



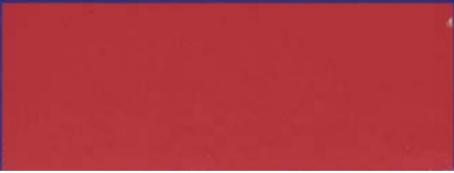
DA NOI STESSI

Un contributo per l'auto-aiuto psichiatrico

di

JUDY CHAMBERLIN

aldo primerano
editrice tipografica



Judi Chamberlin conosce bene i servizi della salute mentale. La sua stessa esperienza quale paziente in alcuni ospedali psichiatrici americani, pubblici e privati, è in stridente contrasto con le cure e la fiducia riservatele nei servizi, ancora in erba, gestiti dagli stessi pazienti.

«**Da noi stessi**» è la storia di Judi Chamberlin. Ci parla delle sue esperienze e delle lezioni che è stata costretta ad imparare. Il libro costituisce una presa di posizione molto convincente in favore dei servizi gestiti dai pazienti: una alternativa reale alle strutture istituzionali, responsabili della distruzione dell'autonomia e della fiducia in se stessi di così tanti utenti.

Questo è un lavoro che intende diffondere un messaggio di speranza ed ottimismo.

Judi Chamberlin passa in esame quanto ancora sia possibile fare.

Collana *Saggi e studi scientifici*

Coordinamento editoriale

Francesco Florenzano C Giuseppe Lojacono

1. I disturbi mentali degli anziani
a cura di *J. H. Henderson, T. Holding C C. Q. Mountjoy*
2. Da noi stessi
Un contributo per l'auto-aiuto psichiatrico
di *Judi Chamberlin*

Altri titoli

Collana *Studi e ricerche*

1. La reality orientation in Psicogeriatria
di *Francesco Florenzano*
2. Lezioni di Sociologia
di *Carlo Pacchi & Roberto Parisi*

Collana *Guide Brevi*

- I. Come assistere i pazienti affetti da demenza
dell' *Alzheimer's Disease Society*

Collana *Studi Superiori*

1. Interventi terapeutici nella malattia di Alzheimer
di *Joan K. Glickstein*

DA NOI STESSI

Un contributo per l'auto-aiuto psichiatrico

di

JUDY CHAMBERLIN

introduzione di

**Paolo Crepet, Simonetta Gori-Savellini
& Pino Pini**

aldo primerano
editrice tipografica
1990

Titolo originale dell'opera:

On Our Own

O Judi Chamberlin 1977, MIND 1988

O Copyright by *aldo primerano*

editrice tipografica

Via Ugo Niutta 2

00177 Roma, Italia

Tel. 06/2411326

Fax 06/2411356

1^a Edizione Italiana

Aprile 1990

ISBN 88-85946-04-6

Traduzione sulla base dell'edizione MIND, 1988 di *Marica Enrica Corsi*

Tutti i diritti sono riservati

Nessuna parte del presente volume può essere riprodotta in alcun modo senza il consenso scritto dell'Editrice.

Finito di stampare nell'aprile 1990
per i tipi della TipoLitografia "ap", Roma

Printed in Italy



INDICE

Prefazione all'edizione italiana di <i>Judy Chamberlin</i>	VII
Prefazione all'edizione inglese	IX
Introduzione all'edizione italiana di <i>Paolo Crepet, Simonetta Gori-Savellini e Pino Pini</i>	XII
Introduzione	1
Capitolo 1 Il sistema psichiatrico secondo il punto di vista del paziente	7
Capitolo 2 Come fare (o disfare) un paziente psichiatrico	25
Capitolo 3 Crescita di auto-coscienza	65
Capitolo 4 Alternative e false alternative	87
Capitolo 5 Quando le persone diventano «pazze»	107
Capitolo 6 All'interno dell'Associazione dei Pazienti Psi- chiatrici	147
Capitolo 7 I soldi ed altri problemi di ordine pratico	179
Capitolo 8 Coercizione o cooperazione?	195
Capitolo 9 Persone, non pazienti	210

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

di Judy Chamberlin

Il movimento dell'auto-aiuto psichiatrico continua a crescere. La pubblicazione di ON OUR OWN in italiano dimostra il crescente interesse su quanto hanno da dire coloro cui è stata attribuita un'etichetta psichiatrica, sul sistema della salute mentale, sulle pratiche della psichiatria, sui tipi di servizi alternativi che ci siamo andati costruendo da soli.

Sebbene il libro faccia riferimento solo ai modelli statunitense e canadese, mi auguro che possa essere utile per gli italiani, pazienti, ex-pazienti, operatori del settore psichiatrico e cittadini interessati al problema, mentre si avviano verso la costituzione di un movimento di auto-aiuto esclusivamente italiano. È stato stimolante vedere, negli ultimi anni, quanti paesi abbiano dato vita ad organizzazioni di pazienti ed ex-pazienti, e come tali organizzazioni, a dispetto di differenze specifiche locali, si siano sviluppate secondo prospettive essenzialmente simili.

Non soltanto negli USA e in Canada, ma oggi anche in Inghilterra, Olanda, Germania, Danimarca, Australia e Nuova Zelanda e probabilmente in altri paesi, ci sono organizzazioni ben consolidate, attraverso le quali coloro che vengono etichettati come «malati di mente» possono dar voce ai loro desideri e alle loro opinioni. Sempre più numerosi sono i gruppi che si mettono in contatto tra loro possiamo di fatto parlare di un movimento internazionale di «sopravvissuti psichiatrici» (un'espressione diventata ormai popolare, che indica persone definite anche malati di mente, clienti, consumatori e utenti di servizi).

Lo sviluppo di un movimento italiano sarebbe particolarmente interessante, considerata la natura del tutto particolare del sistema psichiatrico italiano, in cui i grandi ospedali psichiatrici sono stati praticamente chiusi. Come abbiamo avuto modo di imparare negli USA, i servizi psichiatrici di comunità non sono necessariamente più rispondenti alle

esigenze dei riceventi di quanto non siano i servizi istituzionali, ma esiste la possibilità di trasformare tali programmi in modelli a totale controllo degli utenti e della comunità. Sono ansiosa di conoscere di più circa il modo in cui i gruppi di auto-aiuto si inseriscono nel modello di psichiatria di comunità attualmente esistente in Italia.

Dovrebbe verificarsi, nei prossimi anni, un crescendo di attività che favorirà l'instaurarsi non soltanto di un clima di contatti internazionali tra sopravvissuti psichiatrici di paesi diversi, ma anche di una organizzazione internazionale. Ciò che mi ha colpito, nei miei spostamenti, è la similarità delle esperienze dei pazienti, indipendentemente dal paese in cui tali esperienze si verificavano, e quanto facilmente gli ex-pazienti, attivi nel movimento, riescano a sviluppare forti legami e a comprendere e condividere obiettivi comuni all'interno dei differenti contesti dei loro paesi.

Spero di far parte di questo crescente internazionalismo degli ex-pazienti e di altri che condividono i nostri obiettivi: dare potere agli utenti, favorire l'auto-aiuto e l'indipendenza; e trovo eccitante l'idea che ON OUR OWN possa avere un ruolo in tale processo di crescita.

Attraverso l'oceano, invio i miei migliori auguri all'Italia e spero che le vostre organizzazioni e programmi possano espandersi e prosperare.

Judy Chamberlin
Somerville, Massachusetts
March 21, 1990

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE INGLESE

È difficile credere che siano passati dieci anni da quando ho scritto l'edizione originale di *On Our Own*. Allora, il movimento degli ex-pazienti era di gran lunga più esiguo di quanto non sia oggi, ed era composto solo da una manciata di programmi alternativi controllati da ex-pazienti battaglieri. Sfortunatamente, dopo dieci anni alcuni dei programmi da me descritti sono scomparsi, o hanno cambiato identità, ma molti, molti di più ne sono nati.

Questa è dunque una buona occasione per scrivere una nuova prefazione, indirizzata specificatamente al pubblico inglese. Dieci anni fa, i contatti internazionali tra attivisti ex-pazienti erano tenui. Ricordo di aver udito parlare vagamente di una militante *Unione dei Pazienti Psichiatrici*, ma, dopo la mia prima visita in Inghilterra (1982), il livello di attivismo si è abbassato ed è difficile dare un senso alle somiglianze e differenze tra l'Inghilterra e gli Stati Uniti in relazione ad aspetti pratici ed ideologici.

Negli Stati Uniti (fine del 1987), il movimento degli ex-pazienti si trova in uno stato di crescita e trasformazione. da una parte, l'esistenza di un numero crescente di progetti gestiti dai pazienti, spesso sovvenzionati da enti governativi, rappresenta un segnale positivo. D'altro canto, molti di questi progetti hanno smorzato i contenuti ideologici che li caratterizzavano, spesso in maniera da diventare difficilmente distinguibili dai servizi psichiatrici tradizionali. La cooptazione avviene dappertutto; esiste persino un'organizzazione dei consumatori, la «*National Mental Health Consumers Association*», che proclama la sua disponibilità a «*lavorare con*» ed a «*migliorare*» il sistema della salute mentale. Questo non è certamente il movimento per cui

molti di noi hanno organizzato picchetti e occupazioni e per cui si sono sacrificati per anni.

Tuttavia, l'ideologia della liberazione continua a prosperare negli Stati Uniti. Verso la fine del 1985, molti attivisti di vecchia data si sono uniti con nuovi membri del movimento per dare vita al «*National Alliance of Mental Patients*», un gruppo interessato all'abolizione degli interventi psichiatrici coatti ed allo sviluppo di programmi gestiti dagli utenti che rappresentano reali alternative al sistema psichiatrico. Noi respingiamo esplicitamente l'etichetta di «*consumatori*», con tutte le sue implicazioni depoliticizzanti di libertà e scelta. Noi sappiamo che il sistema ci lascia scarsa libertà e poche scelte e ci rifiutiamo di nascondere questo fatto in nome di una finta «*cooperazione*».

Dal punto di vista privilegiato che mi dà la distanza, il movimento inglese dei «*sopravvissuti*» appare avere alcuni punti di forza unici. La capacità di riunirsi manifestata dai critici della psichiatria, siano essi «*sopravvissuti*» al sistema o operatori radicali, non si è manifestata negli Stati Uniti o in nessun altro paese di cui io sia a conoscenza. Se gli attivisti inglesi possono sviluppare un'ideologia in grado di combinare la conoscenza ottenuta utilizzando entrambe queste prospettive, rispettando le due diverse sfere di competenza, verrà conseguito un risultato importantissimo nella lotta contro il potere psichiatrico. Sia i sopravvissuti psichiatrici che gli operatori radicali del settore della salute mentale propongono un'ideologia basata sul fatto di dare potere ed autonomia; rimane da vedere se questi due gruppi sono in grado di superare le loro storiche divergenze di prospettive, incluso le differenze di classe e di potere, per promuovere questi ideali per tutti. Abbiamo bisogno di una maggiore interazione tra gli attivisti di paesi diversi. Ho imparato molto grazie alla opportunità che mi si è presentata di confrontare le mie esperienze con quelle di ex-pazienti inglesi, scozzesi, irlandesi, danesi, tedeschi, olandesi, australiani e nuovo-zelandesi. Sfortunatamente questi contatti sono scarsi e molto intervallati; anche i vicini attivisti canadesi e americani hanno troppe poche opportunità di scambiarsi le idee e di lavorare insieme. Sebbene la particolare struttura politica e sociale di ogni nazione presenti opportunità e difficoltà davvero specifiche, le nostre somiglianze sono sorprendenti. Spesso anche le barriere linguistiche non sono riuscite ad impedire che gli ex-pazienti sviluppassero una profonda amicizia e una reciproca comprensione basata sulla comune esperienza del controllo psichiatrico e della lotta contro di questo. Questo legame può diventare la base di un vitale movimento internazionale contro il potere psichiatrico.

Mi auguro che *On Our Own* possa essere utile a chiunque lo legga: operatori professionali della salute mentale, studenti, membri del-

le famiglie e persone interessate. Ma il libro è indirizzato più specificatamente a coloro che sono o sono stati internati in ospedali psichiatrici — ai pazienti psichiatrici — specialmente a quelli che lottano per definire la loro identità al di fuori del processo di etichettamento e di controllo messi in atto dalla psichiatria. Nel 1977, mentre affrontavo il difficile compito di forgiare le parole che avrebbero rese note le esperienze di ex-pazienti attivisti, fantasticavo spesso cercando di immaginare le persone che avrebbero letto le mie parole e queste fantasie costituivano una gradita evasione dal lavoro. Forse, immaginavo, o speravo, il libro avrebbe portato il nostro sogno ad altri ancora sofferenti e soli. Forse avrebbe comportato dei cambiamenti significativi nell'esistenza di alcuni, spingendoli ad unirsi agli altri che si adoperano per la liberazione. Negli anni che hanno seguito la pubblicazione del libro, ha avuto modo di ottenere l'enorme soddisfazione di sentir dire da molte persone e in molti luoghi, che il libro aveva avuto una parte importante nel processo che le aveva condotte ad uscire dall'isolamento, ad unirsi agli altri o a fondare gruppi, che hanno continuato ad arricchire e ampliare il movimento.

