allied Sciences," 18, pp. 220-40, 1963, pp. 223.

¹⁶ E. W. P. PACKARD, *Modern Persecution, or Insane Asylums Unveiled*, 2 voll., Case, Lockwood, and Brainard, Hartford 1873.

¹⁷ *Illinois Statute Book*, Session Laws 15, Sezione 10, 1851. Citato in E. P. W. PACKARD, *The Prisoner's Hidden Life*, pubblicato dall'autore, Chicago 1868, p. 37.

¹⁸ J. S. MILL, *The Subjection of Women* [1869], Dent, London 1965; trad. it. *La servitù delle donne*, Legros, Milano 1870.

¹⁹ Vedi, ad esempio, A. P. CEKHOV, *La corsia n. 6* [1892], in A. P. CEKHOV, *Racconti e novelle*, Mursia, Milano 1963, pp. 397-440; M. DE ASSIS, *The Psychiatrist* [1881-82], in M. DE ASSIS, *The Psychiatrist and Other Stories*, University of California Press, Berkeley e Los Angeles 1963, pp. 1-45; J. LONDON, *The Iron Heel* [1907], Sagamore Press, New York 1957; trad. it. *Il tallone di ferro*, Feltrinelli, Milano 1973; K. A. PORTER, *Noon Wine* [1937], in K. A. PORTER, *Pale Horse, Pale Rider: Three Short Novels*, Signet, New York 1965; trad. it. *Vino a mezzodi*, in K. A. PORTER, *Bianco cavallo, bianco cavaliere; e altri racconti*, Einaudi, Torino 1966, pp. 85-156; K. KESEY, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Viking, New York 1962; V. TARSIS, *Corsia 7*, Rizzoli, Milano 1965.

1. La prova medica. Vale anche qui lo stesso ragionamento di prima: se la "malattia mentale" non è una vera malattia, non può esistere una giustificazione medica per la protezione della malattia stessa. Di conseguenza, l'analogia fra malattia mentale e malattia contagiosa non è sostenibile: la giustificazione per l'isolamento o in certi casi la reclusione di pazienti affetti da tubercolosi o da febbre tifoide non può essere estesa ai pazienti affetti da "malattia mentale."

Siccome inoltre l'opinione della psichiatria contemporanea generalmente accettata riguardo alla malattia mentale non riesce a distinguere la malattia come condizione biologica dalla malattia come ruolo sociale," essa non solo è falsa, ma anche pericolosamente fuorviante, specialmente se viene usata per giustificare un'azione sociale. Secondo questo punto di vista, la malattia mentale, indipendentemente dalle sue "cause" — anatomiche, genetiche, chimiche, psicologiche, o sociali — ha una propria "esistenza oggettiva." Una persona ha oppure non ha una malattia mentale; è o mentalmente malata o mentalmente sana. Anche se una persona è costretta nel ruolo di paziente mentale contro la sua volontà, la sua "malattia mentale" esiste "oggettivamente"; e anche se, come nel caso delle Very Important Person, non è mai trattata da paziente mentale, la sua "malattia mentale" continua a esistere: "oggettivamente," indipendentemente dalle attività dello psichiatra.

Il risultato di tutto ciò è che il termine "malattia mentale" si adatta perfettamente a essere mistificato: non tiene in considerazione questo problema di importanza cruciale, se cioè l'individuo assume volontariamente il ruolo di paziente mentale, e desidera quindi impegnarsi in un'interazione di qualche genere con uno psichiatra; o se invece egli è costretto in quel ruolo contro la sua volontà, e si oppone quindi a una tale relazione. Questo punto oscuro è poi di solito usato con fini strategici, o dal soggetto stesso per avanzare i propri interessi, o dagli avversari del soggetto per avanzare i loro.

In contrasto a questo punto di vista, io ritengo, primo, che il paziente psichiatrico coatto è, per definizione, colui che occupa un ruolo che gli viene attribuito; e, secondo, che la "malattia mentale" di una tale persona — a meno che l'uso di questo termine non sia limitato a lesioni o disfunzioni del cervello dimostrabili — è sempre il prodotto di un'interazione fra lo psichiatra e il paziente.

2. La prova morale. L'ingrediente fondamentale nel ricovero psichiatrico involontario è la coercizione. Dal momento che la coercizione è l'esercizio di un potere, si tratta sempre di un atto morale e politico. Conseguentemente, nonostante le sue giustificazioni mediche, la reclu-

²⁰ Vedi T.S. SZASZ, *Alcoholism: A socio-ethical perspective*, in "Western Medicine," 7, 15-21, dicembre 1966.

²¹ Vedi, ad esempio, A. A. Rogow, *James Forrestal: A Study of Personality, Politics, and Policy*, Macmillan, New York 1964; per una critica particolareggiata di questa opinione, vedi T.S. SZASZ, "La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo," in questo volume, pp. 197-219.

sione è in primo luogo un fenomeno morale e politico — proprio come, nonostante le sue giustificazioni antropologiche ed economiche, la schiavitù era in primo luogo un fenomeno morale e politico.

I metodi di coercizione psichiatrica, sebbene siano indiscutibilmente utili a coloro che ne fanno uso, sono chiaramente non indispensabili per affrontare i problemi che i cosiddetti pazienti mentali pongono a coloro che stanno loro intorno. Se un individuo ne minaccia altri mediante le sue credenze o le sue azioni, lo si può trattare con metodi diversi da quelli "medici": se la sua condotta è offensiva da un punto di vista etico, potrebbe essere appropriato applicare nei suoi confronti delle sanzioni morali; se essa invece è vietata per legge, potrebbe essere appropriato applicare nei suoi confronti delle sanzioni giuridiche. Secondo la mia opinione, sia le sanzioni morali di tipo informale, come l'ostracismo sociale o il divorzio, che le sanzioni giuridiche di tipo formale, come la multa e l'imprigionamento, sono più dignitose e meno lesive dello spirito umano di quanto non lo sia la sanzione psichiatrica semi-medica del ricovero psichiatrico coatto."

3. La prova storica. L'internamento degli individui cosiddetti malati mentali, a dire il vero, protegge la comunità da alcuni problemi. Se non lo facesse, tale pratica non sarebbe nemmeno venuta alla luce e, comunque, non sarebbe sopravvissuta a lungo. Tuttavia, la domanda che dovremmo porci non è se la reclusione in manicomio protegge la comunità dai "pazienti mentali pericolosi," ma piuttosto da *quale pericolo* precisamente la protegge e con *quali mezzi*. In che modo le prostitute o i vagabondi erano pericolosi nella Parigi del diciassettesimo secolo? O le donne sposate nell'Illinois del diciannovesimo secolo?

È significativo, inoltre, che non ci sia quasi nessun personaggio rilevante che, negli ultimi cinquant'anni circa, non sia stato diagnosticato da uno psichiatra come sofferente di una qualche forma di "malattia mentale." Barry Goldwater fu denominato "schizofrenico paranoico"²¹; Whittaker Chambers "personalità psicopatica"²²; Woodrow Wilson "nevrotico" spesso "molto vicino alla psicosi"²³; e Gesti, "un degenerato nato" con un "rigoroso sistema delirante," e "paranoico" con un "quadro clinico [così tipico] che è a stento concepibile che la gente possa persino mettere in dubbio la correttezza della diagnosi."²⁴ La lista non ha fine.

Talvolta gli psichiatri dichiarano una stessa persona sana e inferma di mente, a seconda dei dettami politici dei loro superiori e della richiesta sociale del momento. Adolph Eichmann, prima del processo e

²¹ T. S. SZASZ, *Psychiatric Justice*, Macmillan, New York 1965.

²² *The Unconscious of a Conservative: A Special Issue on the Mind of Barry Goldwater*, in "Fact," settembre-ottobre 1964.

²³ M. A. ZELIGS, *Friendship and Fratricide: An Analysis of Wittaker Chambers and Alger Hiss*, Viking, New York 1967.

²⁴ S. FREUD e W. C. BULLITT, *Il caso Th. Woodrow Wilson ventottesimo presidente degli Stati Uniti. Uno studio psicologico*, Feltrinelli, Milano 1967.

²⁵ Citato in A. SCHWEITZER, *The Psychiatric Study of Jesus* [1913], aad. ingl. di Charles R. Joy, Beacon Press, Boston 1956, pp. 37, 40-41.

dell'esecuzione, fu visitato da diversi psichiatri, che lo dichiararono tutti quanti normale; dopo che fu messo a morte, l'"evidenza medica" della sua infermità mentale fu messa in giro e circolò ampiamente.

Secondo Hannah Arendt, "una mezza dozzina di psichiatri lo [Eichmann] aveva dichiarato 'normale.'" Uno psichiatra affermò: "...tutta la sua psicologia, tutto il suo atteggiamento verso la moglie e i figli, verso la madre, il padre, i fratelli, le sorelle e gli amici era 'non solo normale, ma ideale'; e infine anche il cappellano che lo visitò regolarmente in carcere... assicurò a tutti che Eichmann aveva 'idee quanto mai positive.'" Dopo che Eichmann fu giustiziato, Gideon Hausner, ministro della giustizia di Israele, che aveva perseguito l'azione legale contro di lui, rivelò in un articolo apparso su "The Saturday Evening Post" che gli psichiatri avevano diagnosticato Eichmann come "un uomo ossessionato da una pericolosa e insanabile mania omicida," "un individuo perverso e sadico.""

Se uomini come quelli qui sopra menzionati siano o no considerati "pericolosi" dipende dalle credenze religiose, dalle convinzioni politiche, e dalla situazione sociale dell'osservatore. Non solo, la "pericolosità" di tali persone — qualunque cosa pensiamo di loro — non è analoga a quella di una persona con la tubercolosi o con la febbre tifoide; né rendere una tale persona "non-pericolosa" potrebbe essere paragonabile a rendere non-contagioso un paziente con una malattia infettiva.

In breve, ritengo — e credo che la prova storica me lo confermi — che gli individui non siano rinchiusi negli ospedali psichiatrici perché sono "pericolosi," né perché sono "malati mentali," ma piuttosto perché sono i capri espiatori della società, la cui persecuzione è giustificata dalla propaganda e dalla retorica psichiatrica."

4. La prova letteraria. Nessuno contesta che il ricovero psichiatrico coatto dei cosiddetti infermi mentali pericolosi "protegga" la comunità. I punti invece su cui c'è disaccordo sono la natura della minaccia incombente sulla società, e i metodi e la legittimità della protezione di cui essa si serve. A questo proposito, possiamo ricordare che anche lo schiavismo "protegeva" la comunità: liberava infatti i proprietari di schiavi dal lavoro manuale. L'internamento in manicomio, analogamente, protegge i membri della società non ospedalizzati: primo, dal doversi adeguare alle richieste seccanti e lamentose di certi membri della comunità che non hanno violato alcun regolamento penale; e, secondo, dal dover perseguire, processare, condannare, e punire quei

²⁷ H. ARENDT, *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*, Viking, New York 1963; trad. it. *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, Milano 1964, pp. 33-34.

²⁸ *Ibid.*, p. 34.

²⁹ Per un'analisi interamente articolata e documentata di questa tesi, vedi T. S. SZASZ, *The Manufacture of Madness: A comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970; trad. it. *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1972.

membri della comunità che hanno infranto la legge ma che potrebbero non essere condannati in tribunale, o, anche qualora lo fossero, potrebbero non essere segregati così efficacemente o così a lungo in prigione come in un ospedale psichiatrico. La prova letteraria prima addotta appoggia completamente questa interpretazione della funzione del ricovero psichiatrico coatto.

IV

Ho suggerito l'ipotesi che la reclusione coatta costituisca una strategia sociale mediante la quale una parte della società si assicura certi vantaggi alle spese di un'altra parte. Per fare questo, gli oppressori devono possedere un'ideologia che giustifichi i loro scopi e le loro azioni; e devono essere capaci di assicurarsi il potere poliziesco dello stato per imporre la loro volontà sui membri oppressi. Cosa rende un "crimine contro l'umanità" tale strategia? Si può sostenere che l'uso del potere dello stato è legittimo quando cittadini osservanti della legge puniscono coloro che la infrangono. Che differenza c'è fra questo uso del potere dello stato e quello per internare in manicomio?

In primo luogo, la differenza fra internare l'"infermo mentale" e incarcerare il "criminale" è uguale a quella che sussiste fra l'**autorità** dell'uomo e quella della **legge**³⁰: mentre gli "infermi mentali" sono soggetti ai controlli coercitivi dello stato perché delle persone **più** potenti di loro li hanno etichettati come "psicotici," i "criminali" sono soggetti a tali controlli perché hanno violato delle regole giuridiche applicabili in modo uguale per tutti.

La seconda differenza fra questi due procedimenti sta negli scopi da essa professati. La finalità principale dell'imprigionamento dei criminali consiste nel proteggere le libertà dei membri della società che sono osservanti della legge." Dal momento che l'individuo soggetto al ricovero coatto non è considerato una minaccia alla libertà nello stesso senso in cui lo è chi è accusato di essere un criminale (se lo fosse, gli sarebbe intentato giudizio), il suo allontanamento dalla società non può essere giustificato sulle stesse basi. La **giustificazione** della reclusione deve così appoggiarsi sulle sue promesse e sulle sue **potenzialità** terapeutiche: aiuterà il "paziente" a riacquistare la sua "salute mentale." Se questo, però, può essere ottenuto solo a costo di derubare l'individuo della sua libertà, il "ricovero psichiatrico coatto" diviene solo un camuffamento verbale di ciò che, in effetti, è una punizione. Questa punizione "terapeutica," tuttavia, differisce dalla tradizionale punizione giudiziaria, nel senso che il criminale sotto accusa può godere di una ricca panopia di protezioni costituzionali contro le accuse false

³⁰ F. A. HAYEK, *The Constitution of Liberty*, University of Chicago Press, Chicago 1960, specialmente pp. 162-92.

³¹ J. D. MABBOTT, *Punishment* [1939], in F. A. OLAPSON, a cura di, *Justice and Social Policy: A Collection of Essays*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1961, pp. 39-54.

e i procedimenti penali oppressivi, mentre il paziente mentale sotto accusa è privo di queste protezioni."

Per sostenere questo giudizio sul ricovero psichiatrico coatto, e per porlo in una prospettiva storica, passerò ora brevemente in rassegna le somiglianze fra lo schiavismo e la psichiatria istituzionale. (Quando uso il termine "psichiatria istituzionale" mi riferisco generalmente agli interventi psichiatrici imposti da alcune persone su altre. Tali interventi sono caratterizzati dalla perdita completa del controllo, da parte del presunto cliente o "paziente," della sua partecipazione nel rapporto che egli intrattiene con l'esperto. Il "servizio" paradigmatico della psichiatria istituzionale è, ovviamente, il ricovero psichiatrico involontario.)

V

Immaginiamo che una persona desideri studiare lo schiavismo. Come deve fare? Prima di tutto potrebbe studiare gli schiavi. Trovrebbe allora che tali persone sono generalmente rozze, povere, e ignoranti, e potrebbe di conseguenza concludere che la schiavitù è il loro stato sociale "naturale" o è comunque a loro adeguato. Tali, *invero*, sono stati i metodi e le conclusioni di un numero enorme di uomini attraverso i secoli." Perfino il grande Aristotele sosteneva che gli schiavi erano "per loro natura" inferiori ed era di conseguenza giusto che fossero soggiogati. "Fin dal momento in cui vengono al mondo — egli scrisse — alcuni sono destinati all'obbedienza, altri al comando." Questa opinione è simile al concetto moderno di "criminalità psicopatica" e di "schizofrenia" come malattie causate geneticamente.³² Un altro studioso, "influenzato" dal disprezzo per l'istituzione dello schiavismo, potrebbe procedere diversamente. Potrebbe sostenere che non può esserci alcuno schiavo se non c'è anche un padrone che lo tiene in catene; e potrebbe di conseguenza considerare lo schiavismo come un tipo di relazione umana e, più generalmente, un'istituzione sociale, sostenuta dalla consuetudine, dalla legge, dalla religione, e dalla forza. Da questo punto di vista, lo studio dei padroni è almeno altrettanto

³² Per una documentazione, vedi T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963; *Psychiatric Justice*, Macmillan, New York 1965.

³³ Per un'ulteriore discussione, e per un'analisi dettagliata delle somiglianze fra l'Inquisizione e la psichiatria istituzionale, vedi T. S. SZASZ, *I manipolatori della pazzia*, cit., specialmente pp. 43-46, 57-205.

³⁴ DAVIS, *op. cit.*, *passim*.

³⁵ *Ibid.*, p. 101.

³⁶ R. W. STOCK, *The XYY and the criminal*, "The New York Times Magazine," 20 ottobre 1968, pp. 30-31, 90-104; F. J. KALLMANN, *The Genetics of Mental Illness*, in S. ARIETI, a cura di, *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York 1959; trad. it. *Genetica delle malattie mentali*, in S. ARIETI, a cura di, *Manuale di psichiatria*, Boringhieri, Torino 1969, vol. I, pp. 116-39.

rilevante di quello degli schiavi nei confronti dello schiavismo.

Quest'ultimo punto di vista è oggi generalmente accettato per quel che riguarda lo schiavismo, ma non per quel che riguarda la psichiatria istituzionale. La "malattia mentale" del tipo che si può trovare negli ospedali psichiatrici è stata studiata per secoli, e continua ad essere studiata oggi, in modo del tutto identico a come sono stati studiati gli schiavi nel Sud del periodo prebellico e prima ancora. A quei tempi, l'"esistenza" degli schiavi era data per scontata; si notavano e si classificavano, di conseguenza, le loro caratteristiche biologiche e sociali. Oggi, l'"esistenza" dei "pazienti mentali" è data per scontata in modo del tutto simile"; invero, è diffusamente ritenuto che il loro numero sia in costante aumento." Il compito dello psichiatra è dunque quello di osservare e classificare le caratteristiche biologiche, psicologiche e sociali di tali pazienti." Questa prospettiva è una manifestazione, in parte di ciò che ho denominato "il mito della malattia mentale,"⁴⁰ cioè della nozione che le malattie mentali sono simili alle malattie del corpo; e, in parte, dell'intenso bisogno dello psichiatra di negare la fondamentale complementarità della sua relazione con il paziente psichiatrico coatto. La stessa sorta di complementarità è prevalente in tutte le situazioni in cui una persona o un gruppo assumono un ruolo superiore o dominante e ascrivono a un altro un ruolo inferiore o sottomesso; ad esempio, padrone e schiavo, accusatore e accusato, inquisitore e strega.

Il parallelo fondamentale fra padrone e schiavo da una parte, e psichiatra istituzionale e paziente ricoverato contro la sua volontà dall'altra, consiste in questo: in entrambi i casi, il primo membro della coppia *definisce* il ruolo sociale del secondo, e lo *costringe* in quel ruolo con la forza.

VI

Dovunque sia presente la schiavitù, devono esserci dei criteri per stabilire chi può e chi non può essere fatto schiavo. La schiavitù era la conseguenza abituale della sconfitta militare. Dopo l'avvento del cristianesimo, sebbene i popoli europei continuassero a farsi guerra l'un l'altro, cessarono di render schiavi i prigionieri che fossero cristiani. Secondo Dwight Dumond, "...la teoria che un cristiano non poteva essere fatto schiavo guadagnò subito un appoggio così diffuso da essere

³⁷ G. CAPLAN, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York 1964.

³⁸ Vedi, ad esempio, L. SROLE, T. S. LANGER, S. T. MITCHELL, M. K. OPLER e T. A. C. RENNIE, *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill, New York 1962.

³⁹ A. P. NOYES e L. C. KOLB, *Modern Clinical Psychiatry*, Saunders, Philadelphia 1958, 5 ed.

⁴⁰ T. S. SZASZ, *Il mito della malattia mentale*, cit.

considerata come parte di una legge internazionale." Ai tempi della colonizzazione dell'America, le popolazioni del mondo occidentale consideravano come soggetti adatti per il commercio degli schiavi solo gli uomini neri.

I criteri per distinguere coloro che possono essere incarcerati in ospedali psichiatrici da coloro che non hanno questa possibilità sono simili: le persone povere e socialmente prive d'importanza hanno questa possibilità, e le *Very Important Person* non ce l'hanno." Questa regola si manifesta in due modi: primo, mediante le nostre statistiche sugli ospedali psichiatrici, che mostrano che la maggioranza dei pazienti istituzionalizzati appartengono alle classi socioeconomiche inferiori"; secondo, attraverso lo scarsissimo numero di casi di VIP reclusi in manicomio." Eppure persino gli esperti piú raffinati di scienze sociali spesso comprendono o interpretano in modo errato queste correlazioni con l'attribuire la bassa incidenza di internati della classe superiore alla negazione espressa da loro stessi, e da coloro che sono loro vicini, del "fatto medico" che la "malattia mentale" può "colpire" chiunque." La gente potente, in effetti, può sentirsi angosciata o depressa, o comportarsi in modo eccitato o paranoico; ma questo, ovviamente non è ciò che qui ci interessa. Questa prospettiva medica, che definisce tutti i comportamenti disturbati e disturbanti come malattia mentale — e che è ora così diffusamente accettata — riesce solo a confondere il giudizio che l'osservatore dà della qualità del comportamento di un'altra persona con il potere dell'osservatore di costringere quella persona nel ruolo di paziente involontario. La mia discussione si limita qui ad affermare che le persone importanti e potenti sono raramente costrette nel ruolo di pazienti mentali internati contro la loro volontà — e questo per ovvie ragioni: lo stato degradante di paziente recluso malamente si adatta a una persona potente. Di fatto, i due stati sociali sono altrettanto mutualmente esclusivi di quanto lo sono quelli di padrone e di schiavo.

VII

Un assunto di fondo dello schiavismo americano era che il negro fosse inferiore, da un punto di vista razziale, al bianco indo-europeo. "Non c'è cattiveria nei confronti del negro nell'opera di Ulrich Phillips," scrisse Stanley Elkins a proposito del libro *American Negro Slavery*,

⁴¹ D. L. DUMOND, *Antislavery: The Crusade for Freedom*, Univ. of Michigan Press, Ann Arbor 1961, p. 4.

⁴² D. HENDERSON e R. D. GILLESPIE, *A Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press, London 1950, 7 ed.; trad. it. *Trattato di psichiatria*, Società editrice "Universo," Roma 1972.

⁴³ A. B. HOLLINGSHEAD e F. C. REDLICH, *Social Class and Mental Illness*, Wiley, New York 1958; trad. it. *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino 1965.

⁴⁴ Vedi, ad esempio, Rogow, *op. cit.*

⁴⁵ *Ibid.*, pp. xxi, 44, 344-47.

solidale con la posizione dei sudisti, scritto da quell'autore. "Phillips aveva una profonda simpatia per i negri in quanto popolo; era solo che non riusciva a considerarli seriamente come uomini e come donne; per lui, erano bambini."⁴⁶

Analogamente, l'assunto di fondo della psichiatria istituzionale è che la persona malata di mente è psicologicamente e socialmente inferiore a quella mentalmente sana. È come un bambino: non sa quali siano i suoi migliori interessi e perciò ha bisogno di altri che la controllino e la proteggano." Gli psichiatri spesso si interessano profondamente dei loro pazienti involontari, che essi considerano — contrariamente alle persone semplicemente "nevrotiche" — "psicotiche," che è come dire "molto malate." Ci si deve quindi occupare di questi pazienti come di "bambini irresponsabili," poiché tali sono in effetti considerati.

La prospettiva del paternalismo ha giocato un ruolo di gran lunga troppo importante come giustificazione sia della schiavitù che del ricovero psichiatrico coatto. Aristotele definì la schiavitù come "un tipo di rapporto a carattere prevalentemente domestico"; così facendo, scrisse Davis, egli "conferì alla schiavitù la gratifica di autorità paterna, e contribuì alla creazione di un precedente a cui avrebbero fatto capo, fino al XVIII secolo, le discussioni dei filosofi politici."⁴⁷ La relazione fra psichiatri e pazienti mentali è stata e continua a essere considerata nello stesso modo. "Se un uomo mi porta sua figlia dalla California," dichiara Braceland, "perché ella è in pericolo manifesto di cadere nel vizio o di disonorarsi in qualche modo, egli non si aspetta che io la lasci libera nella mia città perché le capiti la stessa cosa."⁴⁸ In effetti, quasi ogni articolo o libro che affronta l'argomento dell'"assistenza" dei pazienti psichiatrici involontari può essere citato come esempio dell'opinione che i medici ricadono nel paternalismo per giustificare il loro controllo coercitivo sui pazienti che non cooperano. "Certi casi" [non individui!] — scrive Solomon in un articolo sul suicidio — "...devono essere considerati irresponsabili, non solo in relazione ai loro impulsi violenti, ma anche sotto tutti gli aspetti medici." In questa classe, che egli etichetta come quella degli "irresponsabili," include i "bambini," i "ritardati mentali," gli "psicotici," e i "malati gravi o moribondi." La conclusione di Solomon è che "per quanto ripugnante possa essere, egli [il medico] può dover agire contro i desideri del paziente per proteggere la vita del paziente e quella degli altri."⁵⁰

⁴⁶ S. M. ELKINS, *Slavery: A Problem in American Institutional and Intellectual Life* [1959], Universal Library, New York 1963, p. 10.

⁴⁷ Vedi, ad esempio, L. LINN, *A Handbook of Hospital Psychiatry*, International Universities Press, New York 1955, pp. 420-22; F. J. BRACELAND, citazione, in *Constitutional Rights of the Mentally Ill*, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1961, pp. 63-74; R. S. RANKIN e W. B. DALLMAYR, *Rights of Patients in Mental Hospitals*, in "Constitutional Rights of the Mentally Ill," cit., pp. 329-70.

⁴⁸ DAVIS, *op. cit.*, p. 99.

⁴⁹ BRACELAND, *op. cit.*, p. 71.

⁵⁰ P. SOLOMON, *The burden of responsibility in suicide*, in "JAMA," 199, 321-24, 30 gennaio 1967.

Il fatto che, come nel caso della schiavitù, il medico abbia bisogno del potere poliziesco dello stato per mantenere la propria relazione col paziente involontario non altera questa immagine che la psichiatria istituzionale ci offre di sé.

Il paternalismo è la spiegazione decisiva delle persistenti contraddizioni e conflitti inerenti al seguente problema: le pratiche adottate dai padroni di schiavi e dagli psichiatri istituzionali sono "terapeutiche" o "dannose"? I padroni e gli psichiatri professano la propria benevolenza; i loro schiavi e i loro pazienti involontari protestano contro la loro malevolenza. Per dirla con Seymour Halleck: "...lo psichiatra pensa di essere uno che aiuta, ma il suo paziente lo può considerare come un secondino. Entrambe le opinioni sono in parte corrette." "Non è così: entrambe le opinioni sono del tutto corrette. Ognuna è una proposizione che si riferisce a un soggetto diverso: la prima, all'immagine che lo psichiatra ha di sé; la seconda, all'immagine che il paziente psichiatrico involontario ha di colui che l'ha reso prigioniero. In *Corsia 7*, Valerij Tarsis presenta il seguente dialogo fra il paziente protagonista e il medico dell'ospedale psichiatrico: "Vedete, cara signora, io non vi considero un medico... Potete chiamare ospedale questo vostro istituto, per me non è che una prigione... Mettiamoci bene d'accordo. Io sono un prigioniero e voi siete la mia carceriera. Niente discorsi sulla salute... niente medicine."⁵²

Questo è il dialogo caratteristico dell'oppressione e della liberazione. Il dominatore guarda nello specchio e vede un liberatore; il dominato guarda il dominatore e vede un tiranno. Se il medico ha il potere di incarcerare il suo paziente e ne fa uso, la loro relazione finirà inevitabilmente per adattarsi a questo modello. Se non si può chiedere al soggetto se gli piace essere fatto schiavo o essere internato in manicomio, frustato o trattato con elettroshock — perché egli non è un giudice adatto dei propri "migliori interessi" — si rimane con le opinioni divergenti dei professionisti e dei loro critici. I professionisti insistono nell'affermare che le proprie misure coercitive sono benefiche; i critici, che esse sono dannose.

I difensori dello schiavismo, quindi, sostenevano che il negro "è piú felice... se schiavo, di quanto potrebbe essere se fosse un uomo libero; questo è il risultato delle peculiarità del suo carattere"; che "...era un vero atto di liberazione allontanare i negri da un mondo ottenebrato dal peccato e dalle piú ottuse superstizioni"⁵⁴; e che "...i negri vivevano molto meglio in un paese cristiano, anche in condizione di schiavi, piuttosto che in Africa, dove conducevano la vita delle bestie."⁵⁵

⁵¹ S. L. HALLECK, *Psychiatry and the Dilemmas of Crime*, Harper & Row, New York 1967, p. 230.

⁵² V. TARISIS, *Corsia 7*, cit., pp. 59-60.

⁵³ ELKINS, *op. cit.*, D. 190.

⁵⁴ DAVIS, *op. cit.*, p. 225.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 229.

Analogamente, i difensori del ricovero psichiatrico coatto sostengono che il paziente mentale è piii sano — sinonimo del ventesimo secolo del termine "piii felice" del diciannovesimo secolo — se prigioniero psichiatrico, di quanto potrebbe esserlo se fosse un libero cittadino; che "lo scopo fondamentale [dell'internamento] è di assicurarsi che gli esseri umani malati ricevano l'assistenza piii adeguata alle loro necessità..."; e che "è una caratteristica di certe malattie che gli individui non riescano a capire che sono malati. In breve, talvolta è necessario proteggerli [i malati mentali] per un po' da loro stessi..." Non richiede certo un grande sforzo di fantasia accorgersi di quanto queste opinioni siano di sostegno — e, anzi, assolutamente necessarie — ai difensori dello schiavismo e del ricovero psichiatrico coatto, anche quando sono contraddette dai fatti.

Per esempio, sebbene si sostenesse che "non esiste sulla faccia della terra un essere piii allegro dello schiavo negro degli Stati Uniti,"⁵⁶ c'era sempre in agguato la paura della violenza e delle rivolte dei negri. Per dirla con Elkins, "il fatto che nessun lavoratore libero si sia presentato per divenire uno schiavo può servire come prova di quanto l'analisi della 'schiavo felice' possa aver aiutato gli americani a comprendere se stessi..."

Le stesse opinioni e le stesse contraddizioni si riferiscono anche al ricovero psichiatrico coatto. I difensori di questo sistema sostengono che i pazienti coatti stan molto meglio in ospedale, dove sono soddisfatti e innocui; "quasi tutti i pazienti," dichiara Guttmacher, "quando entrano in un ospedale [psichiatrico] son ben contenti di esserci..." Nello stesso tempo, tali pazienti sono temuti a causa della loro potenziale violenza, le loro fughe dalla prigionia forniscono l'occasione di disperate cacce all'uomo, e i loro crimini sono presentati con grande rilievo sui giornali. Inoltre, come avvenne con lo schiavismo, il fatto che nessun cittadino si presenti per essere ricoverato in manicomio contro la propria volontà può servire come prova di quanto l'analisi popolare comune dei problemi della salute mentale possa aver aiutato gli americani a comprendere se stessi.

La necessità sociale, e quindi il valore fondamentale, del ricovero psichiatrico coatto, almeno per alcune persone, non è oggi messa seriamente in questione. Negli Stati Uniti è universalmente diffusa l'opinione che un ricovero di tal tipo, se usato in modo corretto, sia una buona cosa. È così possibile discutere su chi debba essere ospedalizzato, o come, o per quanto tempo — ma non se nessuno dovrebbe esserlo. Io, invece, ritengo che, proprio come è ingiusto fare schiavo qualcuno

⁵⁶ J. EWALT, citazione, in *Constitutional Rights of the Mentally III*, cit., pp. 74-89, p. 75.

⁵⁷ BRACELAND, *op. cit.*, p. 64.

⁵⁸ ELKINS, *op. cit.*, p. 216.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ M. GUTTMACHER, citazione, in *Constitutional Rights of the Mentally III*, cit., pp. 143-60, p. 156.

— sia esso nero o bianco, musulmano o cristiano — così è ingiusto ricoverare qualcuno senza il suo consenso — sia esso un depresso o un paranoico, un isterico o uno schizofrenico.

La nostra riluttanza ad analizzare a fondo questo problema può essere paragonata alla riluttanza del Sud ad analizzare lo schiavismo. "...Un popolo democratico," scrisse Elkins, "non permette piti un 'dialogo' al suo interno se tutti sono della stessa opinione. Le persone, allora, sapranno soltanto darsi a vicenda avvertimenti ed esortazioni sul fatto che la loro solidarietà potrebbe essere ancora piti perfetta. Gli intellettuali del Sud, dopo gli anni Trenta del secolo scorso, fecero invero ben poco piú di questo. E quando la realtà del nemico scompare, quando la sua concretezza si affievolisce, allora l'intelletto stesso, a cui nulla è piti lasciato per resistervi e darvi risonanza, si fonde con la massa e diventa assurdo, e le ombre divengono mostri."⁶¹

La nostra crescente preoccupazione per la minaccia della malattia mentale può essere una manifestazione proprio di un processo di questo genere — in cui "la concretezza si affievolisce... e le ombre divengono mostri." Una nazione democratica, come ci ha avvertito Tocqueville, è specialmente vulnerabile ai rischi di un eccesso di concordanza: "Un re ha solo un potere materiale che agisce sulle azioni ma che non può toccare la volontà, mentre la maggioranza è rivestita di una forza insieme materiale e morale che agisce sulle volontà come sulle azioni e che annienta nel tempo stesso l'azione e il desiderio di azione."⁶²

VIII

Nelle relazioni fra padroni e sudditi — non importa se essi siano proprietari di piantagioni e schiavi negri o psichiatri istituzionali e pazienti psichiatrici coatti — ci sono somiglianze di fondo.

Per mantenere una relazione di superiorità personale o di classe, è necessario, di regola, che l'oppressore tenga l'oppresso all'oscuro, particolarmente di quelle informazioni che riguardano le faccende pertinenti alla loro relazione. In America la storia degli sforzi sistematici dei bianchi per tenere i negri nell'ignoranza è largamente conosciuta. Un esempio drammatico di ciò è la legge approvata nel 1824 dalla Virginia Assembly che prevedeva una multa di 50 dollari e due mesi di prigione per chi insegnasse ai negri *liberi* a leggere e a scrivere.⁶³ Né la situazione era molto diversa negli stati del Nord. Nel gennaio del 1833 Prudence Crandall accettò nella propria scuola privata di Canterbury, Connecticut, una signorina di diciassette anni, figlia di una

⁶¹ ELKINS, *op. cit.*, p. 222.

⁶² A. DE TOCQUEVILLE, *Democracy in America* [1835-40], Vintage Books, New York 1945; trad. it. *La democrazia in America*, Cappelli, Bologna 1932, vol. II, p. 123.

⁶³ DUMOND, *op. cit.*, p. 11.

famiglia negra profondamente stimata. La signorina Crandall fu da quel momento messa al bando e perseguitata dai suoi vicini: "Essi scaricarono un mucchio di letame nel suo pozzo. Si rifiutarono di venderle gli approvvigionamenti e minacciarono suo padre e suo fratello di malmenarli, multarli, e imprigionarli se avessero continuato a portarle cibo dalla loro vicina fattoria. Ammucchiarono inoltre i rifiuti di un mattatoio sulla sua veranda anteriore."⁶⁴ Fu anche accusata di aver infranto la legge che proibiva di dare in qualsiasi modo ricovero, pensione, o istruzione a qualunque persona di colore, e fu per questo processata e dichiarata colpevole; da ultimo, fu dato fuoco alla sua scuola.

Un simile sforzo di degradare dal punto di vista pedagogico e di impoverire da quello psicologico quelli che sono loro affidati caratterizza il comportamento degli amministratori dei manicomi. Nella maggior parte delle prigioni degli Stati Uniti i carcerati hanno la possibilità di ottenere un diploma liceale, di imparare un mestiere, di diventare avvocati dilettanti, o di scrivere un libro. Niente di tutto ciò è possibile in un ospedale psichiatrico. La richiesta principale che viene fatta a un internato di una tale istituzione è di accettare l'ideologia psichiatrica della sua "malattia" e le cose che deve fare per "guarirne." Il paziente coatto deve così accettare l'opinione secondo la quale egli sta "male" mentre i suoi carcerieri stanno "bene"; secondo la quale il modo in cui considera se stesso è falso mentre quello dei suoi carcerieri è vero; e secondo la quale per produrre un qualche cambiamento nella sua situazione sociale deve rinunciare ai suoi punti di vista "malati" e adottare quelli "sani" di coloro che esercitano il proprio potere contro di lui." Il paziente mentale, nel momento in cui accetta di essere "malato" e che 31 suo ambiente istituzionale e le diverse manipolazioni che gli sono imposte dallo staff costituiscono il "trattamento," è costretto a convalidare il ruolo dello psichiatra come quello di un medico benevolo che cura la malattia mentale. Il paziente mentale che sostenga l'immagine proibita della realtà che lo psichiatra istituzionale è un **carceriere** è considerato paranoico. Inoltre, siccome la maggior parte dei pazienti — così come degli oppressi in genere — prima o poi accetta le idee imposte dai suoi superiori, gli psichiatri che lavorano in ospedale sono costantemente immersi in un ambiente in cui la loro identità di "medici" è di continuo affermata. La superiorità morale degli uomini bianchi su quelli neri era convalidata e affermata in modo analogo attraverso l'associazione fra proprietari di schiavi e schiavi.

In entrambe le situazioni, l'oppressore prima soggioga il proprio awersario e poi si riferisce al suo stato di oppresso come a una prova della sua inferiorità. Questo processo, una volta che sia stato messo

⁶⁴ *Ibid.*, p. 211.

⁶⁵ E. GOFFMAN, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday Anchor, Garden City, N.Y., 1961; trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968.

in moto, sviluppa da solo la propria velocità e la propria logica psicologica.

Quando guardano la loro relazione, l'oppressore vedrà la propria superiorità e quindi il proprio meritato predominio, e l'oppresso vedrà la propria inferiorità e quindi la propria meritata sottomissione. Nelle relazioni razziali negli Stati Uniti, continuiamo a raccogliere gli amari frutti di questa filosofia, mentre in psichiatria stiamo proprio adesso seminando i semi di quel frutto velenoso il cui raccolto finale potrà essere ugualmente amaro e duraturo.

Mentre ai carcerati è concesso di combattere per i loro "diritti giuridici," questo non avviene con i pazienti psichiatrici involontari. Questi pazienti, come gli schiavi, non hanno altri diritti di quelli loro assicurati dai loro padroni medici. Secondo Benjamin Apfelberg, professore di psichiatria clinica e direttore medico del Law-Psychiatry Project presso la New York University, "i nostri studenti finiscono per rendersi conto che, se combattono per i diritti giuridici di un paziente, possono in realtà rendergli un pessimo servizio. Essi imparano che cose come i diritti medici di una persona esistono davvero, il diritto cioè di avere un trattamento e di tornare a star bene."⁶⁶

Il "diritto medico" a cui Apfelberg si riferisce è un eufemismo per l'obbligo di rimanere confinato in un'istituzione psichiatrica, non è l'opportunità di scegliere fra ricovero e non ricovero: chiamare "diritto medico" il ricovero psichiatrico coatto è come chiamare "diritto al lavoro" lo stato di asservimento involontario nella Georgia dell'ante-guerra.

L'oppressione e l'umiliazione sono spiacevoli da vedere e sono quindi frequentemente mascherate o tenute nascoste. Un metodo per raggiungere questo scopo consiste nel segregare gli esseri umani degradati in speciali aree, o in campi o in "ospedali." Un altro metodo consiste nel nascondere le realtà sociali dietro la facciata fittizia di ciò che chiamiamo, con Wittgenstein,⁶⁷ "giochi linguistici." Mentre i giochi linguistici psichiatrici sembrano fantasiosi, l'idioma psichiatrico è in effetti soltanto uno dei dialetti del linguaggio comune a tutti gli oppressori." Così, ad esempio, i padroni di schiavi chiamavano questi ultimi "bestiame," le madri "procreatrici," i loro figli "aumento," e davano la denominazione di "guidatori" agli uomini posti a controllare il loro lavoro? I difensori della reclusione psichiatrica chiamano le loro istituzioni "ospedali," gli internati "pazienti," e i loro custodi "dottori";

⁶⁶ Citato in *Attorneys-at-Psychiatry*, in "Smith, Kline & French Psychiatric Reporter," luglio-agosto 1965, p. 23.

⁶⁷ Vedi L. WITTGENSTEIN, *Philosophical Investigations*, Blackwell, Oxford 1953; e J. HARTNACK, *Wittgenstein and Modern Philosophy*, Doubleday Anchor, Garden City, N. Y., 1965.

⁶⁸ Sui giochi linguistici dell'antisemitismo nazista, vedi ARENDT, *op. cit.*, specialmente pp. 93, 113, 155.

⁶⁹ DUMOND, *op. cit.*, p. 251.

si riferiscono alla condanna come a un "trattamento," e alla privazione della libertà come alla "protezione dei migliori interessi del paziente."

In entrambi i casi, gli inganni semantici sono completati da appelli alla tradizione, alla moralità, e alla necessità sociale. Le forze a favore dello schiavismo in America sostenevano che gli abolizionisti avevano torto perché "cercavano di abbattere un'antica istituzione che era stata riconosciuta persino dalle Sacre Scritture, riconosciuta dalla Costituzione, e radicata nella struttura della società del Sud."⁷⁰ Un editoriale sul "Telegraph" di Washington asseriva nel 1837: "Da uomo, da cristiano, e da cittadino, ritengo che la schiavitù sia giusta; che la condizione dello schiavo, così come esiste ora negli stati in cui lo schiavismo è presente, è la migliore organizzazione esistente della società civile"; mentre un altro autore favorevole allo schiavismo scriveva, nel 1862, in difesa di questa istituzione soprattutto su basi religiose: "La schiavitù, autorizzata da Dio, permessa da Gesù Cristo, sanzionata dagli apostoli, tenuta in vita dagli uomini buoni di tutti i tempi, esiste tuttora in alcune zone del nostro amato paese."⁷¹ Basta semplicemente sfogliare gli attuali periodici psichiatrici, le riviste popolari, o i giornali quotidiani per trovare come il ricovero psichiatrico coatto è similmente esaltato e difeso.

Il lettore contemporaneo può trovare difficile credere come lo schiavismo era accettato tranquillamente come un accordo sociale naturale e benefico. Persino un pensatore liberale della statura di John Locke non ne difese l'abolizione.⁷² Inoltre, le proteste contro il commercio degli schiavi avrebbero provocato l'ostilità di potenti interessi religiosi ed economici. L'opposizione a esso, come osservò Davis, avrebbe di conseguenza richiesto "una mentalità molto aperta e risoluta, dato che i centri portoghesi per il commercio degli schiavi erano intimamente legati con gli istituti dei missionari, e le critiche al commercio africano potevano nuocere proprio all'ideale di diffondere la fede."⁷³

Invero, l'aspirante critico oppositore della schiavitù si sarebbe trovato contro tutta la tradizione e la saggezza della civiltà occidentale.

...Non si poteva, tuttavia, attaccare awentatamente — scrisse Davis — una istituzione approvata non soltanto dai Padri della Chiesa e dalle norme ecclesiastiche, ma anche dai piú illustri scrittori dell'antichità... Il rifiorire, perciò della cultura classica, che ha probabilmente contribuito a liberare le menti degli europei dal giogo dell'ignoranza e della superstizione, ha reso ancor piú valide le giustificazioni tradizionali della schiavitù umana... Come poteva un'istituzione approvata da tanti illustri personaggi e sancita dalla pratica generale delle nazioni, essere, in se stessa, ingiusta o contraria alla religione naturale?⁷⁵

⁷⁰ *Ibid.*, p. 233.

⁷¹ ELKINS, *op. cit.*, p. 36.

⁷² *Ibid.*

⁷³ DAVIS, *op. cit.*, p. 153.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 226.

⁷⁵ *Ibid.*, pp. 140, 148.