Ora, spero che gli ex-pazienti inglesi trovino le prospettive di noi Americani utili, man mano che essi sviluppano modi di lavorare o in gruppi specificamente formati da ex-pazienti, o in gruppi di ex-pazienti uniti con operatori e sostenitori. Ogni volta che incontro ex-pazienti di altri paesi, sono colpita dai modi in cui le nostre storie sui nostri incontri con il sistema psichiatrico, a dispetto delle differenze in larga parte di costume e di terminologia, siano ancora e sempre le stesse. Così è soprattutto a voi, gli ex-pazienti, i ricoverati psichiatrici, i clienti, i sopravvissuti del sistema che io offro il mio desiderio che *On Our Own* costituisca la fonte dalla quale poter attingere, lavorando per organizzare le strutture alternative, che ci sono indispensabili per guarire e diventare forti e per ottenere i cambiamenti legali e sociali, che ci permetteranno di gestire le nostre stesse vite e decidere del nostro futuro.

INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Paolo Crepet, Simonetta Gori-Savellini & Pino Pini

Non vi è campo della medicina dove il confine tra diritto ed abuso sia più sfumato ed incerto come in quello della psichiatria. Dove inizia, per uno psichiatra od uno psicologo, il dovere di "curare" un paziente e dove finisce, invece, il diritto di quella persona di rifiutare un trattamento, una psicoterapia, un farmaco od un elettroshock? Chi deve essere il garante di questo sottile equilibrio? In base a quale motivazione — etica, scientifica, culturale o politica — bisogna decidere?

Queste sono domande che tutti noi, operatori nel campo della salute mentale, ogni giorno affrontiamo e temiamo, ma sono anche questioni che molti di noi sperano di vedere confinate e delegate ai codici deontologici ed agli apparati legislativi. Sappiamo bene, però, che né un codice astratto né una legge generica può cambiare il corso ed il destino di milioni di cittadini del mondo che quotidianamente devono difendere i propri diritti dalla malpratica psichiatrica.

Di qui un primo punto di riflessione. È, infatti, lecito domandarsi: perché questo problema si pone più frequentemente e più diffusamente in psichiatria che in altri campi della medicina? A nostro giudizio, una risposta va ricercata nella debolezza dell'apparato curativo-terapeutico della psichiatria. Un operatore psichiatrico, infatti, può difficilmente asserire con certezza che quel tipo di farmaco o quel tipo di psicoterapia possa avere o meno gli effetti voluti rispetto a quel particolare problema che quello specifico paziente manifesta. Come si vede, perché un progetto terapeutico possa avere successo le concomitanze specifiche devono essere molte, forse troppe, perché questa evenienza non sia rara.

L'atto terapeutico in psichiatria si traduce, dunque, troppo spesso in una delega al curante senza che chi deve essere curato abbia gli strumenti

necessari per valutare e per decidere; la cura rischia di diventare così un atto di fede.

Tutto ciò trova una conferma dalla letteratura scientifica. Una percentuale minima delle ricerche in psichiatria si è infatti interessata al problema della valutazione delle tecniche terapeutiche e degli esiti che queste producono sulla salute di chi le ha subite (non stiamo qui parlando degli psicofarmaci, riguardo ai quali il discorso è ovviamente più complesso). Solo negli ultimi venti anni si è iniziato a produrre e a utilizzare strumenti epidemiologici in grado di affrontare questo problema, ma questa nuova cultura è ancora ben poco diffusa e apprezzata.

Ancor meno frequenti sono — e questa è la seconda considerazione — le ricerche che pongono l'utente di un servizio psichiatrico come "soggetto" — e non come "oggetto" — della valutazione della pratica terapeutica. Infatti, il paziente psichiatrico, non solo tende ad essere espropriato del suo diritto di scelta nel momento in cui entra nel circuito assistenziale, ma è anche escluso dallo stesso processo conoscitivo della psichiatria: il suo sapere (ovvero la sua esperienza di malattia e di malato) non sono che raramente presi in considerazione per valutare gli effetti e l'efficacia di un certo tipo di trattamento. In questo modo si rischia di perdere un immenso patrimonio culturale e scientifico.

Noi sappiamo (o presupponiamo di sapere) quali effetti produce un farmaco od una psicoterapia su un disturbo psichico semplicemente perché ne valutiamo il decorso clinico osservandone i sintomi prima e dopo aver usato quegli strumenti; ma non sappiamo se la riduzione o la scomparsa di quel determinato sintomo clinico implica davvero una minor sofferenza psicologica, né se ciò ha contribuito al miglioramento del suo agiustamento sociale. Questo perché il paziente è solo l'oggetto delle nostre azioni e non soggetto del processo terapeutico.

Partendo da queste argomentazioni, riteniamo che ogni tentativo di affrontare il problema di una piena acquisizione e difesa dei diritti dei pazienti psichiatrici debba partire non tanto da una accademica discussione sulla validità delle leggi vigenti o sull'organizzazione dei servizi di salute mentale, quanto piuttosto dall'esame di ciò che concretamente costituisce ed influenza la possibilità di cura e di assistenza per un malato di mente nella nostra società. Che senso avrebbe, infatti, battersi per una legislazione che garantisca la miglior tutela dei diritti ai malati di mente o per l'approvazione di un nuovo piano regionale sanitario, quando poi per un utente psichiatrico non esiste nulla altro che un letto in una camera di un manicomio o di un ospedale generale?

La nostra esperienza in Italia è partita proprio da questo punto: costruire un'alternativa credibile all'uso dell'ospedale psichiatrico, non solo come strumento scientifico fondato per offrire un trattamento più effica-

ce, ma anche per permettere al paziente psichiatrico una miglior tutela giuridica dei propri diritti civili.

* * *

Il titolo di questo libro è semplice e coinvolgente. Non sono più gli altri che parlano di "loro", i "folli", ma sono le persone sofferenti che parlano di se stesse, non della loro diversità, ma del loro modo di essere tra gli altri.

Un primo problema, presentando un'edizione italiana, può essere proprio questo: fino a che punto è lecito parlare di ciò senza avere in comune la storia di Judy.

Non sembra legittimo dire che siamo tutti devianti e, quindi, dire che la sua vicenda esistenziale è identica alla nostra; però è vero che, a tratti, la lettura di questo scritto può apparire sconvolgente perché ci sembra di essere dentro la pelle dell'autrice, di sentire fisicamente i suoi brividi e la sua autentica disperazione. È proprio su quest'ultimo termine, che significa non avere più speranze, che sembra di dover soffermare l'attenzione.

Il suo percorso diventa il nostro quando pensiamo a momenti della nostra vita in cui ci sembrava di non riuscire più a formulare un progetto di salute per noi e per chi ci è caro, ma, nello stesso tempo, ci pare che questa donna non comune ci insegni a vedere un percorso futuro anche per quanti appaiono avere ogni strada interrotta davanti a sé.

Queste prime righe probabilmente sono all'insegna dello sfogo emotivo, ma quando pensiamo a Judy noi ricordiamo anche — cogliendone aspetti comuni ma pure differenze— quelle persone per cui abbiamo cercato di fare, contro le attese di molti, un progetto di vita.

Quando ci si trova di fronte ad un incontro rilevante, si è portati a ripercorrere il nostro cammino in tale direzione e anche per Judy si può cercare di ritrovare il nostro filo di Arianna.

*Brigthon 1985, convegno internazionale **Mental Health 2000**. Non incontriamo Judy direttamente, ma ne sentiamo parlare in maniera così efficace da desiderare di conoscerla veramente. Non a caso in tale occasione i pazienti avevano uno spazio assai ridotto e mentre erano gli altri, soprattutto gli operatori e i volontari (prevalentemente normali), che parlavano di "loro".*

Brigthon 1988, convegno internazionale "Common Concern". Judy è una delle personalità di maggiore rilievo per tale iniziativa. In questa occasione viene diffuso in Inghilterra, ad opera di MIND, il libro che ora proponiamo e che è unanimemente riconosciuto come contributo fondamentale per lo sviluppo del self-help psichiatrico.

Non è facile rievocare con fedeltà l'incontro con lei, ma è rimasto impresso nella memoria il suo interesse per la nostra cultura psichiatrica ma anche, nello stesso tempo, la sua scarsa informazione sulla storia più recente delle scelte psichiatriche italiane. Mentre parlavamo con lei ci ve-

niva fatto pensare che anche la cosiddetta antipsichiatria italiana, assai nota in Inghilterra e comunque in ambito europeo, era invece ben poco nota nell'ambiente statunitense.

L'incontro con lei fu per noi più che stimolante e ci spinse, fra l'altro, a voler meglio conoscere la sua storia e le sue scelte. Per certi aspetti ci sembra una fortuna aver scoperto questo libro insieme agli inglesi perché è stato così più facile enucleare di alcuni punti degni di discussione.

* * *

Alla luce, quindi, delle nostre conoscenze sul dibattito psichiatrico di ieri oltre che di oggi, con la dovuta considerazione per le scelte teoriche ed operative proprie della cultura inglese, ci sembra di poter meglio ripercorrere la dialettica interna dell'opera di Judy. Ed ecco il succedersi delle varie parti del suo scritto che non pretendiamo naturalmente di esporre in maniera fedele, ma al quale ci fu piacere fare rapidi riferimenti con la consapevolezza che altri lettori potrebbero (o quindi potranno) fare scelte diverse.

Interessante ci pare la prefazione all'edizione inglese (di dieci anni posteriore rispetto all'edizione americana) con le considerazioni critiche alla tendenza della nostra società verso la "cooptazione" e ai vari movimenti "depoliticizzanti" dei "consumatori" che non fanno altro che rafforzare la cultura dominante strutturata fra chi produce e chi consuma.

Importante il punto di vista sul movimento inglese "non separatista" dei *Survivors Speak Out*.

Molto lucida l'introduzione con la critica radicale al rapporto medico-paziente anche nelle sue forme progressiste ed anti istituzionali. Il sistema istituzionale, inoltre, conterrebbe sempre una matrice coercitiva (la possibilità di interventi coatti appunto) che si ritrova inevitabilmente in tutte le pratiche dei servizi istituzionali, compresi i più alternativi.

Quindi, nel secondo capitolo, la storia personale, la prime crisi e i ricoveri in ambienti privati, poi pubblici; e ancora i servizi esterni e finalmente la comunità di auto-aiuto. L'origine dell'auto-aiuto psichiatrico, anche rispetto ai gruppi femministi di auto-coscienza, viene affrontato nella terza parte. Il rifiuto della interpretazione che sottende un rapporto terapeutico obbiettivante e la scelta per rapporti paritetici di scambio di esperienze.

Decisamente interessante la carta dei diritti proposta. Nel quarto capitolo la suddivisione del *self-help* nei tipi di partnership, supportivo (non separatista) e separatista con la chiara propensione per quest'ultimo, con una certa accettazione per il secondo (il tipo inglese) e una netta condanna per il primo.

I meccanismi di produzione culturale e istituzionale della follia sono affrontati nel capitolo quinto. *Psichiatria/pseudoscienza*, *psichiatria/pote-*

re, *psichiatria/paradosso*. Se vuoi uscire dalla psichiatria devi accettare di fare il malato; se ti ribelli sei ancora più pazzo e da curare doppiamente. I giudizi sociali vengono fatti attraverso diagnosi.

Quindi un *excursus* sull'antipsichiatria inglese e su esperienze alternative americane con considerazioni sui successi e sui fallimenti.

Per l'importanza dei concetti e la forma letteraria mirabile consigliamo attenzione particolare all'inizio del sesto capitolo.

Si dice della psichiatrizzazione dei bisogni umani e della strutturazione di rapporti di potere del tutto artificiosi.

Spesso gli operatori non solo non favoriscono la crescita di gruppi di uguali, ma la impediscono *teorizzando* la nocività di tale possibile evento.

Attenzione pure alle sette norme per la costituzione di un servizio alternativo.

In rassegna quindi i servizi della MPA (*Mental Patients Association*) a partire dal drop-in center. Si sottolinea come si debba muovere proprio da quest'ultimo per realizzare una rete di servizi adeguati.

Nel capitolo settimo i problemi pratici da cui troppo spesso si rifugge, specie quando si preferisce vivere le cose soprattutto in ambito mentale.

I fondi di partenza saranno utili per la scelta di una casa, ad esempio.

È importante che la scelta sia fatta dagli stessi interessati. Si suggeriscono strategie di rapporto con gli altri.

Attenzione a non incorrere nella trappola del "mentalismo". Il sentirsi inferiori il sentire gli altri inferiori hanno a comune denominatore appunto il mentalismo che è un atteggiamento culturale profondo da combattere come il razzismo, il sessismo ecc.