Nelle nazioni occidentali, così come nel blocco sovietico, *ci* sono *così* due punti di vista in contraddizione riguardo al ricovero coatto. Secondo il primo, il ricovero psichiatrico involontario è un metodo indispensabile di guarigione medica e un tipo umano di controllo sociale; secondo l'altro, è uno spregevole abuso della relazione medica e un tipo di imprigionamento senza processo. Adottiamo la prima prospettiva e consideriamo la reclusione come "giusta" se la praticiamo su vittime di nostra scelta che disprezziamo; adottiamo l'altra prospettiva e consideriamo la reclusione come "ingiusta" se i nostri nemici la praticano su vittime di loro scelta che noi stimiamo.

IX

Lo spostamento di prospettiva — dal vedere la schiavitù come motivata dall'inferiorità dei negri e la reclusione in manicomio dall'"infermità mentale" dei pazienti, al vederle entrambe come motivate dalla reciprocità, e specialmente dal rapporto di potere, fra chi vi prende parte — ha implicazioni pratiche di vasta portata. Nel caso della schiavitù significava non solo che gli schiavi avevano l'obbligo di ribellarsi e di emanciparsi, ma anche che i padroni avevano un obbligo ancora più forte di rinunciare al loro ruolo di proprietari di schiavi. Naturalmente, un proprietario di schiavi che avesse tali idee si sentiva costretto a lasciare liberi i suoi schiavi, qualsiasi cosa ciò gli venisse a costare. Questo è precisamente quello che fecero alcuni padroni di schiavi: questa loro azione ebbe conseguenze profonde in un sistema sociale basato sulla schiavitù.

Per il proprietario di schiavi che lasciava liberi i suoi schiavi, questo atto lo conduceva inevitabilmente a essere espulso dalla comunità — attraverso pressioni economiche o molestie personali o entrambe. Tali persone di solito emigravano al nord. Per la nazione nella sua totalità, questi atti e i sentimenti abolizionisti che sottintendevano simbolizzavano una fondamentale incrinatura morale fra coloro che ritenevano i negri come oggetti o schiavi e coloro che li ritenevano come persone o cittadini. I primi tiotevano continuare a considerare lo schiavo come un prodotto della natura, mentre i secondi non potevano negare la propria responsabilità morale di aver creato l'uomo a immagine non di Dio, ma dello schiavo-animale.

Le implicazioni di questa prospettiva per quanto riguarda la psichiatria istituzionale sono ugualmente chiare. Uno psichiatra che accetti come suo paziente un individuo che non desideri essere suo paziente, che lo definisca come persona "malata mentale" e poi lo imprigioni in un'istituzione, che sbarri le sue possibilità di fuga dall'istituzione e dal ruolo di *paziente* mentale, e che si metta a "trattarlo" contro la sua volontà — un tale psichiatra, mi sembra, crea la "malattia mentale" e i "pazienti mentali." Lo fa esattamente nello stesso modo in cui l'uomo bianco che salpava per l'Africa, catturava il negro, lo portava

in catene in America, e poi lo vendeva come se fosse un animale, creò la **schiavitù** e gli schiavi.

Il parallelo fra schiavismo e psichiatria istituzionale può essere portato ancora un passo più avanti: la denuncia dello schiavismo e la rinuncia a tenere degli schiavi da parte di alcuni proprietari di schiavi portò a certi problemi sociali, come la disoccupazione negra, l'importazione di manodopera a basso prezzo dall'Europa, e una graduale scissione del paese in una fazione favorevole e in una sfavorevole alla schiavitù. In modo simile, la critica del ricovero psichiatrico coatto e la rinuncia da parte di alcuni psichiatri ad avere a che fare con pazienti psichiatrici involontari hanno portato in passato a dei problemi professionali e lo stesso, probabilmente, accadrà ancora in futuro. Gli psichiatri che limitano il proprio lavoro alla psicoanalisi e alla psicoterapia sono stati accusati di non essere "veri medici" — come se privare una persona della sua libertà richiedesse delle capacità mediche; di "sottrarsi alle proprie responsabilità" nei confronti dei colleghi e della società con l'accettare solo i "casi più facili" e con il rifiutarsi di trattare i pazienti "malati mentali gravi" — come se rinunciare a trattare delle persone che non vogliono essere trattate fosse di per sé una specie di pratica illecita; e di indebolire alle fondamenta la professione della psichiatria — come se praticare l'autocontrollo ed evitare la violenza fossero forme da poco scoperte di immoralità?

X

Naturalmente la professione psichiatrica ha degli interessi enormi, sia esistenziali che economici, a essere socialmente autorizzata ad avere il dominio dei pazienti mentali, proprio come la classe dei proprietari di schiavi ad avere il dominio degli schiavi. Nella psichiatria contemporanea, **invero**, l'esperto si conquista un ruolo di superiorità non solo sui membri di una specifica classe di vittime, ma sulla popolazione nella sua interezza quasi totale, di cui egli può "dare una valutazione psichiatrica."⁷⁶

Le somiglianze economiche fra la schiavitù come possesso di beni e la psichiatria istituzionale sono ugualmente evidenti: la forza economica del proprietario di schiavi stava negli schiavi negri che **egli** possedeva. La forza economica dello psichiatra istituzionale, similmente, sta nei suoi pazienti psichiatrici involontari che non sono liberi di andare in giro, di sposarsi, di divorziare, o di firmare dei contratti, ma sono, invece, **sotto** il controllo del direttore dell'ospedale. Come le rendite e il potere del possidente di piantagioni crescevano proporzionalmente

⁷⁶ Vedi, ad esempio, H. A. DAVIDSON, *The image of the psychiatrist*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 329-33, ottobre 1964; F. G. GLASER, *The dichotomy game: A further consideration of the writings of Dr. Thomas Szasz*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 1069-74, maggio 1965.

⁷⁷ Vedi W. MENNINGER, *A Psychiatrist for a Troubled World*, Viking, New York 1967.

alla quantità di terre e di schiavi che egli possedeva, così le rendite e il potere del burocrate psichiatrico crescono proporzionalmente alle dimensioni del sistema istituzionale da lui controllato e al numero di pazienti che sono sotto il suo comando. Inoltre, proprio come il padrone di schiavi poteva far uso del potere poliziesco dello stato per farsi aiutare a reclutare e a mantenere la propria forza lavoro rappresentata dagli schiavi, così lo psichiatra istituzionale può fare affidamento sullo stato che lo aiuta a reclutare e a mantenere una popolazione di internati in ospedale.

Infine, siccome i governi statali e quello federale hanno vasti interessi economici nelle operazioni degli ospedali e delle cliniche psichiatriche, gli interessi dello stato e della psichiatria istituzionale tendono a coincidere. In altri tempi, i governi statali e quello federale avevano vasti interessi economici nelle operazioni delle piantagioni lavorate dagli schiavi, e quindi gli interessi dello stato e quelli della classe dei proprietari di schiavi tendevano a coincidere. Conseguenza interamente prevedibile di questo tipo di organizzazione è che proprio come la coalizione fra lo schiavismo come possesso di beni e lo stato creava l'acquisizione di un interesse di potere, così avviene per la coalizione fra la psichiatria istituzionale e lo stato." Inoltre, fintantoché l'istituzione oppressiva ha il completo appoggio dello stato, è invincibile; d'altra parte, siccome non può esserci oppressione senza potere, una volta che una tale istituzione perda l'appoggio dello stato, si disintegra rapidamente.

Se questo argomento è valido, impone l'opinione che gli psichiatri creano adesso i pazienti psichiatrici involontari nello stesso modo in cui i padroni di schiavi creavano un tempo gli schiavi conduce probabilmente a una scissione nella professione psichiatrica, e forse nella società in genere, fra coloro che tollerano e appoggiano la relazione fra psichiatra e paziente psichiatrico involontario, e coloro che la condannano e vi si oppongono.

Non è chiaro se, ed eventualmente in che modo, queste due fazioni psichiatriche possano coesistere. Le pratiche della psichiatria coercitiva e degli psichiatri paternalisti non rappresentano, di per sé, una minaccia alle pratiche della psichiatria non coercitiva e degli psichiatri contrattuali. Le relazioni economiche basate sulla schiavitù coesisterebbero per lungo tempo con le relazioni basate sui contratti. Ma il conflitto morale pone un problema più difficile. Infatti, proprio come gli abolizionisti tendevano a scalzare le giustificazioni sociali della schiavitù e i legami psicologici dello schiavo, così gli abolizionisti della schiavitù psichiatrica tendono a scalzare le giustificazioni della reclusione e i legami psicologici del paziente recluso.

Da ultimo, le forze della società si schiereranno probabilmente o da una parte o dall'altra. In questo caso, da un lato è possibile che saremo i promotori dell'abolizione dell'ospedalizzazione e del trattamento psi-

⁷⁸ Vedi DAVIS, *op. cit.*, p. 237.

chiatrico involontario; dall'altro è possibile che saremo i testimoni delle lotte infruttuose di un individualismo privato di sostegno morale contro un collettivismo presentato come trattamento medico.⁷⁹

XI

Sappiamo che il dominio dell'uomo sull'uomo è vecchio come la storia stessa; e possiamo presumere senza paura di sbagliare che si può far risalire ai tempi preistorici e ai nostri antenati preumani. Da sempre, gli uomini hanno oppresso le donne, gli uomini bianchi quelli di colore, i cristiani gli ebrei. Negli ultimi decenni, tuttavia, le ragioni e le giustificazioni tradizionali per la discriminazione fra gli uomini — sulla base di criteri nazionali, razziali o religiosi — hanno perso gran parte della loro credibilità e della loro attrazione. Che giustificazioni ci sono ora per il vecchio desiderio dell'uomo di dominare e di controllare i suoi simili? Il liberalismo moderno — che, in realtà, è una forma di statalismo — alleatosi con lo scientismo, ha risposto al bisogno di un nuovo tipo di difesa dell'oppressione e ha fornito un nuovo grido di battaglia: Salute!

In questa visione miglioristico-terapeutica della società, i malati formano una speciale classe di "vittime" che devono, nel loro proprio interesse e in quello della comunità, essere "aiutate" — con la coercizione e contro la loro volontà, se necessario — dai sani, e specialmente dai medici che sono "scientificamente" qualificati a essere i loro padroni. Questa prospettiva si è prima sviluppata e si è poi spinta lontanissimo in psichiatria, fino al momento attuale in cui l'oppressione dei "pazienti infermi mentali" da parte dei "medici sani" è diventata una abitudine sociale consacrata dalla tradizione medica e legale. Oggi, la professione medica in genere sembra imitare questo modello. Nello Stato Terapeutico verso il quale sembra stiamo muovendoci, il requisito principale per ottenere il posto di Grande Fratello è probabilmente una laurea in medicina.

⁷⁹ T. S. SZASZ, 'Dove va la psichiatria?,' in questo volume, pp. 220-242.

I servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola

I

Il sistema delle scuole pubbliche rappresenta una delle nostre maggiori istituzioni sociali. I suoi scopi e le sue funzioni sono di due tipi.

Primo, come in altre burocrazie su ampia scala, vale la legge di Parkinson: l'istituzione cerca di ampliare le proprie dimensioni e il proprio campo d'azione aumentando il personale, il bilancio, l'estensione dei servizi, e via di seguito. Non mi occuperò di questo aspetto del problema; se qui ne ho fatto menzione, è solo per spiegare perché le grandi istituzioni raramente rifiutano le opportunità di espandersi che si presentino loro, anche se così facendo mettono in pericolo quelle che sono le loro funzioni primarie. Nel caso del sistema delle scuole pubbliche, questo ha significato che i comitati scolastici, gli amministratori e gli insegnanti hanno generalmente accettato a braccia aperte l'"aiuto" loro offerto dagli psicologi e dagli psichiatri.

Secondo, gli scopi e le funzioni della scuola socialmente riconosciuti e **codificati**, cioè *insegnare e socializzare*, sono in certa misura reciprocamente antagonistici.

II

È sostenuta da prove l'opinione che l'insegnamento e la **socializzazione** sono processi parzialmente antagonistici? O dobbiamo piuttosto supporre — o affermare, come fanno molti — che queste non sono due funzioni pedagogiche separate, ma **bensì** una sola, le due facce cioè di una stessa medaglia? Lasciatemi difendere brevemente la prima di queste due posizioni.

Lo sviluppo della personalità è una complessa questione **biologica**, culturale, sociale, e personale. Il tipo di personalità che un individuo sviluppa dipende in parte dal tipo di valori che la famiglia e la società alle quali appartiene amano o disprezzano — tanto a parole che a fatti. Il tipo di personalità che l'uomo moderno occidentale ha innalzato a valore negli ultimissimi secoli è rappresentato nelle religioni, nelle leggi, nella morale, e nelle abitudini di questa civiltà: si tratta di una persona sufficientemente socializzata ma con un'individualità autentica.

Tuttavia, la **proporzione** esatta dei due ingredienti necessaria a stabilire un conveniente equilibrio è definita in vari modi, e, indipendentemente dalla proporzione, il raggiungimento di un tale equilibrio è un compito estremamente delicato. È questa la ragione per la quale il concetto di "uomo normale" — o, piii generalmente, di vita come produzione drammatica ben eseguita — è così **ambiguo**.

Dobbiamo quindi cercare di essere chiari riguardo alla natura del conflitto fra insegnamento e socializzazione. Certamente ai bambini è insegnato ciò che la società si aspetta dagli individui; in questo senso, il processo di socializzazione è una parte dell'insegnamento e dell'apprendimento. Ma questo è ovvio: **cos'altro** mai potrebbe essere la socializzazione se non un'impresa educativa? Non solo, l'insegnamento che non si spinga oltre la socializzazione dell'allievo è meglio denominato indottrinamento. In altre parole, solo il tipo d'insegnamento piú semplice e meno sofisticato dal punto di vista psicologico si pone come scopo la socializzazione. In questo tipo d'insegnamento allo studente è richiesto di imitare: lo scopo finale è un insieme di comportamenti che riproduca un modello standardizzato. Un bambino può così imparare a controllare la propria vescica, a usare parole inglesi, o a mangiare con la forchetta. Sebbene questo apprendimento sia essenziale, non rappresenta affatto l'intero campo educativo; al contrario, il fine principale dell'insegnamento non è tanto un **comportamento** socialmente corretto quanto una creatività innovativa, con i suoi propri, originali standard di valori. Particolarmente dai tredici o quattordici anni in avanti, **piú** l'insegnamento è serio e **raffinato**, piii è probabile che esso crei delle diversità piuttosto che un'omogeneità fra gli studenti.

Né finisce qui il processo educativo: l'ideale massimo dell'insegnante è nientemeno che la **sovversione**. (Uso il termine **deliberatamente**, e con un'intenzione ben **precisa**.) Questa non è un'idea nuova. I grandi insegnanti — da Socrate, attraverso Gesù, Lutero e Spinoza, fino a Marx, Freud e Gandhi — erano tutti critici e, in questo senso, sovversivi, dell'ordine socioetico esistente. D'accordo, non erano **nichilisti**: la loro sovversione non era che un fine immediato, o un mezzo, rispetto a uno scopo lontano, la creazione di un ordine sociale **piú** razionale, **piú** giusto, piii pacifico. **Cosí** l'insegnamento, specialmente l'insegnamento critico a un alto livello di competenza e di devozione personale, incoraggia lo sviluppo di molte qualità e valori antagonistici a quelli di una semplice socializzazione. Permettetemi di accentuare con forza questa dicotomia.

Da questo punto di vista critico, insegnare significa incoraggiare e ricompensare la competenza, la conoscenza, l'abilità, e la ricerca e creazione autenticamente autonoma di un significato (**o** "realtà"). Nella scuola, dedicarsi a questi valori porta facilmente a un atteggiamento aristocratico — nel senso che il sistema incoraggia lo sviluppo di una **élite** di competenti. Un tale orientamento pedagogico crea delle tensioni, sia negli insegnanti che negli studenti, poiché l'enfasi sulla competenza porta alla competitività — e frequentemente **all'invidia**, alla

gelosia, e all'ostilità fra i concorrenti. Il risultato non è altro che una tranquilla atmosfera, premessa di una concezione idilliaca della "salute mentale."

Se le finalità dell'insegnamento sono aristocratiche, competitive, e strumentali, le finalità della socializzazione sono proprio l'opposto: democratiche, non competitive, e istituzionali. Per socializzare il bambino, l'insegnante deve enfatizzare i valori dell'uguaglianza, del consenso, della popolarità, e l'accettazione di miti culturalmente condivisi. Il modo migliore per conseguire questo risultato è scoraggiare l'eccentricità di comportamento e di ricerca, e incoraggiare una condotta che favorisca la solidarietà di gruppo. Così, la restrizione del campo di scelte e di alternative, sebbene sia contraria a uno sviluppo dell'istruzione in senso critico, risulta essere essenziale ai fini della socializzazione, specialmente in una società di massa.

L'agente tipico della socializzazione, quindi, non è l'insegnante critico, ma il pubblicitario moderno — non colui che chiarifica, ma colui che mistifica. Laddove il primo offre la verità a costo di un tumulto spirituale e della responsabilità personale, il secondo promette sicurezza e felicità sacrificando la ricerca autentica del significato e della verità.

Infine, lo scopo dell'insegnamento critico può essere solo quello di garantire le condizioni favorevoli per lo sviluppo di una personalità autonoma, mentre lo scopo della socializzazione può essere solo l'opposto — cioè quello di garantire le condizioni favorevoli allo sviluppo di una personalità eteronoma.

Sebbene abbia descritto l'insegnamento e la socializzazione come se si trattasse di sforzi rivolti in direzioni diametralmente opposte, e l'autonomia e l'eteronomia come se si trattasse di valori morali e di tipi di personalità mutualmente escludentisi, in realtà la situazione è più complicata: le necessità pratiche della vita sociale, come sappiamo, richiedono un compromesso fra questi scopi e questi valori. La scuola, riflettendo tali realtà sociali, favorisce e inibisce sia l'autonomia che l'eteronomia; espone il bambino a una complessa e costantemente variabile mescolanza di influenze in cui l'insegnamento e la socializzazione sono inestricabilmente intrecciati. Il nostro compito, in quanto studiosi dell'uomo, è più specificamente in quanto studiosi di pedagogia, consiste nell'essere sempre attenti alle strutture educative e nell'identificare con chiarezza quali sono le componenti dell'insegnamento e quali quelle della socializzazione.

In questo saggio, cercherò di dimostrare che i servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola favoriscono le finalità della socializzazione e ostacolano le finalità di un'istruzione critica. Se questo è ciò che vogliono coloro che controllano le nostre maggiori imprese educative, probabilmente niente può arrestare la trasformazione dei loro desideri in azioni. L'opportunità di questo corso d'azione, tuttavia, può venir messa in dubbio.

Sembra evidente, inoltre, che la progressiva invasione del campo

dell'istruzione da parte della socializzazione nelle nostre scuole sia solo un aspetto di un processo più ampio — cioè, del costante spostamento delle società moderne verso il collettivismo e lo statalismo.

L'uomo-massa — scrisse Ortega y Gasset oltre trent'anni orsono — vede nello Stato un potere anonimo, e, al pari di quello, sente se stesso anonimo "volgo," e crede che lo Stato sia cosa propria. Immaginiamo che intervenga nella vita pubblica d'un paese una qualsiasi difficoltà, conflitto o problema: l'uomo-massa tenderà ad esigere che immediatamente se lo assuma lo Stato, che s'incarichi direttamente di risolverlo con i suoi giganteschi e incontrastabili mezzi!

Le lezioni impartiteci dalla recente storia d'Europa avrebbero dovuto insegnarci, tuttavia, che spesso tali terapie sono peggio delle malattie che dovrebbero curare. Ciononostante, negli Stati Uniti è al giorno d'oggi considerato di cattivo gusto — specialmente nei circoli intellettuali e professionali — mettere in forse il sempre crescente coinvolgimento dello stato in ogni angolo della vita sociale, e il conseguente costo sempre crescente, pagato coi soldi delle tasse, del mantenimento dell'apparato statale. In breve, l'estensione delle scuole, specialmente di quelle pubbliche, nel campo della salute mentale non è quindi altro che un sintomo della più generale espansione delle attività del moderno stato burocratico.

III

Diamo un'occhiata alle effettive operazioni dei servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nelle istituzioni scolastiche.¹ Lo psichiatra nella scuola, come lo psichiatra nell'ospedale psichiatrico pubblico o nella clinica, si trova di fronte a un conflitto d'interessi. Sappiamo fin troppo bene che, in quest'ultima situazione, il singolo paziente e l'istituzione psichiatrica sono spesso in conflitto: in questo caso, lo psichiatra non può servire gli interessi di entrambi. Il risultato è che egli si pone, nella contesa, dalla parte del più potente: aiuta, cioè, il sistema, e danneggia così il paziente?

Quando i servizi psichiatrici sono introdotti nella scuola, lo psichiatra si trova in una posizione analoga. In genere, il conflitto si stabilisce fra lo studente e l'insegnante, o fra lo studente e l'amministrazione della scuola. Dal momento che lo psichiatra è un impiegato del sistema sco-

¹ J. ORTEGA Y GASSET. *La ribellione delle masse* [1930], Nuwe edizioni italiane, Roma 1945, pp. 78-79.

² Vedi, ad esempio, J. L. BISGYER, C. L. KAHN e V. F. FRAZEE, *Special classes for emotionally disturbed children*, in "Amer. J. Orthopsychiatry," 34, pp. 696-704, luglio 1964; C. G. STOGDILL, *Mental health in education*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 694-98, gennaio 1965; J. A. STRINGHAM, *Report on school psychiatry programs in five Central Schools*, in "New York State Journal of Medicine," 61, pp. 3271-84, ottobre 1961.

³ T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963.

lastico, può difficilmente stupire che egli debba prendere una posizione antagonistica rispetto agli interessi (autodefiniti) dello studente. La letteratura sulla psichiatria scolastica sostiene questa opinione. Sebbene qui il nostro interesse sia rivolto particolarmente ai servizi psichiatrici nelle scuole elementari e nelle scuole medie pubbliche, alcuni dei miei dati saranno tratti da esperienze riportate da psichiatri che lavorano nelle università. Questo è giustificato dalle somiglianze fondamentali in ciò che fa lo psichiatra scolastico, indipendentemente dall'istituzione in cui opera.

La presunta importanza del trattamento precoce dei bambini con "disturbi mentali" ricevette un impeto potente dalla pubblicità data a Lee Harvey Oswald e al suo incontro con la psichiatria scolastica. All'età di tredici anni, Oswald pare avesse sofferto di un serio disordine personologico per il quale si richiese l'aiuto di un esperto — aiuto che, peraltro, fu respinto da sua madre. Per quanto sono riuscito a scoprire, nessuno — né cronista, né commentatore, o personaggio pubblico — ha messo in questione l'opportunità di pubblicare questa informazione "medica" presumibilmente confidenziale riguardante Oswald. Tenuto conto di quello che Oswald fece — o, con maggiore esattezza, di quello che fu accusato di aver fatto — egli presumibilmente fu privato del diritto (se davvero qualcuno ha questo diritto) che la diagnosi psichiatrica della sua infanzia non cadesse nelle mani della stampa. Tuttavia le implicazioni di questo episodio per la psichiatria scolastica non finiscono qui: infatti, la "malattia mentale" infantile di Oswald, e specialmente il rifiuto di sua madre ad acconsentire al "trattamento" di essa, sono stati interpretati — da personaggi appartenenti ai gruppi più elevati e responsabili della nostra società — come base per sospettare tutti i bambini "malati di mente" come potenziali assassini di presidenti; e hanno concluso, di conseguenza, che tali "malattie" giustificano misure psichiatriche di vasta portata.

In un articolo dal titolo "Quando un bambino ha bisogno di uno psichiatra?" pubblicato sulla rivista "Parade," furono date a 12 milioni di famiglie le seguenti informazioni: "Il fatto è che la giovinezza è il momento più importante per riconoscere e trattare i problemi psichiatrici. E se i segni premonitori precoci sono ignorati, possono più tardi portare a grandi difficoltà — come ha dimostrato il caso di Lee Harvey Oswald."⁴

A causa della diffusione di questa temibile "malattia" fra i bambini, il pericolo è colossale: "I problemi psichiatrici fra i bambini sono diffusi. Secondo il Dr. Stuart M. Finch, del Children's Psychiatric Hospital, University of Michigan, una percentuale dei bambini delle scuole elementari negli Stati Uniti, dal 7,5 fino al 12 per cento — dai 2 milioni e mezzo ai 4 milioni di bambini — ha dei disturbi emotivi di un'entità tale da richiedere un trattamento. Se si aggiungono a questi i bambini

⁴ F. WARSHOPSKY, *When does a child need a psychiatrist?*, in "Parade," 10 gennaio 1965, pp. 4-5, p. 4.

in età **prescolare**, quelli sotto i tre anni, e gli studenti delle scuole medie che possono aver bisogno di assistenza, il numero può essere raddoppiato.⁵

In un altro articolo, pubblicato su "Harper's Magazine," il senatore Abraham Ribicoff era ancor più allarmato: con accenti che rasentano la demagogia **psichiatrica**, sosteneva che ogni bambino "malato mentale" è un Oswald a livello potenziale. Nel suo saggio intitolato "Quelli **pericolosi**," cominciò col riportare l'incontro di Oswald, allora **tredicenne**, con l'assistente sociale della scuola, e aggiunse:

Oswald non ricevette mai **quell'aiuto** [raccomandato **dall'assistente** sociale], come ha concisamente riportato la Warren **Commission** nel 1964. Oswald è morto, cosí come morto è il nostro amato Presidente. Ma ci sono, secondo le valutazioni degli esperti, circa mezzo milione di bambini americani altrettanto disperatamente malati di quanto lo era Oswald, i quali, come lui, non ricevono oggi l'aiuto di cui hanno bisogno:

Forse non è bello stare a cavillare sul fatto che il senatore Ribicoff chiama Oswald assassino del presidente anziché chiamarlo suo presunto assassino; ma sebbene il nome di Oswald sia **cosí** diffamato che ogni ulteriore malignità su di lui sembra dover essere accettata senza fare commenti — questo non è certamente vero per mezzo milione, o 4 milioni, o **piú** di bambini la cui unica colpa nei confronti degli Stati Uniti non è probabilmente stata per il momento niente di più grave che aver bagnato il letto o essersi mangiate le unghie. Le generalizzazioni del tipo di quella suggerita dal senatore Ribicoff sono demagogiche e pericolose, in quanto, se l'enormità del presunto crimine di Oswald giustifica che si bollino i bambini malati mentali come membri di una classe speciale e che li si tratti diversamente da come trattiamo tutti gli altri bambini, come possiamo poi muovere obiezioni alla classica strategia dell'antisemitismo che giustifica il trattamento speciale degli ebrei in quanto membri di una classe speciale, quella dei discendenti degli "assassini" di Cristo?

Dobbiamo essere molto chiari a proposito **dell'argomento** in favore del trattamento su vasta scala dei bambini "malati": i bambini "disturbati" sono pericolosi, ed è nostro dovere renderli innocui. Questa **volgarizzazione** della psichiatria non deve passarci davanti senza essere riconosciuta per quello che è e verificata. Questa prospettiva, infatti, non solo diffama e stigmatizza i bambini, ma diffama *e* stigmatizza anche gli psichiatri. Quanto più puntualmente definiamo la malattia mentale dei bambini come mancanza di socializzazione, e il rischio che essi rappresentano come assassini di presidenti — tanto **piú** è implicito che richiedano una terapia: quello di cui tali "pazienti" hanno bisogno

⁵ *Ibid.*, p. 5.

⁶ A. RIBICOFF, *The dangerous ones: Help for children with twisted minds*, in "Harper's Magazine," febbraio 1965, pp. 88-90, p. 90.

non è un medico o uno psicoterapeuta, ma un poliziotto o un **carcere**riere.

Il "trattamento" dei cosiddetti bambini con disturbi emotivi, secondo il senatore Ribicoff, è "un problema di un'urgenza tutta particolare — trattandosi di una faccenda sia ricca di risvolti umani, che connessa alla nostra pubblica sicurezza. Ogni settimana, senza eccezioni, i nostri giornali riportano omicidi, stupri, e atti sadici senza movente. A coloro che non si limitano a leggere i titoli non può sfuggire la cronaca sempre uguale di negligenza e d'inattività da parte di una società che ha volto le spalle ai bambini con gravi problemi finché non è stato troppo tardi per salvarli o per proteggere la comunità."

Qui, dunque, abbiamo un impiegato pubblico, distinto e dalle buone intenzioni, che ripete la vecchia equazione del delitto e della malattia mentale, e che richiede che il controllo della delinquenza e del disordine sociale sia affidato ai medici. Facendo così, egli offusca anche le differenze fra ciò che vogliono i giovani "disturbati" (e le loro famiglie), e ciò che vogliono i pilastri della società. Di frequente, i due non vogliono la stessa cosa, per quanto il senatore Ribicoff non smetta di sostenere che la vogliano: "Le statistiche si accumulano e le tragedie crescono. Ciò che si richiede, mi pare, è uno sforzo decisivo volto a garantire che i giovani potenzialmente pericolosi siano al *più presto identificati, siano effettivamente sottoposti a trattamento, e siano trattati senza interruzione fintantoché sia necessario perché sia loro assicurata una vita decente e sia garantita la sicurezza alla società*" (corsivo aggiunto)."

Questo è un progetto audace; la miglior cosa che si possa dire in proposito è che è ingenuo; Ribicoff non spende una parola per dire che i bambini o i loro genitori potrebbero avere il diritto di rifiutare la visita, la diagnosi, e il trattamento psichiatrico. Si è costretti a concludere che il senatore Ribicoff ritenga che i bambini non abbiano diritti di questo genere, e che i loro genitori, che ora hanno questi diritti, dovrebbero esserne privati. Questa supposizione è confermata da ciò che il senatore Ribicoff dice, e da ciò che non dice, a proposito di un progetto di legge da lui proposto nel 1965 al Senato degli Stati Uniti.

Scopo di quel suo progetto di legge era "sviluppare i centri terapeutici comunitari per bambini disturbati, o per bambini che corrono il rischio di divenire tali. Il costo deve essere sostenuto, fino al 75 per cento del totale, dal governo federale. Questi centri, che dovrebbero agire in collaborazione con le scuole e con i tribunali, dovrebbero offrire ai bambini tutta una serie di servizi volti a dar loro un'assistenza facilmente raggiungibile, estesa, e continuata. I bambini potrebbero arrivare al centro attraverso una scuola, un tribunale, un'agenzia sociale, un genitore, o addirittura un vicino che si interessi di loro. Sarebbe

⁷ *Ibid.*, p. 89.

⁸ *Ibid.*

poi compito del centro **decidere** di far uso di tutti i mezzi a propria disposizione **per assicurarsi** [corsivo nell'originale] che questi bambini non gli sfuggano casualmente dalle mani per andare a finire nel Paese delle Meraviglie della trascuratezza e del **rimorso**.⁹

Il senatore Ribicoff parla qui nel tipico linguaggio dei demagoghi della salute mentale: promette "centri terapeutici... [che] dovrebbero offrire... tutta una serie di servizi," ma non ci spiega se i beneficiari di questi "servizi" avrebbero il diritto di rifiutare i "vantaggi" cosf generosamente loro offerti dal governo. È una retorica sfacciatamente disonesta, come quella che descriveva il Volstead Act (l'emendamento del proibizionismo) come un "servizio terapeutico offerto" ai cittadini americani per la cura dell'alcoolismo.

Inoltre il tipo di pratica psichiatrica che auspica il senatore Ribicoff è già in funzione. Forse è proprio perché i bambini, e anche gli adulti, sono tanto spesso trattati come oggetti difettosi, senza diritti personali, che sono diventati persone del tipo che il senatore Ribicoff desidera curare con una "terapia" obbligatoria. Questa "terapia" può cosf essere la causa proprio della "malattia" che dovrebbe curare.

Le opinioni qui riportate con i miei commenti presentano la situazione: mostrano che i difensori dei servizi psichiatrici su larga scala per i bambini delle scuole considerano lo psichiatra come un poliziotto. Uno psichiatra di tal sorta è un agente del governo: suo compito è socializzare, soggiogare, e, se necessario, segregare e distruggere psicologicamente il bambino-paziente "pericoloso" al fine di garantire la sicurezza e l'armonia della società. Tutto questo, naturalmente, è fatto nel nome dell'aiuto offerto ai clienti affinché diventino "sani di mente."

IV

È difficile accertare l'efficacia dei programmi psichiatrici nelle scuole. In fondo, essi possono non essere particolarmente utili persino per soggiogare i bambini recalcitranti. Per esempio, uno "...studio durato sei anni [presentato nel 1965] ha scoperto che la consulenza individuale data alle ragazze potenziali delinquenti delle scuole medie non riesce affatto a migliorare il loro comportamento scolastico o a ridurre il numero di coloro che abbandonano gli studi."¹⁰

Sebbene l'efficacia dei programmi psichiatrici nelle scuole possa non essere evidente, alcuni loro effetti sono chiari a sufficienza. **Sappiamo** che essere costretti nel ruolo di pazienti mentali è una forma di degradazione personale: è una specie di stigmatizzazione, come essere classificati negri in Alabama o ebrei nella Germania nazista. Gli psichiatri insistono che lo scopo della psichiatria scolastica consiste nell'aiutare

⁹ *Ibid.*, p. 90.

¹⁰ N. JAFFEE, *Counseling fails in delinquency test*, in "The New York Times," 20 febbraio 1965, p. 1.

Il bambino; ma a fargli male è proprio la definizione di studente come un **qualcuno** bisognoso di aiuto psichiatrico. Né, del resto, questo male si limita alla stigmatizzazione dovuta all'essere pubblicamente definito come malato mentale, come dimostra l'articolo qui riportato:

Il 5 maggio 1964, "The New York Times" dava notizia del processo al direttore e a due assistenti di una scuola di Brooklyn per bambini con disturbi emotivi. I tre erano stati accusati di aver "permesso agli allievi di aver svolto funzioni di bidelli e di aver fatto dei piaceri personali agli insegnanti..." Uno degli insegnanti di questa scuola testimoniò che "gli studenti erano soliti lavare e asciugare le macchine degli insegnanti," e si riferiva più oltre che egli aveva notato: "Questo è il tipo di cose assurde che danno da fare ai bambini negri e portoricani che sono etichettati come disadattati emotivi o sociali." Un altro insegnante, che aveva un tempo lavorato in quella scuola, affermò "che almeno una volta aveva visto uno studente lucidare le scarpe del direttore nell'ufficio di quest'ultimo."¹¹

Non ho compiuto alcuno studio empirico per vedere se gli studenti considerati dagli psichiatri scolastici come malati mentali siano o no maltrattati, e, in caso affermativo, in che modo; la questione è comunque questa: quale affermazione esige di essere dimostrata, quella di chi asserisce che una diagnosi pubblica di malattia mentale è uno stigma, o quella di chi asserisce che non lo è?

I difensori delle pratiche sanitarie psichiatriche nelle scuole ignorano lo stigma inerente al ruolo di paziente mentale e i metodi coercitivi che essi, da terapeuti, propongono di impiegare. Riporto qui alcuni brani da un articolo tipico sui servizi psichiatrici per i bambini delle scuole pubbliche.

Gli insegnanti di classe — ci dice l'autore — insieme al direttore, al medico scolastico, all'infermiera scolastica, al supplente, richiamano di frequente all'attenzione dei genitori l'esistenza di problemi che richiedono una valutazione psichiatrica. La natura del comportamento sintomatico di un disturbo sottostante più in profondità è multiforme, ma può essere raggruppata in diverse ampie categorie che raramente si presentano staccate l'una dall'altra. a) Problemi di tipo accademico — risultati troppo scadenti, risultati troppo brillanti, comportamento imprevedibile, irregolare; b) Problemi sociali con i fratelli e i coetanei — come il bambino aggressivo, il bambino passivo, esibizionista; c) Relazioni con le figure parentali e con le autorità in genere, come un comportamento insolente, un comportamento passivo, accattivante; d) Manifestazioni comportamentali evidenti, come tic, mordersi le unghie, succhiarsi il pollice... e) interessi più appropriati al sesso opposto (come una ragazza maschiaccio ed un ragazzo effeminato).¹²

Non esiste comportamento infantile che uno psichiatra non possa ricondurre a una di queste categorie, classificando di conseguenza il

¹¹ R. H. TERTE, *Teacher charges misuse of pupils*, in "The New York Times," 5 maggio 1964, p. 37.

¹² S. S. RADIN, *Mental health problems in school children*, in "The Journal of School Health," 32, pp. 390-97, dicembre 1962, p. 392.

bambino come bisognoso di attenzione psichiatrica. Classificare il comportamento accademico che sia "troppo scadente," "troppo brillante," o "imprevedibile" come patologico è quasi comico, se non fosse tragico. Quando ci è detto che se il paziente di uno psichiatra arriva in anticipo alla sua seduta vuol dire che è ansioso, se arriva tardi vuol dire che è ostile, e se arriva puntuale vuol dire che è ossessivo — ridiamo, perché pensiamo si tratti di una battuta di spirito; ma qui ci vien detta esattamente la stessa cosa in tutta serietà.

Ecco qui alcuni altri brani tratti dallo stesso saggio che ci mostrano i tipi di interventi sociali che gli psichiatri si sentono giustificati a intraprendere dopo aver identificato in un bambino dei cosiddetti sintomi psichiatrici.

"Nella maggior parte dei casi saranno sufficienti una accurata anamnesi e una visita clinica del bambino e dei genitori."¹³ Sembra che a questo psichiatra non passi neanche per la mente che un medico impiegato nel sistema scolastico non ha nessun diritto di "visitare" dei genitori, e che i genitori possono a ragione rifiutarsi di sottoporsi a una tale visita, dal momento che non assicura alcuna protezione alla loro vita privata e alla loro riservatezza. Al contrario, l'autore asserisce che un'importante ragione per valutare accuratamente il binomio figlio-genitore è stabilire chi dei due è il paziente... In alcuni casi, può darsi che sia solo il genitore ad avere bisogno della terapia." Da un punto di vista psicoanalitico, in senso astratto, può darsi che sia così, ma questo lo sappiamo ormai da lungo tempo. Quello che qui mi sembra sia più importante è vedere se rientri nei compiti della scuola sottoporre a diagnosi psichiatriche, o addirittura a trattamento, delle persone adulte che si trovino ad avere la sfortuna di essere genitori di bambini in età scolare. Ancora una volta, dovremmo cercare di essere chiari su questi punti. Se infatti l'essere membri di quel gruppo di persone definite come "genitori di bambini in età scolare" giustifica una diagnosi e un trattamento psichiatrico involontario da parte di un agente del governo, perché anche l'appartenenza ad altri gruppi, come quello dei disoccupati, o degli insegnanti, o dei giudici, o dei Testimoni di Geova non dovrebbe comportare un analogo trattamento?

Faccio qui uso del termine "involontario" per descrivere non soltanto le procedure psichiatriche ordinate dai tribunali, ma anche le varie forme di manipolazione psichiatrica della gente messe in atto da coercizioni informali — ad esempio, da parte di corporazioni, agenzie governative, o scuole. La maggior parte dei genitori sono economicamente dipendenti dai servizi del sistema delle scuole pubbliche. A causa di questa dipendenza e dell'autorità sociopsicologica esercitata dalla scuola, qualsiasi servizio raccomandato dal sistema sarà sentito dai genitori (e dai bambini) come un ordine a cui devono sottostare, più che come un'offerta che sono liberi di accettare o respingere. In altre

¹³ *Ibid.*, p. 393.

¹⁴ *Ibid.*

parole, se i genitori non hanno alternative, se non possono mandare il loro bambino in una scuola parrocchiale o privata, possono facilmente subire la coercizione del sistema delle scuole pubbliche. Questa situazione è spesso sfruttata dagli psicologi e dagli psichiatri scolastici; non importa quanto sinceramente e "nel massimo interesse" del bambino essi lo facciano.

È naturalmente ben riconosciuto che la scuola pubblica ha un potere coercitivo, specialmente nelle faccende di ordine morale; è questa una delle ragioni per le quali l'insegnamento religioso non è permesso in queste scuole. Per la stessa ragione, ritengo che la scuola pubblica debba essere l'ultimo posto, non il primo, per un servizio di assistenza psichiatrica.

Il problema qui è semplicemente l'uso del potere sociale del sistema scolastico: dev'essere investito nella promozione della "salute mentale"? Gli argomenti che giustificano l'esistenza dei servizi psichiatrici nelle scuole possono essere applicati a qualsiasi interesse o valore che la società desideri promuovere — per esempio, il controllo delle nascite. Se desideriamo conseguire un particolare scopo sociale, è certamente piú facile e solitamente anche piú efficace costringere la gente a comportarsi in un certo modo piuttosto che fornire delle alternative fra le quali si possa poi scegliere liberamente.

L'invasione psichiatrica della famiglia prevista dagli psichiatri scolastici, ed effettivamente compiuta da essi, non accetta limiti. Ci viene quindi detto che i membri dello

staff clinico... ottengono informazioni dettagliate sul bambino e sulla sua famiglia attraverso la cartella clinica, i colloqui psicologici, le visite domiciliari, e le osservazioni psichiatriche — il tutto nel tentativo di capire non solo le personalità individuali dei vari componenti della famiglia, ma anche il modo in cui i diversi membri interagiscono secondo modalità sia normali che nevrotiche. *Dopo che si è portata a termine la ricerca e la conseguente comprensione della famiglia, si formula un programma complessivo per il bambino e per la sua famiglia.* Questo solitamente comporta una terapia individuale e/o di gruppo del bambino; intervento sociale, terapia di gruppo, o contatti psichiatrici con almeno uno dei genitori; incontri periodici con gli insegnanti... (corsivo aggiunto).¹⁵

Se tutte queste meravigliose "terapie" sono offerte da una comunità illuminata a beneficio delle famiglie, perché collegare questi servizi con la scuola pubblica? Perché non si offrono i servizi psichiatrici in un contesto separato e non si lascia che siano le famiglie a servirsene se lo desiderano? Non può forse darsi che i servizi offerti non siano realmente desiderati dalle famiglie che ne vengono coinvolte? O, addirittura, che siano il mezzo per manipolare i "clienti," e che per questa ragione sia necessario il potere coercitivo della scuola?

I punti di vista che ho qui riportato sono esempi tipici di quelli sostenuti dai difensori della salute mentale comunitaria, della psichia-

¹⁵ *Ibid.*, p. 395.

tria sociale, e della psichiatria scolastica. Secondo Gerald Caplan, ad esempio, compito principale dello psichiatra comunitario è offrire alla gente una quantità maggiore e migliore di "approvvigionamenti socio-culturali." È il "più ovvio esempio di azione sociale per il rifornimento di approvvigionamenti socioculturali è quello dell'influenzamento del sistema educativo."¹⁶

Caplan giustifica questo procedimento col seguente ragionamento:

Se lo psichiatra interessato alla prevenzione riesce a convincere le autorità mediche... che le sue operazioni sono un'estensione logica della pratica medica tradizionale, il suo molo sarà approvato da tutti gli interessati, compreso lui stesso. Tutto ciò che gli rimane da fare è elaborare i dettagli tecnici.¹⁷

È Caplan consapevole che non sta qui proponendo nulla di nuovo, ma anzi, al contrario, che sta avanzando la più screditata difesa della tecnocrazia collettivista? Il problema che si trova di fronte lo psichiatra comunitario è il tradizionale problema del politico e del moralista: è un problema di fini, non di mezzi. È sempre stato utile, e lo è tuttora, negare questa realtà. Infatti, come ha osservato tanto eloquentemente Isaiah Berlin, "in tutti i casi in cui si è d'accordo sui fini, rimangono come unici problemi quelli dei mezzi per raggiungerli, ed essi non sono politici, ma tecnici, ovverossia, tali da poter essere risolti da esperti o da macchine, come gli argomenti che sorgono fra ingegneri o fra medici. È questa la ragione per cui coloro che ripongono la loro fede in qualche immenso fenomeno che dovrebbe trasformare il mondo, come il trionfo finale della ragione o della rivoluzione proletaria, devono ritenere che tutti i problemi politici e morali possano perciò essere trasformati in questioni di tipo tecnologico. Questo è il significato della famosa frase di Saint Simon sulla 'sostituzione del governo delle persone con l'amministrazione delle cose.'"¹⁸

La collettivizzazione dell'uomo, per mezzo della politica o della psichiatria, porta sempre a questo risultato: le persone, una volta che siano state trasformate in cose, possono essere controllate e manipolate da un'élite tecnocratica.

V

Vorrei ora descrivere il funzionamento dei servizi psichiatrici della Harvard University. Data la celebrità di questa istituzione, le attività nel campo della salute mentale da essa praticate dovrebbero incutere ampio rispetto e servire da modello per altre scuole e college.

I principi di "psichiatria scolastica" sono stati esposti da Dana L. Farnsworth, direttore dei servizi sanitari della Harvard University.

¹⁶ G. CAPLAN, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York 1964, p. 63.

¹⁷ *Ibid.*, p. 79.

¹⁸ I. BERLIN, *Two Concepts of Liberty*, Oxford University Press, Oxford 1958, p. 3.

I brani seguenti danno un'idea generale del suo punto di vista:

È di importanza vitale che niente di ciò che uno studente possa dire ad uno psichiatra del *college* in confidenza sia divulgato ad alcuno senza il permesso del paziente. Naturalmente, se uno studente è chiaramente psicotico, con **tendenze** suicide o omicide, la sicurezza dell'individuo e degli altri membri della comunità deve avere la precedenza sul mantenere la riservatezza...¹⁹

In altri termini, il fatto che lo psichiatra scelga di proteggere o no la riservatezza del paziente dipende dal giudizio che egli stesso dà di ciò che è "meglio" non solo per il paziente, ma anche per la comunità. Come vedremo poi, lo psichiatra del *college*, di fatto, non protegge per nulla la riservatezza dello studente.

Anzi, Farnsworth si riferisce a una relazione sinceramente confidenziale fra psichiatra e paziente in tono condiscendente: "Uno psichiatra che si trovi a proprio agio soltanto nel rapporto a quattr'occhi con i suoi pazienti non si troverebbe bene nella psichiatria del *college*."²⁰ Qual è, allora, la finalità della psichiatria del *college*? Risponde Farnsworth:

Se l'unica ragione per avere psichiatri nello staff dei servizi sanitari di un college fosse trattare quelle persone che sono diventate malate di mente, allora essi potrebbero benissimo non esserci. I college potrebbero adempiere alle proprie responsabilità affidando gli studenti malati a degli psichiatri privati... La presenza degli psichiatri nei servizi sanitari di un college è giustificata più dal fatto che essi così imparano cose sull'istituzione, prendono familiarità con le pressioni che incoraggiano o inibiscono la maturità e l'indipendenza, e di conseguenza divengono capaci di consultarsi con i membri e gli amministratori della facoltà in modo costruttivo in merito a qualsiasi questione che riguardi il comportamento anormale, che dal fatto che essi possano così trattare gli studenti disturbati (corsivo aggiunto).²¹

Non è, naturalmente, il "comportamento anormale" in astratto ciò su cui gli psichiatri del *college* consultano gli amministratori, né — diciamolo ben chiaro — è il "comportamento anormale" della facoltà o dell'amministrazione a preoccuparli; ciò di cui si occupano è esclusivamente il "comportamento anormale" degli studenti. Farnsworth ammette tutto questo quando osserva: "Se essi [cioè gli psichiatri del *college*] si limitano a trattare soltanto gli studenti disturbati e non fanno partecipi di ciò che scoprono la facoltà, gli amministratori..., possono benissimo rimanersene nei loro studi privati e far venire lì quegli studenti che abbiano bisogno del loro aiuto" (corsivo aggiunto)."

È dunque forse un tale medico una specie di poliziotto e di spia psichiatrica? Secondo Farnsworth è proprio il contrario: un liberatore!

¹⁹ D. L. FARNSWORTH, *Concepts of educational psychiatry*, in "JAMA," 181, pp. 815-21, 8 settembre 1962, p. 818.

²⁰ *Ibid.*, p. 816.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

Uno degli scopi fondamentali della psicoterapia — scrive — dovrebbe consistere nel liberare l'individuo dai conflitti interiori paralizzanti con *l'inculcargli* quella onestà, quella sincerità, e quella integrità che lo renderanno capace di agire con fiducia e senso di competenza. In situazioni che comportano una *risposta inappropriata all'autorità*, tali *consultazioni fra i direttori e gli psichiatri del college* hanno grande importanza (corsivo aggiunto).²³

Questo per quanto riguarda i principi di "psichiatria scolastica." Come essi vengano messi in pratica alla Harvard University ce lo descrive **Graham Blaine Junior**, uno dei **più** importanti psichiatri di quel college, da un cui articolo prenderò ora delle citazioni.

"I terapeuti del college," dichiara Blaine, "sono responsabili nei confronti dell'istituzione che rappresentano, dei genitori dei loro pazienti, e del governo a cui appartengono, e devono pure proteggere i loro pazienti." "L'ordine in cui sono disposte le responsabilità è significativo; il paziente viene per ultimo!

Dopo aver fatto notare l'importanza della riservatezza in psicoterapia, Blaine dichiara che lo psichiatra del college può

...fare promesse indiscriminate sulla riservatezza di cui può più tardi pentirsi... Sappiamo che nella vita di uno psichiatra di *college* quasi quotidianamente si verificano dei casi in cui viene da altri richiesto un qualche tipo d'informazione su uno studente, e in molti di questi casi le richieste sono legittime e necessarie. Nella grande maggioranza dei casi soddisfare queste richieste si risolve nel massimo interesse dello studente. Spesso i professori vogliono sapere se possono in tutta onestà scusare uno studente a motivo dei suoi disturbi emotivi, o un preside può voler evitare di prendere certi **provvedimenti** se sa che uno studente si sta impegnando seriamente in **terapia**.²⁵

Le implicazioni psicologiche e gli effetti sociali del limitare le comunicazioni in psicoterapia al terapeuta e al cliente, in opposizione all'*abitudine* di diffonderle a un terzo, a un quarto, o a un ennesimo individuo, a seconda dei desideri di uno dei due partecipanti o di entrambi, costituiscono un problema a noi familiare, e non starò a insistervi sopra; basti notare che persino in questa eccezionale università è considerata funzione legittima dello psichiatra scolastico oscurare piuttosto che chiarire, confondere anziché separare, la sua lealtà nei confronti dello studente, e quella nei confronti della famiglia, della scuola, e del governo.

Durante gli anni di lavoro ad **Harvard** — continua Blaine — siamo riusciti a stabilire alcune consuetudini che hanno ampiamente contribuito alla nostra **efficacia** come terapeuti degli studenti come individui e della comunità in generale. Fra queste, una consuetudine importante è una *colazione medica amministrativa*

²³ *Ibid.*, p. 818.

²⁴ G. B. BLAINE, JUNIOR, *Divided loyalties: The college therapist's responsibility to the student, the university, and the parents*, in "Amer. J. Orthopsychiatry," 34, pp. 481-85, aprile 1964, p. 481.

²⁵ *Ibid.*

settimanale a cui partecipano lo staff terapeutico dei servizi psichiatrici, i membri dei servizi medici e chirurgici, i presidi che si interessano degli studenti o dei problemi la cui discussione è all'ordine **del** giorno, i membri **dell'assistenza** locale che danno consigli agli studenti, il nostro assistente sociale, lo staff psicologico, i rappresentanti **dell'ufficio** di consulenza degli studenti, ed il *capo della polizia universitaria*. In origine, questi incontri erano tenuti **più** o meno *segreti agli studenti*, ma adesso sono stati **così** ampiamente riconosciuti come un centro di discussione in cui gli interessi degli studenti sono ben serviti che sono apertamente discussi fra di loro e un individuo potrà chiedere al suo terapeuta di **discutere** dei propri problemi alia "colazione dei dottori" (corsivo **aggiunto**).²⁶

Se l'incontro davvero serviva il massimo interesse degli studenti, perché veniva loro tenuto segreto? E perché Blaine interpreta l'accettazione della "colazione dei dottori" da parte **degli** studenti come una prova della sua legittimità e del suo valore psicoterapeutico, piuttosto che come un sintomo della docilità **degli** studenti nella loro posizione di asservimento e del loro tentativo, sia pure pietoso, di trasformarla a loro proprio vantaggio? Forse che la presenza di un **kapò** ebreo nel campo di concentramento voleva dire che il campo serviva il massimo interesse degli internati? O forse che la presenza dei prigionieri di guerra americani che collaborarono con i nordcoreani che li avevano catturati voleva dire che i guardiani delle prigioni stavano in effetti proteggendo il "massimo interesse" dei prigionieri? L'assoluta negazione del *potere* della scuola sugli studenti, persino da parte di un'**autorità** nel campo della salute mentale nei *college* della statura di Blaine, e le implicazioni di questo fatto per la terapia effettuata sotto gli auspici della scuola, sono stupefacenti. Con tutta probabilità è un segno della capitolazione morale degli esperti: lo psichiatra del *college* è giunto a sentirsi a proprio agio nel suo ruolo di braccio della polizia universitaria. È una spia psichiatrica. A essere sinceri, può anche cercare di "aiutare" lo studente, se gli è possibile farlo senza entrare in **conflitto** con l'università; ma, se ciò non è possibile, la lealtà del medico va chiaramente prima alla scuola, e da ultimo allo studente.

Come possiamo giustificare l'esistenza di un servizio di tale genere, **specialmente** in un'area come Boston, dove non c'è certo scarsità di **psichiatri** privati? Si potrebbe pensare che molti, forse quasi tutti, gli **studenti** di Harvard possono permettersi una terapia psichiatrica privata. Perché, allora, l'università fornisce loro l'aiuto psichiatrico? Blaine suggerisce che è perché il servizio psichiatrico universitario è un mezzo per controllare gli studenti: "Nella facoltà di medicina e in quella **di** teologia tutti gli studenti del primo anno sono giudicati mediante un **colloquio** personale e inoltre sono presentati personalmente al **terapeuta** a cui potranno in seguito rivolgersi nel caso che abbiano bisogno di **aiuto**."²⁷

²⁶ *Ibid.*, p. 482.

²⁷ *Ibid.*

Ricordiamoci che in questo caso non abbiamo piú a che fare con dei bambini (non che io consideri queste pratiche giustificabili con loro), ma con dei giovani adulti, molti dei quali sono piú giovani soltanto di qualche anno dei piú giovani membri del corpo insegnante. Perché dei "servizi" simili non sono offerti anche ai membri del corpo insegnante di Harvard (e alle loro famiglie), compreso un colloquio psichiatrico obbligatorio per tutti i nuovi insegnanti? Credo che la risposta sia, ancora una volta, che gli studenti rappresentano un gruppo di pazienti prigionieri in un senso in cui non lo sono i membri del corpo insegnante, o almeno non lo sono ancora.

Il modo migliore di illustrare il ruolo di potere in questo tipo di lavoro psichiatrico è riportare come materiale dei casi presentati da Blaine.

Uno studente diplomato fu preso in cura in seguito a un tentativo di suicidio. Durante la terapia ritornò depresso, e il terapeuta volle ricoverarlo in ospedale. Il paziente si rifiutò di andare in ospedale; desiderava, al contrario,

che gli fosse permesso di ritornare nella propria stanza e di prendere con calma la decisione se vivere o morire. Parecchi terapeuti parlarono al paziente, ma non riuscirono a persuaderlo ad andare in ospedale. Finalmente il direttore della sezione cui lo studente apparteneva chiese di parlargli e, *mostrandogli che la sua futura carriera scolastica dipendeva dalla sua collaborazione con i servizi di assistenza sanitaria psichiatrica*, lo convinse a seguire il nostro consiglio (corsivo aggiunto)."

Ci si aspetta davvero che crediamo che in un caso di tal genere il servizio sanitario per gli studenti della Harvard University si preoccupi solamente del "massimo interesse" dello studente e non si preoccupi anche profondamente degli effetti che il suicidio di uno studente può provocare sull'immagine pubblica della scuola? Il fatto è che se un tale studente è internato in un ospedale psichiatrico e lì si uccide, della sua morte può non essere neppure fatta menzione sui giornali locali; ma se saltasse dalla finestra della sua stanza del pensionato universitario, la notizia del suo suicidio occuperebbe probabilmente la prima pagina dei giornali di Boston e diventerebbe una notizia di portata nazionale.

In questo esempio lo psichiatra del *college* si sente giustificato a far uso delle autorità scolastiche per obbligare uno studente ad accettare un tipo di "trattamento psichiatrico" che egli non desidera. Certamente questo non risolve il dilemma morale e psichiatrico di fondo: lo psichiatra si è comportato da agente dello studente o della scuola? Ha aiutato il "paziente" o gli ha fatto del male?

Un altro caso è quello di "uno studente modello e buon atleta [che]

²⁸ *Ibid.*, pp. 483-84.

fu scoperto mentre rubava un articolo di poco conto in un negozio locale. La regola del *college* è che agli studenti scoperti a rubare viene richiesto di ritirarsi per un anno, dopodiché è loro permesso ritornare. Il preside domanda la nostra opinione; vuole sapere se si deve imporre una tale punizione su questo ragazzo. Ci chiede: "Un tale improvviso e strano comportamento non è prova di malattia piuttosto che di una tendenza malvagia?"²⁹

Perché Blaine non suggerì al preside, se non gli piaceva questa regola, di proporre all'amministrazione di cambiarla? O perché, se non gli piaceva punire gli studenti per delle infrazioni alle regole, non avrebbe potuto dimettersi dalla presidenza? No. Aderì, invece, alla collusione tecnocratica proposta:

Dopo colloqui e *test* psicologici fummo in grado di dire al preside che questo studente soffriva di parecchie tensioni al tempo in cui si era verificato l'episodio del furto e che *questo fatto era un sintomo* piuttosto che un tratto caratteriale innato... Non facemmo alcuna raccomandazione riguardo all'**intervento** disciplinare, ma suggerimmo che *il trattamento psichiatrico era indicato* (corsivo aggiunto)."

Blaine sembrava essere grandemente soddisfatto di essersi astenuto dal fare alcuna raccomandazione *diretta* riguardo all'intervento disciplinare. Ma un intervento indiretto non è anch'esso un intervento? Una comunicazione indiretta non è anch'essa una comunicazione?

La diffusione del ruolo dello psichiatra del *college* e la corrispondente diffusione di informazione psichiatrica che Blaine considera giustificabile hanno pochi limiti; non solo un tale psichiatra deve la propria lealtà agli studenti, ai genitori, e alla scuola — egli deve pure collaborare con l'**FBI**:

Un agente dell'**FBI** chiede di discutere il caso di un ex paziente ed ha una autorizzazione firmata dallo studente che fa ora richiesta di assunzione in una posizione governativa di responsabilità. Quando era nel *college* questo ragazzo aveva richiesto aiuto perché era preoccupato della sua omosessualità. Aveva praticato attività omosessuale nelle scuole medie e una volta anche nel *college*."

L'agente dell'**FBI** vuole sapere se lo studente si era dedicato a pratiche omosessuali.

"Questo è un problema **difficile** — uno di quei problemi che riguardano la lealtà nei confronti del paziente e del paese," dice Blaine. La sua soluzione consiste nell'essere elusivi, nel dire cose ambigue — insomma, nel dare informazioni sul paziente, mentre, nello stesso tempo, si può dire a se stessi che in realtà non si è data alcuna informazione, ma si è anzi protetto il "massimo interesse" sia dello studente che del paese:

²⁹ *Ibid.*, p. 484.

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*, p. 485.

Abbiamo scoperto che alle domande sulle pratiche omosessuali si può solitamente rispondere stando in tema senza mettere in pericolo l'**attendibilità della** ricerca. Il mettere in luce che un individuo stava attraversando una fase di sviluppo che gli causava qualche preoccupazione o addirittura attività omosessuale passeggera, non sembra allarmare questi investigatori?

Trovo che questo panorama è davvero deprimente, e che è un esempio terrificante per le altre scuole. I servizi sanitari della Harvard University sostengono di essere genuinamente interessati ad assicurare ai loro studenti un'assistenza psichiatrica; ma sarebbero d'accordo questi servizi a distribuire delle copie dell'articolo di cui ho riportato qui dei brani a tutti coloro che chiedono di entrare in psicoterapia o che vi sono costretti? O forse gli studenti della Harvard University non sono sufficientemente intelligenti o "maturi" per ricevere informazioni complete e accurate sul servizio "medico" loro fornito dal *college*?

Infine, nella misura in cui i servizi sanitari per gli studenti non proteggono adeguatamente la segretezza delle confidenze dei loro clienti, le loro pratiche pongono non solo problemi morali, ma anche problemi giuridici. La mancanza di riservatezza in questo tipo di relazione psichiatra-paziente rappresenta, come abbiamo visto, un rischio speciale per il cliente. I tribunali hanno stabilito che un medico è negligente se intraprende il trattamento di un paziente senza il suo "cosciente consenso":

Un medico vien meno ai suoi doveri nei confronti del suo paziente e si espone a provvedimenti se nasconde un qualsiasi fatto che sia necessario a formare la base per un consenso ragionato da parte del paziente al trattamento proposto. Parimenti il medico non deve sottovalutare i ben noti pericoli di una procedura... volta ad indurre il consenso del paziente."

Chiaramente, la condotta degli psichiatri dei servizi sanitari della Harvard University, così come è descritta da Blaine e da Farnsworth, non è all'altezza di questo standard.

VI

Molti di questi problemi, sebbene possono esserci presentati sotto nuova forma nel contesto scolastico, non sono nuovi.

I metodi della psicoterapia, specialmente della psicoanalisi, sono il prodotto di una lunga storia di idee morali, mediche e psicologiche. Quello che ha impiegato secoli a svilupparsi è spesso andato distrutto in qualche anno, se non addirittura in qualche giorno. Esempi di **avver-**

³² *Ibid.*

³³ *Salgo v. Leland Stanford Board of Trustees*, 154 Cal. App. 2° 560, 578, 317 P. 2° 170 (Dist. Ct. App., 1° Dist.), 1957.

timento sembrano superflui. La dinamica sociale di questo processo è stata descritta così da Ortega y Gasset: "Nelle sommosse che la carestia provoca, le masse popolari cercano di procurarsi il pane, e il mezzo a cui ricorrono suole essere quello di distruggere i panifici. Questo può servire come simbolo del comportamento che, in più vaste e sottili proporzioni, usano le masse attuali di fronte alla civiltà che le nutre."³⁴

Quello che Ortega y Gasset ci dice a proposito dei panifici è successo alle nostre scuole pubbliche e alla nostra psichiatria individualistico-umanistica: entrambe sono state distrutte — nonostante le affermazioni dei distruttori che il loro scopo è di migliorare l'istruzione e il trattamento psichiatrico.

Jacques Barzun, uno dei più sensibili e acuti critici del nostro sistema educativo, ha forse detto tutto quello che c'è da dire sulle due finalità gemelle della scuola — l'istruzione e l'adattamento. L'imperativo morale dell'uguaglianza da una parte, e la necessità pratica di assimilare un'affluenza costante di immigranti dall'altra, egli ci dice, hanno reso "...inevitabile che le nostre scuole debbano come prima cosa mirare all'adattamento sociale..." Stando così le cose, le scuole furono facile preda dei propagatori dello scientismo psicologico e psichiatrico. Così,

l'idea di aiutare un bambino ha preso il posto, negli Stati Uniti, di quella di istruirlo. Chiunque cerchi di mantenere tale distinzione non è, ovviamente, di alcun aiuto e diventa subito noto come nemico dichiarato dei giovani. La verità è che l'adulazione sistematica, anche indipendentemente dalla sua ostilità all'Intelletto, è tanto pericolosa quanto è inappropriata.³⁶

Scopo del programma della scuola pubblica, continuava Barzun, "è di smussare i bordi, plasmare le specifiche caratteristiche morali — in breve, manipolare il giovane fino a ridurlo, almeno in apparenza, a membro di un gruppo armonioso secondo le statistiche dello sviluppo infantile." "Se tale è il carattere delle scuole elementari e secondarie americane, non è vera e propria pazzia lasciare che esse ci offrano anche dei servizi psichiatrici? In fondo, cosa vogliamo che siano le nostre scuole, luoghi di cultura in cui il bambino acquisisca la disciplina dell'apprendimento, od ospedali di giorno in cui lo si culla nella credenza che la migliore di tutte le forme di identità sia la non-identità?

Le pressioni che costringono e le attrattive che allettano il bambino nel pieno della sua crescita a lasciar da parte i rischi connessi agli sforzi per formarsi una personalità marcatamente definita, e, invece, a rifugiarsi nell'opacità della non-identità, sono state discusse da molti sociologi e scrittori — il più convincente dei quali, forse, è Edgar Z. Friedenberg in *The Vanishing Adolescent*. Abbiamo a lungo sostenuto

³⁴ ORTEGA Y GASSET, *op. cit.*, p. 42.

³⁵ J. BARZUN, *The House of Intellect*, Harper & Row, New York 1959, p. 95.

³⁶ *Ibid.*, p. 102.

³⁷ *Ibid.*, p. 103.

la crescita di ciò che Ortega y Gasset ha chiamato l'"uomo-massa," o la personalità diretta dagli altri o eteronoma. L'introduzione dei servizi psichiatrici formali nelle scuole, di conseguenza, è non tanto la causa di questo processo, quanto uno dei sintomi della sua fioritura finale.

La frase "casa mia, casa mia, per piccina che tu sia, tu mi sembri una badía" ha forse espresso esattamente le credenze e i valori dei nostri antenati, ma oggi è sostanzialmente priva di alcun significato. In passato, essa esprimeva non solo la santità della casa per l'individuo in quanto persona, ma anche la sicurezza della mente in quanto dimora dell'anima. La solitudine, tuttavia, è una sorgente di coraggio e di forza soltanto per la personalità autonoma; per l'uomo-massa è esattamente l'opposto, una calamità e una minaccia. Coloro che sono abituati a essere controllati da Grande Fratello credono di essere sul palcoscenico; essi sanno come nascondersi dietro una maschera. Ma una volta soli, senza un pubblico, senza alcuno che stia a guardarli, incontrano se stessi — e, trovandosi di fronte a un fantasma, ne sono giustamente spaventati.

La psichiatria istituzionale, abbia essa luogo in un ospedale psichiatrico o in una scuola, è forse la tecnica piú raffinata fra quelle elaborate finora per scacciare l'anima fuori dall'uomo. Si dice spesso che un uomo che sia malato mentale abbia perso la propria mente. La cura che gli offre la psichiatria istituzionale consiste nel rendergli la sua mente — vuota. Il paziente psichiatrico internato in ospedale perseguitato dallo spettro del trattamento mediante elettroshock, e il bambino tormentato dai test psicologici e dalla minaccia di odiosi **etichettamenti** psichiatrici, sono esposti alla stessa influenza disumanizzante. Solitamente accettano la soluzione che il sistema offre loro: adottano, cioè, un'identità levigata, **anziché** spigolosa, cosicché, quasi fossero grassi maiali in un rodeo, possano essere presi e domati da chiunque; ma, essendo divenuti ombre, non proiettano alcuna ombra. La sopravvivenza sociale è la loro morte spirituale.

A questo proposito, non è fuori posto riportare alcune delle cose che Friedenberg ha da dirci su questo problema.

È piú facile — scrive — e meno dannoso, per un giovane subire dei cattivi voti, la frustrazione di essere escluso da una squadra o da un'associazione, o una punizione formale, di quanto lo sia per lui aver a che fare con i pettegolezzi sul suo carattere o sui suoi atteggiamenti, e con gli insegnanti che fan circolare la voce che è un attaccabrighe o che ha bisogno che gli si presti una pazienza ed una guida speciali perché suo padre beve troppo."

Il compito centrale nello sviluppo dell'adolescenza consiste, secondo Friedenberg, nella definizione del proprio io. Nel modo in cui Freud considerava e praticava la psicoanalisi, essa — volontariamente richiesta da clienti adulti — serviva allo scopo di aiutare l'individuo ad affi-

³⁸ E.Z. FRIENBERG, *The Vanishing Adolescent* [1959], Dell, New York 1963, p. 28.

nare la definizione dell'io. In un contesto differente, un metodo apparentemente simile può servire allo scopo opposto: confondere e indebolire la definizione del proprio io. A mio parere, indipendentemente da quelle che possono essere le sue finalità, questo è il risultato della psichiatria scolastica.

Né questo dovrebbe sorprenderci. Il bisturi del chirurgo può sanare o ferire — dipende da chi e da come è usato. Analogamente, se i metodi psichiatrici e psicoterapeutici sono efficaci, come di fatto lo sono, non possiamo ingenuamente supporre che essi non possano essere usati in vari modi, a seconda dei fini e dei valori di coloro che se ne servono.

Una società che non abbia *alcuna finalità* sua propria, se si esclude **quella** di assicurare la tranquillità domestica mediante farmaci adatti — ammonisce Friedenberg — non saprà che farsene degli adolescenti, ed avrà paura di loro, perché essi saranno fra i primi a lamentarsi, mentre masticano la loro benzedrina, che i tranquillanti ti rendono stupido. Creerà dei programmi sedativi di consulenza, che saranno probabilmente descritti come terapeutici, ma la cui evidente funzione sarà quella di tenere in custodia le giovani menti ed i giovani cuori, finché non siano del tutto incapaci di provare alcuna **passione**.³⁹

È una visione piuttosto tetra. Corrisponde alla realtà? Sentendosi forse scoraggiato dall'immagine da lui stesso creata — che peraltro può essere vera al 100/100 — Friedenberg aggiunge: "Non siamo ancora giunti fino a questo punto; ma il tipo di processo di cui parlo è già osservabile."⁴⁰

Penso che siamo giunti molto vicino al punto che Friedenberg ha indicato. Se c'è una speranza, come credo che quasi sempre ci sia, essa non sta nella moderazione degli aggressori collettivistici; piuttosto, essa sta nella resistenza di alcune delle vittime, nelle quali ogni nuovo assalto contro l'individualità sembra rigenerare la determinazione a **difendere** l'individuo. Sebbene la sua genesi sia senza alcun dubbio di natura più complessa, ho il sospetto che il grande aumento in questi ultimi tempi dell'uso di droghe illegali fra gli studenti universitari — spesso clamorosamente etichettato "tossicomania" — sia in relazione con l'aumento di sorveglianza psichiatrica dei giovani. Se l'oppressione politica provoca resistenza politica, perché dovremmo stupirci se l'oppressione psichiatrica provoca resistenza psichiatrica?

Naturalmente, la terapia psichiatrica non deve essere per forza oppressiva o anti-individualistica. Ma, come osservò **così** chiaramente lo stesso Friedenberg, la scuola non è il luogo **più** adatto per una terapia che tenga in massima considerazione il cliente. Egli, notando che è cosa normale per un giovane trovarsi in crisi nella formulazione della propria **identità**, e che un tale ragazzo potrebbe benissimo ottenere dei benefici dalla psicoterapia, afferma giustamente che ciò di cui il ragazzo ha bisogno sono i servizi di un

³⁹ *Ibid.*, p. 37.

⁴⁰ *Ibid.*

...esperto psicoterapeuta, non di un gretto funzionario. Un servizio pubblico, nel momento in cui s'interessa del suo caso, con tutta probabilità si costituirà come Ministero dell'adattamento; per quanto sofisticato nei confronti della psicodinamica il suo **staff** possa essere, il suo interesse di fondo sarà nel tipo di problemi che lo studente pone **alla** scuola e agli altri. Questo servirà da base reale per classificarlo e disporre del suo caso. È quasi impossibile per il consulente scolastico o per il preside [o per lo psichiatra scolastico — T. S.] credere che la sua funzione quando ha a che fare con un particolare studente possa **non** consistere nel promuovere l'adattamento, ma piuttosto nell'aiutare il giovane a trovare **alternative all'adattamento** che siano razionali anziché distruttive, **nelle** circostanze in cui l'adattamento farebbe crudelmente violenza alla sua nascente concezione di sé e d a base della* sua autostima."

In questo modo è stata addomesticata in America la sovversiva psicoterapia di Freud: uno strumento per liberare l'uomo è stato trasformato in un'altra tecnica per tenerlo tranquillo.

Che la psicoterapia debba essere consacrata ai fini dell'adattamento, anziché a **quelli** della crescita — commenta Friedenberg — è una tragedia che l'indomabile Freud avrebbe trovato ironica; ma è forse inevitabile in una cultura in cui per avere successo bisogna presentare una **personalità** accettabile, e in cui bisogna avere successo per avere **autostima**.⁴²

In questo non posso essere del tutto d'accordo con Friedenberg; certo, la cultura deve assumersi la sua parte di colpa. Ma non sono forse responsabili anche gli psichiatri e gli psicoanalisti che si servono in questo modo della psicoterapia?

VII

L'ho già detto prima e vorrei ripeterlo: non sono contrario alle pratiche psichiatriche sensate. Proprio come colui che critica la tortura come mezzo per estorcere la confessione da un presunto criminale non è contrario alla legge e **all'ordine** — così io, contrario alle pratiche del fascismo psichiatrico, non sono contrario alle pratiche **dell'umanismo** psichiatrico. La psicoanalisi, la terapia individuale, la terapia di gruppo, la terapia familiare, la consulenza correttiva — tutti questi metodi e molti altri ancora che gli studiosi di psicoterapia hanno sviluppato e possono ancora sviluppare hanno un posto legittimo in una **società** libera e pluralistica. A mio **avviso**, però, non c'è per loro un posto in quelle situazioni sociali in cui essi possono essere usati come strumenti di inganno e di **coercizione** psicologica contro individui prigionieri, non **consenzienti**, o riluttanti. Tali attività, di conseguenza, non possono avere alcun posto **nelle scuole**.

La nostra società è ancora **più** capitalistica che socialista. **Coloro**

⁴¹ *Ibid.*, p. 133.

⁴² *Ibid.*, p. 134.

che desiderano approfittare dei servizi psicoterapeutici, e che possono permettersi di pagarli, sono liberi di procurarsi privatamente un tale aiuto. Bisogna che la loro libertà di comportarsi in questo modo sia lasciata indisturbata.

Se la società desidera mettere i servizi psicoterapeutici a disposizione di coloro che non possono permetterseli, il modo in cui deve farlo è evidente: attraverso la filantropia o attraverso i fondi messi a disposizione dal governo, la società deve fornire un servizio ai suoi clienti. Ma questi devono essere lasciati liberi di farne uso o di respingerlo: una tale società dev'essere pronta e ben disposta a sottoscrivere i servizi di un terapeuta "privato" per l'individuo, o per la famiglia, e non deve cercare di usare il terapeuta come una sua spia o un suo poliziotto. D'accordo, la società ha bisogno di poliziotti, e forse anche di spie. Ma farebbe meglio a non servirsi per questi lavori dei suoi psichiatri e dei suoi psicologi, a meno che non voglia liquidare la funzione individualistica di queste professioni.

10.

La psichiatria, lo stato e l'università. Il problema dell'identità professionale della psichiatria accademica

I

Fra le materie insegnate all'università, la psichiatria occupa una posizione singolare. Si tratta infatti della sola disciplina scientifica moderna i cui principali esponenti teorici e pratici non erano, e spesso ancor oggi non sono, membri della comunità universitaria. "I progressi tecnici nell'attuale assistenza ai pazienti [mentali]," notò Robert Morison nella Conferenza commemorativa per Alan Gregg da lui tenuta nel 1964, "sono venuti quasi interamente dall'esterno del nostro paese e in modo da scavalcare abbondantemente la psichiatria accademica..."

Ritengo che questa situazione non possa essere soltanto il risultato di un accidente storico. Essa, piuttosto, suggerisce l'impressione che l'università, che è sempre stata il tradizionale rifugio degli studenti, non sia riuscita a offrire un terreno favorevole allo sviluppo della psichiatria accademica. È mia opinione che la principale ragione di questo consista nel fatto che l'istruzione e la ricerca psichiatrica, essendo rimaste sotto il controllo diretto o indiretto di interessi e di istituzioni sociali esterne all'ambiente accademico, non abbiano potuto diventare parti integranti della vita accademica.

II

La psichiatria è sempre stata l'indesiderato bambino difficile della medicina. Fu di conseguenza ignorata, disprezzata, e, ogniqualvolta era possibile, tenuta lontana da sguardi indiscreti. Questa fu la storia della psichiatria dagli albori della medicina scientifica, nella seconda metà del diciannovesimo secolo fino alla prima guerra mondiale, — l'era dell'alienista. Il termine è suggestivo: dallo psichiatra ci si aspettava che si occupasse di persone che erano diventate alienate dalla società cui appartenevano; nello stesso tempo, lo stesso psichiatra era alienato dalla società nel suo complesso, e in particolare dalla professione medica (e da altre nobili professioni).

• Freud cercò di superare questo problema col creare una nuova disci-

¹ R. S. MORISON, *Some illnesses of mental health. The Alan Gregg Lecture, 1964, in*

plina, la psicoanalisi, che egli intendeva tenere separata dalla medicina e dalla psichiatria. Rafforzata dai talenti accademici e dal prestigio sociale della psicoanalisi, la psichiatria, un tempo figliastra della medicina, riuscì **per** un certo tempo a rendersi cara a sua madre: durante la seconda guerra mondiale, e per circa un decennio in seguito a essa, la psichiatria psicoanalitica, ribattezzata "psichiatria dinamica," fu spesso trattata come la figlia preferita, anziché come la figliastra, della medicina. Ma questa falsa relazione fra medicina e psichiatria non poteva durare. La posizione della psichiatria nella famiglia della medicina divenne nuovamente incerta. Tentò allora di riguadagnare il prestigio che stava rapidamente declinando mettendosi ad amoreggiare con i farmaci e sostenendo che la "malattia mentale," come qualsiasi altra malattia, poteva essere curata con mezzi chimici. Dopo solo pochi anni, anche questa pretesa perse la sua credibilità. La psichiatria allora **legò** la propria sorte al crescente interesse nazionale per il problema della povertà e per quello della segregazione, e la affidò tutta quanta alle cosiddette pratiche per la salute della comunità. È qui che ritroviamo oggi il nostro soggetto.

Presento questo schizzo in miniatura della storia della moderna psichiatria' per sottolineare fin dal principio, il problema dell'identità che **da** sempre ha caratterizzato la psichiatria³: la natura e il campo d'azione della psichiatria, in quanto disciplina professionale, così come il suo ruolo sociale, sono sempre stati incerti e mutevoli. È su questo sfondo che desidero esaminare la posizione della psichiatria come disciplina accademica insegnata nelle università.

III

. La psichiatria contemporanea è un miscuglio di due tipi di cose completamente differenti: da un lato, è una scienza, sia pura che applicata (cioè, lo studio dell'uomo e la pratica della terapia psicologica); dall'altro, è un interesse acquisito che controlla grosse somme di denaro (a essa assegnate dal governo federale e da quelli statali) e che controlla vasti poteri (mediante la sua autorità semigiuridica di rinchiudere in ospedale **delle** persone senza il loro consenso). Questi due aspetti di **ciò** che chiamiamo "psichiatria" non sono mai stati propriamente separati; inoltre, fintantoché non lo saranno, sarà **difficile** per la psichiatria, se non impossibile, essere una scienza "libera" — cioè, volta alla ricerca della "verità"ⁿ e all'insegnamento di essa, indipendentemente **dall'effetto** di una tale ricerca e di un tale insegnamento sugli interessi di cui sono investite le istituzioni psichiatriche. L'ovvio pericolo a cui

"Journal of Medical Education," 39, pp. 985-99, novembre 1964.

² Per un'analisi più approfondita, vedi "Dove va la psichiatria?," in questo volume, pp. 220-242.

³ A questo proposito, vedi E. H. ERIKSON, *The problem of ego identity*, in "Journal of the American Psychoanalytic Association," 4, pp. 56-121, 1956.

si va **incontro** se non si attua questa separazione è quello di proteggere una pseudoscienza — cioè un sistema di asserzioni autoritariamente definite come verità e promosse come educazione sanitaria mentale per l'avanzamento del potere e del prestigio del sistema psichiatrico costituito.

Le ragioni di questo stato di cose vanno ricercate, almeno in parte, nello sviluppo della psichiatria. La psichiatria organizzata ha appena poco **piú** di cent'anni. Ebbe inizio, negli Stati Uniti, con lo sviluppo del sistema degli ospedali di stato: nel 1844 tredici sovrintendenti degli ospedali psichiatrici si unirono e formarono la Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane — una organizzazione che **piú** tardi divenne la American psychiatric association.

La storia della psichiatria in quanto scienza è dunque radicalmente diversa dalla storia delle altre scienze, specialmente della fisica e della chimica. In psichiatria, prima si sviluppò un'istituzione sociale — cioè il sistema degli ospedali di stato — che la società trovò utile per affrontare certi problemi di devianza di comportamento; di conseguenza la società ripose in essa una buona dose di prestigio e di potere. I membri di questo gruppo dagli interessi ben precisi formarono allora un'**organizzazione** le cui finalità, fra l'altro, erano volte all'avanzamento della conoscenza indispensabile all'adempimento razionale dei loro doveri.

L'eredità lasciata da questa storia risulta evidente se si paragonano, ad esempio, la terapeutica medica con la terapeutica psichiatrica. Lo studio dell'azione dei farmaci, solidamente basato sulle scienze della chimica e della fisiologia, è insegnato nelle facoltà di medicina. Gli interessi della farmacologia in quanto scienza e disciplina accademica, e gli interessi dell'industria farmaceutica in quanto impresa commerciale, sono dunque chiaramente distinti. Gli insegnanti e i ricercatori nel campo della farmacologia nelle università sono parimenti liberi di **scoprire** effetti sia favorevoli che sfavorevoli di un dato farmaco, tanto **sull'uomo** che sugli animali. Lo studio delle sostanze tossiche **appartiene** al dominio della farmacologia quanto lo studio degli agenti terapeutici.

In psichiatria la situazione è diversa. In primo luogo, l'oggetto di studio specifico della psichiatria non è altrettanto chiaramente definito di quello della farmacologia, né lo sono i suoi metodi o i suoi fini. In secondo luogo, la distinzione fra psichiatria come scienza e come istituzione è di frequente oscura. Alcuni dipartimenti universitari di psichiatria sono associati col sistema degli ospedali di stato, altri con gli istituti psicoanalitici. Dal punto di vista ideologico, e spesso anche da **quello** finanziario, tali dipartimenti sono dunque dipendenti dal sistema cui sono associati. Questa situazione è paragonabile **all'impiego**, da parte di un gruppo che abbia certi interessi, di un'**équipe** scientifica solo di nome — per esempio di **ricercatori** medici da parte di un'industria di tabacco. È ovvio che i membri di un tale **gruppo** non hanno la stessa **libertà** dei ricercatori di un dipartimento universitario indipendente. In breve, tali associazioni rendono certe aree della psichiatria **tabú** per la ricerca e l'indagine psichiatrica. **Questo** è vero oggi nella maggior

parte dei dipartimenti accademici per certe pratiche negli ospedali psichiatrici pubblici e negli istituti psicoanalitici.

IV

Le domande che desidero ora porre sono le seguenti: qual *era* e qual è, il ruolo della psichiatria nella facoltà di medicina di un'università? E quale *dovrebbe essere* il suo ruolo?

George Packer Berry, già preside della Harvard **Medical School** e uno dei piú illustri educatori medici dei nostri tempi, ha affermato:

Lo psichiatra si occupa essenzialmente del comportamento e delle relazioni interpersonali... Proprio come il medico ha bisogno del chimico, del fisico, e degli altri studiosi di scienze naturali che lo aiutino a comprendere le reazioni **fisiche** dell'uomo, cosí egli ha bisogno degli studiosi di scienze sociali e comportamentiste che lo aiutino a comprendere i modi di vita dell'uomo.'

Fino a che punto lo psichiatra nella facoltà di medicina si pone come scopo di far progredire la nostra **comprensione** del comportamento, e fino a che punto ha come scopo di perfezionare i metodi per **controllare** il comportamento?

Non possiamo piú negare che, fin dall'inizio, la psichiatria si è sempre occupata del compito di controllare il comportamento umano — prima soltanto mediante il ricovero psichiatrico coatto, poi anche mediante tutta una serie di altre misure come la costrizione fisica, i sedativi chimici, l'elettroshock, la **psicochirurgia**, i tranquillanti, e, recentemente, la terapia ambientale e di gruppo. Non possiamo neanche negare che nelle università la psichiatria accademica non abbia mai **raggiunto** una chiara emancipazione dalle istituzioni a cui la società aveva affidato il compito pratico di controllare il comportamento dei cosiddetti malati mentali. Documenterò brevemente queste mie **affermazioni**.

Prima **dell'inizio** di questo secolo e per alcuni decenni dopo di esso, sia in America che all'estero, il centro dell'attività psichiatrica era l'ospedale psichiatrico di stato. I dipartimenti di psichiatria nelle facoltà di medicina erano **all'inizio** nient'altro che le appendici degli ospedali di **stato** o del sistema d'igiene mentale. Queste organizzazioni sanitarie governative controllavano gran parte dei fondi e dei posti pubblici in psichiatria e, di conseguenza, anche delle prospettive e dei contenuti **dell'insegnamento** psichiatrico **nelle** facoltà di medicina.

Con la crescente influenza negli Stati Uniti della psicoanalisi, che **ebbe** inizio negli **anni** Trenta e raggiunse la sua punta massima poco dopo la Seconda guerra mondiale, il sistema degli ospedali di stato perse

⁴ G. P. BERRY, *Valedictory comments about medical education*, in "Medical Tribune," 11-12 settembre 1965, p. 6.

il controllo che prima esercitava sulle facoltà di medicina. Ma questo non significa che i dipartimenti di psichiatria guadagnassero così la loro indipendenza: anziché essere al servizio del sistema degli ospedali di stato, molti dei migliori dipartimenti psichiatrici si misero al servizio della psicoanalisi organizzata, e alcuni ancora lo sono. La natura e le prospettive della psichiatria nelle facoltà di medicina — sia a livello universitario che postuniversitario — furono dunque dettate dai principi teorici e pratici della psicoanalisi.

In questi ultimi tempi, siamo testimoni dell'inizio di un nuovo matrimonio e di un nuovo legame: i dipartimenti di psichiatria stanno passando al servizio dei programmi comunitari di salute mentale di cui sono responsabili il governo federale ed i governi statali.

Io sostengo che, indipendentemente dai meriti collegati in parte o del tutto a questi interessi psichiatrici, gli accademici nelle università, nelle facoltà di medicina, e nei dipartimenti di psichiatria che hanno accettato il ruolo di semplici interpreti e sostenitori di queste attività sono venuti meno ai loro obblighi di studiosi e di insegnanti nelle istituzioni accademiche. La vera funzione di un professore di psichiatria non è quella di aiutare il sistema degli ospedali psichiatrici di stato ad occuparsi di larghi strati di "malati mentali," così come non è la vera funzione di un professore di giornalismo quella di mettere in piedi un giornale. I bisogni della comunità non sono qui messi in questione: la comunità può avere effettivamente bisogno di strutture che si occupino di certe persone invalide, proprio come può aver bisogno di un buon giornale: ma è compito dell'accademico venire incontro a questo bisogno?

Il movimento di psichiatria comunitaria, avendo a propria disposizione grandi fondi pubblici, si ripromette di avere un impatto significativo sui dipartimenti di psichiatria. È già ora evidente che, in linea con le pratiche del passato, molti dipartimenti diverranno interpreti e fautori di quelle attività psichiatriche che posseggano il massimo potere economico ed il massimo prestigio sociale. Il fatto che questo tipo di attività possa essere inadeguato ad un dipartimento universitario o che possa essere dannoso a coloro che dovrebbero presumibilmente trarne dei vantaggi, viene soppresso dal punto di vista sociale e rimosso da quello personale. La compassione per le sofferenze di un numero immenso di milioni di persone povere, disoccupate, invalide fisiche, e socialmente svantaggiate è usata per mettere a tacere ogni domanda: dev'essere perlomeno assenza di cuore, se non di mente, a far trattenere uno psichiatra dal partecipare attivamente.

La questione, però, non è così semplice. I poveri e gli svantaggiati sono sempre stati fra di noi. Il bisogno, per quanto incontestato, non è certamente una situazione acuta di emergenza, ma al contrario una difficoltà cronica a cui nessun programma strepitoso può in alcun modo portare rimedio. Indipendentemente dalle caratteristiche di questo bisogno,

⁵ A questo proposito, vedi J. BARZUN, *The American University: How it Runs, Where it is Going*, Harper & Row, New York 1968.

inoltre, bisogna dire qualcos'altro a proposito della partecipazione diretta dei dipartimenti universitari di psichiatria alle attività comunitarie nel campo della salute mentale.