Quindi farsivanti subito, senza troppe remore, nella società dei "normali"; gli eventuali problemi si affronteranno strada facendo.

Oltre al mentalismo, come già detto, un vizio di fondo particolarmente presente nelle istituzioni psichiatriche è la "coercizione" che permea tutto il servizio pubblico. Perché norme speciali per i sofferenti psichici? Perché allo psichiatra poi si richiede addirittura la previsione di pericolosità?

Si espone il concetto di dissidente sociale in USA che, in analogia al dissidente politico in URSS, verrebbe curato con il manicomio. Nell'ultimo capitolo si ribadisce l'opportunità di aggregazione fra persone che hanno sperimentato vicende analoghe. I servizi alternativi extra ospedalieri possono essere alleati, ma, ancora una volta, attenzione alle false alternative, burocrazie parallele rispetto alle grandi istituzioni ospedaliere.

* * *

Queste notazioni sono ispirate anche a un seminario che abbiamo scelto di condurre con operatori in formazione, con utenti ed ex-utenti e con persone a vario titolo impegnate in servizi d'igiene mentale. Potremo ancora aggiungere che Judy ci è apparsa sorella di alcune persone con storie psichia-

triche, anche pesanti, che abbiamo seguito in un gruppo (casa della cultura del quartiere 7 di Firenze) con finalità di incontro e di scambio d'esperienze, naturalmente con *valenze* terapeutiche anche se non teso a "curare".

In fondo, per certi aspetti, ci è parso non di conoscere, ma di riconoscere quanto questo libro veniva *ripercorrendo*.

Il nostro gruppo si presenta al tempo stesso irripetibile perché definito da certe precise partecipazioni, ma anche replicabile in determinate modalità organizzative e persino terapeutiche (gruppo Cafaggio a Prato).

Possiamo ancora aggiungere che non appare certo casuale il fatto che ci troviamo a tracciare queste note all'indomani (l'iniziativa si è svolta a Prato) di un convegno italiano dedicato ai problemi dell'auto-aiuto psichiatrico, convegno che è preliminare a un incontro internazionale.

Mentre scriviamo queste note ci viene fatto di pensare ai nostri amici del passato ex-pazienti ed operatori senza i quali non avremmo potuto sperimentare anche tanta parte di noi. Diciamo passato ma solo per osservare che questo discorso non comincia oggi.

Abbiamo capito, si spera, le pagine coinvolgenti di Judy perché già conoscevamo Aldo, Fabrizio, Giampiero, Carla ... e anche noi stessi, perché anche negli operatori esistono analoghi bisogni e probabilmente analoghe risorse.

Abbiamo fatto riferimento a un già trascorso, ma pensando al futuro.

Un altro gruppo sta sorgendo a Cafaggio nella periferia di Prato e quindi il nostro lavoro è anche dedicato a Stefania, Fulvia, Sergio e a tanti altri che ancora dobbiamo conoscere.

Naturalmente un ringraziamento particolare va a tutti gli operatori con attenzione agli infermieri e ai volontari che sono stati un reale gruppo di auto-aiuto e che hanno contribuito alla traduzione di questo libro.

Vogliamo qui ricordare: Valentino Bailo, Alessandro Balzani, Lucilla Barbagli, Sara Benedetti, Fabrizio Bettarini, Luciana Bigagli, Sergio Cascino, Consolato Fiorito, Giampiero Fossi, Monica Cerri, Ida Morri, Graziella Lovari, Anna Guerrini, Aura Buratti, Franco Staccioli, Carla Catelani, Angela Scopetani, Maddalena Delli, Leda Gazzarri, Patrizia Pacini, Paolo Pini, Immacolata Peris, Graziella Terranova.

Se ci possiamo essere dimenticati di qualcuno, ci diamo appuntamento il prossimo *venerdì* a Cafaggio!

Un grazie particolare a Judy per quello che ci ha insegnato anche con la sua ultima introduzione.

INTRODUZIONE

Questo libro, che ha come soggetto la psichiatria e le sue alternative, è stato scritto dal punto di vista del paziente. Per troppo tempo i malati di mente sono stati considerati persone senza volto e senza voce. Siamo stati considerati, al peggio, come mostri sub-umani, oppure, nel migliore dei casi, come patetici storpi, capaci di svolgere lavori di infimo livello e di condurre esistenze miserevoli, col sostegno costante di specialisti. Non solo siamo stati considerati dagli altri in questo modo stereotipato, ma abbiamo finito col convincercene noi stessi. E soltanto in questi ultimi dieci anni, con la nascita e lo sviluppo del movimento di liberazione dei pazienti psichiatrici, che noi, ex-pazienti, abbiamo cominciato a scrollarci di dosso questa immagine **distorta** e a vederci per quello che siamo realmente: un gruppo di persone diverse, con punti di forza e di debolezza, con capacità e bisogni, e, soprattutto, con idee precise sulla nostra condizione. I nostri punti di vista circa la nostra "cura" e il nostro "trattamento" da un punto di vista psichiatrico, sulla natura della "malattia mentale" e sui nuovi e migliori metodi per trattare (ed aiutare realmente) persone in stato di crisi emotiva, differiscono drasticamente da quelli dei professionisti che operano nel settore della salute mentale.

Molti, inclusi numerosi ex-pazienti, nutrono dubbi circa le nostre capacità di aiutare noi stessi e di aiutarci reciprocamente. I professionisti del settore psichiatrico sono ancora più scettici. Nei centri di igiene mentale, si sono svolti accesi dibattiti sulla natura della malattia mentale, e su chi fosse maggiormente in grado di curarla. Ma pochi tra gli psichiatri, gli psicologi, gli assistenti sociali, gli infermieri e gli altri operatori del settore hanno in dubbio un convincimento di base, secondo cui alcune persone non sarebbero capaci di capire cosa

sia meglio per loro e, di conseguenza, debbano venire sottoposte a cure senza il loro consenso.

L'esistenza e il largo uso del ricovero involontario produce effetti negativi su tutti gli aspetti della cura psichiatrica. Una donna sola, che si rivolga ad un centro di *Prevenzione Suicidi*, con la sola intenzione di parlare con un consulente, può trovarsi arrestata dalla polizia e ricoverata contro il proprio volere, se il consulente ha ritenuto opportuno far rintracciare, a sua insaputa, il luogo di provenienza della telefonata. Un disoccupato può entrare in un centro di sostegno gestito da un centro di salute mentale in cerca di aiuto e comprensione; ma se un membro del personale, a cui si è rivolto, lo ritiene strano o bizzarro, potrebbe ordinare il suo ricovero in ospedale. Molti clienti non vengono mai posti di fronte al problema del ricovero obbligatorio, ma sanno che la possibilità esiste. Persino quelle persone il cui rapporto con il sistema per la salute mentale è di tipo privato, in quanto sono clienti paganti di uno psichiatra — situazione che, si suppone, rappresenta la miglior garanzia di tutela dei diritti del cliente — non sono immuni dal rischio di ricovero obbligato o dalla minaccia di esso. Gli psichiatri, ad esempio, che decidono che i loro clienti sono depressi con rischio di suicidio, ne richiederanno il ricovero in ospedale con o senza il loro consenso. In queste circostanze, molti pazienti sottoscrivono il modulo di ammissione *«volontaria»*.

Il crescente movimento per la realizzazione di centri di salute mentale di comunità, solitamente considerato come un progresso, è visto con il timore da molti ex-pazienti. Mentre un tempo lo Stato trovava più conveniente recluderci in permanenza, ora cerca di controllarci fornendoci una rete di strutture, che noi percorreremo se il nostro comportamento sarà corretto. Intanto, quasi nessuno di noi, pazienti o non-pazienti, riesce a trovare l'aiuto necessario per lenire la sofferenza che noi tutti proviamo, a volte, nel corso della nostra vita. Impariamo che esistono delle cose che non dovremo MAI confidare ad un operatore psichiatrico; cose che costituiscono segni che *«siamo diventati pazzi»*. Le persone che sentono voci, o vedono cose che non ci sono, sono in qualche modo diverse ed inferiori rispetto alle persone che imparano ad esprimere la loro sofferenza in modi socialmente più accettabili. Questo modo di pensare ci rende tutti disumani.

La così detta *«terapia radicale»* è entrata nell'uso quotidiano in opposizione agli eccessi della psichiatria. Ma gli stessi terapeuti radicali spesso trascurano di considerare i desideri di coloro che, tra i loro clienti, definiscono disturbati. Il terapeuta radicale *Ted Clark*, ad esempio, ritiene che i clienti *«gravemente disturbati»* non dovrebbero essere sottoposti alla terapia radicale. Egli lascia, ovviamente, al terapeuta il compito di decidere quali clienti siano troppo disturbati'.

La maggior parte dei terapeuti radicali, al pari di altri operatori del settore psichiatrico, e al pari del resto della società, ritengono che certe persone «pazze» siano diverse ed inferiori².

L'antipsichiatria, rappresentata dall'esempio di R. D. Laing, riserva altri pericoli per i pazienti. Laing, che è stato eloquentemente critico del modo disumanizzante con cui gli psichiatri tradizionali presentano i casi clinici, non si è allontanato dalla tradizione, specialmente nelle sue prime opere, che contengono molte descrizioni di pazienti, per lo più, tragiche figure di giovani donne. Nonostante il tono simpatetico delle descrizioni, e l'attenzione con cui viene definito il loro simbolismo (da Laing, e non da loro stessi), risulta chiaro che Laing ha trovato e ha lasciato i pazienti all'interno degli ospedali psichiatrici, nei quali faceva pratica. Laing afferma che ciò che questi «schizofrenici dicono ha significato», ma solo grazie alle sue traduzioni. L'esaltazione da parte di alcuni, che si autodefiniscono radicali, della comune terapeutica organizzata da Laing — Kingsley Hall — ha fatto passare inosservata la sua più evidente contraddizione: le implicite separazioni e le distinzioni tra coloro che venivano per curare e coloro che venivano per essere curati. Mary Barnes, il caso più noto di Laing e del Kingsley Hall, era chiaramente considerata come «non uguale» dagli altri membri «sani» della comunità, e si considerava essa stessa una diversa. Questi atteggiamenti sono chiaramente evidenti nel libro scritto da lei e su di lei³.

All'interno del movimento di liberazione dei malati di mente, abbiamo esaminato i modi in cui siamo stati trattati quando «siamo diventati pazzi». Episodi occasionali di gentilezza e compassione si ergevano in stridente contrasto con l'isolamento opprimente e il disprezzo che ci venivano imposti dalla maggior parte delle forme di ((trattamento)). Ci siamo riuniti insieme per esprimere la nostra rabbia e la nostra disperazione per il modo in cui eravamo trattati. Da quella esperienza si è sviluppata la convinzione che noi *dobbiamo* costruire le nostre alternative, perché nulla di quanto esiste al presente o di quanto è stato proposto, altera in modo sostanziale le relazioni di disuguaglianza di potere che sono alla base del sistema psichiatrico attuale.

1. Clark, Ted (1985), *Going Into Therapy*. Perennial Library, New York, pp. 29-32.

2. Per un'opinione opposta e più genuinamente radicale sulla terapia radicale si veda: Glenn, Michael e Kunes, Richard (1973), *Repression or Revolution? Therapy in the United States Today*. Harper & Row, New York.

3. Barnes, Mary e Berke, Joseph (1973), *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness*. Ballantine Book, New York.

Il potere, non la malattia o il trattamento, rappresenta tutto ciò in cui consiste quel sistema. Si tratta di un potere di cui solitamente non si parla. I pazienti che ne parlano vengono spesso etichettati come «*paranoici*». La reputazione di Thomas Szasz come psichiatra ribelle poggia sulle sue discussioni esplicite sul ruolo del potere nella così detta relazione terapeutica. Ma anche Szasz non riesce a fare una completa analisi del potere, limitandosi a suggerire una relazione contrattuale tra utente e terapeuta, intesa come una relazione in cui l'utente mantiene il suo potere. Tuttavia tale situazione può funzionare solo nel caso in cui il terapeuta rinunci esplicitamente al potere di decidere il ricovero, ma quanti lo fanno?

Nessuno nega che le persone che hanno problemi emotivi possano giovarsi di un aiuto, ma si pone la questione di che tipo di aiuto e in quali circostanze. Il sistema psichiatrico attuale concentra la sua attenzione sulle persone che non vogliono aiuto; persone che siano state definite malate di mente e incapaci di intendere e di volere. Questo sistema, che necessita del ricovero involontario e dei trattamenti obbligatori, porta alla disumanizzazione dell'utente e alla più sottile, ma non meno reale, disumanizzazione degli operatori del settore psichiatrico. Nonostante tutto venga fatto nel nome della cura e dell'interessamento, la natura coercitiva che sottende il sistema si manifesta costantemente. Non ci si aspetta che gli utenti ne parlino: chiamare un ospedale psichiatrico prigione e i membri del suo personale carcerieri è un modo sicuro per essere considerati «*paranoici*». Solamente quando il paziente impara le regole del gioco, che il nero deve essere chiamato bianco, e la punizione trattamento, il personale lo/la considera sulla via della guarigione. La vera lezione consiste nel capire che è sempre necessario nascondere i propri sentimenti e questo non sembra certamente costituire una ricetta per ottenere il benessere emotivo.