Siccome i centri comunitari di salute mentale, come altre strutture psichiatriche pubbliche su vasta scala, offrono il loro "aiuto" sia ai pazienti psichiatrici volontari che a quelli involontari — fanno, **invero**, un punto d'onore professionale di rifiutarsi di compiere una distinzione fra questi due gruppi — molte delle persone che ricevono questo "servizio" considereranno lo psichiatra non come il loro medico, ma come il loro avversario, e preferiranno esser lasciati in pace. Per esempio, una donna incinta può volere abortire; la società può scegliere di garantirle un'assistenza psichiatrica gratuita. Da quale delle due parti in conflitto deve mettersi la psichiatria accademica? Chiaramente, nella misura in cui la **psichiatria** accademica diventa un prolungamento del braccio politico del governo, l'appoggiare quelli che il paziente definisce come propri interessi sarà reso impossibile; **invero**, il semplice riconoscimento degli interessi del paziente, come opposti a quelli della società o dello stato, può essere considerato sovversivo e si può tendere a sopprimerlo.

Se non è compito dello psichiatra accademico offrire quel tipo di servizi che forniscono lo psichiatra dell'ospedale di stato, lo psicoanalista, e l'operatore nel campo della salute mentale comunitaria, qual è allora il suo compito?

Berry impostò chiaramente il problema quando disse che esso consiste nel promuovere la nostra **comprensione** dei "modi di vita dell'uomo." Di conseguenza, compito dello psichiatra universitario è istruire lo studente di medicina sulle modalità di approccio, passate e presenti, al cosiddetto paziente malato mentale, ma non insegnargli come essere competente nell'uso di alcuno di questi metodi. In breve, lo psichiatra accademico non dovrebbe mai limitarsi ad insegnare **semplicemente** una specifica attività tecnica, ma al contrario dovrebbe sempre mantenere un atteggiamento critico nei confronti di quella attività.

L'istruzione psichiatrica universitaria dovrebbe dunque prefiggersi lo scopo di impartire allo studente una comprensione concettuale, piuttosto che una padronanza pratica di certe tecniche specifiche. Dovrebbe concentrarsi sullo studio e sull'**analisi** critica di quegli aspetti dello sviluppo e delle relazioni umane che sono importanti per la pratica e per la ricerca medica. Gli studenti in medicina hanno bisogno di essere **informati** sulle effettive matiche psichiatriche solo nella misura in cui questo è necessario per un giusto apprezzamento da parte loro dell'istruzione teorica ricevuta. Da questo punto di vista, l'insegnamento della psichiatria deve in qualche modo essere diverso dall'insegnamento della medicina o della chirurgia, e dovrebbe semmai assomigliare **più** da vicino a quello della giurisprudenza: gli studenti di legge non "praticano" le attività del legislatore, del giudice, dell'avvocato dell'accusa, o della difesa, ma sono a conoscenza di questi ruoli legali solo nella misura in cui questi sono necessari per render loro significativo l'insegnamento teorico delle leggi.

V

A questo punto può essere utile descrivere più dettagliatamente la portata e le implicazioni del Community Mental Health Centers Act del 1963, ed anche l'orientamento psichiatrico da cui esso ebbe origine e da cui ora, in cambio, è sostenuto.

Il 5 febbraio del 1963 il presidente Kennedy pronunciò il suo applauditissimo messaggio relativo alla malattia mentale ed al ritardo mentale. In esso affermava:

Propongo un programma nazionale di sanità mentale che veda l'inaugurazione di un impulso e di un approccio interamente nuovi all'assistenza dei malati di mente... Il governo ad ogni livello — federale, statale, e locale — le fondazioni private e i singoli cittadini devono mettersi di fronte alle proprie responsabilità in questo settore!

Il presidente poi criticava aspramente i vecchi ospedali di stato custodialistici, "dai quali troppo spesso è la morte a garantire la sola sicura speranza di libertà." Concludeva col sottolineare che "abbisognamo... che si restituisca l'assistenza psichiatrica alla strada maestra della medicina americana."⁶

Questo era un proposito nobile e, ne sono sicuro, sincero e in buona fede; ma questo non gli impedisce di essere ingenuo, fuorviante, e persino distruttivo nelle sue conseguenze.

Centocinquantotto anni prima, quasi nello stesso giorno — il 16 febbraio del 1805 — il principe Karl August von Hardenberg fondava il sistema manicomiale prussiano con le seguenti parole:

Lo stato deve interessarsi di tutte le istituzioni utili a coloro che hanno la mente danneggiata, sia per il miglioramento delle condizioni di questi sfortunati che per l'avanzamento della scienza. In questo importante e difficile campo della medicina solo incessanti sforzi ci metteranno in grado di ottenere dei progressi per il bene dell'umanità sofferente. Si può raggiungere la perfezione solo in tali istituzioni [cioè, negli ospedali psichiatrici di stato]; qui si possono trovare tutte le condizioni necessarie per condurre degli esperimenti che dimostrino le teorie di fondo e per utilizzare i risultati di tali esperimenti per l'avanzamento della scienza?

È agghiacciante soffermarsi sulle analogie fra queste due dichiarazioni.

Gli attuali progetti per i servizi sanitari psichiatrici comunitari sono dunque fuorvianti, in quanto sono vaghi o addirittura silenziosi intorno

⁶ J. F. KENNEDY, *Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation*, 5 febbraio 1963; 88° Congr., Prima Sess., House of Representatives, Documento n. 58; ristampato in *Amer. J. Psychiatry*,⁷ 120, pp. 729-37, febbraio 1964, p. 730.

⁷ *Ibid.*

⁸ Citato in E. KRAEPELIN, *One Hundred Years of Psychiatry* [1917], Philosophical Library, New York 1962, p. 152.

a diritti dei loro eventuali pazienti, non solo di ricevere il trattamento di **N**essi *presumibilmente* hanno bisogno, ma **anche** di respingere il trattamento che essi esplicitamente rifiutano.

In nessuna delle nuove legislazioni sono menzionate misure protettive contro il ricovero ed il trattamento psichiatrico involontario. È ragionevole presumere, di conseguenza, che le presenti leggi e abitudini che regolano tali procedure persisteranno, e, se mai, riguarderanno una porzione sempre più ampia della popolazione (specialmente delle classi inferiori). Uno dei principali portavoce della psichiatria comunitaria riconosce francamente che "in molti casi, quei membri della comunità che hanno più bisogno di assistenza psichiatrica rifiutano questo trattamento, e finora non si è trovato alcun modo di mettere in atto l'assistenza psichiatrica là dove più ce n'è bisogno"; ed esprime poi la speranza che

se gli operatori nel campo della salute pubblica hanno avuto successo nel rendere operante la legislazione che rendeva obbligatorio il trattamento delle malattie contagiose, le difficoltà che incontriamo nel corso dei nostri analoghi sforzi volti all'applicazione della psicoterapia non dovrebbero dimostrarsi insormontabili.⁹

Anche cinquant'anni fa questa idea era considerata, in Germania, scientificamente audace ed intellettualmente popolare. "Un autocrate in possesso delle nostre attuali conoscenze," scrisse Kraepelin nel 1917, "sarebbe in grado, se non dimostrasse alcuna considerazione per le durevoli abitudini degli uomini, di provocare una significativa riduzione nell'incidenza dell'infermità mentale nel giro di pochi decenni."¹⁰ Questo, insomma, è un altro deprimente esempio dell'amaro detto "impariamo dalla storia che non impariamo dalla storia."

Questo per quanto riguarda la storia e lo spirito del movimento comunitario per la salute mentale. Diamo ora un'occhiata alle sue effettive operazioni.

VI

Il Community Mental Health Centers Act lanciato dal presidente Kennedy divenne legge operante nel 1963. E esso autorizza una spesa di centocinquanta milioni di dollari per la costruzione in tutto il paese di centri sanitari psichiatrici. Nel 1965 il Congresso stanziò altri duecentoventiquattro milioni di dollari per i salari delle persone che avrebbero formato il personale di questi centri.

In un articolo apparso sull'"Harper's Magazine," gli scopi e le operazioni dei centri sanitari psichiatrici erano così descritti: "In quei centri, si spera, il trattamento diventerà disponibile per tutti coloro che ne

⁹ L. BELLAK, *Epilogue*, in L. BELLAK, a cura di, *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*, Grune & Stratton, New York 1964, pp. 458-60.

¹⁰ KRAEPELIN, *op. cit.*, p. 153.

avranno bisogno — siano essi poveri o ricchi... Durante questo processo i servizi sanitari psichiatrici dovranno essere riorganizzati secondo linee che siano nello stesso tempo democratiche e maggiormente efficienti.""

Le effettive operazioni messe in atto nei centri sono mediche soltanto di nome. In un centro sanitario psichiatrico, presso il Lincoln Hospital ad Harlem, gestito sotto gli auspici dell'Albert Einstein College of Medicine, "la gente solitamente viene a discutere dei problemi pratici sorti improvvisamente piuttosto che delle serie difficoltà emotive." Una cliente, ad esempio, venne a lamentarsi che non era capace "di farsi dare dei materassi nuovi dall'ente di assistenza." L'operatore che fece ricerche sulla sua situazione domestica trovò che "dei suoi nove figli, solo tre vivevano in casa — una bambina di sette anni, che pesava diciassette chili (il peso normale di un bambino di tre anni), una bambina di undici anni un tempo affetta da TBC, ed una ragazza di quattordici anni incinta di tre mesi. I sei figli, tutti tossicomani, se n'erano andati di casa... La madre era un'alcoolista."¹²

L'aiuto offerto a questa famiglia consisteva, fra le altre cose, nel convincere la madre a frequentare la Alcoholics Anonymous e nel sistemare la figlia incinta in una casa per ragazze madri. Non voglio denigrare la qualità di questo aiuto: ciononostante, ritengo che sia un esempio di come sia falsa la pretesa che i centri sanitari psichiatrici comunitari possano rendere la disponibilità dell'assistenza psichiatrica più "democratica." Se questa famiglia fosse vissuta a Scarsdale invece che ad Harlem, la figlia avrebbe abortito, e il bambino non sarebbe stato adottato.

Questo approccio pratico, da assistente sociale, alla psichiatria, solleva molte questioni: un'attività di questo genere deve essere considerata "psichiatrica"? Appartiene al campo della "salute e malattia mentale"? Ecco la risposta di un operatore del Lincoln Hospital Mental Health Center: "Si tratta di salute mentale? Certo! Ti viene della gente con dei problemi che non sanno risolvere, e se riesci ad aiutarli a risolverli quando sono ancora dei *piccoli* problemi, quello che stai in realtà facendo è di consolidare la loro salute mentale."¹³ Le implicazioni pratiche — sociali e giuridiche — di questa elastica definizione di salute mentale, e conseguentemente anche di malattia mentale, non sembra preoccupino la maggior parte delle persone, estranee o no alla psichiatria. Non starò qui a criticare i pericoli che questa pratica comporta, perché li ho già descritti altrove."

◆
Come se non bastasse, non c'è alcuna concordanza — né in psichiatria in genere, né in particolare nel campo della salute mentale comunitaria — riguardo al significato della psichiatria comunitaria o riguardo

¹¹ M. PINES, *The coming upheaval in psychiatry*, in "Harper's Magazine," ottobre 1965, pp. 54-60, p. 54.

¹² *Ibid.*, p. 56.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Vedi T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963.

al ruolo che in essa viene ad assumere lo psichiatra." Pur essendo d'accordo con l'opinione popolare del momento secondo cui "la sfida principale riguarda gli psichiatri degli ospedali [di stato] che devono unirsi agli psichiatri della comunità nel cercare di creare un livello unico ed uniforme di trattamento psichiatrico," il dottor James A. Piel, vicedirettore del Michigan Department of Mental Health aggiunse:

La psichiatria **non** è sociologia, assistenza sociale, criminologia, ed altri tentativi designati per aiutare le persone in **difficoltà**. Essa è l'applicazione di tecniche specifiche a specifiche manifestazioni e sintomi di malattie, incluse le psicosi, le nevrosi, ecc... Questo tien lontano dalla pratica psichiatrica la gestione di alberghi, la ricerca di case per i senza tetto, l'assistenza ai bambini ed agli adulti immaturi, i consigli **alle** persone disperate, e la protezione della **società** dagli individui che stanno ai margini di essa.¹⁶

Secondo l'opinione di Leonard Duhl, invece, lo psichiatra comunitario "deve imparare come dare consulenza ad una comunità, ad un'**istituzione**, o ad un gruppo, senza essere orientato verso il paziente. Piuttosto, deve mirare all'obiettivo centrale dei bisogni comunitari... Deve trovarsi a proprio agio in un mondo di economia, scienze politiche, politica, progettazione, e di tutte le diverse forme di azione sociale."''

Se si tien conto dei principi teorici e pratici degli psichiatri comunitari, e dei moderni punti di vista psicologici e sociologici sui problemi del cosiddetto comportamento anormale, l'affermazione che la psichiatria comunitaria sia, e debba essere, una branca della medicina suona o folle, o ipocrita. Con l'augurarsi il ritorno dell' "assistenza psichiatrica alla strada maestra della medicina americana," il presidente Kennedy stava dunque semplicemente echeggiando i sentimenti — o forse, meglio, la propaganda — del movimento per la salute mentale.

La divisione delle opinioni sulla natura e la portata della psichiatria **comunitaria** e sul ruolo piú adatto che lo psichiatra dovrebbe assumere in essa, come è stato messo in chiaro dai commenti qui sopra esposti, potrebbe moltiplicarsi ripetutamente. Nonostante le opinioni largamente divergenti su questo argomento, c'è unanime accordo su due proposizioni concernenti la psichiatria comunitaria: primo, che la malattia mentale è un problema sociale di vasta portata contro il quale un individuo da solo non può adeguatamente difendersi — egli necessita dell'**appoggio** della comunità, cioè del governo federale, di quello statale e di quello locale; secondo, che il ruolo di paziente mentale, come quello di criminale, dovrebbe essere un ruolo assegnato anziché essere soltanto un ruolo assunto. In altre parole, la società dovrebbe avere il diritto di **costrin-**

¹⁵ Vedi, ad esempio, H. W. DUNHAM, *Community psychiatry: The newest therapeutic bandwagon*, in "Arch. Gen. Psychiatry," 12, pp. 303-13, marzo 1965.

¹⁶ Citato in *Challenge facing state mental hospitals in community programs*, in "Roche Report," vol. 2, 1 settembre 1965, p. 1.

¹⁷ L. DUHL, *Problems in training psychiatric residents in community psychiatry*, saggio letto di fronte all'Institute of training in Community psychiatry presso la University of California, ciclostilato, 1963.

gere gli individui ad accettare il ruolo di pazienti mentali e a subire il ricovero e il trattamento psichiatrici involontari.

Che cosa tutto ciò comporta per la psichiatria accademica? Di fronte ad incertezze teoriche **così** sconvolgenti ed a pressioni sociali **così** irresistibili, quale dovrebbe essere la funzione più adeguata di un dipartimento di psichiatria in un'università? Dal momento che le necessità degli studenti di medicina e degli interni psichiatrici differiscono in modo fondamentale, discuterò i ruoli della facoltà di medicina nell'istruzione psichiatrica universitaria e di specializzazione separatamente.

VII

Il mandato affidato alle università dalle società in cui esse operano e dalle quali esse sono sostenute è diverso da epoca a epoca e da luogo a luogo. Tuttavia, almeno nell'Occidente libero, è largamente condivisa l'opinione che l'università dovrebbe essere in buona parte indipendente dalle principali istituzioni politiche ed economiche della nazione: ovvero, non dovrebbe essere al servizio né del grosso mondo degli affari né di quello del governo. Il fatto che ci si riferisca tradizionalmente all'università come ad una "torre d'avorio," e agli studenti come a coloro che **lì** risiedono, esprime precisamente questa caratteristica dell'università come di un luogo separato, e pur interno, all'**arena** in cui si verificano le lotte per il potere della vita pubblica.

Come qualsiasi altro ideale, quello di un'università indipendente non può mai essere raggiunto, ma ci si può avvicinare ad esso, oppure abbandonarlo.¹⁸

Negli Stati Uniti, le facoltà di medicina, e specialmente i loro dipartimenti di psichiatria, sono incaricate dalla società di eseguire non un solo mandato, ma due: far progredire la conoscenza medica e preparare dei competenti professionisti **medici**.¹⁹ Questi due compiti sono in parte complementari, in parte in reciproco conflitto. Per comprendere **alcune** delle difficoltà che la psichiatria accademica deve affrontare, è necessario afferrare chiaramente questo conflitto.

Per quanto riguarda le attività delle **facoltà** di medicina volte all'insegnamento ed al progresso della scienza medica, la loro funzione è simile a quella di qualsiasi altra disciplina **accademica**: impartire un nucleo di informazioni e favorire l'avanzamento di certi tipi di conoscenza. Sebbene i **firi** pratici non siano mai, né debbano essere, messi nel **dimenticatoio**, l'interesse principale di un'istruzione di tal genere non deve essere l'immediata utilità sociale dello studente per la società: per **esem-**

¹⁸ A questo proposito, vedi J. BARZUN, *The American University: How it Runs, Where it is Going*, Harper & Row, New York 1968; e J. RIDGEWAY, *The Closed Corporation: American Universities in Crisis*, Random House, New York 1968.

¹⁹ Vedi A. FREYHAN, *On the psychopathology of psychiatric education*, in "Comprehensive Psychiatry," 6, pp. 221-26, agosto 1965; J. ROMANO, *Psychiatry, the university, and the community*, in "Arch. Gen. Psychiatry," 13, pp. 395-401, novembre 1965.

pio, certi campi della matematica possono essere insegnati indipendentemente dal fatto che gli studenti che ne siano così a conoscenza collaboreranno o meno con l'IBM o con la General Electric.

Per quanto riguarda le attività delle facoltà di medicina volte all'addestramento di esperti professionisti medici, la responsabilità che queste mole si assumono nei confronti della società è alquanto diversa: essa consiste nell'insegnare agli studenti un nucleo di conoscenze e di tecniche che risulteranno utili per alleviare e per prevenire le malattie degli uomini. In tutto questo non c'è niente di nuovo: si tratta della distinzione a tutti nota fra scienza pura e scienza applicata relativamente al campo dell'istruzione medica. Queste considerazioni, però, assumono un rilievo tutto particolare se le riferiamo al problema della psichiatria accademica.

Nella misura in cui la psichiatria accademica è un'estensione del sistema degli ospedali di stato o dei centri sanitari psichiatrici comunitari, la sua funzione è quella di una scienza applicata che si occupa del **controllo del** comportamento umano; in quanto tale, può riuscire a compiere uno dei suoi doveri verso la società, cioè a preparare dei medici ad essere esperti nel controllo sociale delle persone cosiddette malate mentali.

Nella misura in cui la psichiatria accademica è un'estensione del movimento psicoanalitico, la sua funzione è quella di una scienza pura che si occupa della **comprensione** del comportamento umano; in quanto tale, può riuscire a compiere un altro dei suoi doveri verso la società, cioè a preparare i medici a comprendere le persone cosiddette malate mentali.

L'utilità sociale della psicoanalisi per larghi strati di persone "malate mentali" è scarsa, mentre l'utilità sociale di un sistema ospedaliero in grado di dare una sistemazione ad un numero di persone quadruplo di quello che può accogliere tutto il nostro sistema penale è enorme; a **ciò** si può ora aggiungere l'utilità sociale di un nuovo vasto sistema di cliniche e di ospedali, chiamati centri sanitari psichiatrici comunitari.

Nel passato, la psichiatria accademica si è divincolata fra la **Scilla** di cercare di controllare la gente e la **Cariddi** di cercare di comprenderla. Il risultato è stato una dispersione della sua identità della quale la psichiatria accademica ha a lungo sofferto, e dalla quale non mostra alcun segno di guarigione.

Ci sono poi ulteriori difficoltà nell'istruzione psichiatrica dei medici. In pratica, l'istruzione psichiatrica universitaria ha dovuto essere un compromesso non solo fra la necessità del controllo sociale e quella della **comprensione** umana, ma anche fra i bisogni di quegli studenti che hanno intenzione di intraprendere una carriera nella medicina organica e quelli che invece hanno intenzione di dedicarsi alla **psichiatria**. Che a noi **psichiatri** questo possa piacere o no, la psichiatria non è per lo studente medico una disciplina altrettanto importante di quanto può **esserlo** la fisiologia, la medicina interna, o la chirurgia. È impossibile immaginare un medico competente che non sia preparato in questi campi, ma è del tutto facile immaginarne uno impreparato in psichiatria. Io ritengo che si possano preparare dei buoni ostetrici, chirurghi, e persino internisti e

pediatri senza sottoporli ad alcuna istruzione psichiatrica *formale* nella facoltà di medicina.

La comune credenza che gli studenti di medicina abbiano bisogno di una buona dose d'istruzione psichiatrica formale si basa su un concetto fondamentalmente erroneo. Si presuppone che, dal momento che i medici hanno a che fare con i pazienti, essi dovrebbero imparare qualcosa sulla relazione medico-paziente; o che, dal momento che danno una buona quantità di consigli basati sul buonsenso, essi dovrebbero imparare qualcosa di psicoterapia. Ma il fatto è che ci sono molte attività professionali a cui lo studente in medicina può in definitiva dedicarsi che non appartengono al programma richiesto dalle facoltà di medicina. L'esempio piú clamoroso è proprio la stessa istruzione medica: molti dei migliori studenti delle migliori scuole diventano insegnanti di medicina; nonostante ciò, l'insegnamento dell'istruzione medica non è mai incluso nel programma delle facoltà di medicina, né ritengo che dovrebbe esserlo.

Non voglio dire con questo che la psichiatria non sia importante. Ciò che sto cercando di dire è che la psichiatria è sia *meno* importante che *piú* importante di quanto è ora solitamente riconosciuto: infatti, **per** lo studente che non ha in essa alcun interesse, e che ha intenzione di **compiere** una carriera medica in senso stretto, essa è **meno importante**; e **per** lo studente che si interessa di essa, e ha intenzione di **compiere una** carriera psichiatrica (o nel campo della salute pubblica o nel campo dell'amministrazione), essa è di gran lunga **piú importante**. Nella pratica attuale, le facoltà di medicina cedono ad un compromesso fra i bisogni di questi due gruppi di studenti. Il risultato è che ad alcuni studenti è insegnata troppa psichiatria, ad altri ne è insegnata troppo poca.

Infine, la psichiatria accademica soffre delle conseguenze di cercare di abbassarsi anche ad un altro compromesso che riguarda la natura dell'oggetto di cui si occupa. La psichiatria non ha deciso se deve studiare e trattare delle condizioni patologiche, delle prestazioni sociali, o di entrambe." Nel primo caso si tratterebbe di una disciplina essenzialmente del tipo della patologia e della medicina interna; nel secondo caso si tratterebbe invece di una disciplina del tipo piuttosto della sociologia e della politica; il terzo caso, infine, sarebbe analogo — e spesso **inverso** è proprio **cosí** — a quello di un **bigamo**, che sostiene di amare due donne, ma che non riesce né a capire né a dedicarsi sinceramente ad alcuna delle due.

In breve, dunque, l'istruzione psichiatrica universitaria si trova ora in un triplice compromesso: *n*) fra le necessità di quegli studenti che non desiderano né richiedono l'insegnamento della psichiatria e le necessità di quelli che lo desiderano o lo richiedono; *b*) fra la psichiatria come controllo sociale e come scienza sociale; e *c*) fra la psichiatria come stu-

²⁰ A questo proposito, vedi T. S. SZASZ, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; trad. it. *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Il Saggiatore, Milano 1966; e "Il mito della malattia mentale," in questo volume, pp. 49-59.

dio e trattamento di **condizioni** appartenenti al campo della medicina (malattie) e come studio e **influenzamento** dei ruoli sociali (giochi).

VIII

Le società, come **gli** individui, hanno spesso diverse necessità fra loro in conflitto. Questo fatto influenza l'istruzione degli specializzandi in psichiatria come forse pochi altri nella società americana contemporanea. Le due necessità sociali che devono qui essere riconciliate sono l'istruzione degli scienziati psichiatrici, capaci di elaborare un pensiero critico ed un'**indagine** indipendente; e la preparazione dei professionisti psichiatrici, capaci di applicare le tecniche ritenute appropriate per tale professione. In realtà, i programmi di specializzazione in psichiatria, **all'interno** e **all'esterno** delle università, hanno teso a disporre queste due tendenze in ordine inverso: prima preparare i professionisti, e poi istruire gli scienziati.

Questo conflitto, peraltro, non è fra le aspirazioni degli individui e le richieste della società, ma è invece un conflitto fra due differenti necessità entrambe da parte della società stessa — la necessità di avere dei professionisti e quella di avere anche degli scienziati.

La tensione fra questi due scopi e necessità — non solo in psichiatria, ma nell'istruzione medica in genere — è solo da poco divenuto un problema riguardante gli insegnanti **in** ci. Nel 1965 un comitato della Association of American Medical Colleges riportava che

gran parte **dell'istruzione** formale, oltre il rilascio della laurea in medicina, è una questione di interesse relativamente limitato per la facoltà e l'università di medicina... Dunque, bisogna per **forza** concludere che l'istruzione medica completa negli Stati Uniti non è, neppure ai nostri giorni, veramente una funzione esclusiva dell'università, anche se la maggior parte delle facoltà di medicina e degli ospedali ad esse **connessi** aggiungono la parola "università" accanto ai loro nomi."

Le pressioni nell'altra direzione — cioè spingere le facoltà mediche a offrire dei servizi piuttosto che a favorire un'istruzione e un sapere critico e creativo — vengono ora soprattutto dai governi statali e da quello federale. Ad esempio, come risultato del Medical Amendment al Social Security Act, il governo federale farà — **cosí** ci dice uno scrittore di questioni mediche — nuovi sforzi

* **per** coinvolgere le facoltà di medicina ancor **piú** a fondo nei servizi di assistenza... Le stesse facoltà di medicina subiranno sicuramente dei profondi cambiamenti a **causa** dei nuovi programmi federali: non solo si sta cercando di far loro accettare una maggiore responsabilità nei confronti dei servizi sanitari comunitari, ma esse saranno con tutta probabilità **rafforzate** dalle nuove dirette operazioni assistenziali."

²¹ *The critical issues in MD education*, in "Medical Tribune," 23-24 ottobre 1965, p. 14.

²² M. J. O'NEIL, *Capital rounds*, in "Medical World News," 22 ottobre 1965, p. 93.

Forse in risposta a queste rinnovate pressioni verso i servizi di utilità pratica, anche le necessità culturali stanno divenendo piú chiaramente articolate. Cosí Robert H. Ebert, preside della Harvard Medical School, si è lamentato che, persino in una fase cosí avanzata nella storia dell'istruzione medica, "le facoltà di medicina non si sono stranamente assunte la responsabilità di continuare l'istruzione degli studenti dopo che si siano laureati in medicina. Esse hanno troppo a lungo creduto che la specializzazione postuniversitaria non sia affare dell'università." E ha espresso la speranza che le facoltà di medicina comincino a dedicarsi direttamente all'istruzione postuniversitaria del medico, per venire incontro "ai suoi bisogni particolari e alle speciali necessità della comunità, indipendentemente dalle fonti di sostegno finanziario o dagli effettivi interessi di tutta una serie di istituzioni parascolastiche."²⁴

Questa affermazione mostra una buona comprensione di questo problema in tutte le sue complessità. La comunità, a meno che non proponga di sacrificare i propri bisogni di vasta portata di promuovere la cultura e l'avanzamento della conoscenza e delle tecniche ai propri limitati bisogni di servizi pubblici, ha bisogno che le sue facoltà di medicina siano una fonte sia di cultura medica che di professionisti medici. Se questi due scopi non possono coesistere in un compromesso costruttivo, a perdere sarà la società.

Attualmente, i programmi di preparazione per specializzandi in psichiatria cercano di effettuare un compromesso fra due dei tre bisogni sociali e professionali fra loro in conflitto che ho qui sopra elencato: cioè, fra la psichiatria come controllo sociale e come scienza sociale, e fra la psichiatria come studio e trattamento di malattie e come studio e **influenzamento** dei ruoli sociali.

La libertà dei dipartimenti di psichiatria di offrire un programma eclettico, comprendente l'istruzione in tutti i diversi elementi che ora costituiscono la disciplina della psichiatria, o un programma rivolto selettivamente all'uno o all'altro aspetto teorico e pratico, dipende anche da circostanze esterne — come le richieste di certificati, il regolamento giuridico della pratica medica e di settori specialistici **affini**, le possibilità economiche nei vari rami della psichiatria, e via di seguito.

In ultima analisi, ciò che distingue lo studioso dell'uomo che abbia delle conoscenze di tipo psichiatrico dallo studioso di scienze politiche, dallo psicologo, dal sociologo o dall'assistente sociale è il fine pratico che cerca di conseguire e i **metodi** di cui si serve: dal momento che variano il **fine** e i metodi, varia anche la "psichiatria." La psichiatria comunitaria e la psicoterapia individuale saranno dunque diverse — e ci si deve aspettare che lo siano — proprio nello stesso modo in cui il

²³ R. H. EBERT, *Faculties have not taken responsibility*, in "Medical World News," 22 ottobre 1965, p. 53.

²⁴ *Ibid.*

controllo della sifilide attraverso le misure sanitarie pubbliche è diverso dal miglioramento estetico del proprio naso attraverso la chirurgia plastica.

»

IX

^C La psichiatria accademica è ora sulla soglia di una nuova crisi d'identità. Come nel caso di crisi precedenti, ancora una volta la domanda da porsi è la seguente: chi darà una nuova identità alla psichiatria accademica — gli psichiatri accademici, o le persone esterne alla chiesa accademica che rappresentano altri interessi sociali?

“È solo mediante la risoluzione delle perplessità morali,” disse Eliseo Vivas. “che un uomo può scoprire, creando, ciò che è.” Analogamente, è solo mediante la risoluzione delle perplessità morali che un gruppo, o un'istituzione, può scoprire, creando, ciò che è. Soltanto un individuo che abbia un senso d'identità ben definito può resistere alle lusinghe e alle minacce degli interessi esterni. Abbiamo visto come, nel passato, la psichiatria accademica non sia stata capace di mantenere e di sviluppare un'identità autodefinita: trovandosi sottoposta a delle pressioni, ha permesso a un interesse dopo l'altro di definirne il ruolo e la funzione sociale — in breve, l'identità professionale. A meno che non sia cosciente di questa minaccia e sia preparata a difendersene, la psichiatria accademica sembra impreparata a resistere alle pressioni che probabilmente emergeranno dal movimento psichiatrico comunitario.

Il problema non è nuovo, e dovremmo cercare di imparare dalle lezioni della storia. Negli ultimi decenni, il potere del denaro è stato drammaticamente dimostrato in due campi diversi: la legislazione e le pratiche di assistenza sociale, e la relazione fra governo e scienze fisiche.

Per quanto possa sembrare paradossale — osservò Wilcox — la massima minaccia alla libertà nei nostri programmi di servizi e aiuti pubblici è la minaccia alla libertà dei beneficiari... È talvolta possibile, quando si pagano delle persone perché facciano o non facciano certe cose, che si finisca per controllare le loro azioni altrettanto efficacemente che se le si minacciasse di mandarle in prigione.”

Il Community Mental Health Centers Act del 1963, come il Social Security Act, è un programma di aiuti pubblici. È probabile, di conseguenza, che riproduca un'altra burocrazia mastodontica, che terra in dipendenza economica i suoi impiegati e in dipendenza giuridica i suoi clienti psichiatrici. Il campo d'azione di quello che è stato soprannominato “governo della corruzione” può essere in questo modo ulteriormente ampliato.

²⁵ E. VIVAS, *The Moral Life and the Ethical Life*, Regnery-Gateway, Chicago 1963, p. 40.

²⁶ A. W. WILCOX, *Patterns of social legislation: Reflections on the welfare state*, in “J. Public Law,” 6, pp. 3-24, primavera 1957.

Disumanizzazione dell'uomo

Il nostro problema non è qui semplicemente il rischio che un aiuto che venga *dal* governo porti a un controllo *da parte* di esso; in psichiatria, si tratta piuttosto del pericolo connesso alla mutevole definizione di ciò a *cui* l'aiuto è rivolto. Come abbiamo visto, il movimento per la salute mentale comunitaria, con l'appoggio federale, spinge nella direzione della costituzione di centri che offrano "assistenza sanitaria psichiatrica" a masse di persone, specialmente di persone povere. Questa impresa può essere una necessità sociale, come lo è, ad esempio, l'addestramento dei poliziotti. Ma potrebbe forse un aumento della percentuale di attività criminali giustificare che le facoltà di legge delle nostre università fossero trasformate in scuole di addestramento per poliziotti? Tutti o quasi considererebbero ingiustificato un tale provvedimento, poiché le facoltà di legge devono servire ad altre funzioni sociali — cioè a preparare delle persone a essere avvocati difensori, avvocati dell'accusa, giudici, civilisti, studiosi di questioni legali, e via di seguito. Tuttavia, questo tipo di ridefinizione delle finalità dei dipartimenti accademici di psichiatria è ora ampiamente difeso e giustificato sulla base dell'argomento secondo cui dobbiamo combattere l'"incidenza" crescente della "malattia mentale," specialmente fra i poveri e gli svantaggiati della società.

I pericoli che corre la psichiatria come scienza umana possono essere ancora più gravi. La fisica, disciplina altamente sviluppata con un chiaro senso d'identità, fu schiacciata dal peso di un appoggio federale su vasta scala per la ricerca e lo sviluppo; è probabile che sotto tale peso la psichiatria si spezzi. Perché questo dovrebbe verificarsi? La ragione principale di un conflitto fra scienza e governo è che gli scienziati sono fondamentalmente interessati alla conoscenza, mentre i politici sono fondamentalmente interessati al potere. Come osservò James R. Newman:

Là dove si incontrano scienziati e politici deve verificarsi un conflitto; e così avvenne per un certo tempo. Questa salutare condizione non si verifica più: ora scienziati e politici ballano insieme, procedono fianco a fianco, s'inclinano, si strusciano, si scambiano complimenti; uno spettacolo deplorabile!

L'unione delle forze del governo e dei fisici atomici, suggeriva Newman, è stata d'aiuto alla difesa nazionale, ma non ai fisici. La scienza è stata "sviata e corrotta dagli appoggi federali; gli scienziati hanno perso la loro indipendenza; la cultura ne ha sofferto." Newman così concludeva: "La relazione fra scienza e governo federale è pericolosa e i mali a cui ho fatto riferimento stanno divenendo sempre più gravi. Essi non si curano da soli con l'andar del tempo, e richiedono molta più onestà, franchezza, e dedizione disinteressata di quanta siano disposti a dedicare loro la comunità scientifica o il governo. Che la

²⁷ J. R. NEWMAN, *Big science, bad science*, in "The New York Review of Books," 5 agosto 1965, pp. 10-12, p. 11.

scienza abbia bisogno di una qualche sorta di appoggio federale è cosa certa; ma non è cosa meno certa che servirsi dei fondi federali per trasformare la scienza in un qualcosa che sia poco di piti che uno strumento al servizio della politica mediante altri mezzi significa avvilirla e degradarla."''

Siccome la psichiatria è una scienza morale, il suo bisogno d'indipendenza da coloro che esercitano il potere economico e politico è ancora piú grande di quello delle scienze naturali. Non insisterò oltre su ciò che potrebbe capitare alla psichiatria se un appoggio federale massiccio la trasformasse in uno "strumento al servizio della politica."''

X

La psichiatria accademica è ora esposta a un duplice attacco alla sua integrità: le blandizie — che consistono in vaste somme di denaro disponibili per coloro che desiderano preparare i quadri degli operatori nel campo della salute mentale; e le accuse — che consistono in critiche dirette a coloro che non desiderano che i propri talenti e le proprie risorse, e quelli delle loro istituzioni, siano usati come "armi contro la malattia mentale."

In ultima analisi, la sopravvivenza della psichiatria accademica dipenderà dagli appoggi che riceverà dalle sue proprie fila, dalla comunità accademica in senso piti ampio, e dalla società in genere. Il medico che opera nel campo della salute pubblica ha resistito alle pressioni sociali che lo spingevano a definire il suo ruolo come lavoro sociale: egli non considera, per esempio, che sia suo compito proteggere i poveri contro i loro padroni (sebbene tale protezione potrebbe benissimo migliorare la loro salute). Né lo studioso di questioni legali ha ceduto alle pressioni sociali di definire il suo ruolo come meccanica sociale: egli non considera, per esempio, che sia suo compito interpretare la Costituzione in modo da facilitare la vita al maggior numero possibile di persone (sebbene tale interpretazione potrebbe benissimo migliorare le condizioni di molte persone).

Dipende quindi in primo luogo dallo psichiatra accademico resistere alle pressioni sociali che lo spingono a definire il suo ruolo come pratica del controllo sociale: egli non deve, per esempio, considerare che sia suo compito riaddestrare degli adulti malamente socializzati in modo da renderli lavoratori produttivi (sebbene tale riaddestramento potrebbe benissimo risultare di aiuto a molte persone). In breve, egli deve rimanere fedele all'integrità del suo ruolo sociale. Qual è questo ruolo? Non è niente di nuovo. La sua essenza fu brillantemente riespressa da Christopher Lasch quando affermò che "gli intellettuali non sono dei di-

* *Ibid.*, p. 12.

²⁹ A questo proposito, vedi T.S. SZASZ, "L'etica della salute mentale," in questo volume, pp. 60-79; e "Dove va la psichiatria?," in questo volume, pp. 220-242.

plomatici, non sono dei senatori, non sono degli arbitri di dispute internazionali. Essi sono dei critici, e qualsiasi potere essi possano avere deriva loro da questo fatto..." Se dunque lo psichiatra accademico non è un critico indipendente dal punto di vista intellettuale, egli non ha di fatto *alcun ruolo* che possa aspettarsi che la società voglia proteggere.

La sopravvivenza della psichiatria accademica, sia pur nella sua attuale forma embrionale, e il suo ulteriore sviluppo, dipendono dunque dalla consapevolezza dello psichiatra accademico della speciale natura del suo ruolo di studioso critico e dalla sua lealtà a quel ruolo. Ma questo non è sufficiente. La comunità accademica in senso più ampio e la società in genere devono riconoscere la natura e il valore degli sforzi accademici, e devono proteggerli da ogni usurpazione da parte di zelanti riformatori sociali. È necessario, quindi, che sia coloro che sono *all'interno* che coloro che sono all'esterno dei circoli psichiatrici, medici e professionali comprendano e apprezzino le differenze fra le *persone che capiscono* e che li aiutano a vivere *come sembra loro opportuno*, e le *persone che controllano* e che li fanno vivere *come sembra opportuno alla società*. Se essi non apprezzano questa differenza, la psichiatria accademica perde la sua *raison d'être*, e gli psichiatri accademici non hanno più valide pretese nei confronti degli speciali privilegi che la società occidentale concede ai suoi discepoli.

³⁰ C. LASCH, *Democratic vistas*, in "The New York Review of Books," 30 settembre 1965, pp. 4-6, p. 6.

*La classificazione psichiatrica come strategia
per la segregazione dell'individuo*

I

L'uomo è il solo animale che classifica. Qualsiasi cosa percepiamo o facciamo deve essere posta nella sua giusta categoria. In altri tempi, quando la teologia era l'arbitro supremo degli uomini con opinioni in conflitto, le cose erano piú semplici. L'uomo non classificava. Solo Dio poteva farlo. A quei tempi, il compito dello scienziato era come quello dello scassinatore: far scattare la misteriosa combinazione inserita da Dio nella natura.

La scienza moderna ha spodestato il Maestro Classificatore suggerendo una visione del mondo opposta alla precedente, secondo cui tutto è "ronzante e rimbombante confusione," finché l'uomo non vi porta l'ordine e l'armonia. Così, ad esempio, la distinzione fra animali e uomini, rocce e alberi, non è il risultato di un divino programma di creazione, come è dichiarato nella Genesi, ma bensì la manifestazione del potere dell'uomo di creare delle categorie mediante dei simboli. Tuttavia, se noi creiamo le categorie, piuttosto che scoprirle, come possiamo essere sicuri di aver messo le diverse cose nelle classi giuste?

In psichiatria, tutta la discussione riguardante il problema della classificazione si basa sulla premessa fondamentale che esistano in natura delle condizioni mentali o delle forme di comportamento anormali, e che sia scientificamente conveniente e moralmente meritevole porre le persone che soffrono di queste condizioni, o che manifestano un tale comportamento, in categorie adeguatamente designate.

Le mie esperienze e le mie riflessioni mi hanno portato a mettere in discussione questi assunti. Quello che io metto in forse non è, naturalmente, l'esistenza di un gran numero di varianti nella condotta individuale, né la possibilità di affibbiare a esse svariate etichette. Quello che io metto in questione è la base logica e la posizione morale delle premesse che stanno dietro a tutti i sistemi esistenti di classificazione psichiatrica: che il comportamento umano sia un evento naturale, e che, come tutti gli altri eventi di questo tipo, possa e debba essere classificato.

Tuttavia, almeno in apparenza, la posizione del nosologo psichiatrico può sembrare inattaccabile. Viviamo in un'era scientifica e abbiamo una fede illimitata nei metodi delle scienze fisiche. Se possiamo classificare

il comportamento delle stelle e degli animali, perché non dovremmo poter classificare anche il comportamento dell'uomo?

Può risultare difficile resistere all'esca del positivismo, ma lo studioso dell'uomo deve resistervi se non vuol essere un umanista fallito. Nella scienza comportamentista, infatti, la logica del fisicalismo è evidentemente falsa, in quanto trascura le differenze esistenti fra persone e cose e gli effetti del linguaggio su ognuna di esse.

Lo speciale linguaggio della fisica ci aiuta a comprendere e a maneggiare gli oggetti fisici. Se concepiamo la psichiatria (o la psicologia) in modo simile, allora il suo speciale linguaggio dovrà servire a uno scopo analogo: aiutarci a capire e a controllare le persone. Ma, con la sola eccezione di casi rigorosamente circoscritti, è forse il controllo e la manipolazione delle persone un'impresa moralmente legittima? In particolare, è un'attività moralmente legittima per degli scienziati? Se lo scopo della scienza dell'uomo è manipolare la gente, in cosa è essa diversa dalla legge e dalla religione, o dalla pubblicità e dalla politica? Chiaramente, la natura, la portata, e l'etica della scienza dell'uomo richiedono un'ulteriore chiarificazione.

Di questo possiamo essere sicuri: solo l'uomo crea i simboli e ne è influenzato. Di conseguenza, essere posti in certe classi ha un effetto sulle persone, mentre non ne ha alcuno sugli animali e sulle cose. Chiami una persona "schizofrenica," e le capita qualcosa; chiami "topo" un topo e "granito" una roccia, e a loro non capita niente. In altre parole, in psichiatria e negli affari umani in genere, l'atto della classificazione è un evento estremamente significativo.

II

Il problema della classificazione psichiatrica è vecchio quanto la stessa psichiatria. È opportuno quindi, prima d'incamminarsi su un nuovo sentiero e verso destinazioni sconosciute, considerare i sentieri esistenti e le loro usuali destinazioni.

Non c'è carenza, in psichiatria, di schemi nosologici. In genere, essi si basano su uno o più dei seguenti modelli concettuali e metodologici: *a*) medicina (o anatomia e fisiologia patologica); *b*) costituzione o ereditarietà; *c*) etica e legge; *d*) statistica; *e*) psicobiologia; *f*) psicologia; *e* g) psicoanalisi. La nomenclatura ufficiale della American Psychiatric Association è, nella sua forma attuale, un miscuglio di tutti questi elementi.

Per quanto questi sistemi possano differire nei particolari, sono tutti concordi riguardo a una caratteristica fondamentale: l'atto della classificazione *non* deve essere analizzato a fondo. Coloro che aderiscono a questi diversi schemi nosologici accettano l'opinione che è compito dello psichiatra esaminare e classificare i *pazienti*. Perché lo psichiatra occupi il ruolo di classificatore e il paziente il molo di classificato è una domanda che non è mai posta. Né alcuno si preoccupa dell'effetto

della classificazione sul conseguente comportamento dei pazienti e degli psichiatri. In breve, gli scienziati comportamentisti classificano le persone come se fossero cose. Questo è quasi altrettanto vero per l'approccio psicoanalitico che per quello puramente organicista. Non che questo debba sorprenderci: non è infatti dovuto in alcun modo a un'assenza di sentimenti umani da parte degli psichiatri, ma piuttosto all'inadeguatezza di una concezione in termini di scienza naturale. Con questo mi riferisco al tentativo di studiare, spiegare, e controllare le persone come se fossero animali o cose. Questo era lo scopo dello studioso "scientifico" dell'uomo cent'anni orsono, ed è tuttora il suo scopo. Ecco quello che sostiene, in un recente numero di "Science," un illustre studioso di questioni mediche: "Non dovremmo stare a discutere se l'uomo è una macchina, ma piuttosto... dovremmo chiederci 'Che tipo di macchina è mai l'uomo?'"

• Da Charcot a oggi, i nosologi psichiatrici hanno pensato all'uomo come a una macchina che può essere presa a sé e "spiegata" meccanicamente. Così, ad esempio, in un saggio memorabile sul suo grande maestro, Freud osservava:

¹ Ma all'allievo che con lui, per ore, passava la visita nelle corsie della Salpêtrière, questo museo di fatti clinici che, per la maggior parte, a Charcot dovevano il proprio nome e la scoperta delle proprie caratteristiche, gli faceva venire in mente Cuvier, il grande conoscitore e descrittore del mondo degli animali, quale ce lo mostra un monumento al "Jardin des Plantes" attorniato da una folla di animali, oppure faceva pensare all'Adamo del mito, cioè colui che più di ogni altro, quando Dio gli affidò l'incarico di distinguere e dare un nome a ogni essere vivente nell'Eden, poté provare quel piacere intellettuale tanto esaltato da Charcot.²

Freud paragona in questo brano Charcot a Cuvier, che aveva classificato diversi tipi di vita animale, e ad Adamo che, secondo la visione biblica della Creazione, diede nome e raggruppamento agli oggetti che Dio aveva "fabbricato." In ognuno di questi casi, il classificatore e il classificato si trovano su piani esistenziali diversi: uno sta sopra, l'altro sta sotto.

Si potrebbe pensare che questo approccio rappresenti i pifi remoti inizi di ogni scienza; ma sarebbe un errore. Oggi possediamo metodi d'osservazione ben pifi raffinati; possiamo usare termini differenti; ma l'approccio è fondamentalmente lo stesso. Kurt Kollé, uno dei principali psichiatri europei contemporanei, riferendosi agli psichiatri istituzionali tedeschi della metà del secolo scorso, dichiarò: "I medici che lavoravano in queste istituzioni erano impegnati uomini di scienza; attraverso osservazioni metodiche e pur benevole dei loro pazienti, essi misero insieme un ritratto composito dell'infermità mentale. I pionieri

¹ V. R. POTTER, *Society and science*, in "Science," 146, pp. 1018-22, 20 novembre 1964, p. 1022.

² S. FREUD, *Charcot* [1893], in *Opere*, Boringhieri, Torino 1968, vol. II, pp. 101-16, p. 107.

della psichiatria assomigliavano a *un bambino che raggruppi pietre o conchiglie* a seconda della loro dimensione e del loro colore" (corsivo aggiunto).³

Il dilemma dello scienziato naturale che studia l'infermità mentale è esattamente rivelato dalla parola *benevole*. Nessuno descriverebbe le osservazioni di Galileo, o quelle di Newton, o di Einstein, come benevole. Perché, dunque, sono in tal modo descritte le osservazioni dei primi psichiatri? La risposta può essere soltanto la seguente: perché gli oggetti della loro osservazione erano persone, non stelle. *Se* però lo psichiatra lavora con delle persone, deve forse l'atteggiamento che egli manifesta nei confronti dei suoi soggetti essere come quello di un "bambino che raggruppi pietre"? Secondo Kollé, sì. Egli rende omaggio a Kraepelin per "il suo grande contributo alla medicina — una classificazione dei disordini mentali." La valida auestione. *così egli* continua. "che Kraepelin esplorò accuratamente, era la seguente: come si sviluppa la malattia? Questo metodo di ricerca gli permise di mettere un po' d'ordine nella sconcertante pletora di sintomi clinici con il dividerli in categorie separate; sebbene siano già trascorsi dalla sua morte trent'anni, il sistema escogitato da questo eminente ricercatore è ancora valido."

Cosa significa qui il termine "valido"? Ancora in uso? Su questo punto dobbiamo essere estremamente cauti. Il metodo psichiatrico non è altro che uno dei molti mediante i quali le persone classificano altre persone. Alcune di queste classificazioni sono state impiegate per ben più che trent'anni e, in questo senso, si sono dimostrate "valide." Per esempio, sono trascorsi più di cinquemila anni da quando gli ebrei si classificarono come il "Popolo Eletto" — e classificarono gli altri, per deduzione, come figliastri di Dio; molti ebrei e non ebrei ritengono ancor oggi che questo sia vero. Analogamente, i negri d'America furono classificati come esseri inferiori più di trecento anni fa, e sono ancora considerati da molti come tali. Sono quindi, di conseguenza, "valide" queste classificazioni?

È il caso di accennare a questo punto ad alcuni dei fenomeni che Kraepelin considerava come malattie mentali che gli psichiatri dovevano classificare. La sua lodatissima nosologia comprendeva "diagnosi" come "le anomalità sessuali: la masturbazione," "il criminale nato," e "i bugiardi e i truffatori patologici."⁵

Né auesta visione naturalistica è soltanto una auestione di storia psichiatrica — una posizione sostenuta tempo fa, ma ora scartata. Dopo aver dedicato sette pagine fitte a una rassegna della classificazione kraepeliniana, Karl Menninger conclude col seguente giudizio: "Il lavoro che ha impegnato tutta la vita di Kraepelin rappresenta probabilmente la più grande sintesi nosologica mai realizzata in psichiatria..

³ K. KOLLE, *An Introduction to Psychiatry*, Philosophical Library, New York 1963, p. 2.

⁴ *Ibid.*, p. 3.

⁵ Citato in K. MENNINGER, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*, Viking, New York 1963, p. 462.

Kraepelin è riuscito a provocare in qualche misura una fusione della psichiatria e della medicina, il che era stato lo scopo e l'ideale degli operatori psichiatrici fin dai tempi di Ippocrate.”⁶

Se la nosologia di Kraepelin è “la più grande mai realizzata in psichiatria,” quanto irrazionali e distruttive dei valori umani possono essere le altre? Inoltre, se Kraepelin riuscì a realizzare una “fusione della psichiatria e della medicina” — un risultato che Menninger e molti altri psichiatri contemporanei considerano 'assolutamente desiderabile’ — forse dovremmo domandarci l'indomandabile: l'unificazione della psichiatria e della medicina.’

L'attuale opinione di Kolle — che è rappresentativa di ciò che ho chiamato l'approccio normale alla classificazione — è questa: “Chiunque voglia seriamente pervenire a una comprensione dei principi fondamentali della psichiatria deve prima far la conoscenza del sistema mediante il quale lo psichiatra — e qui aderiamo strettamente agli insegnamenti di Kraepelin — cerca di interpretare la malattia e le anomalie mentali come *stati determinati dalla natura*.”⁷

Non è chiaro cosa Kolle qui intenda con la parola *natura*. Talvolta la si usa in questo senso: distinguiamo fra le cose che esistono in natura, come il mare, le montagne, o il carbone e il petrolio — e le cose che sono fatte dall'uomo, come i tavoli, le seggiole, o il nylon e il motore a reazione. Kolle vuol forse dire che le malattie mentali sono come il mare o le montagne, date in natura, e non sono dei prodotti del comportamento umano?

In altri casi, la parola *natura* significa il mondo fisico, come opposto al mondo umano (morale e sociale) — per esempio una legge fisica come opposta a una legge morale. Se è questo ciò che vuol dire Kolle, egli asserisce che la malattia mentale è un evento naturale o *impersone*, come un terremoto, piuttosto che come un atto personale, come può essere la decisione di fingere di essere Cristo. Kolle esprime questa opinione nel brano seguente:

Quando creiamo una classificazione di malattie (nosologia) — sia che ci occupiamo di disturbi degli organi interni, della pelle, del sistema nervoso, o della mente — dobbiamo cercare d'identificare la causa di ogni malattia, poiché nella scienza della medicina dobbiamo sempre lasciarci guidare dall'assioma “non si cura finché non si è diagnosticata la causa.”⁸

Questa posizione è almeno chiara: la mente è come la pelle. Sia all'una che all'altra capitano delle cose: alcune di queste cose noi le chiamiamo “malattie.” Ne ricerchiamo le *cause e*, se possibile, le rimuoviamo. Ma che posizione occupa in questo schema l'azione umana? Ecco

⁶ *Ibid.*, p. 463.

⁷ Vedi T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; trad. it. *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Il Saggiatore, Milano 1966.

⁸ KOLLE, *op. cit.*, p. 7.

⁹ *Ibid.*

la risposta: nessuna. Non esiste una cosa come un'azione per conseguire un risultato — esiste solo un comportamento determinato da certe cause. Qui sta l'errore fondamentale dell'approccio medico e **meccanomorfico**¹⁰ al comportamento umano e alla classificazione psichiatrica. Soltanto un orientamento fondamentalmente nuovo nel nostro approccio alla classificazione psichiatrica ci districcherà da questo dilemma.

III

Per assicurarci una prospettiva nuova sul problema della nosologia psichiatrica, cominciamo **dall'inizio**: esaminiamo l'atto della classificazione.

La classificazione non è una caratteristica esclusiva della scienza o degli scienziati, ma è un'azione fondamentale dell'uomo. Dare a qualcosa un nome è classificarlo. Ma perché gli uomini danno dei nomi alle cose? Spesso la risposta è questa: per poter controllare la cosa a cui si è dato il nome, e, pifi in generale, per controllare il proprio potere d'azione nel mondo.

Si considerino alcuni concetti di fondo, presenti persino nelle culture pifi primitive: il cibo, la bevanda, la moglie, il nemico. Separare le cose commestibili da quelle che non sono tali aiuta a sopravvivere; separare la donna con cui si può avere rapporti sessuali da quelle con cui non si può aiutare la collaborazione sociale; e via di seguito.

Le idee sofisticate della scienza moderna possono essere considerate in modo simile. Concetti come quello di atomo o di batterio ci aiutano a dominare il mondo che ci circonda: ad esempio, a sintetizzare nuovi composti e a curare malattie infettive. L'atto di dare un nome o di classificare è intimamente collegato al bisogno umano di controllare o di dominare. In questo non c'è niente di nuovo: è un altro modo per dire che la superiorità dell'uomo sugli altri animali sta nella sua capacità di servirsi del linguaggio. ~

Questo ci riconduce all'origine di alcune delle nostre difficoltà nel campo della psichiatria. Una cosa è ottenere il controllo su degli animali, **per esempio imparare** ad addomesticare il bestiame: e una cosa è ottenere il controllo su degli essere umani, per esempio imparare a render schiavi i negri. Prima di volgerci al problema della classificazione come segregazione, comunque, esaminiamo l'atto della classificazione nella selezione di oggetti non-umani.

Di regola, il movente di una classificazione è il conseguimento del controllo su una **parte** della natura. Di conseguenza, l'atto classificatorio è diverso dal **gioco** del bambino sulla spiaggia — che è esploratorio e indifferente. Assomiglia di **piú** allo starsene sdraiato della tigre in attesa

¹⁰ Vedi, a questo proposito, F.W. MATSON, *The Broken Image: Man, Science, and Society*, Braziller, New York 1964.

di un'antilope — che è intenzionale e strategico. Da classificatore, l'uomo inoltre "attacca" l'oggetto del suo interesse classificatorio — non per divorarlo, ma per controllarlo.

Sartre descrive questo fenomeno con acutezza. Quand'era bambino, solo e sempre chino sui libri, non andava a caccia di farfalle per prenderle nella sua retina; andava, invece a caccia e cercava di prendere tutta la "realtà" in una rete formata di parole:

Presi nella trappola della mia nomina, un leone, un capitano del Secondo impero, un beduino, s'introducevano nella stanza da pranzo; vi saremmo rimasti prigionieri per sempre, incorporati dai segni; credetti di aver ancorato i miei sogni al mondo per mezzo dei grattamenti d'una punta **metallica**.¹¹

Piú oltre, ribadisce lo stesso concetto:

Esistere era possedere una denominazione depositata, da qualche parte, sopra le infinite Tavole del Verbo; scrivere era inscrivervi nuovi esseri oppure, e fu la mia **piú** tenace illusione, prendere le cose, vive, nella trappola delle frasi: se combinavo ingegnosamente le parole, l'oggetto si impegolava nei segni, era mio."

¹ Spesso è evidente che la classificazione è finalizzata a uno scopo strategico o tattico. Quando l'uomo primitivo attribuisce la morte del suo bestiame alla maledizione scagliata contro di esso dal suo vicino, egli classifica la malattia del bestiame in termini strategici: non può curare il suo bestiame, ma può uccidere il suo vicino. La classificazione è come una leva: dà un punto d'appoggio, qualunque sia la cosa che si voglia sollevare.

Naturalmente, è meglio basare le proprie classificazioni su dei fatti che non su delle fantasie — attribuire la morte del proprio bestiame all'afra epizootica piuttosto che al malocchio del proprio vicino. Non voglio negare o sminuire la base empirica o scientifica dei diversi sistemi di classificazione. Il mio intento, comunque, è qui differente: è chiarificare la finalità e l'importanza strategica dei sistemi di classificazione indipendentemente dal loro contenuto. **Cosí**, quando gli uomini non sanno dell'afra epizootica, attribuiscono la morte del loro bestiame alle macchinazioni dei loro vicini o dei loro dei, anziché riconoscere la loro ignoranza sulla natura della calamità che li ha colpiti. Ogni classificazione, anche se è falsa, promette la speranza di un dominio sicuro; d'altra parte, l'assenza di classificazione implica un'ammissione di **impotenza**. Questa ammissione è per l'uomo un risultato molto infrequente e altamente **raffinato**: infatti richiede un controllo, almeno per un certo periodo di tempo, sull'incessante lotta dell'uomo per il dominio. Questa è una raffinatezza che possono permettersi soltanto coloro che si sentono sufficientemente sicuri da riconoscere la propria insicurezza.

¹¹ J.-P. SARTRE, *Les mots*, Gallimard, Paris 1964; trad. it. *Le parole*, Il Saggiatore, Milano 1968, pp. 135-36.

¹² *Ibid.*, p. 173.

Per quanto difficile possa essere classificare le cose, e specialmente classificarle bene, è ancora **piú** difficile non classificarle affatto: sospendere il proprio giudizio e rimandare l'atto della classificazione.

IV

La scienza può essere considerata come la somma totale dello sforzo umano di comprendere la natura e di ottenere **cosí**, almeno in parte, il controllo su di essa. Il processo di attribuzione di nomi, o identificazione simbolica, è forse l'ingrediente fondamentale della 'scienza. La classificazione è un **perfezionamento** rispetto all'attribuzione del nome, **cosí** come il mattone e il calcestruzzo sono un perfezionamento rispetto alla pietra e al **legname**. **In** che modo la classificazione ci aiuta a dominare il mondo che ci sta attorno? Con l'indicarci la regolarità del ripetersi di certi fenomeni: come risultato, ci vengono risparmiate sorprese ricorrenti su vari eventi che si verificano intorno a noi. Nei climi temperati, la sequenza delle stagioni è uno di tali fenomeni; sulla costa, lo sono il flusso e il riflusso della marea. L'attribuzione dei nomi agli **animali** e alle piante, la disposizione degli elementi, e la classificazione delle malattie umane sono altri, **píi** complessi sistemi ripetitivi; ognuno di essi ci aiuta a dominare certi aspetti del mondo che ci circonda. In alcuni casi, il dominio è conseguito dal fatto di possedere il potere **di** prevedere eventi futuri, e, di conseguenza, di prepararsi e di adattarsi a essi — per esempio, nel caso della meteorologia; in altri casi, dal fatto di **possedere** il **potere** di far verificare certi eventi futuri mediante azioni saggiamente pianificate — per esempio, nel caso dell'agricoltura.

A grandi linee, questo è sempre stato l'**atteggiamento** dell'uomo razionale nei confronti del mondo delle rocce, delle piante, e degli **animali**. Là dove questo atteggiamento è **píi** altamente sviluppato, l'**uomo** riesce con maggiore successo a "conquistare" la natura. Questo è lo sfondo contro il quale dobbiamo considerare i problemi connessi **alla** classificazione psichiatrica.

Gli scopi delle scienze naturali, e i criteri principali per provare la validità delle loro asserzioni, sono la prevedibilità e il controllo. **Dar** nomi e classificare — e la costruzione di ipotesi, di teorie, o delle cosiddette leggi naturali — ci aiutano a conseguire questi **fini**. **Non** è però **sufficiente** per l'uomo capire, e di conseguenza essere in grado di prevedere o di alterare il movimento dei pianeti, la crescita e l'appassire delle piante, e il comportamento degli animali. C'è un'altra fonte di mistero e di pericolo per l'uomo: gli altri uomini.

Gli sforzi dell'uomo per comprendere e controllare i suoi simili hanno una storia lunga e complessa. Farò qui alcune brevi considerazioni soltanto su una parte di questa storia — gli ultimi trecento anni. Questo periodo comprende lo sviluppo di gran parte della moderna scienza fisica, e di tutta la moderna scienza sociale. Particolarmente interessante è l'atteggiamento dello scienziato nei confronti delle **somi-**

glianze e delle differenze fra la descrizione, la previsione, e il controllo degli eventi naturali e del comportamento umano.

L'idea di una "scienza **unificata**" non è tanto nuova quanto talvolta crediamo. In un certo senso, la visione del mondo che aveva l'uomo primitivo era unificata: il suo atteggiamento è lo stesso verso la natura animata e quella inanimata, verso l'uomo, gli animali, e le cose. Noi chiamiamo questo *antropomorfismo*: il primitivo cerca di capire il mondo fisico come se fosse animato da spiriti dalle **sembianze** umane. Gli eventi fisici, sia quelli desiderati che quelli disastrosi, sono considerati essere la conseguenza di azioni controllate dalla volontà di altri. Il controllo di tali eventi risulterà quindi essere imperniato sugli sforzi per propiziarsi gli dei o gli spiriti che si ritiene siano responsabili di averli provocati.

Con l'avvento della scienza moderna, iniziata con uomini come Galileo e Newton, l'immagine della natura come congegno meccanico dal funzionamento armonioso ispirò un'altra visione dell'uomo: invece di "proiettare" se stesso nella natura, l'uomo ora "introietta" la natura in se stesso. Mentre l'uomo primitivo "personifica" le cose, l'uomo moderno "cosifica" le persone. Noi chiamiamo questo fatto *meccanomorfismo*: l'uomo moderno cerca di capire l'uomo come se "esso" fosse una macchina. Così, lo studioso dell'uomo deve prendere in disparte questa macchina e comprenderne le varie parti e funzioni, **così** da poterne prevedere e controllare il comportamento come potrebbe fare per qualsiasi altra macchina.

È questo il modo giusto di studiare l'uomo? La storia del dialogo fra coloro che a questa domanda rispondono in modo affermativo e coloro che vi rispondono in modo negativo coincide con la storia delle scienze sociali. Dal momento che non posso qui passare in rassegna e neanche riassumere questo dialogo, dovranno bastare alcune **osservazioni** generali sulla natura di esso.

Coloro che hanno considerato logicamente possibili e moralmente desiderabili la predizione e il controllo del comportamento umano, tendevano, in genere, a difendere la loro funzione coercitiva di **controllo** sociale. La loro schiera comincia con Saint-Simon e con Comte e si estende a personaggi contemporanei come Harold D. Lasswell nel campo delle scienze politiche e a B. F. Skinner in quello della psicologia. **Coloro** che, invece, erano scettici a proposito della portata della **prevedibilità** del comportamento umano, e a proposito della desiderabilità di compiere tali previsioni, hanno avuto la tendenza a difendere la libertà dalle limitazioni sociali arbitrarie o **personali**. La loro schiera comincia con Locke Jefferson e si estende a personaggi contemporanei come Ludwig von Mises nel campo dell'economia e a Karl Popper in quello della filosofia.

Che posizione assumono su questo argomento gli psichiatri, e in particolare i nosologi? Nel complesso essi sono meccanomorfisti di prim'ordine: la loro opinione sull'uomo, specie se malato di mente, è che si tratta di una macchina difettosa. Questo appare in tutta **chia-**

rezza nelle teorie di Kraepelin e dei suoi seguaci. Essi considerano le malattie mentali nello stesso modo delle malattie fisiche: come "entità" che "progrediscono" da una fase a un'altra — solitamente dal male al peggio. Anche Bleuler considerava le malattie mentali in una luce naturalistica. Invero, pensare a tali "malattie" in qualsiasi altro modo sarebbe stato poco scientifico, un segno certo di ciarlataneria. Questo senza dubbio spiega l'ambigua posizione di Freud a proposito della cosiddetta malattia mentale. Sebbene egli considerasse la psicoanalisi come una scienza naturale, e le anormalità psichiche come determinate in senso causale, il suo principale interesse non consisteva nel classificare e nel segregare i suoi pazienti, ma nel capirli e nel liberarli: fu dunque costretto a inventare un metodo di approccio al cosiddetto malato mentale (seppure non una teoria o un vocabolario) totalmente differente dai metodi allora esistenti in psichiatria, in medicina, e nelle scienze naturali." È necessario afferrare questa differenza essenziale fra la posizione kraepeliniana e quella freudiana, e le loro implicazioni per la nosologia psichiatrica, se si vuole analizzare gli intenti della classificazione del comportamento umano, e specialmente del comportamento dei cosiddetti disturbati mentali.

V

Col progredire della scienza moderna nelle sue conquiste della natura, divenne chiaro — verso la fine del diciannovesimo secolo e da allora in poi sempre più — che il comportamento umano, fra tutti gli altri eventi imprevedibili dell'universo, era uno dei più sconcertanti. Né questo deve sorprenderci: infatti, fra tutti gli oggetti e le creature del mondo, l'uomo è il solo dotato di libera volontà: il suo comportamento è non solo *determinato* dagli eventi precedenti, ma è anche *scelto* da lui, coerentemente con l'opinione che egli ha di sé e con i risultati che si propone di conseguire. O forse questa è un'illusione? È forse la libertà personale un concetto etico, non degno di essere incluso nel vocabolario della scienza?

Non mi lascerò coinvolgere nella futile controversia sulla natura della "vera scienza." Il nostro interesse in questo problema sta nel concetto di libertà che esso fa intervenire. Qual è la sua importanza per la classificazione psichiatrica? La risposta, a me sembra, può essere enunciata brevemente: *Classificare il comportamento umano è limitarlo*. Lasciatemi spiegare ciò che voglio dire.

Una delle maggiori aspirazioni dell'uomo è quella per l'ordine e l'armonia in un universo potenzialmente caotico. La classificazione degli oggetti fisici e delle cose viventi, ma non umane, serve a questo bisogno. Si deve notare a questo proposito che il comportamento di questi

¹³ Vedi T. S. SZASZ, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, Basic Books, New York 1965.

oggetti non umani essenzialmente non dipende dagli atti simbolici e, di conseguenza, non è influenzato dall'atto stesso della classificazione. Una mucca è un mammifero, indipendentemente dal nome che le diamo o da come la classifichiamo. Per influenzare il comportamento della mucca, dobbiamo intervenire direttamente sull'animale, per esempio mungendolo o portandolo al macello. Questo tipo di divisione fra azione fisica e azione simbolica esiste in tutti i campi in cui l'uomo agisce su oggetti non umani. Tuttavia, nelle situazioni in cui l'uomo agisce sui suoi simili, questa divisione è o del tutto assente o comunque di un carattere radicalmente differente: in questo caso il linguaggio diventa una specie di azione.

Considerato il problema in questa luce, il ruolo sociale emerge come una prigione classificatoria, e le identità individuali come le sue celle in cui gli uomini si rinchiodano l'un l'altro. Questo modello ci aiuta a spiegare le persistenti difficoltà che ci pongono di fronte le classificazioni psichiatriche. Di regola, le diagnosi mediche non definiscono l'identità personale di un dato individuo, mentre le diagnosi psichiatriche sí. Come è diverso dire di una persona che è un "poeta leucemico" o dire che è un "poeta schizofrenico"! In altre parole, le diagnosi psichiatriche definiscono l'identità personale esattamente nello stesso modo in cui degli aggettivi descrittivi come "esistenzialista," "kantiano," o "linguista" definiscono il nome "filosofo" e la persona a cui esso è attribuito.

Sarebbe assurdo per chiunque, e specialmente per degli studiosi dell'uomo, non prestare sufficiente attenzione ai modi in cui gli uomini si servono del linguaggio e reagiscono ad esso. Le espressioni "madre isterica" o "senatore paranoico" sono fondamentalmente diverse da quelle "madre obesa" o "senatore diabetico." Ancora una volta, è Sartre ad aver illuminato questo aspetto del nostro problema. "L'omosessuale," egli osservò, "riconosce le sue colpe, ma lotta con tutte le forze contro la schiacciante prospettiva che i suoi errori costituiscono per lui un destino. Non si vuole lasciare considerare come una cosa: ha l'oscura, ma forte convinzione che un omosessuale non è un omosessuale come questo tavolo è tavolo o come quest'uomo rosso è rosso."¹⁴

È precisamente questa mutilazione, questa trasformazione della persona in cosa, ciò che il nosologo psichiatrico infligge al suo soggetto. Così ad esempio, secondo gli esperti, il metodo psichiatrico adeguato di trattamento di un "paziente" come il ministro della Difesa Forrestal consiste nel trattarlo come qualsiasi altro paziente — cioè, come un oggetto non umano con attaccata addosso un'etichetta psichiatrica.¹⁵ Naturalmente, quando il "paziente" è una *Very Important Person*,

¹⁴ J.-P. SARTRE, *L'être et le néant*, Gallimard, Paris 1943; trad. it. *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano 1965, pp. 105-106.

¹⁵ A. A. ROGOW, *James Forrestal: A Study of Personality, Politics, and Policy*, Macmillan, New York 1964.

questo è impossibile, ma il comando di trattarlo *così* è di per sé indicativo: quando infatti il "paziente" è privo del potere sociale che hanno i personaggi importanti, come è il caso più frequente, egli può essere, e di fatto è, trattato in questo modo." *Così*, quando uno psichiatra che lavora in ospedale classifica un paziente appena ammesso come schizofrenico paranoide, si comporta esattamente nel modo descritto da Sartre. L'etichetta diagnostica conferisce al paziente un'identità personale difettosa: da quel momento in poi gli darà un'identità di fronte agli altri e dirigerà la loro condotta nei suoi confronti, e la sua nei loro. Il nosologo psichiatrico, dunque, non solo *descrive* la cosiddetta malattia del suo paziente, ma anche *prescrive* la sua condotta futura.

In breve, dobbiamo scegliere fra due atteggiamenti radicalmente diversi verso la condotta personale. Primo, il comportamento umano può essere considerato come un evento, essenzialmente simile ad altri eventi non umani; per esempio, come un astronomo può prevedere un'eclisse solare, *così* un criminologo può prevedere l'incidenza di "recidività" fra i prigionieri rimessi in libertà. Sebbene questo approccio costringa il ricercatore a trattare le persone come se non fossero essenzialmente diverse dalle cose, esso non è privo di meriti; esso è specialmente utile per certi tipi di analisi e di previsioni statistiche del comportamento.

Secondo, il comportamento umano può essere considerato come un risultato unico di cui solo l'uomo è capace. La condotta personale è allora basata sulle libere scelte di una persona che si serve di segni, segue delle regole, e fa dei giochi, una persona le cui *azioni* sono spesso ampiamente motivate dalle sue finalità future piuttosto che dalle sue esperienze passate. Questa visione dell'uomo pone in una nuova prospettiva gli sforzi per prevedere il suo comportamento. Infatti, nella misura in cui l'uomo è libero di agire — cioè, libero di scegliere fra linee d'azione alternative l'una rispetto all'altra — la sua condotta è, e deve essere, imprevedibile: dopo tutto, questo è ciò che significa la parola "libero." Cercare di prevedere il comportamento umano finirà quindi, probabilmente, in sforzi volti a limitarlo.

VI

Dovunque ci volgiamo, troviamo prove che appoggiano l'opinione che la maggior parte delle diagnosi psichiatriche possano essere usate, e siano usate, come insulti: il loro scopo è degradare — e, quindi, segregare socialmente — la persona diagnosticata. Un esempio dram-

¹⁶ Vedi, ad esempio, E. GOFFMAN, *The Moral Career of the Mental Patient*, in E. GOFFMAN, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday Anchor, Garden City, N. Y., 1961; trad. it. *La carriera morale del malato mentale*, in E. GOFFMAN, *Asylums. Le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968, pp. 151-94.

matico, è la votazione di psichiatri organizzata dalla rivista "Fact" durante la campagna elettorale per la presidenza nel 1964.

Il 24 luglio del 1964, una settimana dopo che il senatore Goldwater aveva ricevuto dal partito Repubblicano la nomina per concorrere alla presidenza, "Fact" inviò un questionario a ognuno dei 12 356 psichiatri degli Stati Uniti, in cui si chiedeva: "Ritenete che Barry Goldwater sia psicologicamente adatto a diventare presidente degli Stati Uniti?" La spiegazione che accompagnava questa domanda non lasciava alcun dubbio che la direzione di "Fact" era convinta che egli non lo fosse."

In tutto, risposero 2417 psichiatri, cioè circa il 20 per cento di quelli richiesti di dare la loro opinione. I due terzi di essi vollero che i loro nomi fossero pubblicati. Con una maggioranza di 1189 voti contro 657, gli psichiatri dichiararono il candidato repubblicano inadatto alla presidenza.

I più diagnosticarono Goldwater affetto da schizofrenia paranoide o da un disturbo analogo. Ecco qualche commento tipico: "Il senatore Goldwater mi ha impressionato con la sua personalità paranoide o schizofrenica, di tipo paranoide... egli è potenzialmente un uomo pericoloso." (Da uno psichiatra anonimo del Cornell Medical Center di New York.) "...Goldwater è fondamentalmente uno schizofrenico paranoide, con frequenti scompensi." (Da uno psichiatra anonimo di Boston.)

Un altro gruppo di psichiatri vedeva nel senatore Goldwater un capo totalitario, soprattutto di tipo fascista o nazista. Esempi di questa opinione: "Hitler aveva i suoi ebrei, e Goldwater ha i suoi negri." (Da uno psichiatra anonimo di San Francisco.) "...Do il benvenuto al vostro tentativo di presentare al pubblico alcuni fatti di grandissima importanza. È bene che si sappia che gli psichiatri di questa nazione non saranno poi da biasimare per il loro silenzio, se Goldwater risulterà essere un nuovo Hitler." (Da uno psichiatra anonimo del Kansas.)

Un terzo tipo di risposta è quello offerto da coloro che diedero opinioni "diagnostiche" su altri personaggi illustri, del presente come del passato (ad esempio, Abraham Lincoln e Theodore Roosevelt). Uno psichiatra descrisse il vice di Goldwater alla candidatura presidenziale, il membro del Congresso William E. Miller, come "un uomo altrettanto ostile e semiparanoico dello stesso [Goldwater]." Altri fecero qualche oscura allusione alle anomalie psichiatriche di altri personaggi viventi: "Non so niente di prima mano a proposito di Barry Goldwater, ma so qualcosa su uno dei nostri ultimi presidenti e di sua moglie. Lui era in cura da uno psichiatra proprio prima di ricevere l'incarico e lei è tuttora un'alcoolista cronica." (Da uno psichiatra anonimo della California.)

Infine, c'era un gruppo di psichiatri favorevoli all'elezione del senatore Goldwater alla presidenza. Molti di costoro, tuttavia, non si accon-

¹⁷ *The Unconscious of a Conservative: A Special Issue on the Mind of Barry Goldwater*, in "Fact," settembre-ottobre 1964.

tentarono di esprimere la loro opinione su basi politiche, ma denigrarono Johnson o da un punto di vista psichiatrico o da un punto di vista personale. Serva qui da esempio il seguente commento: "...Il suo [di Johnson] comportamento al volante della sua automobile non tradisce forse la sua assenza di discernimento e un'irresponsabilità sufficiente a giustificarne la denigrazione? Ci tengo alla mia reputazione come psichiatra, ma voglio metterla alla prova asserendo che Barry Goldwater sia qualificato — dal punto di vista psicologico e da qualsiasi altro — a diventare presidente degli Stati Uniti." (Da un professore di psichiatria della Georgia.)

Sarebbe uno sbaglio liquidare tutto ciò come se si trattasse degli stolti errori di alcuni psichiatri, poiché queste opinioni illustrano proprio quella che è l'essenza della diagnosi psichiatrica in quanto atto sociale. Lo psichiatra è qui messo a nudo nel suo ruolo sociale fondamentale: rendere legittime e illegittime le aspirazioni e i ruoli sociali degli altri. Così, quando uno psichiatra dichiara che il senatore Goldwater non è adatto a diventare presidente, non fa niente di strano; il suo atto non è il risultato disastroso di un qualche altro tipo di prestazione psichiatrica fondamentalmente differente. Al contrario, non c'è alcuna differenza fra dichiarare una persona non in grado di andare sotto processo, un'altra di fare testamento, una terza di guidare la macchina, una quarta di servire nel Corpo della Pace. In ognuno di questi casi lo psichiatra svolge il ruolo sociale a lui caratteristico: stigmatizza come illegittimi i ruoli o le aspirazioni a un ruolo di certe persone. Naturalmente, talvolta gli psichiatri riconoscono legittimi certi ruoli o aspirazioni a un ruolo — ad esempio, quando dichiarano un imputato in grado di andare sotto processo, una recluta di servire nelle forze armate, o un Eichmann di essere giustiziato. Il potere di dichiarare illegittimo un ruolo deve comprendere il potere di dichiararlo legittimo.

A causa degli usi e degli abusi delle diagnosi psichiatriche, si sarebbe tentati di concludere che esse non hanno alcun significato; ma le cose non stanno così. Ci *sono* certe differenze nel modo in cui gli esseri umani sono "messi insieme." Quando gli psichiatri chiamano un individuo "paranoico" o "ossessivo," si riferiscono spesso a qualcosa altrettanto reale che la pelle nera di un negro o che la pelle rosa di un bianco.

Il punto non è che le diagnosi psichiatriche sono prive di significato, ma che esse possono essere, e spesso di fatto sono, impugnate come sfollagente semantici: colpire il soggetto nella sua rispettabilità e nella sua dignità lo distrugge altrettanto efficacemente, e spesso *ancor più*, che colpirlo alla testa. La differenza sta nel fatto che chi brandisce uno sfollagente è riconosciuto da tutti come un pericolo pubblico, mentre chi brandisce una diagnosi psichiatrica non lo è.

È un fatto curioso che questo metodo di diffamazione è di assassinio della reputazione — che spesso porta alla distruzione della vittima — sia *così* a lungo riuscito a sfuggire a ogni ricerca. Senza dubbio, una ragione di questo sta nel fatto che esso è attuato da dottori in medicina:

tuttavia, la natura di un'impresa apparentemente medica è determinata non da chi la compie, ma piuttosto dal suo contesto sociale e dalle sue conseguenze pratiche.

Si consideri il caso di un individuo che abbia delle buone informazioni in campo psicologico e che consulti uno psichiatra che pratici privatamente la sua professione, nel tentativo di riuscire a perseguire gli scopi della sua vita con maggiore libertà e piú efficacemente. Un giorno può accadere che, nel corso della relazione fra il terapeuta e il suo paziente, essi possano ritenere utile descrivere alcune tendenze del paziente con la parola "paranoiche." Nel migliore dei casi, questo uso del linguaggio aiuterà il paziente a comprendere meglio se stesso, nel peggiore dei casi, ferirà la sua autostima.

Si supponga, invece, che un marito chieda a uno psichiatra di visitare sua moglie, la quale, a quanto egli dice, è eccessivamente gelosa; o che un pubblico ministero richieda a uno psichiatra di visitare un imputato che, a quanto egli crede, non è mentalmente idoneo a subire il processo; o che il direttore di un giornale chieda a un gruppo di psichiatri se un candidato a una carica pubblica sia mentalmente idoneo per essa. Quale sarà l'effetto se lo psichiatra chiamerà una di queste persone "paranoica"? La risposta mi sembra superflua.

Se il senatore Goldwater può essere diagnosticato come affetto da schizofrenia paranoide, il che significa attribuirgli tendenze al suicidio e all'omicidio — e può essere diagnosticato tale con tanta facilità, con tanta sicurezza, e da tanti psichiatri — che possibilità rimangono a un comune cittadino quando un'etichetta di questo genere gli è stata inchiodata addosso? Come può riconquistare la sua libertà da un ospedale psichiatrico, privato o pubblico, civile o criminale, in cui egli sia stato segregato a causa soltanto di questa "diagnosi"? Come può sostenere il suo diritto a un regolare processo, portatogli via a causa di questa diagnosi (fatta, magari, da psichiatri scelti e pagati dai suoi avversari)? Ancora una volta, le risposte sono amaramente scontate."

VII

Il comportamento umano è quasi illimitatamente elastico. L'uomo è potenzialmente in grado di imparare a parlare centinaia di lingue e di sostenere una grande varietà di ruoli diversi. Una delle funzioni della cultura e della tradizione è quella di restringere questo vasto potenziale di libertà. Poco dopo la nascita, il bambino è esposto a influenze che incanalano le sue capacità; è scoraggiato dall'indulgere in certe forme di comportamento e incoraggiato a impegnarsi in altre. Il comportamento, quasi fosse molle creta, viene modellato e assume forme svariate. Questo è piú evidente nelle culture primitive, in cui l'uomo di-

¹⁸ T. S. SZASZ, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963.

venta cacciatore e guerriero, la donna diventa moglie e **madre**: un tale comportamento è, naturalmente, altamente prevedibile. Processi simili, anche se in qualche modo meno evidenti, operano anche in culture che hanno raggiunto un grado di sviluppo **più** elevato.

Il bisogno di classificare comportamenti e persone è un'importante manifestazione di questo processo. Termini come "cameriere," "venditore di scarpe," "stenografo," e "giudice" non solo classificano delle occupazioni, ma anche definiscono delle aspettative di certi ruoli: nella misura in cui fanno questo, essi limitano la condotta e la rendono prevedibile.

Troviamo sostegno a questa tesi in parecchie direzioni. Una è il nostro linguaggio quotidiano. Il termine "incasellare" è un sinonimo di "classificare," ed esprime l'atto di imprigionare qualcosa che **tende** a sfuggire in uno spazio molto ristretto, in cui può **essere** facilmente individuato. Ne deduco che una delle funzioni principali della classificazione delle persone è proprio questa: di "imprigionarle."

Le persone possono essere segregate in due modi fondamentali: fisicamente, quando sono confinate in prigione, in ospedale psichiatrico, e via di **seguito**; e simbolicamente, quando sono confinate in un'occupazione, in un ruolo sociale, e via di seguito. La reclusione del secondo tipo, **invero**, è **più** comune e diffusa nella condotta quotidiana degli **affari** sociali; di regola, soltanto nel caso che la segregazione simbolica, o socialmente informale, della condotta fallisca o si dimostri inadeguata, si fa ricorso alla segregazione fisica, o socialmente formale.

Vediamo ora come opera questo processo di segregazione informale, o simbolica. Un modello eccellente è quello rappresentato dalle forze armate. In esse **c'è** un gruppo di persone — le chiamerò "ufficiali di classificazione" — il cui compito consiste nell'assegnare ogni recluta a un incarico specifico, come impiegato, cuoco, mitragliere, o meccanico. In questo modo, ognuno è imprigionato in un ruolo: chi rimane nella sua casella e dimostra, comportandosi bene, di appartenervi, è ricompensato; chi invece cerca di allontanarsene, o comportandosi male o scappandone apertamente, è punito. Così noi tutti, ufficiali di classificazione nella vita quotidiana, classifichiamo e controlliamo la condotta personale.

Qualcuno potrebbe obiettare che questo non è vero nella società civile. Giusto, l'incasellamento non è **così** crudo; ma tuttavia è pur **sempre** praticato. Il ruolo di ufficiale di classificazione, ricoperto **nel**-l'esercito da pochi individui, è ora presente in tutti i membri della società. Il bisogno di assumere ruoli specifici — **scegliere** un'**occupazione** piuttosto che un'altra, sposarsi piuttosto che rimanere scapoli — è inculcato nell'individuo da tutto il peso dell'**"opinione sociale."** Ognuno deve essere "**qualcuno.**" La sola cosa che uno non può essere è non essere *classificato*. La persona che sia troppo eclettica nelle sue scelte e nella sua condotta, e che non entra in alcuna delle caselle della società, diventa oggetto di sospetti e di ostilità. Egli, rifiutandosi di conformarsi a uno stereotipo, rimane un individuo. Per quanto può **pia-**

cerci l'individualismo come concetto etico astratto, abbiamo la tendenza a non amare **troppo** gli individui. Questo **avviene** perché essi spesso ci confondono le idee: non riusciamo a capire il loro comportamento e, quel che è peggio, non possiamo prevederlo. Un tale individuo è di frequente considerato come una minaccia per gli altri.

VIII

Il ruolo svolto nella società dallo psichiatra istituzionale è paragonabile a quello svolto dall'**ufficiale** di classificazione nell'esercito. Il suo compito nell'**ospedale** psichiatrico pubblico consiste nel classificare la gente portata lì. Un tale psichiatra si trova davanti a un problema pratico: deve sapere come i diversi "pazienti" si comporteranno nell'ospedale, e inoltre come devono essere "trattati" perché certi aspetti del loro comportamento subiscano un mutamento. Quello che egli non può tollerare — ricordiamolo bene — è l'incertezza. L'apparente diagnosi dei pazienti mentali è anche, celatamente, ma talvolta anche esplicitamente, la loro prognosi.

Come abbiamo visto, abbiamo l'abitudine di identificare e di classificare la condotta individuale perché questo ci aiuta a prevederla. Nel corso normale degli eventi, questo processo di **incasellamento** della condotta è **così** fermamente stabilito, e funziona **così** bene, che ne siamo completamente inconsapevoli. Ne prendiamo coscienza soltanto quando smette di funzionare. Persino in questo caso, comunque, la nostra consapevolezza è transitoria: non facciamo a tempo a riconoscere l'esistenza del problema, che subito lo oscuriamo con il creare una nuova classe di comportamenti — la classe conosciuta come quella delle malattie mentali. Vediamo come questo avviene.

Quando gli individui svolgono bene il loro ruolo sociale — o, in altre parole, quando vanno incontro adeguatamente alle aspettative sociali — il loro comportamento è considerato normale. Sebbene ciò sia ovvio, merita di essere sottolineato: un cameriere deve **servire** ai tavoli; una segretaria deve battere a macchina; un padre deve guadagnare da vivere; una madre deve cucinare, cucire, *e* occuparsi dei suoi bambini. I sistemi classici della nosologia psichiatrica non avevano niente da dire su queste persone, **fantanto** che rimanevano ordinatamente imprigionate nelle loro rispettive celie sociali, o, come diciamo a proposito dei negri, **fantanto** che "stavano al loro posto." Ma quando queste persone fuggivano dalla "prigione" e affermavano la propria libertà, diventavano interessanti per lo psichiatra.

In termini umani, **più** che non psichiatrici, questo è il modo in cui l'individuo, sospettato ora di essere un paziente mentale, e lo psichiatra, che è il suo diagnostico, si pongono a confronto.

Il cameriere si rifiuta di servire ai tavoli. Sta seduto nel retro del bar e continua a scarabocchiare su dei pezzi di carta. Quando gli vien chiesto cosa sta facendo, o agghrotta le ciglia con condiscendenza e **si**

rifiuta di rispondere, o confida ai suoi amici che sta scrivendo un trattato di filosofia che salverà il mondo. È portato dalla polizia in un ospedale psichiatrico.

La madre presenta un quadro diverso. Se ne sta seduta con aria disperata e piange. Di tanto in tanto fa qualche passo nella stanza ed esclama che è indegna di vivere. Suo marito la porta da un medico, che la rinchiude in un ospedale psichiatrico. Pochi giorni dopo essere stata ammessa, sussurra nell'orecchio di uno degli inservienti che è la Santa Vergine.