Alcuni pazienti hanno trovato aiuto all'interno del sistema psichiatrico. Sono anche stati rinvenuti degli aghi nei pagliai, ma questo non suggerisce certo che i pagliai costituiscano dei buoni posti dove riporre gli aghi. I pazienti che riescono a trovare aiuto, lo fanno nonostante la struttura del sistema psichiatrico, non grazie ad essa. Nello stesso tempo, il medesimo sistema trascura altri che sono anch'essi venuti in cerca di aiuto e imprigiona altri ancora che non hanno mai voluto nessun aiuto. Molti ex-pazienti sono *adirati* e le nostra ira scaturisce dall'abbandono, dall'indifferenza, dalla disumanizzazione e dalla completa brutalità, cui abbiamo assistito e di cui siamo stati vittime nelle mani del sistema psichiatrico. La nostra diffidenza nei confronti degli operatori non è una forma di ostilità irrazionale, ma è il risultato immediato del modo in cui siamo stati da loro trattati in

passato. Non abbiamo alcun motivo per avere fiducia negli operatori, ma abbiamo molti motivi per avere paura di loro.

Una parola a proposito della terminologia: ho usato il termine «*pazienti malati di mente*», piuttosto che «*internati psichiatrici*», com'è consuetudine presso alcuni gruppi nel movimento, perché è il termine utilizzato dalle organizzazioni, con le quali ho lavorato, e perché è un termine che, ritengo, sia di facile comprensione per il pubblico in generale. A quei membri del nostro movimento, che respingono il termine «*malato di mente*», rivolgo le mie scuse per averlo usato. Spero che essi terranno in considerazione ciò che ho da dire, a dispetto del fatto che avrebbero desiderato che mi fossi espressa con parole diverse. Le soluzioni alternative, sulle quali i pazienti esercitano un controllo, non costituiscono la risposta alla «*malattia mentale*». Non esiste una risposta semplice, in quanto nessuno ha dato una definizione dei «*termini*» impiegati. Il concetto di «*malattia mentale*» come esplicativo di un comportamento umano caratterizzato da disagio, è stato posto in dubbio. Definire qualcosa come malattia, non la rende tale e gli psichiatri devono ancora dimostrare l'esistenza della malattia che hanno definito e descritto. Mentre gli storici della psichiatria **elogiano** la nostra illuminata capacità di uomini moderni di riconoscere che le streghe e le persone possedute, perseguitate dalla Inquisizione, erano in realtà malati di mente, uno potrebbe di fatto domandarsi, insieme con Thomas Szasz⁴, se vi sia una vera differenza. Gli Inquisitori si sono assicurati che le informazioni sulle streghe, giunte fino a noi, fossero espresse solo attraverso le parole dei loro persecutori, che cercavano, ovviamente, soltanto di aiutarle a salvare l'anima, anche a costo di far loro perdere la vita. Quando le persone accusate di stregoneria manifestavano disaccordo con le parole dell'**Inquisitore**, questi poteva bollare le loro parole come «*eresie*».

Se, al contrario, esse, il più delle volte dopo aver subito torture, si dichiaravano d'accordo con l'**Inquisitore**, questi poteva assolvere dall'accusa di eresia e liberarle⁵. Allo stesso modo le parole dei malati di mente vengono usualmente filtrate attraverso i rapporti degli psichiatri, cui è lecito etichettare come «*paranoide*» o «*allucinatoria*» qualunque parola del paziente, con la quale siano in disaccordo. Quando i pazienti esprimono sfiducia nelle istituzioni ospedaliere o negli psichiatri, si parla di paranoia. Quando, invece, esprimono accordo con gli psichiatri, nella maggior parte dei casi in seguito a "*trattamenti*"

4. Szasz, Thomas (1970), *The Manufacture of Madness*. Harper & Row, New York.

5. Per un'analisi femminista del fenomeno della caccia alle streghe, si veda Ehrenreich, Barbara e English, Deirdre (1973), *Witches, Midwives and Nurses*. The Feminist Press, Old Westbury, N. Y.

dolorosi e debilitanti, si dice che sono «*in contatto con la realtà*». Ma sono gli psichiatri ad essere ciechi di fronte alla realtà che le istituzioni psichiatriche sono dei posti freddi, disumanizzanti e non ha alcuna importanza quanti sforzi disperati i loro pazienti facciano per farglielo capire. Dobbiamo ricordare che termini come malattia mentale o schizofrenia sono utili solo se ci aiutano a capire in che cosa consista ciò che descrivono. Le diagnosi cliniche sono utili quando aiutano il medico a fare una previsione, a curare o a tenere sotto controllo le condizioni che descrivono, altrimenti cadono velocemente in disuso. Questo, ritengo, è quanto accadrà della schizofrenia, della paranoia, e di altre così dette malattie mentali, man mano che apprenderemo nuove informazioni sul comportamento nostro, e gli uni degli altri. Le diagnosi mediche e psichiatriche, a dispetto delle loro somiglianze — entrambe presuppongono l'uso da parte dei medici di termini misteriosi derivati dal Latino o dal Greco — svolgono funzioni fondamentalmente diverse. Le diagnosi psichiatriche sono utilizzate per giustificare quanto viene *fatto al* paziente, con o senza il suo consenso, mentre le diagnosi mediche non costituiscono di per sé stesse delle giustificazioni di un trattamento, ma rappresentano, piuttosto, modi di fornire utili informazioni al paziente e al medico per poter arrivare a stabilire come procedere. Infatti, somministrare un trattamento medico contro la volontà del paziente, sarebbe considerato un atto aggressivo e lesivo, ad eccezione di rare circostanze come, ad esempio, con pazienti non coscienti. Nella situazione medica i pazienti sono sempre liberi di scegliere di non sottoporsi ad alcun trattamento, nonostante le eventuali prognosi infauste del medico. Ovviamente al medico rimane il potere di etichettare le obiezioni del paziente come segni di malattia mentale, permettendo che vengano eseguiti obbligatoriamente quei trattamenti medici e psichiatrici, cui il paziente si opponeva.

Insieme con molti altri ex-pazienti, non condivido la fiducia della psichiatria secondo la quale sarà presto trovata una cura per la malattia mentale. Riteniamo che i tipi di comportamento etichettati come malattia mentale siano molto più influenzati dalle condizioni di vita quotidiane delle persone, che dagli squilibri biochimici che si verificano nel loro cervello. Dobbiamo sforzarci di modificare il nostro comportamento quando ci crea disagio e dobbiamo sforzarci di aiutare gli altri che hanno bisogno di aiuto, ma dobbiamo anche darci da fare per un futuro in cui non saremo sistematicamente storpiati dalla imposizione di credenze nella inferiorità di alcuni a causa del colore della loro pelle, a causa del loro sesso, o a causa del loro modo di esprimere la sofferenza che noi tutti proviamo. In breve, dobbiamo lavorare per eliminare il razzismo, il sessismo, e il mentalismo, che rendono noi tutti persone inferiori.

CAPITOLO 1

Il sistema psichiatrico secondo il punto di vista del paziente

Salute mentale e malattia mentale sono termini che sono ormai entrati a far parte del vocabolario comune. Tuttavia, sono termini di cui pochi sanno dare una definizione. Sia la gente comune che gli psichiatri tendono a definire mentalmente sane le persone delle quali approvano il comportamento e malate di mente le persone il cui comportamento non è accettato. Adolescenti ribelli, casalinghe infelici, lavoratori insoddisfatti o anziani soli, per esempio, vengono spesso classificati come malati di mente. Questa diagnosi non ha tanto un valore medico e scientifico, ma è piuttosto un giudizio espresso sulla persona così etichettata, che si è, in qualche modo, comportata impropriamente.

Possiamo capire come agisce questo tipo di giudizio considerando gli effetti che una diagnosi di malattia mentale ha sulla vita di un individuo. A differenza delle malattie fisiche, che colpiscono determinate parti del corpo, la malattia mentale colpisce quell'astrazione nota come la mente. Una volta che sia stato deciso che una persona ha una mente malata, si manifestano enormi conseguenze a livello sociale. Una diagnosi di malattia mentale costituisce un atto, che spesso comporta conseguenze giuridiche oltre che mediche e, frequentemente, risulta in una perdita della libertà. Le persone così etichettate sono generalmente ritenute incapaci di esercitare il potere decisionale nei loro propri interessi. Il trattamento psichiatrico obbligatorio, ad essi riservato, comporta solitamente il ricovero in strutture ospedaliere apposite, che i più considerano come una spiacevole ed ineluttabile fatalità.

I pazienti che protestano contro tale reclusione sono considerati incapaci di capire ciò che è fatto nel loro interesse; e spesso, una vol-

ta che a qualcuno sia stata attribuita una diagnosi di malattia mentale, persino la sua percezione del luogo di reclusione come posto spiacevole e indesiderabile, è considerata un segno di malattia mentale.

Qualsiasi cosa può venire considerata sintomo di malattia mentale. Nella comune accezione medica, la parola *sintomo* indica una disfunzione a livello di una parte o di un sistema dell'organismo. Solo un dizionario definisce il sintomo come «*la manifestazione soggettiva di una malattia o di un disturbo fisico osservato dal paziente*»¹. I sintomi fisici non sono sempre manifestati, ma sono quasi sempre evidenti (e dolorosi) per le persone che li accusano. Nella pratica psichiatrica, il sintomo è costituito dal comportamento di un individuo e, spesso, il disagio è avvertito meno dalla persona etichettata come malata di mente, che da quanti le sono vicini. Alcuni avvertono un tale disagio, in conseguenza delle proprie azioni, da spingerli a rivolgersi spontaneamente a cliniche psichiatriche o a posti di Pronto Soccorso, ma frequentemente i futuri pazienti sono accompagnati da familiari, da amici o dalla polizia. Costoro non si ritengono *malati*; i loro «sintomi» provocano disturbo agli altri. Lavarsi le mani troppo spesso, rimanere svegli fino a tardi di notte, piangere, sperperare denaro, manifestare idee religiose anticonformiste, volere il divorzio, avere problemi a scuola o nell'ambiente di lavoro, cambiare improvvisamente il proprio stile di vita: tutti questi e molti altri comportamenti sono stati considerati sintomi di malattia mentale.

Non è neppure necessario che un comportamento sia particolarmente bizzarro perché qualcuno venga considerato severamente malato di mente e internato in un ospedale psichiatrico. Leonard Roy-Frank di San Francisco aveva trenta anni ed abitava in un appartamento di sua proprietà. Fu licenziato e, invece di trovarsi un altro lavoro, decise di vivere dei propri risparmi e prendersi un periodo di tempo per leggere e studiare. Si interessò particolarmente allo studio della Bibbia e alla pratica dell'ebraismo ortodosso. Si lasciò crescere la barba, secondo le prescrizioni del credo ortodosso e iniziò una stretta osservanza delle restrizioni dietetiche; molti mesi dopo, i suoi genitori gli fecero visita da New York e rimasero inorriditi per il tipo di vita che conduceva.

Avevo cominciato ad entrare in quella fase che definisco dei miei cambiamenti. Non provavo paura per quanto mi andava accadendo — Ero deliziato dalle nuove prospettive che mi si aprivano per quanto riguardava la mia identità e su cosa fosse la società. Leggevo, studiavo e

1. Webster's New International Dictionary, terza edizione: "symptom".

meditavo.

Quando la mia famiglia mi fece visita, mi fecero ricoverare contro la mia volontà, dal momento che non intendevo collaborare con loro, accettando di farmi curare. La cosa più oltraggiosa consisteva nel fatto che, mentre stavo attraversando questo periodo di esplorazione di me stesso e di crescita interiore, il mio comportamento veniva interpretato come segno di un grave disordine mentale².

Nel 1974, Leonard Frank ottenne il permesso di pubblicare i dati clinici del suo periodo di reclusione obbligatoria sul *Madness Network News*, un giornale alla cui fondazione aveva collaborato³. Le cartelle cliniche mostrano che i soli «sintomi» che gli psichiatri riuscirono a trovare, e di cui si servirono, per giustificare il fatto che gli avevano somministrato, contro la sua volontà, cinquanta sedute di insulino-terapia e trenta di elettroshock, furono la sua dieta vegetariana, la sua barba e il suo diniego di essere pazzo. Durante gli otto mesi del ricovero, la cartella mostra che gran parte dell'attenzione dei medici era concentrata sul problema della barba. Dopo mesi di rifiuto di radersi spontaneamente, la barba di Leonard fu rasata, mentre questi era privo di coscienza, durante un trattamento convulsivante. Nella sua cartella clinica, pagina dopo pagina vi è anche la solenne narrazione del problema della barba. La cartella indica che, tutte le volte che Leonard fu sottoposto ad esami riguardanti il suo stato mentale, egli rispondeva correttamente a tutte le domande su questioni di fatto; in termini psichiatrici era «bene orientato». La diagnosi dei medici che egli fosse uno schizofrenico-paranoide si basava sulle abitudini alimentari, sulla lunghezza dei capelli e della barba, e sul suo rifiuto di ammettere di essere malato di mente: una «carenza di auto-percezione».