Ho riportato queste scenette di "casi psichiatrici" per far vedere che persone come queste sono chiamate "malate mentali" soprattutto perché si comportano in un modo diverso da come ci si aspetta che debbano comportarsi. Possiamo considerare tali persone come individui che hanno scartato uno stereotipo sociale solo per assumerne un altro, come il prigioniero che scava una galleria per evadere dalla prigione e finisce per ritrovarsi in un'altra cella. In altri termini, il "paziente psichiatrico" è una persona che non è in grado, o si rifiuta, di assumere un ruolo sociale legittimo. Questo non è permesso nella nostra cultura, né, per quanto ci riguarda, in alcun'altra cultura. Una persona che non sia classificata è imprevedibile e incomprensibile, e di conseguenza rappresenta una minaccia per gli altri membri della società. Questo è il motivo per cui coloro che scelgono questa strada verso la libertà personale pagano un caro prezzo per raggiungerla: sebbene riescano a sfuggire dalle loro celle particolari, non rimangono a lungo in libertà; sono infatti immediatamente ricatturati, prima simbolicamente, col venir classificati come malati mentali, e poi fisicamente, col venir portati dallo psichiatra per subire il processo formale d'identificazione psichiatrica e la detenzione psichiatrica.

Trovandosi di fronte a tali individui, cosa può fare uno psichiatra? Come si conviene a ogni bravo ufficiale di classificazione, egli li classifica. Alcuni li chiama "schizofrenici," alcuni "maniaco-depressivi," alcuni "isterici," e via dicendo. La finalità essenziale di questo tipo di classificazione psichiatrica è strategica: primo, separare coloro che richiedono o giustificano l'ammissione in un ospedale psichiatrico dagli altri; e secondo, separare coloro che vogliono e possono collaborare con i gestori dell'istituzione dagli altri. Chiaramente, questo tipo di classificazione serve esclusivamente gli interessi degli psichiatri; non dà alcun aiuto ai pazienti, né questo è il suo scopo. La ragione di questo non sta in un qualche difetto morale presente nello psichiatra, ma piuttosto nella situazione: non si può essere ufficiali di classificazione senza classificare. Lo psichiatra che assume questo ruolo è come il giudice: deve emettere giudizi pubblici a proposito di altre persone o rinunciare al suo ruolo.

Come l'ufficiale di classificazione, lo psichiatra adempie a funzioni importanti sia per l'ospedale psichiatrico che per la società di cui è al servizio. Prima di tutto, legittimizza e definisce l'istituzione come un "ospedale psichiatrico," in cui sono reclusi soltanto gli individui malati

di mente. Gli psichiatri spesso sostengono che non ci sono persone "normali" negli ospedali psichiatrici. Inoltre, al pubblico piace essere rassicurato sul fatto che nessuno è mai "spedito" in un ospedale di questo genere. Notava un giudice di Chicago: "Questa è la sola corte in cui l'imputato vince sempre. Se è lasciato andare, vuol dire che sta bene. Se è ricoverato, è per il suo bene."

La differenza nel nostro atteggiamento verso una sentenza di criminalità e una di malattia mentale è istruttiva. In un processo penale, la giuria assume il ruolo di ufficiale di classificazione: decide chi deve essere dichiarato colpevole e chi dev'essere assolto. L'imputato, se trovato colpevole, può essere mandato in prigione. È quindi sottinteso che i prigionieri sono quegli individui che sono stati trovati colpevoli di aver commesso un dato crimine; ed è anche sottinteso che questa "diagnosi" è un giudizio umano, non un evento naturale. Ogni giudizio è aperto alla possibilità di essere errato: la legge, riconoscendo questa possibilità, fornisce complesse salvaguardie perché si scoprano e si correggano tali errori.

Al contrario, ci sono oggi forti pressioni volte a far considerare la malattia mentale come un fatto; non come un giudizio. Così, l'affermazione che non ci sono persone normali di mente negli ospedali psichiatrici è diversa dall'asserzione che non ci sono persone innocenti nelle prigioni. È piti simile, invece, all'affermazione che non ci sono quadri di Impressionisti francesi negli zoo: per definizione, gli oggetti raccolti e classificati negli zoo sono animali, non quadri. Ciò che voglio dire è che in psichiatria l'atto classificatorio funziona da definizione della realtà sociale. Ne risulta che nessuno che sia rinchiuso in un ospedale psichiatrico può essere "normale," dato che è proprio il fatto di essere rinchiuso a definirlo come "malato mentale." Questo è come dire che se vedessimo una tela di Renoir in una gabbia dello zoo, essa deve essere un animale. Se abbiamo definito tutti gli oggetti raccolti in tali gabbie come animali, non possiamo arrivare ad alcun'altra conclusione.

Certamente, non può essere un caso che tutti i grandi nomi della psichiatria, con l'eccezione di Freud e di Adler, abbiano lavorato in ospedali psichiatrici statali o in istituzioni simili. Kolle osserva con orgoglio che "la moderna psichiatria fa risalire le proprie origini alla psichiatria istituzionale... Kraepelin, come tutti gli altri alienisti del diciannovesimo secolo, aveva fatto il suo tirocinio in istituzioni per infermi di mente."²⁰

Le catene tolte agli infermi mentali da Pinel furono loro rimesse dai grandi nosologi psichiatrici. Le nuove catene, a esser sinceri, si adeguavano alle moderne norme igieniche e umanitarie: non erano fatte di ferro, ma di parole; il loro fine manifesto non era di imprigionare, ma di curare. Ma, come osservò Emerson piti di un secolo fa, "di parole si muore. Siamo impiccati, sventrati, e squartati dai dizionari...

¹⁹ Citato in "Time," 20 novembre 1964, p. 76.

²⁰ KOLLE, *op. cit.*, pp. 2-3.

Sembra che la presente era di parole dovrà naturalmente essere seguita da un'era di silenzio, in cui gli uomini parleranno soltanto coi fatti, e riconquisteranno così la loro salute.""

Sebbene la "diagnosi" di Emerson fosse acuta, la sua "prognosi" non avrebbe potuto essere piii sbagliata. Egli riteneva che il male **se-mantico** che aveva diagnosticato avesse raggiunto il punto critico, e che il paziente fosse ormai sulla via della guarigione; quella che egli in realtà vedeva, però, era una leggera malattia che non raggiunse proporzioni epidemiche fino a quasi cent'anni piú tardi. Ai tempi di **Emerson**, la vera corruzione del linguaggio al servizio dell'asservimento dell'uomo non stava né nel passato, né nel presente, ma nel futuro.

IX

Ho sostenuto che classificare il comportamento di un'altra persona è di solito un mezzo per segregarla. Questo è particolarmente vero per la classificazione psichiatrica, il cui fine tradizionale è sempre stato di legittimare i controlli sociali imposti sui cosiddetti pazienti mentali. Tuttavia, se una persona vuole segregarne un'altra, è necessario che abbia il potere di farlo. Se quello che ho detto a proposito della classificazione psichiatrica è vero, dovremmo trovare che questa classificazione è imposta piii di frequente ai poveri e ai deboli che non ai ricchi e ai potenti: ed è proprio questo quello che in effetti troviamo.

Nella nostra società, ci sono due tipi di classi in cui la gente può essere costretta contro la propria volontà: la criminalità e la malattia mentale. Queste classi differiscono da quelle per le quali l'appartenenza deve essere esplicitamente richiesta o può essere rifiutata da un eventuale membro. È anche vero che l'incidenza di criminalità e di malattia mentale è piú alta nelle classi piú basse, e piú bassa nelle classi piú alte. C'è un detto cinico, secondo il quale un individuo che rubi cinque dollari è un ladro, mentre uno che ne rubi cinque milioni è un finanziere. La ragione è ovvia: è piii facile imprigionare il **ladruncolo** che l'**influyente** finanziere. Lo stesso è vero anche per quegli eventi umani che chiamiamo malattie mentali: quello stesso problema che manda una donna ricca a Reno, ne manda una povera nel manicomio di stato. Quando un macellaio, un panettiere, o un artigiano che fabbrica candelieri crede di essere inseguito dai comunisti, è senza alcuna difficoltà spedito nell'ospedale psichiatrico; quando un ministro della Difesa pensa la stessa cosa, chi lo farà rinchiudere? Questi esempi ci mostrano che fare a una persona una diagnosi psichiatrica significa segregarla. Ma come può il debole segregare il forte?

Molte di queste idee non sono nuove. **Sartre**, per esempio, ha espresso, sia nei suoi scritti che nella sua vita, l'opinione che includere

²¹ R. W. EMERSON, *Apothegms* [1839], in E. C. LINDEMANN, a cura di, *Basic Selections from Emerson: Essays, Poems, Apothegms*, Mentor Books, New York 1960, P. 173.

una persona in una categoria significa imprigionarla. Egli osservò che la differenza essenziale fra una cosa e una persona è che la cosa non reagisce all'atteggiamento che mostriamo nei suoi confronti, mentre la persona sì.

Non è esatto — egli scrisse — che in rapporto d'ipotesi dello psicoanalista l'Es si presenti come una cosa, perché la cosa è indifferente alle congetture che si fanno su di essa, mentre l'Es è toccato da queste, allorché si avvicinano alla verità.²²

Sottolineando la natura "cerimoniale" di quelli che chiamiamo moli sociali, Sartre notò anche che il ruolo è una limitazione gravissima della libertà personale: "Ecco tante preoccupazioni per imprigionare l'uomo in ciò che è. Come se vivessimo nel timore perpetuo che ne sfugga, ne trabocchi, eluda improvvisamente la sua condizione." "Forse questo timore è motivato non tanto dalla nostra ansia che colui che occupa un ruolo sfugga alla sua condizione, quanto dal terrore che non saremo capaci di classificarlo. La perdita d'identità è stata ritenuta rappresentare una minaccia solo per la persona interessata; ma rappresenta una minaccia anche per coloro che assistono alla sua esibizione: costoro si trovano di fronte un attore che abbia un ruolo che essi non comprendono in una commedia che essi non riescono a riconoscere. A questo punto, il pubblico cade in preda al panico: arresta l'attore, dichiara illegittimo il suo ruolo, e lo imprigiona in un ospedale psichiatrico fintantoché non voglia assumere ruoli che il pubblico riesca a riconoscere.

Per principio, qualsiasi ruolo assegnato, e non solamente quello di paziente mentale, può dare l'impressione di essere un legame. Persino il ruolo di vincitore di un premio Nobel! Questa, a mio parere, è stata la ragione che ha spinto Sartre a rifiutare questo premio. "Non mi riconosco con alcuna delle descrizioni che gli altri possono fare di me," disse al corrispondente della rivista "Life." "La gente può pensare che io sia un genio, un pornografo, un comunista, un borghese, quel che le pare. Quanto a me, penso ad altro." "Secondo Sartre, dunque, qualsiasi classificazione di una persona senza il suo consenso è una violazione dell'integrità personale di quell'individuo, proprio come un'operazione chirurgica senza il suo consenso è una violazione della sua integrità fisica.

Esser fatti prigionieri in una categoria, essere diagnosticati come questo o quel tipo di persona, è qui considerato come una privazione fondamentale della libertà personale. E, naturalmente, le cose stanno proprio così. Ma la maggior parte della gente trova che la libertà è un peso troppo grande da sostenere: la sfuggono e si riparano nella certezza di un'identità stabilita.

Tuttavia, Sartre ha una sua identità: quella del pensatore corag-

²² SARTRE, *L'essere e il nulla*, cit., p. 91.

²³ *Ibid.*, p. 101.

²⁴ Citato in *Existentialism*, in "Life," 6 novembre 1964, p. 33.

gioso, per il quale non esiste niente di impensabile. Egli afferma questo punto con termini indistinguibili da quelli di Freud:

Io non sono, come è stato detto, un pessimista; io sono una persona che ha cercato di mettere in modo chiaro la gente di fronte a se stessa, ed è per questo che a molti non piaccio. Faccio paura alla gente. Direi che la maggior parte della gente ha sempre avuto paura di pensare. *Stendhal*, ai suoi tempi, scriveva: "ogni buon ragionamento è offensivo" — il che è ancor oggi verissimo?

Quello che qui si indica con "buon ragionamento" è il rifiuto di accettare le categorie convenzionali. Giustamente Sartre desidera, come aveva fatto Freud prima di lui, porsi in una categoria che sia una *meta*-categoria: crea, esamina, e rimescola le categorie, ma non appartiene, egli stesso, a nessuna. In altri termini, l'uomo è una persona solo se è, il soggetto che classifica; se invece è l'oggetto che è classificato, diventa una cosa.

Il rifiuto di Sartre di accettare il premio Nobel provocò su "Science" un commento stranamente aspro." Descritto come un "esistenzialista ateo," le sue teorie furono paragonate a quelle di Bergson: "Mentre Bergson è apertamente contro la scienza, Sartre sembra piuttosto accettare gli effetti della scienza, ma ignorarla." Dopo una serie di tali commenti vagamente critici su Sartre come persona e come pensatore, l'articolo conclude con la seguente frase significativa: "Può dirci qualcosa intorno alle qualità trascendentali della scienza il fatto che nessuno si sia mai sentito costretto a respingere un premio Nobel della fisica, della chimica, o della medicina."²⁷

Questo è un commento sorprendente sulle differenze fra scienze naturali e scienze morali, fra lo studio delle cose e lo studio degli uomini. Benché io esiterei prima di chiamare "trascendentale" la scienza, è comunque vero che le scienze naturali cercano di sottomettere l'universo mediante un'accurata descrizione e un'adeguata strategia scientifica. Le scienze dell'uomo non possono proporsi la stessa finalità e nello stesso tempo mantenere la loro dignità morale; anziché mirare a controllare l'oggetto delle loro investigazioni, esse devono cercare di liberarlo. Per conseguire questo scopo sono richiesti metodi diversi da **quelli** delle scienze fisiche.

Invero, in un singolo aspetto cruciale, il problema centrale delle scienze naturali è l'opposto di quello delle scienze morali: infatti, sebbene entrambe cerchino di capire gli oggetti della loro osservazione, lo scopo che con questo si prefiggono le scienze naturali è di riuscire a controllarli meglio, mentre nelle scienze morali esso consiste nel riuscire meglio a lasciarli in pace.

Abbiamo notato poco fa che, per quanto possa essere difficile clas-

²⁵ *Ibid.*

²⁶ J. WALSH, *Sartre, J.-P.: French philosopher is model of literary intellectual by two cultures definition*, in "Science," 146, pp. 900-2, 13 novembre 1964, p. 901.

²⁷ *Ibid.*

sificare delle cose, è ancora piú difficile non classificarle affatto: sospendere il nostro giudizio e rimandare l'atto della classificazione. A questo possiamo ora aggiungere che per quanto possa essere difficile controllare gli uomini, è ancora piú difficile non controllarli affatto: **scere** la loro autonomia e rispettare la loro libertà.

X

Ho sviluppato la teoria che classificare una persona da un punto di vista psichiatrico significa avvilirla, derubarla della sua umanità, e trasformarla cosí in cosa.

A prima vista, questa teoria può sembrare nichilista. Si può obiettare che, dopo tutto, nel comportamento umano ci sono delle variazioni. Non è forse irrazionale e antiscientifico rifiutarsi di classificarle?

Lasciate che lo ripeta: non metto in dubbio l'“esistenza” o la “realtà” delle differenze nel comportamento umano. Affermare che John è depresso e James è paranoico può essere altrettanto “vero” che affermare che John è grasso e James è magro. Ma questo non è il nostro problema.

Il problema che ha tormentato la psichiatria e la società e al quale io mi sono qui rivolto non riguarda l'esistenza o la realtà dei diversi tipi di condotta personale, ma bensí il *contesto, la natura, e lo scopo dell'atto classificatorio*. In altre parole, una cosa è riconoscere che i negri hanno la pelle nera, e i bianchi la pelle rosa; un'altra è chiamare un negro *nigger** e attribuirgli la posizione d'inferiorità connessa a questa etichetta. Sostengo che la realtà delle variazioni nel comportamento sia simile alla realtà delle variazioni nella pigmentazione della pelle; e che, in genere, le diagnosi psichiatriche abbiano la stessa funzione linguistica e sociale della parola *nigger*. Rifiutarsi di chiamare un negro con quel nome non vuole di per sé dire che ci si rifiuta di riconoscere le differenze razziali fra neri e bianchi. Analogamente, rifiutarsi di umiliare la gente mediante delle diagnosi psichiatriche non vuole di per sé dire che ci si rifiuta di riconoscere le differenze morali, psicologiche, e sociali fra le diverse persone. Rende solo piú difficile per gli uomini considerati sani di mente umiliare e maltrattare gli uomini considerati malati di mente.

* I tre diversi termini con cui si può tradurre in inglese il sostantivo italiano “negro” sono: *black* (lett. *nero*), *negro*, e *nigger*. Quest'ultimo è usato in senso fortemente spregiativo. [N.d.T.]

Dove va la psichiatria?

I

Prima di presentare le mie congetture intorno al futuro della psichiatria, è forse il caso di passare in rassegna alcuni aspetti del suo passato prossimo e del suo stato presente. Mi limiterò alla psichiatria americana e alla sua storia a partire dal 1908.

Ho scelto il 1908 come punto di partenza perché fu proprio in quell'anno che si organizzò la Connecticut Society for Mental Hygiene, gruppo dal quale, un anno più tardi, si formò il National Committee for Mental Hygiene. Per una di quelle curiose coincidenze che di tanto in tanto si verificano nella storia, quell'anno, il 1909, vide anche la visita di Freud alla Clark University di Worcester, nel Massachusetts.

Questi due eventi, verificatisi quasi contemporaneamente e nel raggio di poche centinaia di miglia sulla costa orientale degli Stati Uniti, simboleggiano, almeno per me, le due forze principali che avrebbero d'allora in poi dato forma alla psichiatria americana: il movimento per l'igiene mentale e la psicoanalisi. Analizziamoli ora separatamente.

II

Fondato e animato inizialmente da Clifford Whittingham Beers, il movimento per l'igiene mentale fu un tipico movimento di riforma sociale. Così come per molti movimenti dello stesso tipo, il suo *leitmotiv* psicologico era il disprezzo per l'uomo — nel nostro caso, per il cosiddetto malato mentale. La premessa che sta alla base di questo movimento è che il matto merita aiuto, anzi deve essere aiutato, gli piaccia o no; ma di rispetto non ne merita punto. Ad alcuni questa opinione potrebbe sembrare severa o ingiusta; io non credo che sia né l'una cosa né l'altra. Alcuni esempi dovrebbero essere qui sufficienti.

"Un infermo di mente è un infermo di mente," scrisse Beers, "e in quanto tale, dovrebbe venir messo in un istituto adatto alla sua cura." Uno dei primi e principali obiettivi del movimento per l'igiene

¹ C. W. BEERS, *The Mind That Found Itself: An Autobiography* [1908], Doubleday, Garden City, N.Y., 1956, p. 218.

mentale, fu affermato, consisteva nel "lavorare per la conservazione della salute mentale."² E come si doveva perseguire questo nobile fine? Il primo operato ufficiale del Comitato "consisteva nell'adottare una risoluzione sollecitante il Congresso a provvedere per adeguati esami mentali degli immigranti."³ Questo, vorrei che il lettore lo ricordasse, avveniva nel 1912, quando l'iscrizione che si può leggere sulla Statua della Libertà non era ancora stata trasformata in una reliquia storica dalle leggi sull'immigrazione emanate dopo la prima guerra mondiale. In che modo la salute mentale degli eventuali immigranti potesse essere migliorata escludendoli da questo paese sulla base di prove psichiatriche non è del tutto chiaro.

Da un punto di vista storico, il movimento per l'igiene mentale è un diretto discendente di un piú ampio movimento socio-intellettuale il cui "padre" si dice sia stato Saint-Simon, e che Hayek ha giustamente soprannominato "la controrivoluzione della scienza." In breve, le caratteristiche di questo movimento, e specialmente di quel tipo di scienza sociale che in esso trova le proprie basi, sono le seguenti: primo, che l'individuo è considerato come un oggetto, piú che non come un soggetto; secondo, che l'individuo è considerato come privo di qualsiasi importanza, mentre il gruppo — sia esso la comunità, la società, la nazione, o l'umanità intera — è considerato come estremamente importante; e terzo, che, a imitazione delle scienze fisiche, lo scopo delle scienze sociali (e della psichiatria) è la previsione e il controllo del comportamento umano. Sottinteso in questo approccio è il disprezzo per l'uomo in quanto individuo autonomo: siamo cosí testimoni dell'aspirazione di un'élite "scientifica" a controllare delle masse di esseri umani, che essa considera inferiori.

Il movimento per l'igiene mentale è un anello di questa catena ideologica. Il suo fondatore, Beers, era sprezzante dell'uomo — specie se malato mentale o povero — ed era un implacabile oppositore dell'idea che il comportamento mentalmente disturbato avesse un significato e fosse comprensibile. Per lui, questo tipo di comportamento era altrettanto senza senso del cancro o della polmonite. Tutto qua. Non sorprende che questa opinione trovasse accoglienze favorevoli fra i piú importanti personaggi del tempo in campo medico. Invero, questo era nelle intenzioni di Beers: il movimento per l'igiene mentale era un movimento per pazienti mentali, non di pazienti mentali: i suoi organizzatori e i suoi capi erano psichiatri e amministratori medici. Il loro scopo era di controllare i pazienti mentali, non di capirli.

Questo punto di vista ha continuato ad attrarre a sé molti seguaci. Forse, anzi, è piú potente oggi che in qualsiasi altro momento della

² N. RIDENOUR, *Mental Health in the United States: A Fifty-Year History*, Harvard University Press, Cambridge 1961, p. 1.

³ *Ibid.*, p. 18.

⁴ F. A. HAYEK, *The Counter-Revolution of Science: Studies on the Abuse of Reason* [1955], The Free Press of Glencoe, Paperback Edition, New York 1964; trad. it. *L'abuso della ragione*, Vallecchi, Firenze 1967.

storia della psichiatria americana. Accennerò solamente ad alcuni punti salienti sul suo corso successivo.

Nel 1924 fu fondata la American Orthopsychiatric Association. La sua organizzazione fu promossa da Karl Menninger, che inviò una lettera a ventisei psichiatri sollecitandoli a partecipare alla costituzione di un nuovo gruppo di "rappresentanti dell'interpretazione neuropsichiatria o medica del crimine." Cosí, anche il comportamento criminale non doveva piú essere trattato come un fatto essenzialmente umano e comprensibile, ma piuttosto come "malato" e, in quanto tale, dovuto a cause piuttosto che a ragioni. Il nome stesso di "ortopsichiatria" è indicativo, in quanto mette in evidenza l'arrogante opinione che un gruppo di medici sia autorizzato a garantire il "raddrizzamento" del comportamento "distorto" di un altro gruppo di individui.

La teoria medica della "malattia mentale" come di tutti i generi di comportamento divenne cosí il marchio di garanzia del movimento per l'igiene mentale. In uno stile degno del migliore Saint-Simon, questo atteggiamento fu definito come essenzialmente metaetico — cioè al di là e al di sopra della "morale." Nel suo autorevole libro *La mente umana*, pubblicato nel 1930, Karl Menninger espresse in questi termini la sua opinione:

...la dichiarazione continua sul travisamento della *giustizia* derivante dall'introduzione dei metodi psichiatrici nelle aule di tribunale. Ma quale scienza o scienziato si interessa di giustizia? È giusta la polmonite? O il cancro? [...] Lo scienziato va alla ricerca di un miglioramento di una situazione infelice. Questo può essere ottenuto soltanto se le leggi scientifiche che **controllano** la situazione possono essere scoperte ed osservate, e non parlando di "giustizia," non discutendo concetti filosofici di equità basati su una teologia primitiva.⁵

Sembra chiaro, a posteriori, che furono in pochi a considerare seriamente le implicazioni morali di questa posizione. Persino oggi, le somiglianze fra la moralità "terapeutica" dell'igiene mentale e quella della politica totalitaria sono stranamente trascurate.

All'epoca in cui scoppiò la Seconda guerra mondiale, l'immagine dello psichiatra come operatore sociale utopistico si era saldamente stabilita ed era appoggiata con forza. (Le voci di dissenso, infatti, erano poche ed a stento percepibili.) Un articolo di Harold D. Lasswell, pubblicato nel 1938, esemplifica in che modo lo psichiatra e l'esperto di scienze sociali fossero spinti a vendere la comprensione in cambio del controllo, la verità in cambio del potere:

...il modo piú efficace per ridurre una malattia è, per lo psichiatra, coltivare degli stretti contatti con i dominatori della società, nella speranza di trovare il modo d'indurli a superare le limitazioni simboliche che impediscono loro di far

⁵ RIDENOUR, *op. cit.*, p. 39.

⁶ K. A. MENNINGER, *The Human Mind*, The Literary Guild of America, New York 1930, p. 428.

uso della propria **influenza** per l'immediato riordinamento di quella *routine* che produce insicurezza.

Così lo psichiatra può decidere di diventare il consigliere del "re." Ora la storia del "re" e dei suoi filosofi dimostra che il re tende a deviare dalla via della saggezza così come essa è intesa dai filosofi del re. Deve dunque lo psichiatra spodestare il re e dar vita nel regno della **realtà** al "re filosofo" dell'**immaginazione** di Platone? Grazie alla sua psichiatria, naturalmente, il filosofo moderno che volesse diventare re sa che potrebbe perdere la sua filosofia sulla via che lo porta al trono, e giungervi privo di tutto ciò che potrebbe distinguerlo dal re che egli stesso ha rovesciato. Ma se egli ha una **sufficiente** sicurezza nella conoscenza di sé e del suo campo, può osare dove altri prima di lui osarono e furono sconfitti.'

Il vangelo che uomini come Menninger, Lasswell, ed altri andavano predicando era pieno di arroganza e di avidità: essi sostenevano che la famosa frase di Lord Acton dovesse essere corretta in modo da risultare come segue: "Il potere corrompe, e il potere assoluto corrompe in modo assoluto — con l'eccezione degli psichiatri."

Durante la Seconda guerra mondiale la psichiatria fu arruolata per collaborare agli sforzi di guerra. In modo forse comprensibile, pose il benessere del gruppo al di sopra di quello dell'individuo.

Nella recente psichiatria americana, si sono verificati due importanti sviluppi: la psicofarmacologia e la psichiatria comunitaria. Sia l'una che l'altra portano con sé i propri giudizi morali e filosofici sulla natura dell'uomo e delle relazioni umane.

III

Connesso all'interesse psichiatrico nella psicofarmacologia è un desiderio di controllare il comportamento umano — in questo caso mediante agenti chimici che "eccitano" e "calmano." Ma dobbiamo chiederci: come sono usati in realtà questi farmaci? Quali sono le implicazioni, non dei loro effetti farmacologici, ma del loro uso sociale?

In primo luogo, come altre sostanze considerate pericolose da un punto di vista medico, la maggior parte dei nuovi psicofarmaci sono accessibili ai pazienti solo nel caso che siano stati loro prescritti da un medico. L'uso dei tranquillanti appoggia così le credenziali mediche degli psichiatri; lo fa, inoltre, proprio quando queste credenziali sono in cattive condizioni, a causa di una precedente forte identificazione della psichiatria americana con la psicoterapia individuale. Quali che siano gli effetti dei moderni psicofarmaci sui cosiddetti pazienti malati mentali, i loro effetti sugli psichiatri che se ne servono sono chiari, e indiscutibilmente "benefici": essi hanno restituito allo psichiatra ciò

⁷ H. D. LASSWELL, *What psychiatrists and political scientists can learn from one another*, in "Psychiatry," 1, pp. 33-39, 1938, p. 34.

che egli era stato in serio pericolo di perdere — ovvero, la sua *identità medica*.

"Come si potrebbe regolare altrimenti l'uso di queste droghe?" potrebbe obiettare qualcuno. Le nostre tradizionali pratiche mediche in materia di farmaci costituiscono un solido precedente per i nuovi agenti psicofarmacologici, lo ammetto. Tuttavia, l'argomento a favore di uno stretto controllo medico dei farmaci non è semplice come potrebbe sembrare a prima vista.

In una società moderna, gli individui possono regolare e controllare il proprio comportamento in almeno due modi fondamentali: primo, imparando certe tecniche, come guidare la macchina, o procurarsi certe sostanze, come l'alcool; secondo, sottoponendosi al controllo di una persona, come un medico, o di un'istituzione, come la chiesa cattolica.

Nel primo caso, l'individuo fa uso di aiuti impersonali, come dei farmaci; nel secondo, di un'assistenza personale, come di un terapeuta. Con qualche eccezione di scarsa importanza, lo stato moderno lascia l'individuo libero di agire a sua scelta nel primo caso, ma regola la sua condotta nel secondo (per esempio, dando ad alcuni l'autorizzazione a divenire membro delle professioni terapeutiche). È senza dubbio evidente perché tutte le sostanze che agiscono sulla "mente" debbano essere trattate dalla legge come se fossero "pericolosi" narcotici.

La sola ragione non può essere che tali sostanze sono potenzialmente nocive per chi ne fa uso: tali infatti sono anche le automobili, le sigarette, le pistole, ed una massa di farmaci e di agenti chimici accessibili al pubblico. Né ha valore l'argomento che gli effetti degli psicofarmaci sono specificamente "medici," e che per questa ragione essi possono essere presi senza correre rischi soltanto sotto sorveglianza medica. A dire il vero, questo può valere per *alcune* di queste sostanze, ma molte altre che son lungi dall'essere innocue sono accessibili senza sorveglianza medica (per esempio, la vitamina A e la vitamina D, le bombole di DDT per uso domestico, le pastiglie di penicillina, e via di seguito; queste si ottengono altrettanto facilmente dell'alcool — con, tutt'al più, un avvertimento sull'etichetta che la sorveglianza medica è consigliabile per chi faccia di quella sostanza un uso abituale). È dunque così assurdo contemplare l'ipotesi di affidare la responsabilità dell'uso prudente dei farmaci, compresi quelli che influenzano il comportamento, nelle mani di chi se ne serve, piuttosto che in quelle del governo o della professione medica? Le lezioni impartiteci dal proibizionismo sono in questo caso validissime.

Come se non bastasse, il controllo sui farmaci, a causa della natura della pratica psichiatrica, inevitabilmente influenza la gente in un modo duplice e paradossale. Da un lato, molte persone che potrebbero ricevere un beneficio se potessero curarsi da sole — evitando così sia il costo economico che lo stigma sociale connesso all'assunzione del ruolo di paziente psichiatrico — non possono farlo, perché non possono ottenere i farmaci. Dall'altro lato, molte persone che non desiderano prendere farmaci — per esempio, i pazienti rinchiusi negli ospedali

psichiatrici ed altri trattati contro la loro volontà — non possono rifiutarsi di subire l'imposizione dei tranquillanti. Questa situazione paradossale deriva logicamente dal fatto che un dato procedimento, una volta che sia stato socialmente accettato come "trattamento psichiatrico," può essere imposto sui pazienti coatti. Di conseguenza, indipendentemente dalle presunte doti medico-psichiatriche di queste sostanze per il trattamento della malattia mentale, ogniqualvolta uno di questi farmaci è dato ad una persona contro la sua volontà, è perché coloro che si occupano di lei desiderano alternarne il comportamento. Che questa alterazione, poi, sia o non sia considerata benefica dal soggetto, è un'altra questione. Nonostante la sua apparenza medica, ci troviamo qui di fronte ad un dilemma morale analogo a quello posto dalla legittimità, o dall'assenza di legittimità, della conversione religiosa coatta.

Lasciamo da parte il problema dei controlli governativi sull'uso degli agenti psicofarmacologici, non senza esserci però prima posti due domande: che tipo di diritti e di doveri, di libertà e di responsabilità, devono avere i cittadini adulti per l'uso dei farmaci? E, se priviamo delle persone dell'accessibilità a certi farmaci, e quindi della responsabilità di usarli in modo corretto, come interveniamo sugli individui e sulla società?

IV

La psichiatria comunitaria, ultima moda dell'ideologo psichiatrico, completa e consolida la posizione di un approccio semimedico e impostato sui farmaci ai problemi umani.⁸ Sotto lo smalto protettivo di questa etichetta, l'operatore nel campo della salute mentale si trasforma in impudente moralista. In queste vesti, i suoi valori sono chiari: collettivismo e tranquillità sociale. Come sostengono i primi seguaci di Saint-Simon e i loro successivi discepoli, da Comte attraverso a Marx fino a Pavlov e a Skinner, all'individuo dovrebbe essere permesso di esistere soltanto nel caso che egli sia socialmente ben integrato ed utile; in caso contrario, egli dovrebbe subire una "terapia" *fintantoché* non diventi "sano di mente" — cioè passivamente rassegnato al volere delle *élite* incaricate dell'Ingegneria Umana. Lo scopo della psichiatria comunitaria è di trasformare la nostra mal funzionante società — assediata da manifestazioni tali di "malattia mentale" come la povertà, la delinquenza giovanile, la lotta politica, e l'assassinio di un presidente e poi del suo presunto assassino — in quella che, per parafrasare Skinner, potremmo chiamare Walden Three,* la Società Psichiatricamente Sana.

⁸ Vedi T. S. Szasz, "L'etica della salute mentale," in questo volume, pp. 60-79.

* Riferimento sarcastico all'utopistica comunità scientifica ideata da B. F. Skinner nel suo romanzo *Walden Two* (1948). [N.d.T.]

Non mi accontento, però di criticare questa utopia scientifica: voglio anche richiamare l'attenzione sull'etica autoritaria e collettivistica della psichiatria comunitaria, e sulle regole sociali, con funzione **coercitiva** e di controllo, degli psichiatri che la appoggiano.

Per quanto i propagandisti della psichiatria comunitaria si sforzino di far apparire il loro programma come una novità e come radicalmente diverso dall'igiene mentale tradizionale, i due movimenti non sono altro che le varianti su uno stesso tema. Non può essere un caso che le stesse persone e le stesse organizzazioni che appoggiarono in passato il movimento per l'igiene mentale ed i suoi trionfi terapeutici — cioè, il coma insulinico e l'elettroshock negli anni '40 ed i tranquillanti negli anni '50 — sostengano ora i centri sanitari psichiatrici comunitari come l'ultimo "ritrovato nel campo della ricerca psichiatrica."

Lo scopo essenziale della psichiatria comunitaria consiste nella riabilitazione sociale del malato mentale — ovvero, nella conversione di un disadattato in un cittadino socialmente utile. I metodi fondamentali sono quelli della psichiatria tradizionale — il controllo sociale mediante misure apparentemente mediche.

Tutto ciò, mi sembra, non è né nuovo né valido. Lo psichiatra comunitario si limita a riprendere quello che l'igienista mentale ha lasciato andare. In un articolo del 1938, quando il movimento per l'igiene mentale si apprestava a "celebrare il suo ventinovesimo anniversario," Kingsley Davis saggiamente osservava:

L'igiene mentale possiede una caratteristica essenziale a qualsiasi movimento sociale — cioè, che i suoi sostenitori la considerano come una panacea. Dal momento che la salute mentale è ovviamente connessa all'ambiente sociale, promuovere una tale salute significa sottoporre a trattamento non solo delle specifiche menti, ma anche i costumi e le istituzioni in cui tali menti funzionano. Curare tutto questo vuol dire curare tutto?

Sono passati quasi trent'anni da quando Davis constatò che

l'igiene mentale risulta essere non tanto una scienza per la prevenzione dei disordini mentali, quanto una scienza per la prevenzione della delinquenza morale... Se definiamo la salute mentale in termini di conformità ad un'etica di fondo, la battaglia per l'igiene mentale dev'essere portata avanti su mola fronti. Inoltre, siccome è mantenuta la finzione della scienza, il carattere etico del movimento non può mai essere coscientemente e deliberatamente riconosciuto — di conseguenza, i suoi fini devono avere un carattere nebuloso e oscurantista."

La funzione e la finalità reale dell'igienista mentale, secondo Davis, appaiono chiare da come egli si comporta: egli

fa osservare con mezzi profani e sotto la maschera della scienza le norme della società nella sua interezza... Così la capillarità degli intenti dell'igiene mentale è

⁹ K. DAVIS, *Mental hygiene and the class structure*, in "Psychiatry," 1, 55-65, 1938, p. 55.

¹⁰ *Ibid.*, pp. 60-61.

Dove va la psichiatria?

integralmente collegata **alla** reale funzione **dell'igienista**. L'igiene mentale può immergersi in un processo di valutazione, in campi che le scienze sociali non oserrebbero toccare, perché essa possiede un implicito sistema etico che, essendo quello stesso della nostra società, le permette di pronunciare giudizi di valore, di ottenere appoggi pubblici, e di godere del proprio ottimismo incontaminato. Essa, mascherando il suo sistema valutativo (mediante la sua posizione psicologica) da consulenza razionale basata sulla scienza, può a buon diritto pronunciare lodi o condanne sotto l'egida della copertura medico-autoritaristica.¹¹

Nella misura in cui la malattia mentale si presenta come un problema sociale essa è, fra le altre cose, un'espressione della libertà umana: in questo caso, la libertà di "comportarsi male," di infrangere delle regole di condotta personali e sociali. Il desiderio di correggere questo cattivo contegno e di sostituire così l'ordine sociale al disordine sociale non è certo nuovo. Comte, come ci ha ricordato Hayek, affermava: "...il fine che si persegue con l'istituzione della filosofia sociale è di restaurare l'ordine della società." Ai tempi di Comte, il despota comportamentista portava la maschera del "medico sociale"; oggi, egli porta la maschera del medico della salute pubblica che lavora per garantire la "salute mentale" della comunità, della nazione, del mondo intero.

Il punto essenziale dell'approccio sanitario psichiatrico comunitario è l'enfasi posta sul valore supremo del collettivo; l'individuo, se vuole diventare e rimanere "sano di mente," deve subordinarsi a questo valore. Questa, ovviamente, era la tesi di fondo dei seguaci di Fourier e di Saint-Simon. Per Fourier, la coppia — uomo e donna insieme — costituisce il vero individuo sociale. Per Comte, è proprio il concetto di diritto individuale ad essere "immorale"; il suo scopo è di creare un nuovo ordine sociale in cui tale diritto finisca per scomparire, per essere sostituito dal dovere sociale.¹² I primi socialisti utopistici francesi, gli psichiatri sovietici, e gli psichiatri comunitari americani si affannano dunque per conseguire lo stesso fine: "curare" il libero individuo turbolento "insegnandogli" a divenire un membro della comunità socialmente integrato e utile.

Ma chi deve decidere che cos'è un comportamento socialmente utile? Coltivare tabacco? Pubblicizzare le sigarette? Fornire sussidi federali ai coltivatori di tabacco?

E chi deve decidere che cos'è un comportamento socialmente integrato? Sposarsi a diciott'anni? Avere più figli di quanti se ne possano allevare adeguatamente? O chi dà un maggiore contributo alla società: il fabbricante di whiskey o il proibizionista? Colui che dimostra in favore del disarmo o lo scienziato nucleare?

E che dire delle pressioni che molte società esercitano su alcuni dei loro membri (nel nostro caso, sui negri e sugli anziani) perché

¹¹ *Ibid.*, pp. 64-65.

¹² HAYEK, *op cit.*, p. 224.

¹³ *Ibid.*, p. 225.

non siano integrati nella società, ma, tutto al contrario, ne siano segregati?

Quello che voglio dire è semplicemente che qualsiasi tipo di progetto per una "società sana" ci pone di fronte a problemi morali fondamentali sulla qualità della vita umana. I tentativi di risolvere questi problemi facendo ricorso all'ideologia della salute mentale sono nello stesso tempo ingenui e pericolosi.

V

Ho immaginato la psichiatria americana dell'ultimo mezzo secolo come un arazzo tessuto con filo di due tipi: uno è l'approccio medico-neurologico alla malattia mentale, il quale, unito a quello custodialistico, è diventato la nostra psichiatria comunitaria contemporanea; l'altro è la psicoanalisi, la quale, insieme al lavoro di molti moderni psicoterapeuti e studiosi dell'uomo, è diventata il nostro metodo di ricerca di una scienza dell'uomo morale, o di una scienza morale. Dopo aver passato in rassegna la storia del primo, siamo ora pronti per esaminare il secondo.

L'opera di Freud ricevette ben presto riconoscimento negli Stati Uniti. Nel 1909, egli tenne la sua famosa serie di lezioni a Worcester. Nel 1911, fu fondata la New York Psychoanalytic Society: fu la prima a essere formata dopo la Società di Vienna, e precedette di molti anni la formazione delle società analitiche di Berlino, di Budapest, di Zurigo, di Londra, eccetera."

L'influenza che ebbe inizialmente la psicoanalisi sulla psichiatria americana fu tanto evidente quanto notevole: era individualistica e liberale (nel senso classico di libertaria, non in quello moderno di interventista). Essa allontanò lo psichiatra dalla visione dell'individuo malato di mente come paziente, per avvicinarlo a quella di lui come suo simile; lo allontanò dalla visione di lui come malato in senso medico, per avvicinarlo a quella di lui come individuo sottoposto a tensioni morali, e quindi deviante in senso psicosociale o ribelle; e, cosa forse ancora più importante, lo allontanò dal tentativo di controllare e di reprimere la condotta di una persona a vantaggio della società, per avvicinarlo al tentativo di comprendere e liberare l'individuo in modo da renderlo libero di compiere scelte responsabili a suo proprio vantaggio."

Questo orientamento individualistico-umanistico fu, sfortunatamente, appesantito dalla sovrastuttura deterministico-meccanicista della teoria freudiana classica, e fu ancor più appesantito, specialmente negli Stati Uniti, da una sempre più rigida affiliazione medica della psi-

¹⁴ C. P. OBENDORF, *A History of Psychoanalysis in America*, Grune & Stratton, New York, 1953.

¹⁵ Vedi T. S. SZASZ, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, Basic Books, New York 1965.

coanalisi organizzata; questo ha portato come risultato non solo al rifiuto degli analisti non medici come praticanti pienamente qualificati della psicoanalisi, ma anche ad un conseguente rifiuto dei *significati* morali, filosofici, e psicosociali della condotta personale, in contrasto con le sue cause istintuali e genetiche.

Prima che finissero gli anni Venti la psicoanalisi americana era riuscita ad escludere i non medici dalle fila di coloro che potevano essere preparati a praticare la psicoanalisi. Negli anni Trenta, essa fece grandi sforzi per reintegrarsi nella medicina e nella psichiatria, fine che fu coronato ben presto da successo durante la Seconda guerra mondiale. Da allora in avanti, si è verificata una mutua disillusione, lenta ma progressiva, che ha portato questo matrimonio di convenienza sull'orlo del divorzio. A quanto sembra, un numero sempre più vasto di analisti sta cominciando a riconoscere che può essere stato un errore politico ed un disastro scientifico sacrificare l'integrità della psicoanalisi al prestigio della medicina. Di recente alcuni membri della American Psychoanalytic Association hanno fatto qualche passo esitante per raccogliere un ridotto numero di analisti non medici, scelti con molta cautela.¹⁶ Per la psicoanalisi americana, comunque, può benissimo trattarsi di un caso di "troppo poco, e troppo tardi."

In breve, a causa dell'indirizzo e della natura della psichiatria americana contemporanea, e a causa delle forze sociali che vengono in urto con essa, il suo corso futuro può prendere una delle due seguenti direzioni fondamentali. Una, pur sembrando rivolta in avanti, verso la Scienza, lo porterebbe in effetti indietro, verso lo scientismo sociale dei seguaci di Saint-Simon; l'altra, pur sembrando rivolta all'indietro, verso la Filosofia Morale, lo porterebbe in effetti avanti, verso una scienza dell'uomo in quanto essere morale. Esaminiamo entrambe queste possibilità.

VI

Il tentativo di spiegare e di controllare "scientificamente" il comportamento umano è sorprendentemente recente. Ha origine con i filosofi francesi del diciottesimo secolo, specialmente Condorcet, Saint-Simon, e Comte. Fin dal 1783 Condorcet espresse, in termini incredibilmente moderni, il credo dello scienziato sociale positivista: "... estraneo alla nostra razza, egli studierebbe la società umana come noi studiamo quelle dei castori o delle api." Il suo consiglio allo studioso dell'uomo era di "...introdurre nelle scienze morali la filosofia e il metodo delle scienze della natura."¹⁷

Con la Rivoluzione francese ben fuori dal campo visivo, e con

¹⁶ *Report of the Ad Hoc Committee on a Proposal of Special Membership*, in "Journal of the American Psychoanalytic Association," 12, pp. 856-57, 1964.

¹⁷ HAYEK, *op. cit.*, pp. 130-31.

Napoleone come modello di governatore illuminato e "razionale," Saint-Simon non esitò ad annunciare, nei primi anni del diciannovesimo secolo, il fine politico della Scienza sociale: l'istituzione di un'élite scientifico-intellettuale al governo della Francia, e anzi di tutta l'umanità. Dapprima, nel 1803, egli propose un "Concilio di Newton" che fosse composto da ventuno studiosi ed artisti, che sarebbero diventati, nella loro capacità collettiva, "i rappresentanti di Dio in terra."¹⁸ Ma questo non era sufficientemente "scientifico." Saint-Simon si diede allora ad insistere "che i fisiologi estromettano dal loro campo i filosofi, i moralisti e i metafisici, allo stesso modo che gli astronomi hanno estromesso gli astrologi, e i chimici hanno estromesso gli alchimisti."¹⁹

Parole rassicuranti, queste, che ci rivelano le origini ed il contesto sociale degli ideali scientifici e delle aspirazioni morali dei moderni neurofisiologi che cercano di comprendere la collera studiando il lobo temporale, e dei ricercatori psichiatrici che cercano di curare la schizofrenia studiando i neuro-ormoni. Oggi, comunque, non possiamo piú permetterci il lusso di limitarci ad approvare o a condannare coloro che si propongono di studiare l'uomo come se si trattasse di un animale.

L'uomo è un animale; su questo punto non può esserci alcun dubbio. Di conseguenza, il suo corpo, e specialmente il suo cervello, determinano gran parte del suo comportamento. I contributi alla nostra comprensione delle cause fisiche del comportamento dell'uomo rimarranno quindi come acquisizioni ricche di valore per la nostra conoscenza scientifica della natura — cioè, dell'uomo in quanto animale. Questo sarà così fintantoché non avremo del meccanismo del corpo umano una conoscenza altrettanto completa di quella che abbiamo, ad esempio, della struttura chimica del cloruro di sodio, o del funzionamento fisico della valvola termoionica. Questo giorno è lontano dalla nostra vista. Sembrava probabile che una buona parte del lavoro che ora consideriamo di competenza psichiatrica si svilupperà lungo queste linee, e servirà ad accrescere la comprensione ed il dominio del nostro corpo; se un lavoro di tal genere debba essere chiamato psichiatrico, è problema di convenzioni semantiche.

Qui, però, ci interessiamo non solo di comprensione scientifica, ma anche dell'uso pratico che possiamo farne. Sebbene la fisica e la chimica siano delle scienze, il loro uso pone dei problemi morali ogniqualvolta l'applicazione pratica delle conoscenze fisiche e chimiche si riflette sugli esseri umani; lo stesso è vero, naturalmente, per la biologia e per le scienze sociali, se si fa eccezione del fatto che in queste discipline, e specialmente nel caso che gli oggetti studiati siano uomini, la separazione fra conoscenza astratta (scienza teorica) e sua applicazione pratica (tecnica) diventa indistinta. La domanda da porsi, dunque, è la seguente: come influenzerà gli esseri umani una forma biologicamente piú sofisticata di psichiatria?

¹⁸ *Ibid.*, p. 146.

¹⁹ *Ibid.*

Dove va la psichiatria?

La risposta non so darla, ma so per certo che non abbiamo alcuna garanzia che coloro che possiedono una conoscenza di tale tipo, o che sono profondamente convinti della sua importanza, se ne serviranno per migliorare la qualità morale della vita umana. Rimane una **dicotomia** logica di fondo fra l'uomo come persona e l'uomo come cosa, ed un relativo dilemma morale riguardo al far uso della scienza a favore o contro ciò che l'individuo considera come propri interessi personali. Abbiamo già visto gli usi e gli abusi della Ragione e della Scienza, ed è molto probabile che riavremo questa occasione. Cosa potrà mai fare, in **termini** di valori morali, uno psichiatra che si preoccupa della base fisiocchimica del comportamento, e del modo in cui ottenerne il controllo sociale? Abbiamo, mi sembra, buone ragioni per preoccuparcene.

Riporto qui un esempio del tipo di rischi che possiamo correre, forse in misura sempre maggiore. Nei primi decenni del nostro secolo, si impararono molte cose sul conto dell'epilessia, il che permise ai medici di ottenere un maggiore controllo sul processo epilettico (che talvolta dà luogo ad attacchi). Il desiderio di controllare la malattia, però, sembra andare a braccetto col desiderio di controllare la persona malata. Così, gli epilettici furono sia aiutati che danneggiati: furono aiutati nella misura in cui la loro malattia fu diagnosticata **più** accuratamente e trattata con interventi migliori; furono danneggiati nella misura in cui essi, come persone, furono stigmatizzati e segregati dal resto della società.

La sistemazione degli epilettici in "colonie" era davvero nel loro massimo interesse? E il fatto che fossero esclusi dal mondo del lavoro, dal guidare l'automobile, e dall'entrare negli Stati Uniti come immigranti (si noti qui l'analogia con quella che è una delle principali finalità del National Committee for **Mental Hygiene**)? Ci sono voluti decenni di lavoro, molto del quale ancora da terminare, per annullare alcune delle pesanti conseguenze sociali del "progresso medico" nei confronti dell'epilessia, e per rendere all'**epilettico** la posizione nella società che già possedeva prima che la sua malattia fosse compresa **così** bene. Paradossalmente, dunque, quello che è un bene per l'epilessia può non esserlo per l'**epilettico**.

Il destino dell'**epilettico** non è a sé stante. Esso rivela i pregiudizi morali delle teorie mediche dell'uomo: le persone sono interamente accettabili soltanto se sono sane; se sono malate, devono cercare di guarire, o altrimenti devono pagarne le conseguenze.

Per quel che riguarda il futuro della psichiatria, cioè della disciplina medica che s'interessa **più** da vicino del controllo del comportamento umano, queste considerazioni mettono in luce uno specifico pericolo: la psichiatria, dietro la maschera dell'etica della salute e con la protezione della professione medica, rischia facilmente di diventare una potentissima forza sociale per il controllo del comportamento umano. L'influenza dell'etica della salute mentale sui bambini è già considerevole, ed è probabile che aumenterà ulteriormente con il verificarsi sempre **più** frequente della presenza della, psichiatria nelle

scuole pubbliche. Quanto alla sua influenza sulle persone adulte, essa non è minore ed è anch'essa in continuo aumento — considerato che le autorità giudiziarie, gli uomini d'affari, e gli amministratori delle università tendono sempre piú di frequente ad affidare il compito di controllo sociale inerente alla loro posizione a psichiatri che essi stessi assumono.

Ancora una volta, la storia degli inizi delle scienze sociali è per noi istruttiva. Nella Francia degli anni della Rivoluzione e di quelli ad essa successivi, gli esponenti della Ragione e della Scienza dapprima celebrarono la libertà individuale e la dignità umana — poi i loro contrari, l'organizzazione "scientifica" della vita comunitaria e dei vantaggi sociali. La transizione dalla prima fase alla seconda richiese meno di una generazione.

Il pericolo di cui parlo non è una novità; è stato infatti da gran tempo riconosciuto da economisti, storici, ed esperti di scienze politiche. Invero, gran parte di quello che ho detto qui è semplicemente un'estensione al campo della psichiatria e delle altre discipline connesse con la salute mentale delle teorie di costoro. In special modo uomini come Friedrich Hayek, Ludwig von Mises, e Karl Popper ci hanno messo in guardia dai pericoli dello storicismo e dello scientismo nelle questioni umane.²⁰ Di recente Floyd Matson fece un accenno alla loro tesi e ne rivelò l'importanza riguardo alla psicologia e alla psichiatria. Riferendosi a Saint-Simon ed a Comte, egli osservò:

Il tentativo totalizzante di applicare un metodo scientifico alla razionalizzazione della condotta umana — ciò che potrebbe essere chiamato il primo programma sistematico di tecnicizzazione del comportamento — risultò essere non una scienza spassionata e positiva del comportamento, ma una campagna interamente sentimentalistica e negativa volta a spingere gli uomini a comportarsi in un certo modo.²¹

E conclude:

...Nelle mani dei suoi piú devoti missionari, gli esperti delle scienze naturali del comportamento, questa fede nella fisica sociale e politica ha provocato con una regolarità impressionante la visione di un futuro techno-scientifico.. e con essa una relativa immagine di un uomo — manipolato e dominato, condizionato e controllato — sollevato dal peso intollerabile della libertà.²²

Questo per quanto riguarda le possibilità future di una psichiatria collettivistico-scientistica, impegnata a dar maggior peso alla comunità

²⁰ F. A. HAYEK, *The Road to Serfdom* [1944], Phoenix Books, Chicago 1957; trad. it. *Verso la schiavitù*, Rizzoli, Milano 1948; L. VON MISES, *Human Action: A Treatise on Economics*, Yale University Press, New Haven 1949; trad. it. *L'azione umana. Trattato di economia*, U.T.E.T., Torino 1959; K. R. POPPER, *The Open Society and Its Enemies* [1945], Princeton University Press, Princeton 1950.

²¹ F. MATSON, *The Broken Image: Man, Science, and Society*, George Braziller, New York 1964, p. 52.

²² *Ibid.*, p. 115.

che all'individuo, e ad indirizzare il comportamento umano con farmaci e sanzioni mediche piuttosto che con la coscienza individuale e con sanzioni giuridiche. Qualunque nome si voglia dare ad uno psichiatra di tal sorta, egli sarà sempre il servo di una società chiusa e limitata, come nelle previsioni di Saint-Simon e di Comte. Abbiamo visto come la Fisica sociale della Francia del diciottesimo secolo, con le sue teorie dell'individuo come atomo sociale, abbia generato i regimi totalitari del ventesimo secolo, con le loro teorie del cittadino come servitore obbediente dei suoi padroni politici. Quello che ebbe un modesto inizio come psichiatria medica nell'Europa del diciottesimo e del diciannovesimo secolo, con la sua teoria dell'uomo spinto dai processi fisico-Chimici che si verificano nel suo cervello, potrebbe forse diventare, magari negli Stati Uniti, una tirannia basata sullo scientismo neurologico e sullo storicismo psicoanalitico.

VII

È anche possibile, comunque, che la psichiatria si sviluppi in futuro lungo linee individualistiche e libertarie. O, magari, potrebbe scindersi in due discipline distinte — una collettivistica e volta a render schiavo l'uomo, l'altra individualistica e volta a liberarlo.

Le radici di una psichiatria individualistica e libertaria sono deboli e superficiali. Contro alla tradizione degli alienisti e dei nosologi psichiatrici, come Kahlbaum e Kraepelin, esempi in campo psichiatrico di questo spirito umanistico sono Sigmund Freud, col suo profondo impegno di comprendere il comportamento dei "disturbati di mente" e di evitare ogni forma di coercizione, e Wilhelm Reich, col suo zelo di liberare l'uomo dalle sue catene, siano esse forgiate dai padroni che lo hanno allevato o da quelli che lo dominano politicamente. La direzione di questa psichiatria è chiara, benché il suo movimento sia lento ed esitante: prima, allontanarsi dalla medicina e avvicinarsi alla psicologia; poi, allontanarsi dalla psicologia e avvicinarsi allo studio dell'uomo in società — cioè allo studio dell'individuo dotato di un passato e di un futuro e di un'inevitabile dedizione morale a se stesso e agli altri.

La psichiatria, una volta che sia accettata come disciplina impegnata nello studio e nel controllo della condotta personale, non ha più per la medicina un'importanza particolare. Io ritengo, di conseguenza, che la psichiatria non debba né nascondersi dietro alla maschera della medicina, né servirsi della posizione semantica e sociale di quest'ultima in modo scientifico. A lungo termine, è nell'interesse sia della professione medica, che di quella psichiatrica, che del pubblico distinguere chiaramente fra scienza medica e scientismo medico (psichiatrico). La medicina è una scienza naturale. La psichiatria no; è invece una scienza morak.

Conseguentemente, uno sviluppo possibile — e, io credo, au-

spicabile — della psichiatria potrebbe consistere nell'approfondimento del solco esistente fra la psichiatria stessa e la medicina. Il risultato sarebbe una disciplina non-medica — non anti-medica! — aperta tanto ai medici quanto ai non medici che siano interessati allo studio dell'uomo ed alla psicoterapia.

Quali potrebbero essere alcune delle conseguenze pratiche di un tale cambiamento? Per il momento, ad un medico è consentito iscriversi come psichiatra o come neurologo, anche se esiste un solo albo professionale per entrambe le discipline; questo è un anacronismo storico. Suggesto, primo, un albo separato per la psichiatria; secondo, un analogo tipo di riconoscimento professionale per gli psicoterapeuti; e terzo, un riconoscimento identico per gli psicoterapeuti medici e per quelli non medici.

Ricordiamo qui che solo nel nostro secolo — e neanche in modo del tutto completo — la psichiatria è diventata una specializzazione distinta dalla neurologia e dalla medicina interna. Freud ed i suoi primi seguaci crearono una nuova professione — prima una specializzazione medica, poi una disciplina esterna al campo della medicina; ma, nonostante gli avvertimenti di Freud che la psicoanalisi richiedeva di essere difesa "dai medici," la controrivoluzione psicoanalitica sorpassò il suo movimento. Oggi la psichiatria, la psicoanalisi, e la psicoterapia sono tutte imprese ambigue, in precario equilibrio sull'invisibile confine posto fra medicina e scienze sociali, talvolta orgogliosamente accolte da entrambe, talvolta, invece, da entrambe rabbiosamente ripudiate.

Sebbene alcune delle teorie psicoanalitiche possano essere state create per servire agli scopi della tecnologia sociale, la pratica della psicoanalisi non poteva diventare completamente antiindividualistica. È di conseguenza propriamente alla psichiatria, più che non alla psicoanalisi, che dobbiamo guardare alla ricerca dei principali mutamenti. Riterrei auspicabile che la psichiatria prendesse nettamente le distanze dalla neurologia e dalla medicina in genere, e che si staccasse poi da esse in modo completo. In modo rudimentale e dai più ignorato, tale separazione esiste oggi fra psicoterapia e pratica medica. Ma non è sufficiente: sono necessari ulteriori cambiamenti nella pratica psichiatrica.

Il cambiamento che io ritengo essere il più importante dovrebbe verificarsi nel ruolo sociale e nell'impegno morale dello psichiatra. La sua posizione sociale quando si trova di fronte al suo cliente andrebbe definita con chiarezza: sta rappresentando gli interessi del paziente (così come il paziente stesso li definisce) o di altri (la famiglia del paziente, la società, e via di seguito)? Il suo impegno morale è per l'autonomia o per l'eteronomia, per l'individualismo o per il collettivismo?²³

Nelle loro forze estreme, questi ruoli sono spesso riconosciuti con

²³ S. FREUD, *Lettera a Pfister*, 25 novembre 1928, in S. FREUD, *Psicoanalisi e fede: carteggio col pastore Pfister - 1909-1939*, Boringhieri, Torino 1970, p. 125.

²⁴ Vedi T.S. SZASZ, *The moral dilemma of psychiatry*, in "Amer. J. Psychiatry," 121, pp. 521-28, dicembre 1964.

Dove va la psichiatria?

sufficiente chiarezza; questo, però, non impedisce ad uno psichiatra particolare di assumere un ruolo in un dato momento, ed un altro in quello successivo. Il primo molo può essere quello dello psicoanalista classico, che è esclusivamente l'agente del suo paziente: accetta di essere pagato dal suo cliente, in cambio di un servizio volto a promuovere gli interessi del paziente in questione. L'altro ruolo può essere quello dello psichiatra "poliziotto," che è esclusivamente l'agente dell'avversario del paziente: accetta di essere pagato dalla polizia o dall'ufficio del pubblico ministero, in cambio di un servizio volto ad incriminare e a danneggiare il cosiddetto paziente." Fra questi due estremi, si trova lo psichiatra ospedaliero, che dovrebbe prendersi cura dei pazienti involontari e, nello stesso tempo, proteggere da essi la comunità.

Ormai non è più difficile immaginare che avvenga una separazione fra questi ruoli. Essa potrebbe verificarsi in una situazione di questo genere: la professione psichiatrica, come la professione legale, potrebbe restare una disciplina singola; coloro che la praticano, invece, si scinderebbero in due categorie fondamentali, e forse in parecchie altre minori. La distinzione sarebbe simile a quella che esiste in campo legale fra accusa e difesa. Questa distinzione di funzioni rifletterebe il fatto che lo psichiatra praticante è di solito l'agente di una delle due parti in causa e l'avversario dell'altra. Io mi auguro che questa situazione venga chiaramente riconosciuta dalla società e che la professione ne prenda atto. Questo significherebbe che, così come un uomo accusato di un crimine non prenderebbe neppure in considerazione di pagare come difensore il pubblico ministero, un individuo "accusato" di "malattia mentale" non prenderebbe neppure in considerazione di pagare uno psichiatra la cui lealtà sia stata promessa alle parti con cui egli sia in conflitto. La natura della professione e della pratica psichiatrica finirebbe così per subire una ridefinizione.

Verrebbero a configurarsi due tipi di psichiatri: gli "psichiatri della difesa" (o, in breve, psichiatri-D), e gli "psichiatri dell'accusa" (o, in breve, psichiatri-A). Le loro funzioni non ci sono nuove; ad essere nuova sarebbe invece la manifestazione coerente e pubblicamente riconosciuta dei loro rispettivi ruoli. Passiamo ora in rassegna le caratteristiche essenziali di entrambi questi ruoli.

VIII

Lo psichiatra-D, come l'avvocato difensore, è un professionista privato. È interpellato dai suoi possibili futuri clienti, che egli è libero di accettare o di rifiutare, i quali, a loro volta, sono liberi di accettare o di rifiutare lui. Sebbene alcuni aspetti importanti di una re-

²⁵ Vedi T. S. SZASZ, *Psychiatric Justice*, Macmillan, New York 1965, specialmente il cap. 3.

lazione professionale di questo genere siano controllati dall'esperto, le sue principali caratteristiche sono (e, anzi, devono essere) controllate dal cliente: **piú** in particolare, è il cliente a decidere la finalità ultima a cui dev'essere rivolto l'aiuto professionale, e, di regola, controlla le fasi iniziali *e* terminali della propria relazione con l'esperto. Questo è reso possibile, e nello stesso tempo simbolizzato, dal carattere commerciale della relazione stessa; come l'avvocato difensore, lo psichiatra-D è pagato per i suoi servizi dai clienti, e il suo benessere economico dipende, in ultima analisi, nell'offrire ai clienti i servizi per cui essi stipulano con lui un contratto. In breve, lo psichiatra-D, come la sua controparte in campo giudiziario, è un esperto "assunto" da una delle parti in causa — spesso per danneggiare l'altra: ad esempio, l'avvocato a cui Jones ricorre per citare in giudizio Smith per danni, non solo cerca di aiutare Jones, ma anche di danneggiare Smith. In modo analogo, lo psichiatra-D che accetta come paziente un uomo il cui problema principale sia un disaccordo coniugale, può "aiutare" il marito, ma "danneggiare" la moglie (o viceversa). Sebbene questo fatto sia solitamente a conoscenza degli psichiatri, viene per lo **piú** trascurato perché considerato un difetto imbarazzante della psichiatria, anziché essere tranquillamente riconosciuto come una parte necessaria di un metodo **psicoterapeutico** il cui fine sia l'autonomia e la dignità dell'individuo.

Anche il ruolo dello psichiatra dell'accusa è abbastanza semplice, ma è ancor meno chiaramente articolato o accettato. Descrivere questo ruolo è spesso considerato addirittura diffamatorio nei confronti degli psichiatri e della professione psichiatrica. Questo ruolo è assunto da un gruppo di persone che, come il pubblico ministero, agiscono soprattutto nella pratica istituzionale. I "clienti" (se possiamo chiamarli tali) dello psichiatra-A non si rivolgono a lui, né egli è libero di accettarli o di rifiutarli. I clienti sono involontari e, se fossero lasciati liberi, non vorrebbero aver niente a che fare con lui; questo è ovvio nella relazione fra criminale e pubblico ministero, ed è ugualmente vero per la relazione fra paziente mentale involontario e psichiatra. Lo psichiatra-A entra in contatto professionale col suo cliente in virtù del potere che ha nei confronti di quest'ultimo. Non è pagato dal suo "cliente," ma da un'istituzione che di solito agisce per conto del governo. Come se non bastasse, il ruolo dello **psichiatra-A** ha una definizione **piú** ristretta di quella del ruolo dello **psichiatra-D**. Come il pubblico ministero deve, nel complesso, limitare il suo lavoro ad accusare criminali, **cosí** lo psichiatra-A deve, nel complesso, accontentarsi di proteggere gli interessi della società da quelli del paziente mentale "accusato."

Lo psichiatra-D, come l'avvocato in pratica privata, è un professionista indipendente: può essere assunto per psicanalisi, consulenza coniugale, ipnosi, annullamento di un testamento, *e* via di seguito — proprio come la sua controparte in campo giuridico può essere consultata per **difendere** un cliente da un'imputazione penale, per **richie-**

dere un divorzio, per stendere un testamento, e via di seguito. Lo psichiatra-A, al contrario, come il pubblico ministero, esercita la sua professione da impiegato, il piti delle volte dello stato. In quanto tale, egli appartiene ad una complessa organizzazione burocratica, con tutto ciò che questo implica riguardo ai rapporti che egli può avere con i suoi clienti, siano essi volontari o involontari.

Considerazioni di questo genere mettono in evidenza i profondi legami esistenti fra economia e politica da una parte, e psichiatria dall'altra. Lo psichiatra-D, chiaramente, può esistere soltanto nei paesi capitalistici, ed il suo lavoro sarà valutato proporzionalmente al valore dato alla libertà economica e personale; lo psichiatra-A, invece, ha un suo posto sia nei paesi capitalistici che in quelli socialisti, ed il suo lavoro sarà valutato proporzionalmente al valore dato alla pianificazione economica ed alla sicurezza sociale.

Se il futuro della psichiatria seguirà le linee che ho qui indicato — cioè, allontanandosi sempre piti dalla medicina e dalle scienze naturali ed avvicinandosi alla politica e all'etica — posso arrischiarmi a prevedere uno sviluppo ulteriore. La separazione del lavoro dello psichiatra nelle due ampie categorie cui ho qui sopra accennato rappresenterà semplicemente l'inizio di un ben piú diffuso orientamento verso una precisa delimitazione e classificazione non delle malattie psichiche, ma delle prestazioni psichiatriche. Piú il cosiddetto paziente mentale sarà ricondotto a quella pienezza di dignità umana che gli appartiene di diritto, piú i tentativi di rinchiuderlo in una classificazione — almeno nel modo a cui siamo stati abituati — sembreranno non solo inutili, ma dannosi o addirittura criminali. Una volta che il paziente mentale sia diventato un cliente dotato del diritto dell'autodeterminazione, egli vorrà scegliere degli psichiatri specializzati ad assolvere compiti specifici; a questo scopo, sarà necessaria una classificazione non dei clienti, ma bensí degli esperti.

IX

Come ho sostenuto in un mio saggio precedente,²⁶ la classificazione — riguardi essa piante o animali, pazienti medici o psichiatrici, dottori o avvocati — serve sempre a qualche scopo pratico o strategico. Che scopo ha classificare un individuo come paziente psichiatrico, e, in modo particolare, come fobico, depresso, schizofrenico?

Lo scopo manifesto di questo tipo di classificazione — e con questo voglio riferirmi al fine ufficialmente dichiarato degli psichiatri che si impegnano in categorizzazioni di questo genere — consiste nell'identificare la "malattia" del paziente cosicché essa possa essere trattata nella maniera piti adeguata per combattere il quadro patolo-

²⁶ T.S. SZASZ, "La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo," in questo volume, pp. 197-219.

gico specifico: in breve, il fine manifesto della classificazione psichiatrica, si sostiene, è lo stesso di quello della classificazione medica.

Lo scopo reale della classificazione psichiatrica — e con questo voglio riferirmi al fine di una categorizzazione di questo genere così come può essere dedotto da quelle che sono le sue effettive conseguenze pratiche — consiste nel degradare e nel segregare dal resto della società l'individuo identificato come paziente mentale; in breve, il fine inespresso della classificazione psichiatrica è la stigmatizzazione sociale e la costituzione di una classe di capri espiatori che ci si sente giustificati a perseguire.

Per quanto concerne le presunte analogie fra classificare un individuo come malato fisico (ad esempio, affetto da ulcera gastrica) e classificarlo come malato di mente (ad esempio, affetto da schizofrenia), non dobbiamo lasciarci confondere dal fatto che in entrambi i casi è imposta all'individuo un'etichetta diagnostica (o almeno qualcosa che possa ad essa somigliare). Sebbene un individuo che richieda un'assistenza medica può, alla fine, essere diagnosticato come sofferente di un disturbo particolare, nel suo ruolo di eventuale paziente egli agisce in modo molto simile a un qualsiasi cliente che richieda l'assistenza di un esperto: egli si forma, cioè, un concetto del suo bisogno, e — a seconda del suo giudizio e dei mezzi che egli ha a disposizione per ottenere l'aiuto che desidera — sceglie l'esperto i cui servizi egli desidera assicurarsi. Alcune persone, dunque, quando hanno bisogno di assistenza medica, vanno al pronto soccorso del più vicino ospedale; altre prendono un appuntamento col loro medico; altre compiono un viaggio fino ad un celebre centro medico; mentre altre ancora ricevono a casa loro un gruppo di specialisti di fama mondiale arrivati apposta in aereo. Inoltre, l'eventuale paziente può scegliere se consultare un medico generico piuttosto che uno specialista, o un ortopedico, o un callista, o un guaritore piuttosto che un medico qualificato.

L'individuo afflitto da problemi personali ha una scelta simile a sua disposizione (sempre che non sia ancora stato costretto ad assumere il ruolo di paziente psichiatrico coatto): può chiedere aiuto a un medico generico, a un prete, a un avvocato, a un assistente sociale, a un neurologo, a uno psichiatra organicista, o a uno psicoanalista (la lista completa, naturalmente, è molto più lunga di questa). Sembra che questo elenco possa offrire una scelta sufficiente; in realtà, non è così, e ciò per svariati motivi. Uno di essi consiste nel fatto che le precise attività dei vari "guaritori mentali" sono raramente definite da coloro che le praticano e, di conseguenza, non possono essere conosciute dai loro clienti; un altro consiste nel fatto che non ci sono di solito dei limiti ben chiari a quello che gli esperti sono autorizzati a fare, o a quello che di fatto riescono a fare. Ne deriva che i clienti non ricevono una protezione sufficiente da quegli atti che essi ritengono essere contro i loro migliori interessi. Uno di questi atti è l'ingiusto **etichetta-**

mento psichiatrico e il ricovero coatto in manicomio con conseguente "trattamento" **obbligatorio**.

Il paziente **psichiatrico** coatto si trova in una situazione **radicalmente** differente da quella in cui si trova il paziente medico volontario: laddove **quest'ultimo** può scegliersi il medico, può rifiutare la diagnosi del suo medico (se non è d'accordo con essa), e può rompere i **rapporti** col suo diagnostico, il primo non può fare niente di tutto ciò. Questa imposizione di un'etichetta diagnostica su di un individuo, senza il suo consenso e contro la sua volontà, è una delle **più** importanti differenze pratiche fra diagnosi medica e psichiatrica.

A causa di questi fatti sulla natura e le conseguenze del processo diagnostico in psichiatria, i clienti che cercano aiuto per risolvere i problemi della loro vita avranno una genuina possibilità di scegliere fra linee d'azione alternative soltanto se saranno prima state soddisfatte due esigenze: primo, le pratiche effettive dei vari "guaritori mentali" devono essere specificate e rese pubbliche; secondo, i limiti imposti a queste pratiche devono essere definiti chiaramente e fatti rispettare da un punto di vista giuridico.

X

Se quello che ho sostenuto a proposito del carattere tattico del processo diagnostico in psichiatria è vero, ne segue che prima di poter avere un sistema di classificazione radicalmente diverso *in* psichiatria, dovremo avere una finalità radicalmente diversa *per* la psichiatria.

Il fine di Kraepelin, mai decisamente lasciato da parte (neppure da Freud), era di classificare i *pazienti*. Questo schema ha un senso soltanto se noi, i classificatori, intendiamo fare qualcosa *ai* pazienti, agli oggetti, cioè, della nostra classificazione: ad esempio, se vogliamo recluderli o "trattarli."

Ci sono, però, molte situazioni nella moderna psichiatria nelle quali lo psichiatra non ha bisogno di porsi, e di fatto non si pone, un tale fine. La situazione della psicoanalisi o della psicoterapia privata è il caso paradigmatico: un cliente che si senta preoccupato o in difficoltà richiede l'appoggio di un esperto che lo aiuti a gestire i problemi della sua vita. La situazione che viene a crearsi fra un cliente di questo tipo e il suo terapeuta è totalmente differente da quella esistente fra uno psichiatra di ospedale psichiatrico e una persona che vi si trovi rinchiusa contro la propria volontà. **Invero** la situazione psicoterapeutica privata non è per nulla insolita: anzi, essa è paragonabile a quella che si crea fra persone in difficoltà di vario genere e gli esperti a cui esse si **rivolgono** in cerca di aiuto.

Si consideri, per esempio, una persona in difficoltà con le autorità per questioni che riguardano le sue imposte sul reddito che consulti un avvocato esperto di problemi tributari; o la persona che non riesce **più** ad andar d'accordo con la moglie che consulti un avvocato divor-

zista; o la persona accusata di aver commesso un crimine che consulti un avvocato difensore. Ognuno di questi avvocati si trova davanti un problema, ma esso non consiste nel classificare il suo cliente in termini di *colpevolezza* o di *innocenza*. Analogamente, lo psichiatra consultato da un cliente volontario si trova davanti un problema, ma esso, anche in questo caso, non consiste nel classificare il suo cliente in termini di *malattia* o di *salute mentale*. Quello che fanno gli avvocati in queste situazioni ci aiuterà a chiarire quello che dovrebbero fare anche gli psichiatri al servizio di clienti dotati del diritto all'*autodeterminazione*.

L'avvocato che si trovi davanti una persona che chiede di essere aiutata a *risolvere* le difficoltà che si trova ad avere con l'ufficio delle imposte non ha alcun bisogno di classificare il suo cliente come *colpevole* o *innocente* di *evasione fiscale*. Questo è semmai un problema che riguarda gli impiegati dell'Ufficio o una commissione di giurati. Il primo compito dell'avvocato è decidere se accettare o no la persona in difficoltà come cliente. Una volta che la abbia accettata, il suo compito finisce per diventare *più* o meno *definito* dal cliente: l'avvocato deve aiutare il cliente a conseguire i suoi risultati, o, se questo sembra non essere possibile, deve discutere con il cliente l'opportunità di modificare le sue esigenze. Nel caso delle difficoltà di tipo tributario, lo scopo del cliente sarà di pagare il meno tasse possibile senza dover andare in prigione; egli richiede la collaborazione di un esperto *perché* questi lo aiuti a scegliere le mosse strategiche *più* opportune per conseguire questo risultato, e lo paga in cambio di questo servizio.

Il marito che vuole ottenere il divorzio, e il suo *avvocato*, si trovano in una situazione simile. Non sarebbe di alcuna utilità, e potrebbe anzi essere disastroso, per l'avvocato dare un giudizio morale sul marito: non è affar suo diagnosticarlo come marito buono o cattivo, come compagno *più* o meno adatto di sua moglie. Non è per questo che il suo cliente lo paga: se egli continuasse a esercitare una tale pratica "diagnostica," finirebbe probabilmente per perdere il suo cliente, e anche il suo lavoro. Qual è dunque il suo compito? Aiutare il cliente a ottenere il divorzio alle condizioni *più* vantaggiose possibili per il cliente stesso. L'avvocato, se non desidera prestare questo servizio, è libero di rifiutare quel marito come suo cliente.

Proviamo ora a riesaminare in questa luce il ruolo dello *psicoterapeuta*. Perché mai egli dovrebbe classificare il suo paziente come *malato* o *sano di mente*, come *isterico* o come *schizofrenico*? Non ha nessun bisogno di farlo. Prima di tutto, il terapeuta deve decidere se accettare o no come cliente la persona che gli ha chiesto le sue prestazioni. (Le ragioni in base alle quali si prende questa decisione sono complesse e variano a seconda dei diversi terapeuti. Non c'è bisogno di discutere questo problema in questa sede.) Una volta che egli abbia deciso, il suo compito non consiste nel classificare il cliente (come *potrebbe* mai questo risultare utile al cliente?) — ma piuttosto di aiutarlo a conseguire i suoi scopi. Questo richiede un coordinamento negli scopi e nelle strategie del cliente e dello psicoterapeuta.

Io sostengo — e spero che questa discussione abbia appoggiato la mia tesi — che **gli** psichiatri abbiano bisogno di classificare gli individui come pazienti mentali (nel modo tradizionale o secondo alcune **modificazioni** di questo sistema di fondo) soltanto se desiderano trattarli come oggetti o cose. Questo atteggiamento o questa tendenza non sono necessariamente dettati da **malevolenza**: spesso i pazienti mentali sono trattati come bambini o come corpi insensibili perché li si ritiene incapaci di badare a se stessi, e di conseguenza si considera che debbano essere protetti dalle loro famiglie, dalla società, o dagli psichiatri. Insomma, se tutti **gli** adulti (compresi i cosiddetti pazienti mentali) fossero considerati come individui responsabili e come gli agenti del destino che a loro appartiene, allora non ci sarebbe alcun bisogno che la gente che consulta gli psichiatri fosse sottoposta a una classificazione psichiatrica.

Le persone, tuttavia, non possono comportarsi da individui responsabili a meno che non vivano in un ambiente **piú** o meno agevole. Da un punto di vista fisico, questo significa che l'uomo non può solitamente sopravvivere in condizioni di estrema avversità fisica — **nell'Artico** o nel deserto. Da un punto di vista sociopsicologico, questo significa che l'uomo (in quanto persona, non in quanto organismo) non può solitamente sopravvivere in condizioni di estrema avversità psicosociale — nel campo di concentramento o nell'ospedale psichiatrico. La **sopravvivenza** di un uomo in quanto persona dipende in larga misura dalle opportunità che egli ha di fare scelte ponderate. Perché egli possa fare tali scelte, il suo ambiente sociale deve essere definito in modo corretto: se egli, a causa di definizioni improprie o fuorvianti, non riesce a distinguere fra veleno per topi e aspirina, non potrà prendersi cura della propria salute fisica; e se, a causa di definizioni improprie o fuorvianti, non riesce a distinguere fra i vari esperti che potrebbe consultare perché lo aiutino a risolvere i suoi **problemi** personali, non potrà prendersi cura della propria cosiddetta salute mentale.

Da quanto si è qui detto deriva che, per dare una risposta adeguata **alle** richieste psicologiche degli adulti responsabili, abbiamo bisogno che siano classificate non le malattie mentali ma i servizi degli specialisti. **A** dire il vero, se si fa la sola, e significativa, eccezione del campo della salute mentale, questo tipo di classificazione prevale in tutte le situazioni in cui sono i clienti a dover ricercare e pagare i servizi degli esperti.

Nella pratica legale, per esempio, gli oggetti della classificazione non sono i clienti **dell'avvocato**, ma la natura del suo lavoro. Abbiamo quindi **degli** avvocati che si specializzano nelle leggi sulle società per azioni, nelle leggi penali, nelle leggi sul divorzio, nelle leggi sul lavoro, nelle leggi fiscali, e via di seguito. L'organizzazione psichiatrica è incredibilmente ostile a una simile divisione del lavoro fra psichiatri: lo **psicoterapeuta** che si rifiuta di far uso di farmaci o di internare i pazienti in manicomio è considerato non come un professionista che esercita le proprie facoltà di giudizio su questioni di proprio interesse e **compe-**

tenza, ma come uno che non accetta di sottoporsi al peso oneroso delle responsabilità connesse a un'arte messianica di guarigione.

Questo punto rivela una situazione sconcertante e tragica, in quanto ci fornisce un'idea della misura in cui la psichiatria ha abbandonato i valori liberal-razionalisti della scienza e la prospettiva di una società aperta, per affidarsi all'antitesi controrivoluzionaria di queste finalità, i valori illiberali e irrazionali dello scientismo e la prospettiva di una società chiusa.

XI

Ho qui discusso le contraddittorie tendenze della psichiatria, nel passato come ai giorni nostri. Si tratta di riflessioni sulle diverse oscillazioni di una tesi di fondo e della sua antitesi: l'individualismo e la libertà come grandi idee rivoluzionarie della Scienza e del Mercantilismo, e le altrettanto grandi idee controrivoluzionarie del collettivismo e dell'ordine, caratteristiche principali dello Scientismo e dell'Utopismo Sociale. Dopo aver passato in rassegna, sotto questo punto di vista, la storia recente e la situazione presente della nostra disciplina, che previsioni possiamo fare sul suo futuro?

Nel pronosticare il futuro, dobbiamo distinguere fra previsioni a breve termine e previsioni a lungo termine. Per quelle a breve termine, la scommessa che ci dà piú sicurezza di coglier nel segno si basa sul seguire la corrente: se fa caldo oggi, aspettati che faccia caldo anche domani. Se applichiamo questa regola alla psichiatria, possiamo aspettarci che la tendenza attuale continui, nella direzione di un'estensione del campo d'azione e del potere di una psichiatria collettivistica e scientifica.

Per le previsioni a lungo termine, invece, la conoscenza dell'orientamento dominante ha un valore piú limitato: la tendenza potrebbe continuare, o cambiare direzione, o addirittura invertire la propria marcia. Di fatto, nelle questioni sociali e politiche, due tendenze opposte spesso si susseguono, in una spirale dialettica di ideologie e di orientamenti antagonisti. È sciocco, di conseguenza, stare a far speculazioni sul corso preciso che prenderanno nel futuro remoto gli eventi umani. Dovremmo piuttosto accontentarci di conoscere le alternative che m-tranno, di volta in volta, assumere un ruolo predominante. La celebre previsione di J. P. Morgan sul corso futuro del mercato azionario era la seguente: "Fluttuerà." Anche la psichiatria, probabilmente, fluttuerà, fra l'ideologia dell'individualismo e quella del collettivismo, fra il proteggere il cittadino dallo stato e il proteggere lo stato dal cittadino. Quale di queste tendenze finirà per prevalere in un momento dato dipenderà in parte dal clima culturale del tempo, e in parte dalla disponibilità intellettuale e morale dei singoli psichiatri, il cui lavoro giornaliero costituisce, in ultima analisi, la pratica stessa della psichiatria.