L'articolo "*The Frank Papers*" costituisce una lettura davvero terrificante. La colpa di Frank consisteva nel vivere la propria vita secondo le proprie — e non quelle dei suoi genitori o degli psichiatri — scelte. Dopo che i suoi genitori ebbero fatto i passi necessari per autorizzare il ricovero e le terapie convulsivanti, essi fecero ritorno a New York. La cartella clinica contiene copie di lettere scritte dai medici ai genitori di Leonard per informarli sulle sue condizioni. Una lettera, in particolare, dimostra che gli psichiatri non si sarebbero accontentati di nulla che non fosse un cambiamento completo della sua

2. Intervista personale con Leonard Roy Frank, 7 Dicembre, 1976.

3. Frank, Leonard Roy (dicembre 1974), "The Frank Papers". *Madness Network News*, 2, nr. 5, pp. 12-17. L'articolo è stato nuovamente pubblicato in Friedberg, John (1976), *Shock Treatment Is Not Good for Your Brain*. Glide Publications, San Francisco, pp. 62-81.

personalità: «*Presenta ancora tutte le convinzioni deliranti a proposito della sua barba, del regime dietetico e dell'osservanza religiosa che presentava prima del trattamento. Speriamo continuando il trattamento, di riuscire a modificare alcune di queste convinzioni, in modo che possa condurre un'esistenza ragionevole*»⁴. Fu considerato un progresso quando «*chiese una scodella di minestra di frutti di mare e prese del pane e vi spalmò sopra del burro*»⁵. Le sue «idee deliranti» — di dover essere vegetariano, di portare la barba e di osservare le prescrizioni della sua religione — furono sufficienti perché il tribunale ordinasse il ricovero coatto, richiesto dai medici con la motivazione che «*in queste condizioni è pericoloso a sé ed agli altri*»⁶. Ma quale pericoloso? E di chi erano i deliri?

Le persone etichettate come malati di mente entrano a far parte di un sistema che, come cura, le priva della possibilità di avere il controllo della propria vita. Gli ospedali psichiatrici sono stati definiti «*istituzioni totali*»⁷, in cui persino decisioni banali come quando mangiare, andare al gabinetto e andare a letto vengono prese da altri. Una conseguenza ovvia del fatto di essere sottoposti ad un tale regime è il sentimento di depersonalizzazione. Sentimenti di questo tipo sono spesso considerati sintomi primari di malattia mentale⁸. Per completare il quadro, gli psichiatri di solito attribuiscono i sentimenti di depersonalizzazione dei loro pazienti alle loro condizioni interiori e non alle condizioni prevalenti nelle istituzioni psichiatriche.

L'intera esperienza della ospedalizzazione psichiatrica favorisce debolezza e dipendenza. Non solamente le vite dei pazienti vengono tenute sotto controllo, ma viene continuamente ripetuto loro che tale controllo è necessario per il loro bene, anche se non sono in grado di rendersene conto a causa della malattia. I pazienti divengono incapaci di aver fiducia nelle loro capacità di giudizio, divengono incerti, sottomessi all'autorità, impauriti nei confronti del mondo esterno. La

4. Frank, Leonard Roy (1974), *The Frank Papers. Madness Network News*, p. 15.

5. *Ibid.*, p. 16.

6. *Ibid.*, p. 14.

7. Goffman, Erving (1962), *Asylums*. Aldine Publishing Company, Chicago. Si veda, in particolare il primo capitolo: «On the Characteristics of Total Institutions». *L'edizione italiana è pubblicata da Einaudi*.

8. Si veda, ad es., la definizione di *episodio di schizofrenia acuto* che elenca, tra gli altri sintomi, la dissociazione onirica, in: The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association (1974), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC, ed. 2, p. 34.

natura anti-terapeutica del ricovero in ospedale psichiatrico è stata riconosciuta già da tempo⁹.

Un terribile abisso separa i pazienti e il personale nelle istituzioni psichiatriche. I primi sono considerati malati, persone inaffidabili, che necessitano di una tutela costante. I secondi sono considerati persone competenti e quindi esperti. Un ampio numero di pazienti e di membri del personale crede in questo stereotipo. La comunicazione è resa difficile proprio a causa di questa distanza abissale. I membri del personale non credono a quanto viene loro detto dai pazienti. Questi ultimi non credono in ciò che dicono gli altri pazienti.

I ricoverati cominciano a dubitare delle loro percezioni riguardo alla situazione, incluso la percezione molto precisa di essere guardati dall'alto in basso e di venire spiati dal personale.

Undici anni fa, ho trascorso circa cinque mesi come paziente in sei ospedali psichiatrici. L'esperienza mi aveva completamente demoralizzato. Non avevo mai creduto di essere una persona particolarmente forte, ma dopo quell'esperienza, mi convinsi della mia totale nullità. Mi avevano detto che non sarei riuscita a sopravvivere fuori dall'ospedale. Ero terrorizzata all'idea che la gente avrebbe capito che ero un'ex-paziente e mi avrebbe guardata con disprezzo, proprio come io facevo con me stessa. Per anni ho vissuto nel timore che un qualunque affaticamento, qualunque difficoltà mi avrebbe portata al completo collasso. Ma lentamente ho dovuto riconoscere che non ero la fragile conchiglia che avevo pensato. Fu un processo lungo. Ho dovuto lottare contro le striscianti convinzioni sulla mia inferiorità, un retaggio che mi era stato lasciato dalle persone che un tempo avevo creduto miei salvatori. Passarono degli anni prima che concedessi a me stessa di esprimere sentimenti di rabbia nei confronti di un sistema che mi aveva imprigionata, che mi aveva negato affetto e contatti con gli altri esseri umani, che mi aveva riempita di farmaci fino al punto di rendermi talmente confusa da considerare quel trattamento come un aiuto. Di enorme aiuto nella ricerca attraverso gli strati di questa mistificazione è stato il mio coinvolgimento, negli ultimi sei anni, in alcuni gruppi di liberazione di malati di mente, nei quali ex-pazienti si riuniscono per denunciare la nostra sofferenza e la nostra rabbia.

Da questa rabbia è scaturita l'azione: lavorare per cambiare la

9. Si veda: Goffman, *Asylums*; W.M. Mendel, On the abolition of the Psychiatric Hospital, in Roberts C.M., Greenfield N.S. e Miller M.H., a cura di, (1968), *Comprehensive Mental Health*. University of Wisconsin Press, Madison; King, J.K. e Brown G.W. (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge Mass.

legge sul ricovero coatto, per informare i pazienti dei loro diritti legali, per aumentare il numero delle garanzie costituzionali per tutelare i pazienti, per porre fine ad un sistema psichiatrico umiliante e nocivo e sostituirlo con vere case di ricovero, strutture in cui la gente possa ritirarsi a curare le sofferenze della propria esistenza. Noi immaginiamo un sistema in cui queste sofferenze non siano etichettate come malattia, ma vengano riconosciute come conseguenze naturali di un sistema sociale che antepone la ricchezza, la proprietà e il potere ai bisogni fondamentali degli esseri umani¹⁰. Questi ricoveri non dovrebbero essere soltanto degli ospedali più umani, ma dovrebbero rappresentare delle vere e proprie alternative all'attuale sistema psichiatrico — dovrebbero essere ad ammissione volontaria, di piccole dimensioni, pronte a rispondere ai bisogni della comunità e dei residenti. Alcune iniziative alternative esistono già in alcune zone ed altre sono a livello di progettazione.

Iniziative alternative sotto il diretto controllo dei pazienti possono fornire servizi alle persone senza le demoralizzanti conseguenze della struttura gerarchica, autoritaria dei tradizionali servizi psichiatrici. Quando si tiene in speciale considerazione l'aiuto reciproco tra le persone, la distanza abissale tra i pazienti e il personale scompare. Si può chiedere l'aiuto degli altri senza essere considerati malati o incapaci. La stessa persona che ha bisogno di aiuto può, a sua volta, darne agli altri. Coloro che sono stati pazienti psichiatrici sanno per esperienza personale che il calore e il sostegno degli altri (quando venivano dati) erano d'aiuto, mentre l'essere considerati e trattati come incompetenti non lo era affatto. Anche quando una persona si trova in una situazione di disagio, può essere di aiuto agli altri. Una persona, in stato di estrema sofferenza, può temporaneamente aver bisogno di prendere soltanto e di non dare, ma queste situazioni non durano eternamente (anche se il fatto di venire maltrattati, come accade di frequente negli ospedali psichiatrici, può prolungare la loro durata). Essere capaci di interessarsi ad un'altra persona — anche quando noi stessi ci sentiamo infelici — dimostra a chi soffre di non essere incapace e privo di valore. Prendere parte alle decisioni, persino a quelle così semplici come la scelta del cibo, dimostra alla persona che è ancora in grado di controllare la sua vita e le fornisce la fiducia necessaria per partecipare a decisioni più importanti come, ad es., scelte nel settore della politica economica e delle assunzioni di personale.

Ci sono innumerevoli problemi pratici quando si tenta di orga-

10. Questa espressione viene usata dal: *Mental Patients Liberation Front* di Boston.

nizzare dei servizi alternativi posti sotto il controllo dei pazienti. È difficile reperire il denaro necessario. Le resistenze degli operatori del settore, abituati a controllare la situazione e a considerare i pazienti degli incapaci, possono essere fortissime. Alcuni ex-pazienti possono avere sfiducia nelle proprie capacità.

Nei capitoli seguenti, vengono considerate alcune alternative già esistenti e il modo in cui gli organizzatori hanno affrontato queste difficoltà.

L'etichetta *malato di mente* implica che una persona presenta un problema clinico, un problema che può essere trattato propriamente soltanto dai medici. Nell'espressione malattia mentale è implicito il concetto che la mente si trovi in stato di disagio. Il modello medico di malattia mentale — basato sulla convinzione che le malattie mentali siano direttamente analoghe alle malattie fisiche — e il modello prevalentemente seguito da psichiatri e dal pubblico in generale, come dimostra l'uso di termini quali *malattia mentale*, *malato di mente* e *ospedale psichiatrico*. Ma esiste un altro modo di considerare la malattia mentale. L'idea che la malattia mentale non esiste è stata avanzata, tra gli altri, da Thomas Szasz, dai sociologi Thomas Scheff e Erving Goffman e dallo psicologo Theodore Sarbin. Szasz ha scritto che «*nonostante il concetto di malattia mentale possa essere stato utile nel diciannovesimo secolo, oggi è privo di valore dal punto di vista scientifico e dannoso dal punto di vista sociale*»¹¹.

Scheff ritiene che «*il concetto di malattia mentale possa essere più utile se considerato come uno status sociale piuttosto che una malattia, dal momento che i sintomi della malattia mentale sono definiti in maniera vaga e sono ampiamente diffusi, e la definizione di comportamento come sintomatico di malattia mentale è di solito dipendente da contingenze sociali piuttosto che mediche*»¹².

Goffman ha sottolineato come: «*Il punto di vista ufficiale della società considera che gli internati negli ospedali psichiatrici siano stati ricoverati soprattutto perché malati di mente. Tuttavia, nella misura in cui il numero dei malati di mente fuori dagli ospedali si avvicina e addirittura sorpassa quello degli internati, si potrebbe dire che i pazienti psichiatrici chiaramente soffrono non per la malattia mentale, ma per le circostanze*»¹³.

Sarbin ritiene che: «*le malattie mentali non siano facilmente definiti*

11. Szasz, Thomas S. (1961), *The Myth of Mental Illness*. Harper & Row, New York, p.x. Si vedano ancora numerosi altri libri ed articoli di Szasz.

12. Scheff, Thomas J. (1966), *Being Mentally Ill*. Aldine Publishing Company, Chicago, pp. 128-129.

13. Goffman, *Asylums*, p. 135.

bili come patologie somatiche... La definizione di un comportamento patologico è fondamentalmente un fenomeno culturale, collegato con credenze locali e consuetudini... Anche all'interno della nostra cultura, è possibile trovare definizioni di malattia mentale largamente divergenti»¹⁴.

Gli psichiatri E. Fuller Torrey e Roland Leifer hanno punti di vista concordanti con questa tesi. Secondo Torrey: «lo stesso termine — malattia mentale — è privo di significato, si tratta di un errore semantico. Le due parole non possono essere accostate insieme se non con valore metaforico; non è più possibile avere una malattia mentale di quanto sia possibile avere un'idea purpurea o uno spazio intelligente»¹⁵.

Leifer sostiene che: «la relazione tra psichiatria e medicina ha fondamenti storici e sociali piuttosto che logici e scientifici»¹⁶.

Non è necessario essere operatori psichiatrici per esprimere la propria opinione su queste problematiche. La questione principale che si pone, riguarda il fatto se le persone con certi tipi di comportamenti disturbanti siano affette da malattie. Nonostante molti psichiatri proclamino che la loro formazione fornisce loro gli strumenti per diagnosticare i sintomi delle varie malattie mentali, è proprio l'esistenza della malattia mentale che viene posta in dubbio. Lasciare che siano soltanto gli psichiatri a decidere se la malattia mentale esista o meno, equivale a lasciare che siano gli astrologi a decidere della validità dell'astrologia.

Mentre occasionalmente psichiatri (o astrologi) possono mettere in dubbio proprio le basi della disciplina che praticano, tale comportamento è comprensibilmente raro, dal momento che le persone non sono interessate a mettere in dubbio le implicazioni e i fondamenti teorici della professione che esercitano e dalla quale traggono, generalmente, ampie soddisfazioni a livello economico ed emotivo.

L'equivalenza tra malattia mentale e malattia somatica non costituisce una novità. Alcuni tipi di comportamento, come le allucinazioni, sono state etichettate come malattie in molte culture e periodi storici. Ma si tende a dimenticare che invece altre culture forniscono spiegazioni alternative. Un'allucinazione può costituire un segno del fatto che una persona possiede particolari capacità e dovrebbe essere consultata in caso di decisioni importanti; oppure può essere definita una visione, una manifestazione religiosa (se chi attribuisce la defini-

14. Sarbin, Theodore R., a cura di, (1961), *Studies in Behaviour Pathology*. Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 7.

15. Torrey, E. Fuller (1974), *The Death of psychiatry*. Chilton Book Company, Radnor, Pa, p. 36.

16. Leifer, Ronald (1969), *In the Name of Mental Health*. Science House, New York.

zione possiede lo stesso credo religioso del visionario). Di recente, un numero sempre maggiore di comportamenti sono stati etichettati come malattie mentali — di gran lunga più di quanti siano stati tradizionalmente definiti come pazzi.

Il problema di che cosa sia la malattia mentale si ricollega direttamente ai principali dubbi filosofici, che la razza umana si è posta nel corso della storia: che cos'è la mente? qual'è la relazione tra mente e corpo? qual'è la relazione tra mente e cervello? Queste domande sono troppo importanti per essere lasciate agli psichiatri, la cui formazione clinica non è, da questo punto di vista, sufficiente. Purtroppo a causa della loro formazione gli psichiatri partono dal presupposto che la malattia mentale esista come corrispettivo a livello mentale della malattia somatica.

La legge ha il potere di costringere la gente a sottoporsi a trattamenti psichiatrici. Questo non accade nel caso di malattie somatiche, eccetto rari casi in cui il Tribunale dei minori impone a genitori, che si siano opposti alle terapie mediche, di far curare i loro figli. Il Tribunale, in queste circostanze, assume la *patria* potestà e agisce nelle veci dei genitori per tutelare gli interessi del minore. Quando il Tribunale sentenza che una persona, di qualunque età essa sia, venga costretta a sottoporsi a trattamenti psichiatrici, esercita nuovamente la patria potestà. Questo collegamento tra sistema medico e sistema giuridico pone il paziente psichiatrico in situazione di svantaggio, cosa che non avviene per il paziente che presenta malattie organiche. I Tribunali sono soliti inchinarsi dinanzi alle perizie psichiatriche ed assumono che pazienti potenziali siano malati e necessitino di un trattamento — esattamente quanto il tribunale dovrebbe, invece, dimostrare. In aggiunta alla nozione di patria potestà, che fa riferimento al presupposto che un individuo malato di mente sia incapace di intendere e di volere, viene utilizzata un'altra tesi che conferma il potere poliziesco dello Stato e giustifica il ricovero coatto di persone etichettate come malati di mente. Questa tesi si basa sulla assunzione che le persone malate di mente possano essere pericolose a sé stesse ed agli altri, se non vengono rinchiusi. La convinzione della pericolosità dei malati di mente è profondamente radicata nella nostra cultura. In particolare, viene favorita dai mezzi di comunicazione di massa, che di frequente ospitano racconti, in cui reati di violenza vengono attribuiti a malati di mente. Se la persona è stata precedentemente ricoverata in ospedale, il fatto viene immediatamente menzionato; altrimenti, spesso un poliziotto o un'altra figura istituzionale sarà citata per dimostrare che l'accusato è un «caso psichiatrico» o un «matto». Come se non bastasse, i delitti non risolti vengono spesso attribuiti a «pazzi».

Di fatto, le persone che sono state ricoverate a causa di una malattia mentale non sono pericolose¹⁷. La larga maggioranza di coloro che sono stati pazienti psichiatrici non compie reati contro la legge. Gli ex-pazienti che occasionalmente commettono reati fanno notizia, al contrario di quelli che osservano la legge. Il potere poliziesco dello Stato di rinchiudere le persone nelle istituzioni psichiatriche si fonda non soltanto sulla instabile premessa che essere malato di mente equivalga ad essere pericoloso, ma sull'altrettanto instabile convinzione che gli psichiatri siano in grado di predire accuratamente i futuri atti di violenza. Il professore di giurisprudenza Alan M. Dershowitz, che ha condotto un'analisi approfondita di tutte le pubblicazioni psichiatriche concernenti le previsioni di pericolosità, ha riscontrato che meno di una dozzina di articoli riportavano studi longitudinali per verificare se coloro che erano stati etichettati dagli psichiatri come pericolosi, finivano per commettere effettivamente azioni criminose. Gli articoli segnalavano che il lavoro degli psichiatri era stato alquanto superficiale nel fornire troppo spesso previsioni di violenza. Essi avevano etichettato come inclini alla violenza, individui che non lo erano affatto¹⁸. Tuttavia, sulla base delle previsioni di pericolosità fatte dagli psichiatri, alcuni individui possono venire ricoverati indefinitamente negli ospedali psichiatrici.

Sia l'esercizio della patria potestà che quello del potere poliziesco si basano su stereotipi, secondo i quali il futuro paziente è malato, imprevedibile, pericoloso, incapace di aver cura di sé ed incapace di agire nel proprio interesse. Nessuna di queste convinzioni è scientificamente verificabile.

È stato per tutelare gli interessi di Robert Friedman che lo Stato dell'Illinois ha decretato, nel febbraio 1975, il suo ricovero coatto in un ospedale psichiatrico di Chicago. La reclusione di Friedman rappresentò un fatto di risonanza nazionale perché fu fermato dalla polizia per accattonaggio, mentre aveva in tasca quasi venticinquemila dollari in contanti. Secondo le argomentazioni della Procura dello Sta-

17. Tra i numerosi studi che hanno raggiunto questa conclusione si sono: Cohen, L.H. e Freeman, H. (9, sett., 1945), How Dangerous to the Community Are State Hospital Patients? *Connecticut State Medical Journal*, pp. 697-700; Rappeport, Jonas R. e Gruenwald, Frances (giu. 1962), Evaluation and Follow-up of State Hospital Patients Who Had sanity Hearings. *American Journal of Psychiatry*, 118, pp. 1078-1086; Rappeport, Jonas R. e Lassen, George (feb. 1965), Dangerousness — Arrest Rate Comparison of Discharged Patient's and the General population. *American Journal of Psychiatry*, 121, pp. 776-783; Rappeport, Jonas R. (1967), *The Clinical Evaluation of the Dangerousness of the Mentally Ill*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

18. Dershowitz, Alan M. (feb. 1969), The Psychiatrist's Power in Civil Commitment: A Knife That Cuts Both Ways. *Psychology Today*, 2, nr. 9., pp. 43-47.

to, questo dimostrava la sua scarsa capacità di giudizio e la sua incapacità di badare a se stesso, nonostante egli avesse lavorato per molti anni (era stato licenziato l'anno precedente), fosse vissuto da solo e non fosse mai stato giudicato bisognoso di cure. Lo psichiatra che lo esaminò, dopo il ricovero coatto, dichiarò al Tribunale che Friedman era uno schizofrenico-paranoide. Friedman aveva accumulato il suo denaro in anni di attento risparmio, ma lo Stato, che si presume volesse tutelare i suoi interessi, si dimostrò molto più incauto col suo denaro di quanto fosse stato lui stesso. Fu, infatti, costretto a pagare ottocento dollari al mese per la sua cura; una cura che lo danneggiò a tal punto che, sette mesi dopo, era incapace di vivere da solo e fu, pertanto, ricoverato in una casa di cura. Come se non bastasse, fu obbligato a pagare la parcella di un avvocato incaricato dai suoi genitori, favorevoli alla sua ospedalizzazione, oltre a quella del suo avvocato, che aveva cercato di farlo rilasciare. Durante il processo d'appello, lo Stato dell'Illinois rilasciò una confessione di errore, in cui si ammetteva che non vi erano state valide ragioni per il suo ricovero iniziale. Friedman, a questo punto, soffriva per gli effetti debilitanti del ricovero e delle cure obbligatorie e fu dichiarato incapace di intendere e di volere. Quattordici mesi dopo essere stato dichiarato malato di mente, Robert Friedman moriva¹⁹.

I *sintomi* patologici di Robert Friedman erano il tipo di vita frugale che conduceva e il fatto che chiedesse l'elemosina. A causa di questi lo Stato lo privò della sua libertà, di quasi tutti i suoi risparmi, della salute e, infine, della vita.

Secondo lo psichiatra Thomas Szasz, il solo ruolo indicato per la psichiatria in una società libera consiste nel lavorare con clienti consenzienti. La psichiatria istituzionale, a parer suo, è sostanzialmente coercitiva, in quanto lo psichiatra istituzionale agisce non per conto del suo paziente, che desidera *rimenere* libero, ma nell'interesse di altri che vogliono che questi venga rinchiuso: in alcuni casi lo Stato, in altri i familiari o gli amici. Il paziente non ha motivo di aver fiducia nello psichiatra e spesso quest'ultimo interpreta questa mancanza di fiducia solo come un segno di *paranoia* del paziente. E così il paziente ottiene soltanto una dose maggiore di quello stesso trattamento contro il quale aveva protestato.

Il trattamento psichiatrico istituzionale si basa prevalentemente

19. Le informazioni su Robert Friedman sono state tratte da: The Docket: Test Case Litigation. *Mental Health Law Project Summary of Activities* 2, nr. 1, (mar. 1976) pp. 4-5; Franck, Leonard Roy (giu. 1976), Robert Friedman Is Dead. *Madness Network News* 3, nr. 7, p. 11; Miller, Cercie (lugl.-sett. 1976), Robert Friedman Dead. *State and Mind* 5, nr. 3, p. 17.

su terapie di natura fisica. I farmaci, che costituiscono il principale metodo di trattamento, sono noti con il nome di «tranquillanti forti» o «agenti antipsicotici». Come effetto principale inducono rallentamenti sia a livello psichico che motorio. I farmaci sono reprensibili di quella che è stata considerata una rivoluzione negli ospedali psichiatrici, quando, fin dall'inizio degli anni cinquanta, il loro impiego si diffuse enormemente. La vita all'interno delle istituzioni divenne più quieta del solito, ma la parola impacciata e i corpi irrigiditi dei pazienti rivelavano il costo di quella quiete. Il termine *agente antipsicotico* implica che il farmaco corregge determinate disfunzioni di parti del cervello, ma non esiste alcuna prova né della disfunzione, né del potere curativo specifico del farmaco. Le farmaceutiche produttrici di «Thorazine», il tranquillante maggiormente usato, confessano che «il meccanismo preciso attraverso il quale vengono prodotti gli effetti terapeutici... non è noto»²⁰.

Esiste un'altra considerazione, di gran lunga più negativa, da fare sul largo uso di farmaci, nelle istituzioni psichiatriche, specialmente quando questi vengono somministrati a pazienti non consenzienti. L'espressione «*camicia di forza chimica*» è diventata di uso comune per descrivere gli effetti dei tranquillanti. Mentre può sembrare molto più umano somministrare un farmaco a una persona, piuttosto che legarla, in pratica si tratta soltanto di modi diversi per ottenere lo stesso risultato. E per quanto essere legati possa risultare scomodo, può essere preferibile ai comuni effetti collaterali dei tranquillanti, quali (per quanto riguarda il «Thorazine» letargia, sonnolenza, pseudo-parkinsonismo e la possibilità di sviluppare una sindrome cerebrale irreversibile nota come *discinesia tardiva* (movimenti involontari e incontrollabili della bocca, della lingua, della mascella e, in alcuni casi, delle estremità)²¹. Altri tranquillanti forti hanno effetti collaterali simili a quelli citati.