Indice analitico

- "Abelson, signora Rachel," caso clinico di, 107, 111
- Abolizionisti**, 150
- Aborto, 54, 68, 113-20, 186; **legalizzazione dell'**, 113-14, 119-20; **terapeutico**, 113-14, 117-20
- Abraham, **Karl**, 90
- Abuso della ragione, l'* (Hayek), 232n
- Acton, **Lord**, 223
- Adattamento sociale; movimento per la salute mentale e, 69-70, 225 sgg.; sistema scolastico ed insegnamento dell', 155-58, 171-77
- Adler, **Alfred**, 90, 215
- Adolescenza, psicoanalisi ed **autodefinizione nell'**, 174-75
- Africa, commercio degli schiavi in, 133, 150
- Alienisti, 178
- American Law Institute Rule, 121, 129, 132
- American Negro Slavery (Phillips)*, 143
- American Orthopsychiatric Association, 222
- American Psychiatric Association, 180, 198
- American Psychoanalytic Association, 229
- American University, The* (Barzum), **182n**, 188n
- Analisti non medici, 229
- Anatomia di un omicidio* (Traver), 128
- Antisemitismo, 51-89, 91-92, 112-13, **149n.**, 160, 200
- Antislavery: The Crusade for Freedom* (Dumond), 143
- Antropomorfismo, 205
- Apfelberg, Benjamin**, 149
- Application of science to personal relations: A critique of the family clinic idea* (Davis), **72n**, 74-75
- Arendt, Hannah**, 139, **149n**
- Aristotele, 141, 144
- Assassinio della personalità, diagnosi psichiatriche come, 208-11
- Association of American Medical Collega, 191
- Association of **Medical** Superintendents of American Institutions for **the Insane**, 180
- Association of Medical Superintendents of **Mental** Hospitals, 65
- Asylums. Le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati* (Goffman), 148, 208n
- Austria-Ungheria, antisemitismo in, 82, 85, 88, 91-92
- Autocontrollo**, 39-40, 152. *Vedi anche* Autonomia; **Responsabilità**
- Autodeterminazione, 61-62, 237 (*vedi anche* Autonomia; **Libertà**); e aborti, 117-20
- Autonomia, 40, 219. *Vedi anche* **Auto-**determinazione; **Libertà**
- Autorità, 74-75, 147, 167. *Vedi anche* **Forza**; Potere
- Azione umana, l'* (Mises), 232n
- Babish, Melissa, 101
- Bambini, 68, 71; "disturbati di mente," 156-66; etica della salute mentale, 156 sgg., 231-32; istruzione e **socializzazione** dei, **156-58**; pazienti **coat-**

- ti ritenuti come, 144-45; ricovero coatto dei, 136; servizi di assistenza sanitaria psichiatrica **nella scuola e, 155 sgg., 231-32. Vedi anche Paternalismo**
- Banalità del male, La. Eichmann a Gerusalemme* (Arendt), 139n
- Barzun, Jacques, 173, **182n**, 188n
- Bazelon, David, 122
- Beers, Clifford Whittingham, 220-21
- Bell, Daniel, 96, **96n**, 103
- Bellak, L., 185n
- Belli, Melvin, 128
- Bergson, Henry, 218
- Berlin, Isaiah, 166, 166n
- Bernheim, H., 82
- Berry George Packer, 181, 183
- Blaine, Graham, junior, 168-69
- Bleuler, E., 206
- Blocco sovietico, ricovero coatto nel, 151
- Bockoven, J. Sanbourne, **123n**
- Bonaparte, Marie, 91
- Braceland, F. J., 144, **144n**, **146n**
- Brill, Abraham, 93
- Brodsky, Iosif, 63-64, 67, 76
- Broken Image: Man, Science, and Society* (Matson), 202n
- Brosin, Henry, 67
- Burocrazia (*vedi anche* Governo; Stati Uniti; Stato); e **psichiatria e controllo sociale**, 105-11, 121-32, 133-54, 179-96 (*vedi anche* Controllo sociale); ricovero psichiatrico coatto e, 120-32, 133-54, 179-81; salute mentale e, 65-79 (*vedi anche* Psichiatria comunitaria); e servizi di assistenza **sanitaria psichiatrica nella scuola**, 157-59, 172-74
- Burnham, D., 45n
- Butler, Samuel, 81, 81n
- Cambiamento sociale, classificazione e**, 82-95
- Caplan, Gerald, 66, 67-68, 166
- Capri espiatori, **pazienti mentali come**, 238
- Castro, Fidel, 58
- Categoriizzazione, come **limitazione della libertà personale**, 216-19. *Vedi anche* Classificazione
- Cattolicesimo, controllo delle nascite e, 115-16; controllo sociale e, 224
- Cechov, A. P., **136n**
- Centri comunitari per la **salute mentale**, 88, 18489, 193
- Ceryello, **sintomi mentali e malattie del**, 49-51
- Chambers, Whittaker, 138
- Charcot, J. M., 82, 199
- Chimica, **178, 180, 230**
- Ciclotimia, 91
- Cina, ideologia comunista in, 98
- Clark University, Worcester, Mass., Freud **alla**, 220, 228
- Classi sociali e malattie mentali* (Hollingshead e Redlich), **54n**, 143n
- Classificazione (psichiatrica), 82-95, 197, 237-42; sistemi di, 198; e **stigmatizzazione**, 109-10, 160-61, 163-64, **200-19; passim**, **237-38; come strategia per la segregazione dell'individuo**, 82 **sgg.**, 197-219, 237-39
- "Clauson, Victor," caso clinico di, 106
- Clienti volontari, **diversità nelle relazioni degli psichiatri con i**, 239-42
- Clift, Suzanne, caso di, 102
- Cliniche per famiglie**, **72, 74-76**
- Clinton Prison, Dannemora, N.Y., 44
- Closed Corporation, The* (Ridgeway), 188n
- Coercizione, 39, 72, **142-43, 152-53, 164-65; psichiatrica**, 71, **74-75, 83-84, 138, 153, 166, 178. Vedi anche** Psichiatria istituzionale; Ricovero psichiatrico coatto
- College, **servizi psichiatrici nei**, **166-72. Vedi anche** Università
- Collettivismo, **psichiatria comunitaria e**, 67-79, 157 **sgg.**, 222-42; etica **della salute mentale e**, 62-79; ed istruzione mediante **socializzazione**, 156-58 **sgg.**, 175-77; movimento per **l'igiene mentale e**, 222-42 **passim; psichiatria e**, 46, 62-79, 153, 157 **sgg.**, 175-77, 222-42
- Comitato Scientifico della Federazione Mondiale per la Salute Mentale, 69
- Community Mental Health Centers Act, del 1963, 184-88, 193
- Comportamento, 60. *Vedi anche* Condotta (comportamento) individuale

Indice analitico

- Comte, Auguste, 205, 225, 227, 229, 233
- Concept of Motivation, The (Peters)**, 53n
- "Concilio di Newton," 230
- Condorcet, **Marquis** de, 229
- Condotta (comportamento) individuale (*vedi anche* Criminali e criminalità; Devianza; Malattia mentale; Problemi della vita; Relazioni umane); cause endogene della, 60-62; classificazione, previsione e controllo della, **197-219**; e concetto di malattia mentale, 80-95 (*vedi anche* Classificazione; Linguaggio); definizione, 60-61; differenze reali nella, 219; etica della salute mentale e, 60-62 sgg. (*vedi anche* Etica); infermità mentale fra i criminali e, **121-32**; movimento psicoanalitico e, **228-29**; psichiatria e controllo della, **121-54**, 181, 197-219; (*vedi anche* Controllo sociale); **psicofarmacologia** e, **223-25**; e ricovero psichiatrico coatto, 121-54, 179; ruoli **sociali** e **salute** mentale, 206-11, 213 sgg.; scientismo sociale e controllo della, 229-34; servizi di assistenza sanitaria psichiatrica **nelle** scuole e, 159-75; trattamento psichiatrico e, 105-11, 121-54, **180-81**
- Confidenza psichiatrica, 166-72
- Conflitti interpersonali**, 78-79. *Vedi anche* Problemi della vita; Relazioni umane
- Connecticut Society for Mental Hygiene**, 220
- Consenso cosciente al trattamento, 125, 135, 172
- Constitutional Rights of the Mentally Ill, **114n**, 146n
- Constitution of Liberty, The (Hayek)**, 140n
- Contratto fra paziente e psichiatra, **52-53**, **106**, **153**, **235-37**, **239-40**
- Controllo delle nascite, 54, 68, 115-16
- Controllo sociale, 82-95, **103-11**, 120-54, 160-76; **classificazione** e segregazione dell'individuo, 82 sgg., 197-219; psichiatria e, 82-95, 103-11, 120-54, **158-76**, 178, 195-96, **221-42**; **psicofarmacologia** e, 223
- Conversione, 82-88, 95
- Corpi della Pace, 68
- Corsia N. 6, La** (Cechov), 136n
- Corsia 7 (Tarsis)**, **64n**, **136n**, 145
- Corte d'Appello degli Stati Uniti, 122, 125
- Counter Revolution of Science, The (Hayek)**, 221n
- Crandall, Prudence**, 14748
- Criminali e criminalità (*vedi anche* Delinquenza; Devianza); confronto tra il ricovero coatto e l'**incarcerazione** dei, **140-41**; difesa e verdetto **sulla** base dell'**infermità** mentale, 121-32; opinione psichiatrica della, come malattia mentale, 44-46, 81, 102, **160-61**, 222
- Crimine della punizione, L (Menninger)**, 45n
- Cristianesimo (*vedi anche* Cattolicesimo; Religione); e **antisemitismo**, **82-89**; ideologia del, 99-101; ideologia psichiatrica come adattamento della teologia del, 42; e **schiavitù**, 14243, 145, 150
- Cross-Cultural Studies in Mental Health: Identity, Mental Health, and Value Systems (Soddy)**, 69-73
- Cuvier, Georges, 199
- Dannemora, State Hospital, N. Y., 127
- Davidson, H. A., 152n
- Davis, D.B., **133n**, **141n**, 144, **144n**, **145n**, 150, **150n**, 153n
- Davis, **Kingsley**, 72, **72n**, 74, **74n**, 75, **75n**, 226, 226n
- De **Assis**, M., 136n
- Delinquenza giovanile, 161-63
- Democrazia in America, La (Tocqueville)**, 147n
- Demoni, 57, 59. *Vedi anche* Streghe; Stregoneria
- Dennison, Stephen, 127, 127n
- Denver (Colorado) **General** Hospital, aborti al, 113
- Depressione mentale, 61-62
- Devianza (comportamento deviante), concetti di malattia mentale e, 51-53, 63, 93-94, 102-3, 216 (*vedi anche* Criminali e criminalità; Delinquenza giovanile); **responsabilità criminale** e, 121-32; **ruoli** sociali e, 124, 216; **al-**

- stema degli ospedali di stato e, 180; sociale, 63-64, 124 sgg. (*vedi anche* Criminali e criminalità)
- Diagnosi psichiatriche, come limitazioni sociali, 118, 138-39, 200, 207-11, **237-40**. *Vedi anche* Classificazione
- Diavolo, 56, 99. *Vedi anche* Streghe
- Diritti legali, ricovero coatto e, 149-50 "Disagio etico," **Erikson** a proposito del, 98
- Discriminazione, classificazione e, 82-85, 229. *Vedi anche* Classificazione
- Discriminazione sociale, retorica del rifiuto e, 82-95, 227-28. *Vedi anche* Classificazione
- Disoccupazione, **ergoterapia** e, 77-78
- Disturbo, concetto di malattia mentale come, 49-51, 54-55, 58, 81-82, 106, 134-35, 141 (*vedi anche* Malattia mentale); nosologia, 200-2, 213
- Divorzio, 68, 152, 240
- Dominazione-sottomissione. *Vedi* **Coercizione**; Oppressione-liberazione
- Dominio (*vedi anche* Controllo sociale; Potere); **classificazione** come strategia per conseguire il, 204 sgg.
- Donne (*vedi anche* Aborto): ricovero coatto delle, 136, 138
- Droghe, opinione dell'uso delle, come malattia mentale, 45. *Vedi anche* Tossicomania
- Duhl, Leonard, 187
- Dumond, Dwight L., 142, 147n
- Durham v. *United States*, decisione, 101, 122, 130, 132-33
- Ebert, Robert H., 192
- Ebrei, classificazione, linguaggio e persecuzione degli, 82-89, 91-92, 113, **149n**, 160, 200
- Eichmann, Adolf, 138-39, 210
- Eisendorfer, A., 93-94
- Eitington, Max, 90
- Elements of Symbolic Logic* (Reichenbach), 80n
- Elkins, Stanley M., 143-44, **145n**, 146, **146n**, 150n
- Emerson, **Ralph** Waldo, 216
- Emigrazione, mutamento sociale mediante, 82-84
- Epilessia (epilettici), 231-32
- Erewhon* (**Butler**), **81n**
- Ergoterapia, 76-77
- Erikson, **Erik H.**, 98, 179n
- Essere e il nulla*, **L' (Sartre)**, 203n
- Età della pazzia, 42
- Eteronomia, 157, 174
- Etica (considerazioni etiche), salute mentale e, 40-41, 60-79 (*vedi anche* **Umanismo**; Valori; Valori morali); definizioni, 58-59; de-moralizzazione e **tecnizzazione** dei problemi della vita, 44 sgg.; individualismo opposto a collettivismo e, 62-79 (*vedi anche* **Collettivismo**; **Individualismo**); mito della malattia mentale e, 49-59; neutralità e fallimento della psichiatria nell', 43 sgg.; traffico illecito dei valori umanistici attraverso la psichiatria, 102-11
- Ethics of Psychoanalysis, The* (Szasz), **53n**, 206n, 228n
- Etichettamento psichiatrico, 82-95, **197-219**. *Vedi anche* Classificazione (psichiatrica)
- Eutanasia, 54
- Ewalt, Jack, **146n**
- Facoltà di medicina, molo della psichiatria nelle, 181-84, 188-93; dipartimenti psichiatrici nelle, 181-84, 188-91
- Famiglia, pazienti psichiatrici e, **106-11**, 134
- Farmaci, controllo del comportamento mediante l'uso di, 223-25
- Farmacologia, 180
- Farnsworth, Dana L., 166-67
- Fattori socioeconomici, psichiatria comunitaria e, 77-78, 152-53. *Vedi anche* Poveri; Ricchi
- Felicità, ricovero coatto e, 146-47; **possibilità** di raggiungimento della, **58-59**
- FBI, psichiatri scolastici e collaborazione con l', 171
- Felix, Robert H., **66**, 134, 134n
- Ferenczi, **Sándor**, 90-92.
- Finch, Stuart M., 159
- Fisica, 197-98, 230; sociale, 232
- Fisiologia, 180
- Forrestal, James, **137n**, 207, 216

- Forza. *Vedi* **Coercizione**
 Forza-lavoro, ergoterapia e, 77-78
 Fourier, seguaci di, 227
Fragments of an Analysis with Freud
 (Wortis), 96-97
 Francia, scienze sociali in, 229, 232-33
 Freeman, Charles, caso di, 125, 129n
 Freud, Sigmund, 129, 156, 215, 218;
 classificazione e diagnosi compiute da,
 82-84, 89-93, 96-98, 101, 103, 199,
 239; idee su salute e malattia men-
 tale, 55-56, 96-98, 101, 103-4, 206,
 227-28, 233-34; e spirito **umanistico**,
 227-28, 233-34; negli USA, 220, 228
 Freundlich, D., 76n
 Freyhan, A., 188n
 Friedenberg, Edgar Z., 173-75
Friendship and Fratricide (Zelig), **138n**
 Frink, H. W., 92-94
Fromm, Erich, 62
Fuga dalla libertà (**Fromm**), 62n

 Gallup, sondaggio (1966) su "paura
 delle malattie," 123
Gandhi, 156
 "Geriatrici," casi, 107-8
 Germania, antisemitismo in, 82-89, **91-92, 112-13**; ospedali **psichiatrici** di
 stato in, 184-85
Gesú Cristo, 58, 99, 131, 138, 150, 156,
 160
 Gid, Maon, 88-89
 Gillespie, R. D., 143n
 Giobbe, 58
 "Giochi del linguaggio," 149. *Vedi anche*
 Linguaggio (parole)
 Giustizia, 45, **222** (*vedi anche* Legge);
 difese e verdetti penali sulla base del-
 l'infermità mentale, 120-32; funzione
 punitiva della psichiatria nella, 109-11
 Glaser, F. G., 152n
Goffman, E., **148n**, 208n
 Goldwater, Barry, 138, 208-11
 Gorman, **Michael**, 67
 Governo (*vedi anche* Burocrazia; Col-
 lettivismo; Stato); e movimento per
 la salute comunitaria, **178-96**; psi-
 chiatria comunitaria e, 64-79; (*vedi*
anche Psichiatria comunitaria); psi-
 chiatria istituzionale e, 152-54; scien-
 ze fisiche e, 193-95
 Gran Breragna, psichiatria comunitaria
 in, 74
 Gravidanza, 113-16. *Vedi anche* Aborto;
 Controllo delle nascite

Grinker, Roy R. Senior, 47n
Guttmacher, M. S., 134, **134n**, 146

Halleck, Seymour, 145
Handbook of Community Psychiatry and
Community Mental Health (Bellak),
 185n
Hardenberg, Principe Karl August von,
184
Hartnack, J., 149n
Harvard University: Medical School,
 192; servizi psichiatrici presso la, **166-72**
 Hausner, Gideon, 139
 Hayek, Friedrich A., **140n**, 221, 227,
 232, 232n
 Heller, Richard S., 127
Henderson, D., **143n**
History of Psychoanalysis in America,
The (Obendorf), **228n**
 Hitler, **Adolf**, 58, 84, 91, 209. *Vedi anche*
 Nazismo
 Hollingshead, A. B., **54n**, 143n
House of intellect, The (Barzun), 174n
Human Mind, The (Menninger), 222

Ideas Have Consequences (Weaver),
 125n
 Identificazione simbolica, 204, 212 sgg.
Vedi anche Classificazione; Lin-
 guaggio
 Identità personale: classificazione co-
 me limitazione dell', 207-8 sgg., 217-
 19; sistema scolastico e **raggiungi-**
mento dell', 175-77
 Identità professionale, psichiatria ac-
 cademica e, 178-96
 Ideologia: psichiatria e salute e ma-
 lattia mentale come, 96-104, 140. *Vedi*
anche Burocrazia; Collettivismo;
 Governo
 Ideologia comunista, 96, 98-99, 225. *Vedi*
anche Cina; Collettivismo; Unio-
 ne Sovietica
 Immigranti, movimento per l'igiene
 mentale e, 221, 231
 Individualismo (individualità) (*vedi* *anche*
 Collettivismo): classificazione co-
 me limitazione dell', 212-19; etica
 della salute mentale e, 62-79; **istru-**
zione e, **155-58, 173-77**; **movimento**
per l'igiene mentale e, **222**

- chiatra e, 46, 62-79, 213-19, 233-42; valori psichiatrici e, 46, 62-79, 153.
- Infermità mentale (*vedi anche* Malattia mentale): classificazione e diagnosi di, 118, 138, 140, 148, 151, 200-19 (*vedi anche* Classificazione; Diagnosi); difese e verdetti penali, 120-32; movimento per l'igiene mentale e, 220 sgg.; ricovero coatto e, 133-54; stigmatizzazione dell', 109-10, 200-19 *passim*
- Ingegneria sociale. *Vedi* Tecnologia sociale
- Inquisizione: psichiatria istituzionale paragonata all', 141n
- Insegnamento, servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola e, 155-57, 172-77
- Introduction to Psychiatry* (Kolle), 200n
- "Isteria" ("isterici"), uso come etichetta di, 42, 82-87
- Isteria di conversione, 42
- Istituti di psicoanalisi, criteri per l'ammissione agli, 93
- Istruzione (*vedi anche* Scuole; Università): in psichiatria, 178-92; medica, 181-83, 187-92; scopo dell', 155-58; servizi sanitari psichiatrici nella scuola e, 155-77
- Janet, P.M. F., 82
- Jeiinek, Roger, 45
- Johnson, Lyndon B., 210
- Jones, Ernest, *Vita e opere di Freud* di, 56n, 89-93
- Kahlbaum, Karl L., 233
- Kallmann, F. J., 141n
- Kaplan, J., 128n
- Katcher, Leo, 88-89
- Kaufman, Irving R., 122, 125, 129
- "Kelleher, Tim," caso clinico di, 108, 111
- Kennedy, John F., 66, 18485, 187; assassinio di, 159-60
- Kesey, Ken, 136n
- Kolb, L. C., 142n
- Kolle, Kurt, 199-201, 215
- Kraepelin, E., 82, 185, 200-1, 206, 215, 233, 239
- Krušev, regie di, 64
- Landers, Ann, 100-1
- Langer, S. K., 57n
- Langer, T. S., 142n
- Lasch, Christopher, 196n
- Lasswell, Harold D., 205, 222
- Lavaggio del cervello, 71
- Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices* (Szasz), 53n, 64n, 99n, 134n, 141n, 186n, 211n
- Law in Medical Practice, The* (Shindell), 125n
- Legge (*vedi anche* Giustizia): aborto e, 113-20; attività sessuale e, 115; difesa e verdetto sulla base dell'infermità mentale, 121-32; diritti dei pazienti involontari, 148-50; psichiatria e pratica della, 239-40; traffico illecito dei valori umanistici attraverso la psichiatria e, 112-20; trattamento psichiatrico e, 44-45, 109-11
- Letteratura, prove contro il ricovero coatto in, 136, 139-40
- Liberalismo, psichiatria comunitaria e, 66, 154
- Libertà*, La (Mill), 129, 129n, 135n
- Libertà (autonomia) personale, 39-40, 47; aborto e, 117-20; classificazione come limitazione della, 197-219; e difesa e verdetto sulla base dell'infermità mentale, 121-32; etica della salute mentale e, 69-79, 227-28; psichiatria comunitaria e, 78-79, 133-54, 173-77, 226-28; e ricovero coatto, 124-54; sistema scolastico e, 156 sgg., 173-77
- Lincoln Hospital, Harlem, N. Y. C., 186
- Linguaggio (parola): classificazione come strategia di costrizione, 202-19; e infermità mentale fra i criminali, 127-29; e malattia mentale, 80-95, 127-29, 140, 149, 202-19; e ricovero coatto, 140, 149
- Linn, L., 144n
- Locke, John, 150
- London, Jack, 131, 136n
- Lutero, Martin, 156

- Mabbott, J. D., 140n
- Malattia, linguaggio e concetti di, 49-52, 55-56, 58, 81-82, 105 sgg., 134-35, 142. *Vedi anche* Classificazione; Linguaggio; Malattia mentale
- Malattia fisica, concetto di malattia mentale come, 49-52, 54-55, 58, 81, 134-35, 142
- Malattia mentale (*vedi anche* Infermità mentale; Ospedali psichiatrici; Psichiatria; Salute mentale): capacità della psichiatria di affrontare la, 103-11; aborto e, 113-20; aspetti **morali** e politici della, 40 sgg., 49 sgg., 60-79 *vedi anche* Politica; Valori morali); bambini e, 155 sgg.; e bisogno di cambiamento nei ruoli di psichiatria e paziente, 234-42; concetti di, 49-50, 60 sgg., 77-78, 80 sgg.; concetto di malattia e, 43, 46-47, 49 sgg., 55; definizioni ed uso del termine, 87-88, 101-3, 121-25, 134-35, 148; deformazione della **personalità** come, 50-52; diagnosi di, 82-84, 89-93, 96-98, 101-2, 138-40, 148, 151, 153-56; etica della, 60-79; etichettamento come strategia per la segregazione sociale, 197-219; ideologia della, 96-104, 140; inesistenza della, 57-59; infermità mentale fra i criminali e, 12-32; linguaggio della psichiatria e, 40, 42-43, 55, 69-70, 80-95, 128-30 (*vedi anche* Classificazione; Linguaggio); mito della, 49-59, 117-18, 134 sgg., 142; movimento per la salute mentale e, 220-28; movimento per la salute comunitaria e, 179-96; problemi della vita come, 55-62, 106-14; psichiatria e crescente importanza della, 41-48 sgg.; **psicoanalisti** e, 84-85, 89-94 (*vedi anche* Psicoanalisi); realtà della, 55-59; retorica del rifiuto e, 80-95; ricovero coatto per, 123-54, 182; ruoli sociali in, 123-25, 137, 187, 190-91, 234-42; stigma della, 109-11, 160, 162-64, 200-19 *passim*
- Malingering: Diagnosis or social condemnation?* (Szasz), 82n
- Manipolatori della pazzia, I. - Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America* (Szasz), 45n, 139n
- Marx**, Karl, 156, 225
- Matson, **Floyd**, 202n, 232n
- McGee**, Hugh, 126-27, 127n
- Meccanomorfismo**, 198-219, 230 sgg.
- Medicina (terapeutica medica), 60-62, 131, 134-35, 179-84, 187-91, 230-34; nosologia in, 200-2; prove contro il ricovero coatto da parte della, 134-38; separazione della psichiatria dalla 105, 134-35, 179 sgg., 233-37
- Menninger, Karl, e **classificazione** psichiatrica, 201; e opinione **psichiatrica** sul crimine, 4446, 222-23
- Menninger, **William**, 152n
- Mental Health in the Metropolis* (Srole e altri), 142n
- Mental Health and Value Systems* (Soddy), 69n, 73
- Mill**, John Stuart, 129, 129n, 135-36
- Miller**, **William E.**, 209
- Mind That Found Itself, The* (Beers), 220n, 221
- Mises, Ludwig von, 205, 232
- Mistificazione, 137
- Mitchell, S. T., 142n
- Mito della malattia mentale, 49-59, 118, 134 sgg., 142
- Mito della malattia mentale, Il. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale* (Szasz), 61n, 69n, 82n, 135n, 190n
- M'Naghten, Daniel, caso di, -Rule, 121-23, 125, 129-30, 132
- Modern Persecution* (Packard), 136n
- Moral dilemma of psychiatry* (Szasz), 87n
- Moral Life and the Ethical Life, The* (Vivas), 193n
- Morgan, J. P., 242
- Morison, Robert S., 178n
- Mount Sinai Hospital, N. Y. C., aborti al, 113
- Movimento per la salute mentale comunitaria, storia del, 178-85; operato del, 185-96; ruolo della psichiatria nel, 178-96
- Napoleone Buonaparte, 230
- National Committee for Mental Hygiene, 220-21, 231
- Natura, **classificazione** e **controllo** della, 197-208

Indice analitico

- Nazismo, 82-83, 88-89, 91-92, 112-13, 149n
- Negri, 70, 227-28; classificazione come costrizione dei, 200, 202, 213, 219; parallelo fra ricovero coatto e schiavitù dei, **133-34**, 140-54
- Neri. *Vedi* Negri
- Neurologia, 233; separazione **della** psichiatria **dalla**, 233-34
- Neuropsichiatria, 81-82, 84, 89-94, **221-22**, 228-29
- "Nevrotici" ("nevrosi"), 44, 89, 106, 143; Freud a proposito dei, 97-98
- Newman, James R., 194
- New York (stato di), infermità mentali fra i criminali **dello**, 126-28
- New York Psychoanalytic Society, 228
- New York Public Health Law*, 126
- Noon Wine* (Porter), 136n
- Norme (normalità): biologiche, 105; classificazione **delle**, 213 sgg.; **devianza** e, 52-54, 93-94, 105
- Nosologia psichiatrica, 200-1, 233-34. *Vedi anche* Classificazione
- Noyes, A. P., 142n
- Obendorf, C. P., **228n**
- Omosessualità, 54, 171-72; Freud a proposito **dell'**, 97
- One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Kesey), 136n
- One Hundred Years of Psychiatry* (Kraepelin), 184n
- O'Neil, M. J., 191n
- Open Society and Its Enemies*, *The* (Popper), **62n**, 232n
- Opler, M. K., 142n
- Oppressione-liberazione, 40, 43, 147-49, 153 (*vedi anche* Coercizione; Potere); dialogo fra, **145**
- Ortega y Gasset, J., 158, 172-73
- Orwell, George**, 121
- Ospedali (*vedi anche* Ospedali psichiatrici); di stato, 179-96
- Ospedali psichiatrici, **6**, 47, (*vedi anche* Malattia mentale); aumento di pazienti negli, 142; cambiamento dei nomi degli, 87-88; classificazione dei pazienti negli, 212-16 (*vedi anche* Classificazione); criminali, 121-32; funzione degli, 77, 107-9, **123-54**, 213-19; funzione **socio-economica** degli, 77, 107; "geriatrici," casi negli, 107-8; psichiatria comunitaria e, 63-79; trattamento coatto negli, 71-72, 103, 124-54 (*vedi anche* Ricovero psichiatrico coatto); uso degli, come deposito per gli indesiderati, 107 sgg.
- Oswald, Lee Harvey, 159-60
- Packard, signora E. W. P., 136, 136n
- Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings* (Szasz), **51n**
- "Paranoici," 42, 127, 138, 148, 208-11
- Parkinson, legge di, 67, **67n**, 155
- Parole, Le* (Sartre), **203n**
- Paternalismo, 71, 144-45, 153, 241
- Pavlov, Ivan P., 225
- Pazienti medici e pazienti psichiatrici, differenza nei moli dei, 101-2, 123-24, **134-35**
- Pazzia. *Vedi* Infermità mentale; Malattia mentale
- Personalità autonoma ed eteronoma, 157, 173-74; malattia mentale come deformità della, 51; scuole (istruzione) e sviluppo della, 156-59, 173-74
- Peters, R. S., 53n
- Phillips, Ulrich, 143
- Philosophical Investigations* (Wittgenstein), 149n
- Philosophy in a New Key* (Langer), 57n
- Piel, James A., 187
- Pinel, Philippe, 109, 215
- Pines, M., 186n
- Politica, salute e malattia mentale e, 39-41, 96, 103-4, 106, 133-54, 195 (*vedi anche* Burocrazia; Collettivismo; Controllo sociale; Governo; Ideologia); psichiatria comunitaria e, 69-70, 73-79, 229-34
- Popper, Karl L., 62, 205, 232
- Porter, K. A., 136n
- Poser, Ernest J., 44
- Potter, V. R., 199n
- Pound, Ezra, 64, 131
- Potere, 222-23 (*vedi anche* Burocrazia; Controllo sociale; Dominio; Governo; Stato); psichiatria e molo del, 152, 169-72. *Vedi anche* Coercizione; Oppressione-liberazione; Violenza
- Previsione del comportamento umano,

- psichiatria e, 205 sgg., 212 sgg., 221
- Poveri: classificazione imposta sui, 216; psichiatria comunitaria e, 182-83, 185-88, 194; ricovero coatto e, 108, 111, 142-43, 221; trattamento psichiatrico per i, 108-9, 111
- Prigioni (imprigionamento), classificazione e, 212 sgg.; ricovero psichiatrico paragonato alle, 147-49
- Principles of *Preventive* Psychiatry (Caplan), 66-68, 166n
- Prisoner's Hidden Life*, The (Packard), 136n
- Problemi della vita, malattia mentale come, 55-62, 106-114. Vedi anche Relazioni umane
- "Proibizionismo," 46, 162, 224
- Proprietà del corpo, 135; e controllo delle nascite, 115-16
- Psichiatria (psichiatri): "psichiatri A," — accademica, 154-96; aspetti morali e politici della, 40-41, 43-48 sgg., 60-79; bisogno di un cambiamento nel ruolo sociale e impegno morale degli, 232-42; classificazione e segregazione sociali, 197-219 (vedi anche Classificazione); e confidenza, 166-72; e controllo sociale, 82-95, 105-11, 121-54, 158-76, 195, 197-219, 225 sgg.; "psichiatri D e P," 235-37; definizione, 162-70; diagnosi da parte degli, 118, 139, 207-19; dinamica, 179; e disumanizzazione dell'uomo, 47; etica della, 53-54, 60-79, 218-19 (vedi anche Etica; Valori morali); fallimento del linguaggio della, 40, 43; funzione punitiva della, 110, 132; futuro della, 220-42; identità e ruolo degli, 178-96, 210, 213 sgg.; ideologia della, 42-48; come ideologia della salute e della malattia mentale, 96-104; e infermità mentale fra i criminali, 121-32; istituzionale, 133-54; istruzione e preparazione alla pratica della, 178-93; come lavoro sociale, 182-83, 185-88, 195; legale, 121-32; limitazioni nel trattamento da parte della, 105-11; linguaggio e storia della, 69-95, 96 sgg. (vedi anche Linguaggio); malattia mentale e linguaggio della, 80-95 (vedi anche Classificazione; Linguaggio); e mito della malattia mentale, 49-50, 118, 134 sgg., 142; neutralità nel trattamento del malato mentale, 43-48, 53 sgg., 60 sgg.; opinioni sulla malattia mentale, 41-48 sgg., 61 sgg.; e parallelo con il commercio degli schiavi, 144-53; e pazienti privati, 235-42; e ricovero coatto (vedi Ricovero coatto); e salute mentale comunitaria, 65-79, 178-96; "scientifica," 131, 198-99; come scienza morale, 78-79, 193-96, 218-19, 233-35; scopo, campo di azione, metodo e valore della, 46-48 sgg., 60-61 sgg.; separazione dalla medicina, 233-35; servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola, 155-77; e stato, 133-59, 158, 178-96 (vedi anche Burocrazia; Governo); storia e status della, negli USA, 220-42; e tecnologia sociale, 221, 225, 230, 234; e traffico illecito dei valori umanistici, 112-20; e università, 166-72, 178-96
- Psichiatria accademica, servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola e, 155-77; lo stato, l'università e la, 178-96
- Psichiatria comunitaria, 64-79, 223 sgg., 225-42 (vedi anche Psichiatria istituzionale); e controllo sociale, 225-42 (vedi anche Controllo sociale); definizione, 64-65; e difesa e verdetto sulla base dell'infermità mentale, 121-32; ed etica, 64-79 (vedi anche Etica); e ricovero psichiatrico coatto, 123-54; e sistema scolastico, 161-77
- Psichiatria istituzionale, 71, 103, 134-54, 174 (vedi anche Psichiatria comunitaria); atto classificatorio e limitazioni sociali, 197-219; definizione, 141; responsabilità penale e, 121-32; nelle scuole, 174
- "Psichiatria scientifica," 131, 198-99
- Psicoanalisi, 152, 172, 179-81, 198, 234; e classificazione (linguaggio della diagnosi), 85, 89-94, 97-98; salute mentale come ideologia e, 96-104; status e storia della, negli USA, 220, 228 sgg.; storia della, 84-85
- Psicofarmacologia, 223-25
- Psicologia (psicologi), 95, 97, 101, 197-

- 98, 205-6; consulenza, 106-7; del profondo, 97; scuola, 155-76
- "Psicosi"** ("psicotici"), 41, 89-94, **144-45**
- Psicoterapia (psicoterapeuti), 84-85, 98, 234 (*vedi anche* Salute mentale); psichiatria scolastica e, 155-77; uso di agenti chimici in, 223-25
- Psychiatric Justice* (Szasz), **110n**, 138n
- Psychiatric Study of Jesus, The* (Schweitzer), **99n**, **138n**
- Psychiatrist, The* (De Assis), 136n
- Psychiatrist for a Troubled World, A* (Menninger), 152n
- Psychiatry and the Dilemmas of Crime* (Halleck), **145n**
- Psychoanalysis and taxation: A contribution to the rhetoric of the disease concept in psychiatry* (Szasz), **75n**
- Punishment* (Mabbott), 140n
- Punizione, opinione psichiatrica sul crimine e sulla, 45-47. *Vedi anche* Criminali e criminalità; Devianza
- Radin, S. S., 163-65
- Rank, Otto, 90-92
- Rapporto genitore-figlio, 159-62, 163-66
- Realtà: **Freud** a proposito della credenza comune come prova di, 92; ideologia dell'**infermità** mentale e definizioni della, 43, 57-58; negazione della responsabilità personale come negazione della, 47-48; "sociale," 63, 215
- Realtà sociale, 63 (*vedi anche* Realtà); atto classificatorio come definizione della, 215
- Reclusione. *Vedi* Ricovero psichiatrico coatto
- Redlich, F. C., **54n**, 143n
- Regole del gioco, retorica del rifiuto e, 86
- Reich, Wilhelm**, 233
- Reichenbach, H., 80n
- Relazioni umane (interpersonali) (*vedi anche* Condotta; Problemi della vita); conflitti morali nelle, 59; disturbi nelle; etica della salute mentale e, **59-79**; genitore-figlio, 159-62, 164-66; ideologia psichiatrica e, 41-48, 223 sgg.; linguaggio della psichiatria e, 40, **55**, 80-95; mito della malattia mentale nelle, 49-59; scelta e libertà nelle, 39-40 (*vedi anche* Libertà; Scelta)
- Religione (teologia), 197 (*vedi anche* Conversione; Cristianesimo); e controllo delle nascite, 115-16; e controllo sociale, 223-24; ideologia psichiatrica come uno degli adattamenti della, 41-42; malattia mentale identificata con l'ateismo, 69; e valori morali, 62
- Rennie, T. A. C., 142n
- Responsabilità personale: e aborti, **114-15**, 117-20; e infermità mentale fra i criminali, 121-32; salute mentale e, 40-41, 47, 57-59, 62, 78, 105, 111, 240-41
- Recensione a The Economics of Mental Illness* di Rashi Fein (Szasz), 77n
- Retorica dell'accettazione, 86
- Retorica del rifiuto, 86-88. *Vedi anche* Classificazione; Linguaggio
- Ribellione delle masse, La* (Ortega y Gasset), **158n**
- Ribicoff, Abraham, 160-62
- Ricchi, 216 (*vedi anche* Poveri); ricovero coatto e, 143; trattamento psichiatrico per i, 111, 216
- Ricovero psichiatrico coatto, 47, 63, 72, 74-75, 133-54, 179; atteggiamento della psichiatria nei confronti del, **142-54**; come crimine contro l'umanità, 139-54; diritti "legali" e "medici" dei pazienti, 148-51; gioco dei ruoli e, 61; infermità mentale fra i criminali e, 123-32; parallelo con l'imprigionamento dei criminali, **139-40**; **parallelo** con la **schiavitù**, 133-34, **140-54**; prove contro la validità del, 134-40.
- Ridenour, N., **221n**, 222n
- Ridgeway, J., **188n**
- Rifiuto, retorica del, 86-87. *Vedi anche* Classificazione; Linguaggio
- Riviere, Joan, 91
- Roche Report: Community psychiatry and mental hospitals*, **65n**
- Rogow, A. A., **137n**, 207n
- Romano, J., **188n**
- Rome, Howard P., **citato** a proposito della sfera dei compiti psichiatrici, 41, 41n

- Roosevelt, Franklin D.**, 66
- Rosen, **George**, 136n
- Rousseau, Jean-Jacques, citato a proposito della libertà, 39
- Ruby, Jack, 128
- Ruoli sociali: bisogno di cambiamento dei, negli psichiatri, 233-42; come imprigionamento classificatorio, 207-08 sgg., 213 sgg.; malattia mentale e, 124-25, 137, 151-52, 163; psichiatria come studio e influenzamento dei, 191
- Russia. Vedi Unione Sovietica
- Sachar, Edward Junior, a proposito del comportamento criminale e della neutralità psichiatrica, 44, **44n**, 47, 47n
- Sachs, Hans, 90
- St. Elizabeths Hospital, Washington, D. C., 126-27, 130
- Saint-Simon, 166; scientismo sociale di, 205, **221-22**, 225, 227, 229-33
- Salute mentale (vedi anche Malattia mentale; Ospedali psichiatrici; Psichiatria); etica, 60-79, 231 sgg.; come ideologia, 96-104; organizzazione sociale della, 73-79; professionisti (consulenti; specialisti) in, **60** sgg., 68-79, 225 sgg.; psichiatria comunitaria e, 65-79, 123-54, 225 sgg.; **servizi** scolastici, 155-77; storia e status del movimento per la, negli USA, 73 sgg., 220-29
- Sartre, Jean-Paul, **203n**, 208, 216-17
- Scelta (scegliere), 39-40, 47, 58, 61 (vedi anche Libertà); classificazione come limitazione nella, 206-8, 240-41
- Schiavismo (**schiaivítú**), 142-43, 145, 151; ricovero psichiatrico coatto in parallelo allo, 133-34, 145-54; somiglianze economiche con la psichiatria istituzionale, 152
- "Schizofrenici" ("schizofrenia"), 42, 87, 141, 198, 208-11
- Schweitzer, **Albert**, **99n**, 138n
- Scientismo sociale, 229-33, 242
- Scienza, 229; classificazione (nosologia) e, 197-219; governo e, 193-95; morale, 77-79, 194-95, 218-19, 230-34, 237, 241; naturale, 198-208, 218-19, 230-31, 233, 237; psichiatria come, 78-79, 177-80, 188-90, 194-96, **204-8**, 229-34, 237, 242; "reale," 206; "**unificata**," 205
- Scienze sociali, 204-5; e controllo del comportamento umano, **230-34**, 242 (vedi anche Controllo sociale; Tecnologia sociale); linguaggio delle, **81-82**; movimento per la salute mentale e, 220-21
- Scenziato comportamentista, 45; e l'etica della salute mentale, 60, 226
- Scuole pubbliche, servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nelle, 155-77
- Semantica. Vedi Classificazione; Linguaggio
- Servitú** delle donne, La (Mill), 136n
- Shindell, S., 125n
- "Shulski, Joe," caso clinico di, 110
- Sickness of Germany**, The (Katcher), 88-89
- "Silverman, Emily," caso clinico di, 109-10
- Simulatori (simulare), processo di etichettamento e, 82-83, 86-87
- Skinner, B. F., 205, 225
- Slovenko, R., 134
- Socializzazione, scuole e, 155-58 sgg., 172-77
- Socrate, 141
- Soddy, Kenneth, 69-73
- Solomon**, P., 144-45
- Sostanze chimiche (vedi anche Farmaci); controllo del comportamento e uso di, 179, 223-25
- Sowersione, come insegnamento ideale, 156
- Spinoza, **Baruch**, 141
- Srole**, L., 142n
- Stalinismo**, 76
- Stati Uniti (vedi anche Burocrazia; **Gov**-verno; Stato); aborto negli, 54, 68, 113-20; difesa e verdetto sulla base dell'**infermità** mentale, 121-32; impatto della psicoanalisi negli, 98; psichiatria comunitaria e creazione di una società collettivistica negli, 64-79, 178-96 (vedi anche Collettivismo); psichiatria come ideologia **popolare** negli, 97-104; "psichiatria scientifica" e controllo sociale negli, 131-32 (vedi anche Controllo **sociale**); ricovero psichiatrico coatto e schiaviamo, **analogue**

- negli, 133-54; servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nelle scuole degli, 155-77; storia e futuro della psicoanalisi negli, 220-42
- Stato (*vedi anche* Burocrazia; Collettivismo; Governo); e controllo sociale (*vedi* Controllo sociale); droghe e controllo, 224-25; psichiatria scolastica e potere dello, 157, 168-72; ricovero coatto e potere dello, 133-54; e sistema degli ospedali psichiatrici, 179-96 (*vedi anche* Movimento per la salute mentale comunitaria)
- Stato terapeutico, 154
- Stendhal, 218
- Stigma (stigmatizzazione), 86-94, 109-10, 160-63, 200-19, 237-38
- Stock, R. W., 141n
- Streghe, 56, 58
- Stregoneria, psichiatria e credenza nella, 56-58
- Studenti, servizi sanitari psichiatrici per gli, 155-77
- Suicidio, 54, 144, 167, 170-72
- Szasz, T. S., 152n; *Alcoholism...*, 137; *Ethics of birth control*, 115n, 135n; *Ethics of Psychoanalysis*, 53n, 206n 228n; *Law, Liberty, and Psychiatry*, 53n, 64n, 9, 134n, 141n, 186n, 211n; *Malingering...*, 82n; *Manipolatori della pazzia, I*, 45n, 139n; *Mito della malattia mentale, II*, 49-59, 61n, 69n, 80n, 82n, 118n, 135n, 142n, 190n; *Moral dilemma of psychiatry*, 87n; *Pain and Pleasure*, 51n; *Psychiatric Justice*, 110n, 138n; *Psychiatry, psychotherapy, and psychology*, 95n; *Psychoanalysis and medicine* 85n; *Psychoanalysis and taxation* 75n; *Recensione di "The Economics of Mental Illness,"* 77 n; *Three problems in contemporary psychoanalytic training*, 93n
- Tallone di ferro, *Il* (London), 132n
- "Tarrant, signora Anna," caso clinico di, 108, 111
- Tarsis, Valeriy, 64, 131, 136n, 145, 145n
- Tassonomia, 82-95. *Vedi anche* Classificazione
- Tecnologia sociale, 222-23, 225, 230 sgg., 234, 242
- Terapia. *Vedi* Psicoterapia
- Thoreau, Henry, 62, 64
- Tocqueville, Alexis de, 147
- Tossicomania, 125, 175, 224-25
- Totalitarismo, 79, 131, 154. *Vedi anche* Collettivismo
- Traffico illecito dei valori umanistici, 102-11
- Tranquillanti, uso dei, 223-26
- Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale* (Pinel), 109n
- Traver, Robert, 128
- Trial of Jack Ruby, The* (Kaplan e Waltz), 128n
- Two Concepts of Liberty* (Berlin), 166n
- Umanismo psichiatrico (*vedi anche* Etica; Valori morali), 177, 228-29, 233 sgg.; e traffico illecito dei valori umani, 112-20
- Unione Sovietica, 64, 75-76; era di Krucev, 64; era di Stalin, 76; ergoterapia in, 63-64, 75-76; etica collettivistica in, 63-64, 75-76, 98; psichiatria comunitaria in, 74-76; "psichiatria scientifica" in, 131-32; ricovero coatto in, 63-64, 75-76, 151
- United States v. Freeman*, 122n
- Università, psichiatria accademica, stato e, 178-96; servizi psichiatrici nelle, 166-72
- Uomo (*vedi anche* Condotta; Libertà; Malattia mentale; Psichiatria; Relazioni umane; Socializzazione); approccio classificatorio (tassonomico) all', 82-95, 197-219; classificazione psichiatrica e controllo dell', 197-219 (*vedi anche* Classificazione; Controllo sociale); collettivizzazione dell' (*vedi* Collettivismo); considerazioni umanistiche sull', 112-20, 176-77, 227-28, 233 sgg.; come cosa o macchina, 198-219, 229 sgg.; definizioni dell', 78, 116-17, 230-31; psichiatria e considerazioni etiche sull', 79, 223 sgg. (*vedi anche* Etica; Valori morali)
- Valori, 53, 55, 58, 225 (*vedi anche* Eti-

Indice analitico

- ca; Valori morali); psichiatria come difesa dei, 134-54; psichiatria **umanistica** e traffico illecito dei, 112-20
- Valori morali, 39-40 sgg., 49 sgg. (vedi anche Etica); Controllo sociale e (vedi Controllo sociale); etica della salute mentale, 60-79; malattia mentale e, 53, 55-57, 124-32, 13454; movimento per l'igiene mentale e, 221 **sgg.**; processo classificatorio e (vedi Classificazione; Linguaggio); psichiatria comunitaria e, 225-42; retorica dei, 124 sgg.; ricovero coatto e, 134 54 (vedi anche Ricovero psichiatrico coatto); ruolo sociale degli psichiatri e, **234-42**
- Valori sociali (Vedi anche Etica; Valori; Valori morali); psichiatria come difesa dei, 13454
- Vanishing** Adolescent, The (**Friedenberg**), 173-75
- Verso la *schiavitú* (Hayek), 232n
- Violenza e politica (**Bell**), 96
- Violenza psichiatrica, 146, 152-53. Vedi anche Psichiatria istituzionale; Ricovero psichiatrico coatto
- Visotsky, Harold, 123
- Vita e opere di Freud (**Jones**), **56n**, 89-91
- Vital** Balance, The (Menninger), 200n
- Vivas, **Eliseo**, 193
- Volstead Act, 162
- Walsh, J., **218n**
- Waltz**, J. R., **128n**
- Warshofsky, F., 159n
- Washington** "Telegraph," 1837, editoriale **sullo** schiavismo sul, 150
- Weaver, Richard M., 125
- Wilcox, A. W., 193n
- Wilson**, T. Woodrow, 138
- Wittgenstein, L., 149n
- Wittgenstein and Modern Philosophy (Hartnack), 149n
- Wortis, Joseph, 76n, 97, 97n
- Young Man Luther (Erikson), 98n
- Zelig, M. A., **138n**

Indice

Pag.	7	<i>Erewhon un secolo dopo</i> di Max Beluffi
	37	<i>Premessa</i>
	39	<i>Introduzione</i>
	49	1. <i>Il mito della malattia mentale</i>
	60	2. <i>L'etica della salute mentale</i>
	80	3. <i>La retorica del rifiuto</i>
	96	4. <i>La salute mentale come ideologia</i>
	105	5. <i>Quello che può e quello che non può fare la psichiatria</i>
	112	6. <i>L'illecito traffico dei valori umanistici attraverso la psichiatria</i>
	121	7. <i>La difesa e il verdetto sulla base dell'infermità mentale</i>
	133	8. <i>Il ricovero psichiatrico coatto: un crimine contro l'umanità</i>
	155	9. <i>I servizi di assistenza sanitaria psichiatrica nella scuola</i>
	178	10. <i>La psichiatria, lo stato e l'università. Il problema dell'identità professionale della psichiatria accademica</i>
	197	11. <i>La classificazione psichiatrica come strategia per la segregazione dell'individuo</i>
	220	12. <i>Dove va la psichiatria?</i>
	243	<i>Indice analitico</i>