I tranquillanti sono utilizzati non soltanto negli ospedali psichiatrici, ma in molti tipi di istituzioni dove un ampio numero di persone sono assistite da personale sottopagato e scarsamente addestrato: istituti per ritardati, case di cura, centri di detenzione giovanile e prigionieri. Lo scopo è chiaramente quello di rendere più agevole la gestione degli istituti. Uno studio, sull'uso dei tranquillanti in un istituto per ritardati, arrivava alle conclusioni che i farmaci avevano effetti positivi, in quanto rendevano «la gestione del reparto più facile e più piacevo-

20. *Physician's Desk reference*, 30esima ediz. (Ordell, N.J.: Medical Economics Company, 1976), pp. 1457-1458.

21. *Ibid.*, p. 1458.

le per il personale, che risultava essere più rilassato»²². Inutile dire che erano i ricoverati, non il personale, ad aver ingerito i tranquillanti. Nello stesso tempo, gli effetti collaterali dei farmaci possono avere aumentato, nei residenti ritardati, le difficoltà di apprendimento delle abilità di base indispensabili per una vita autonoma al di fuori dell'istituzione.

Gli ospedali psichiatrici sono simili alle prigioni, alle case di riposo per anziani e ai riformatori — tutti esistono per ospitare una varietà di persone rifiutate dalla società. ma i primi hanno in più la giustificazione di servire per la cura di malati di mente; un'affermazione che può essere considerata del tutto retorica.

Una delle funzioni principali di un ospedale psichiatrico, come per altre istituzioni «totali», consiste nell'esercizio del controllo. Le vite dei pazienti sono costantemente tenute sotto sorveglianza. Come scoprirono lo psicologo D. L. Rosenhan e i suoi colleghi quando, dopo aver simulato sintomi di malattie mentali, si fecero ricoverare in diversi ospedali psichiatrici:

La «privacy» personale è minima. Qualunque membro del personale può entrare nell'alloggio di un paziente e rovistare tra le sue cose, per qualunque motivo. La sua storia personale e le sue sofferenze sono accessibili a qualunque operatore... che voglia leggere la sua cartella clinica... Le sue pratiche igieniche e le sue abitudini evacuatorie vengono spesso osservate su teleschermo. Il gabinetto può non aver porte... gli pseudopazienti avevano l'impressione di essere invisibili, o quanto meno di non meritare alcun riguardo. Dopo essere stati ammessi, io e gli altri pseudopazienti subimmo la prima visita medica in un stanza semipubblica, dove membri del personale andavano avanti e indietro per sbrigare i loro affari, come se noi non fossimo lì»²³.

Tutti i volontari che partecipavano allo studio ebbero esperienze di depersonalizzazione, non perché fossero malati di mente, ma in quanto «il contatto con i pazienti non è considerata una priorità significativa negli ospedali psichiatrici tradizionali»²⁴.

La maggior parte degli psichiatri definisce malattia mentale, ciò che Thomas Szasz chiama «problemi esistenziali». Le persone che cercano aiuto per risolvere i loro problemi esistenziali scoprono che spesso quell'aiuto non possono trovarlo nell'ambiente freddo e impersona-

22. Marker, Gail (1975), Institutional Drug Abuse. *Mental Health Law Project Summary of Activities*, p. 15.

23. Rosenhan, D. L. (19, gen. 1973), On Being Sane In Insane Places. *Science*, 179, p. 256.

24. Ibid.

le degli ospedali psichiatrici. Avrebbero trovato maggiore soddisfazione appoggiandosi a piccole comunità di volontariato, dove tutti partecipavano alle decisioni e nessuno veniva considerato meno che un essere umano. Ma occorre volere essere aiutati. Robert Friedman, per esempio, o Leonard Roy Franck avevano soltanto bisogno di essere lasciati in pace. *«Il mio unico problema esistenziale — dice Leonard Frank, — consisteva nel fatto che gli altri non volevano lasciarmi in pace».*

Quando le persone incontrano difficoltà nella vita, possono aiutarsi reciprocamente. Gli psichiatri non possiedono il monopolio delle conoscenze sulla solitudine, l'alienazione, la rabbia, o qualunque altra difficoltà nella vita. Di fatto, gli psichiatri (che sono spesso esponenti della classe media o superiore) possono non aver mai dovuto fronteggiare il tipo di problemi, che i loro pazienti più poveri affrontano quotidianamente. L'ospedale psichiatrico, dove la comprensione del contatto umano è una rarità e dove la psicoterapia (qualunque sia il suo valore) è praticamente ignorata, non è certamente il posto in cui le persone possano apprendere nuovi modi di affrontare la vita. Invece, sapendo che deve esistere un modo migliore, alcune persone si sono riunite per esplorare la possibilità di nuove alternative. Nel corso degli anni sessanta, sono stati organizzati in molte zone servizi telefonici di sostegno, centri per emergenze e centri di consulenza di ogni tipo. Molti hanno fallito, ma molti altri si apprestano ad entrare nella seconda decade di vita e altri ancora, nuovi, vengono continuamente organizzati. È anche in rapida crescita il numero della case-ostello e dei circoli sociali per pazienti psichiatrici non residenti.

Esistono alternative di tutti i tipi, ma qui diventa importante specificare che cosa si intenda per alternativa. Alcune sono semplicemente mini-istituzioni, dove gli psichiatri sovrintendono al lavoro di infermieri e di altro personale paramedico, dove le vite dei residenti sono strettamente tenute sotto controllo e dove l'assunzione di farmaci è obbligatoria. Spesso è presente una venatura di democrazia, grazie alla quale i residenti possono votare sulla scelta dei cibi e dei programmi televisivi, ma le vere decisioni, come quelle che riguardano chi deve essere ammesso come residente o quali siano le regole da seguire, rimangono nella mani degli operatori. Altre strutture alternative sono più democratiche, anche se, in quasi tutte, sussiste ancora la dicotomia tra personale e pazienti (personale/residenti o personale/clienti). Definisco un'alternativa reale, quella in cui il potere decisionale sia effettivamente nelle mani di coloro che usufruiscono dei servizi. Tali posti sono una rarità, ma quelli che ci sono, dimostrano chiaramente con quali risultati positivi le persone possono aiu-

tarsi reciprocamente, in un ambiente organizzato in modo da massimizzare le possibilità e le capacità di ciascun partecipante.

Permettetemi di precisare che cosa io NON considero modelli da prendere in considerazione per il futuro. La tipica casa-ostello è organizzata seguendo le solite linee autoritarie gerarchiche dei tipici ospedali psichiatrici, anche se su scala più piccola. Il dott. Richard Budson, psichiatra alla *Harvard Medical School*, descrive il movimento per l'organizzazione di case-ostello come un «*programma basato su una vera collaborazione tra medici, paramedici, la comunità e le sue agenzie di servizi*»²⁵ — i futuri residenti non sono neppure presi in considerazione. Secondo l'autorevole parere della rivista *The Halfway Movement* «*tutte le strutture definite come case-ostello (nella rivista) conservano un orientamento medico*»²⁶ e si sottolinea che «*se i residenti stessi intendano dipingere un simile quadro (come quello fornito da amministratori e dirigenti) è, ovviamente una questione aperta*»²⁷. Dal momento che i residenti sono tuttora privi di volto e di voce, questa alternativa risulta ancora troppo vicina al vecchio modello.

La comunità terapeutica fu organizzata dallo psichiatra Maxwell Jones per migliorare la tradizionale organizzazione dei reparti psichiatrici ospedalieri. Le così dette comunità terapeutiche sono divenute una regola d'azione negli ospedali progressisti — riconoscibili per gli innumerevoli incontri di reparto, che raccolgono innumerevoli voti per ogni decisione di scarsa importanza sulla vita nel reparto stesso, mentre il personale operativo continua a prendere decisioni sulle questioni importanti a porte chiuse. Jones ha scritto che in «*una comunità terapeutica tutto il tempo trascorso dal paziente, in ospedale, deve essere considerato come trattamento*»²⁸. L'orientamento è di tipo medico — il paziente è ammalato, il personale, al contrario, è sano, e l'obiettivo del ricovero ospedaliero consiste nel curare il paziente. Il metodo utilizzato nelle comunità terapeutiche viene descritto come metodo democratico, ma solo se si accetta la strana definizione di democrazia dello psichiatra Philip Margolis, che descrive la comunità come situazione in cui «*una persona era responsabile, ma acconsentiva che le decisioni del gruppo prevalessero, con la consapevolezza che avrebbe potuto*

25. Budson, Richard D. (giu. 1973), *The Psychiatric halfway house*, *Psychiatric Annals*, 3, nr. 6, p. 83.

26. Rausch, Harold L. e Rausch, Charlotte (1968), *The Halfway House Movement*. Appleton-Century-Crofts, New York, p. 45.

27. Ibid., pp. 44-45.

28. Jones, Maxwell (1953), *The Therapeutic Community*. Basic Books, New York, p. 53.

sovertirle, se avesse voluto»²⁹. Margolis così descrive la comunità terapeutica di cui era l'organizzatore nell'Ospedale dell'Università di Chicago:

Se non proprio un vera democrazia, il reparto costituiva certamente una società sinceramente ugualitaria, in cui a tutti erano date le stesse opportunità. (Quasi) tutti, i membri della comunità erano soggetti alle stesse regole e alle stesse condizioni di lavoro, così come gli stessi diritti e privilegi, tenuto conto del particolare ruolo che ciascuno rivestiva all'interno della comunità. Il personale era il personale e i pazienti erano i pazienti; c'era ancora una gerarchia tra i membri del personale e alcuni pazienti erano più gravemente ammalati di altri. Ma queste condizioni e circostanze erano comprensibili e rese esplicite, e facevano parte del gioco per cui esistevano determinate regole»³⁰.

Il tipo di regole di cui parla Margolis si ritrovano in molte comunità terapeutiche ospedaliere. È emblematica una lista di regole, lunga otto pagine, distribuita dalla *Adolescent Unit*, nell'Ospedale statale di Haverford (Pa), ai suoi pazienti³¹. I pazienti appena arrivati vengono assegnati alla Fase I; è consentito loro di lasciare il reparto solo sotto scorta di un membro del personale e possono ricevere telefonate o visite dei familiari a discrezione del personale. Per poter passare alla Fase II, i pazienti devono convincere il personale «che si impegnano attivamente per superare i loro problemi e partecipano ai programmi terapeutici stabiliti»³². Molti adolescenti vengono ricoverati, in quanto non soddisfano le richieste dei loro genitori; «impegnarsi attivamente per risolvere i propri problemi» chiaramente significa modificare il proprio comportamento per conformarlo alle aspettative dei genitori. La ribellione degli adolescenti diventa così malattia mentale.

Il sistema continua con le Fasi III, IV e V, nelle quali il paziente è coinvolto nelle votazioni decisionali della comunità, ossia, i pazienti nelle fasi più alte votano sui passaggi di fase degli altri pazienti.

La comunità si esprime con il voto se accettare o meno i cambiamenti proposti. Le decisioni vengono prese sulla base della maggioranza dei voti. Tuttavia, poichè la responsabilità della decisione finale spetta al

29. Stanton, Alfred H. e Schwartz, Morris S. (1954), *The Mental Hospital*, Basic Books, New York, citato in Margolis, Philip M. (1973), *Patient Power*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., p. 150.

30. Margolis, *Patient Power*, p. 151 (enfaticizzato).

31. Haverford (Pa) State Hospital, Adolescent Unit Phase System and Community Rules, copie per distribuire, non impaginate.

32. Ibid.

comunità, nei casi necessari³³.

Nelle Fasi IV e V, i pazienti diventano *compagni*, assegnati ad altri pazienti delle fasi inferiori del reparto. I compagni sono incaricati di riferire al personale qualunque violazione delle regole, compiuta dalla persona che accompagnano.

È molto difficile conservare la propria integrità nelle condizioni imposte dal sistema della comunità terapeutica. In poche parole, si impone ai pazienti di tradirsi gli uni con gli altri. Opporre resistenza al sistema può comportare punizioni. Ad esempio, «*se aree (del reparto) vengono lasciate in disordine, l'intera comunità (eccetto ovviamente il personale) può venire considerata responsabile e punita*»³⁴. Ci si aspetta che i pazienti collaborino a rinforzare gli obiettivi e le aspettative del personale. Ma possiamo considerare il conformismo come una reale misura di salute mentale?

Le persone che scrivono i regolamenti per le comunità terapeutiche sembrano convinti di questo. Le punizioni (stare nella propria camera dopo cena fino all'ora di dormire) vengono inflitte per violazioni di tipo «*stare nelle cawozzelle sul terreno... uso eccessivo di linguaggio blasfemo... e comportamento indecente (una regola particolare indefinita e vaga)*»³⁵. Lo scopo dichiarato è di «*aiutarvi ad imparare ad ottenere quanto volete dalla vita, esercitando l'auto-controllo sulle vostre azioni*»³⁶. In queste condizioni, al paziente non rimane che decidere (o almeno far finta di decidere) di fare quanto tutti si aspettano da lui. La mistificazione insita nella frase «*ciò che voi desiderate fare*» è ovvia, in un sistema così coercitivo.

Anche i servizi e le iniziative ricreative per ex-pazienti sono organizzati secondo modelli autoritari e antidemocratici, specialmente quando si arriva alle decisioni più importanti. Nel quarto capitolo esamineremo i casi di *Fountain House* e *Center Club*, due esempi molto noti.

Le iniziative alternative organizzate e controllate dai pazienti stessi³⁷ sono molto diverse. Invece di una struttura gerarchica, dove alcuni pazienti partecipanti sono chiaramente incaricati di tutelare gli altri, le vere organizzazioni alternative sottolineano l'importanza di una struttura democratica e basata sulla cooperazione. Anche se vi

33. Ibid.

34. Ibid.

35. Ibid.

36. Ibid.

37. Si utilizza la parola paziente per includere gli expazienti, i residenti e i clienti.

può essere una suddivisione delle funzioni, questa è fluida, e una persona che, in un certo momento, assume il ruolo di aiutare gli altri, può, in un altro momento, limitarsi a ricevere aiuto. Soprattutto, ci sono posti dove nessuno, per quanto male possa stare, viene guardato con disprezzo come un caso disperato o meno che umano.

Idealmente, una rete di strutture di comunità, per persone in stato di crisi acuta e per persone con difficoltà a lungo termine, potrebbe eliminare completamente gli ospedali psichiatrici. Le strutture potrebbero essere di diverso tipo, a seconda dell'ambiente e del tipo di cliente che le utilizza, ma tutte verrebbero organizzate su basi democratiche, lasciando il potere decisionale interamente nelle mani dei clienti. Le persone non verrebbero considerate malate o sane, ma soltanto individui che cercano di vivere la loro vita, utilizzando al massimo le loro capacità. Esigenze particolari e speciali dovrebbero essere riconosciute. Le persone del Terzo Mondo, ad esempio, potrebbero organizzare iniziative in cui tutti i partecipanti avessero esperienza delle difficoltà incontrate dai gruppi minoritari e fossero in grado di non confondere utili meccanismi di sopravvivenza con comportamenti patologici. Persone anziane, ancora forti ed in salute, possono incaricarsi di fornire sostegno ad altri anziani meno autonomi. Gli omosessuali possono fornire modelli di ruolo per altri omosessuali in difficoltà. Piuttosto che diventare riceventi passivi di cure istituzionali, le persone in difficoltà potrebbero venire aiutate a scoprire i propri aspetti positivi e la propria forza, nel momento in cui aiutano gli altri.

È il cliente stesso che definisce quali siano i suoi bisogni. Le persone che si comportano in modi, che gli altri giudicano causa di guai, ma che essi stessi ritengono soddisfacenti, non dovrebbero venire costrette ad usufruire di servizi, non importa quanto *umani*, contro la loro volontà. La funzione di controllo sociale del sistema psichiatrico attuale non deve essere trasferita nel modello alternativo, altrimenti quest'ultimo perde il suo carattere di alternativa. Il sistema alternativo avrebbe lasciato in pace Robert Friedman o Leonard Roy Frank.

Si potrebbe obiettare che questo sistema trascuri di curare molte persone bisognose di un *trattamento*. Ma duecento anni di psichiatria istituzionale hanno dimostrato che gli ospedali psichiatrici non possono aiutare chi non vuole essere aiutato. La reclusione non costituisce un *trattamento*.

CAPITOLO 2

Come fare (o disfare) un paziente psichiatrico

Le differenze tra istituzioni psichiatriche e vere alternative non costituiscono un soggetto che possa venire raccontato in termini asettici. Le esperienze vissute da persone reali ci indicano la vera dimensione di queste differenze. Ecco la mia storia'.

Mi sono sposata e venti anni. Naturalmente non è stata quella la causa dei miei problemi, lo sembra soltanto. Molte cose mi hanno condotto fino a quel punto. Ad esempio, odiavo la scuola. Le brillanti ragazze ebreo di New York dovrebbero amare la scuola, dovrebbero portare a casa ottime pagelle e rendere fieri i loro genitori. Da quando ero entrata alle superiori, contavo i giorni che mi separavano dalla libertà. Avevo buoni voti e l'incoraggiamento speranzoso dei miei genitori, ma sapevo che non volevo proseguire gli studi.

Questo fu causa di un lavoro di segretaria, di molta noia e del matrimonio. Mi ero liberata da una trappola, solo per andare ad infilarmi in un'altra. Oggi è una storia comune, ma allora eravamo nel 1965. Non c'era nessun movimento di liberazione della donna e neanche il riconoscimento della sua necessità.

Parlavamo a lungo, io e mio marito, del futuro idilliaco che immaginavamo. Avremmo messo su famiglia naturalmente, i nostri bambini sarebbero stati bellissimi, intelligenti, pieni di talento e di amore.

1. Per un'altra descrizione personale di un'esperienza di istituzionalizzazione vissuta da un ex-paziente, che oggi mette in dubbio la pratica psichiatrica, si veda Gotkin, Janet e Gotkin, Paul (1975), *Too Much Anger, Too Many Tears*. Quadrangle Books, New York.

Sarei andata a lavorare tutti i giorni. Non ricordo i dettagli della casa dei nostri sogni; può darsi che avesse persino una staccionata bianca. Non mi accadeva mai di dubitare della nostra fede nel sogno americano. Nel frattempo, abitavamo in un appartamento e combattevamo contro i quotidiani insulti della vita a New York.

Quando rimasi incinta, mi sentivo come se stessi per vivere una grande avventura. Tre mesi dopo, avevo abortito e l'avventura era finita. Tutti si aspettavano che io cancellassi tutto questo. Volevo ritirarmi in qualche posto dentro me stessa per qualche tempo, ma tutti — genitori, marito, ostetrico — si aspettavano che fossi allegra e presente, continuando la mia vita come se nulla fosse successo. Non riuscivo a spiegare loro il mio desiderio di ritirarmi, non trovavo le parole per farlo. Più la gente mi faceva domande, più mi sentivo spaventata. Non vedevano che avevo bisogno di stare sola, di piangere, di stendermi sul letto e di tirare le coperte fin sopra la testa e di pensare a che cosa volevo? di che cosa avevo bisogno?

Per anni ho descritto il mio stato come un'intensa depressione. Ma depressione è una parola che mi era stata suggerita dagli psichiatri. Una parola che si era insinuata nel linguaggio quotidiano senza neppure ce ne accorgessimo. Una parola che, comunque, ci fa pensare al bisogno di medici e di ospedali. Avevo bisogno di ritornare in me stessa e di approfondire i miei sentimenti. Questa etichetta, depressione, per anni ha impedito alla mia vita di prendere una direzione positiva. Una depressione è qualcosa di cui liberarsi e il fine della psichiatria consiste nel «curare» le persone dalla depressione. Che la mia depressione potesse dirmi qualcosa sulla mia stessa vita, era una possibilità che nessuno, inclusa me, considerava.

Mi recai, contro voglia, da uno psichiatra. Non riuscivo a capire che cosa potesse fare per me. Mi sentivo infelice, non potevo spiegarmi come questo stato d'animo potesse passare con delle chiacchiere. Ma, fin dalla prima visita, fu subito chiaro che, nella mia cura, sarebbero state usate ben più che parole. Il medico aprì un cassetto della scrivania e fece una selezione tra varie pillole lucide e colorate. Mi diede pillole arancioni e blu e bianche per aiutarmi a superare le lunghe, insonni notti, piene di lacrime.

Mi diede anche dei consigli. Dovevo tornare a lavorare, uscire di più, stare in mezzo alla gente. Ma avevo già fatto tutto questo ed è per questo che avevo finito per essere così infelice. Possibile che non se ne fosse accorto? E presi le mie pillole. C'era qualcosa di molto importante nel fatto che io prendessi le mie pillole. Avrebbero dovuto rendermi felice, ma non lo fecero. Mi sentivo drogata, insonnolita — proprio quelle sensazioni che le pillole avrebbero dovuto curare —.

Fu il medico che per primo mi suggerì l'idea dell'ospedale. Se egli non era riuscito a curarmi, forse l'ospedale avrebbe ottenuto maggiore successo. Ero confusa da tutto quanto stava accadendo intorno a me. Non riuscivo a soddisfare le aspettative di nessuno. Che cosa c'era di sbagliato in me? Il medico mi aveva fornito una risposta facile: una malattia chiamata depressione. La mia infelicità disperata era una *malattia*; la sola cosa che mi restava da fare era trovare la cura. Il medico non sembrava conoscere la cura, ma forse in ospedale...

Mi ricoverai al «Mount Sinai Hospital» piena di speranze. Per me l'ammissione in un reparto psichiatrico significava che alla fine avrei trovato qualcuno capace di porre fine alle mie sofferenze. Ero quasi fiera quando un'infermiera mi mostrò il reparto. Era pulito e moderno, con grandi finestre che lasciavano entrare la luce del sole. Non era una fossa dei serpenti. Più tardi, imparai che le finestre senza sbarre erano fornite di speciali vetri infrangibili. Ero sorpresa di vedere quanto giovani fossero alcuni pazienti — alcuni erano studenti delle superiori —. C'erano anche persone anziane. Io avevo ventuno anni.

Non avevo portato bagaglio con me, così l'infermiera mi diede un pigiama ed una vestaglia dell'ospedale e chiuse a chiave i miei abiti da giorno in un grande armadio con quelli di tutti gli altri. A noi donne era anche permesso indossare «abiti da riposo», il che significa che alcune potevano sembrare quasi normali. Mi dispiaceva, per gli uomini, che non avevano scelta ed apparivano spiegazzati e malati con pigiama, vestaglie e pantofole.

La sorpresa successiva fu l'incontro con il «mio» medico, un interno al quale ero stato assegnato il mio caso. Il mio precedente medico che, quanto meno, aveva impiegato mesi per conoscermi, era ormai «un esterno». Il nuovo medico mi disse che avremmo avuto due sedute settimanali di trenta minuti. Non potevo crederci. Con il mio precedente medico, avevo avuto due sedute settimanali di quarantacinque minuti ed egli mi aveva detto che ero molto malata e avevo bisogno di andare in ospedale, il che certamente equivale ad una maggiore quantità di psicoterapia. Protestai e protestai ancora, ma queste erano le regole.

Un'infermiera mi portò delle medicine — ed ecco un'altra sorpresa: invece delle mie pillole arancioni e di quelle blu, mi diede pillole rosse ed altre bianche. Controllai, ma non c'erano stati errori — mi avevano prescritto nuovi farmaci. L'infermiera fece il giro della sala di soggiorno e quasi tutti presero qualche tipo di pillola.

Il soggiorno era una grande stanza arredata con divani e sedie.

In un angolo c'era il televisore. C'erano due cabine telefoniche; non avevamo telefono nelle nostre camere. Accanto al soggiorno c'era una piccola sala da pranzo e, dietro di questa, c'era la cucina dove potevamo prepararci degli spuntini. Il resto del reparto consisteva di camere da letto, corridoi e di una gabbia di vetro per le infermiere.

Mi assegnarono una stanza con altre tre donne. Ero impaziente di parlare, di confrontare le esperienze, ma nessuna sembrava molto socievole. Andai a sedermi nella sala e trovai poche persone, tuttavia, desiderose di parlare. Dal telefono a gettoni della sala chiamai mio marito per dirgli che mi trovavo in ospedale.

Cominciammo subito a litigare. Egli non capiva perché fossi lì ed io non riuscivo a fargli vedere quanto fosse profonda la mia infelicità e come fossi sicura che, in ospedale, avrei trovato una soluzione.

Le ore di visita erano dopo cena. Mio marito arrivò ancora agitato. Vennero anche i miei genitori angosciati e disperati. Eravamo così distanti! Nessuno di noi parlava la stessa lingua e nessuno sembrava accorgersene. Era stato solo di recente che io stessa avevo cominciato ad accorgermene.

Prima di andare a letto chiesi della mia pillola per dormire. Al posto della mia amata pastiglia bianca, la mia unica speranza di dormire per mesi, arrivò una capsula sconosciuta. Non riuscii a dormire.

Il giorno dopo mi spiegarono le usanze dell'ospedale. Dopo colazione c'era la riunione di reparto delle nove — tutti imedici, le infermiere, altri membri del personale e tutti i pazienti. Era difficile parlare di sé di fronte ad un così folto gruppo di estranei. Dopo la riunione salimmo al piano superiore per andare in palestra o al dipartimento di terapia occupazionale. Vi andavamo anche alcuni pomeriggi. La sera potevamo guardare la TV, leggere o giocare a carte. C'erano occasionali passeggiate sotto scorta (consentite solamente ad alcuni pazienti); la maggior parte dei pazienti non era uscita all'aperto da settimane. Non potevo proprio capire come questa routine avrebbe potuto farmi bene. Ma andai avanti volenterosa e convinta che tutto avesse una ragione.

Rimasi in ospedale per due settimane e mezza. La mia sicurezza di essere immersa in un'atmosfera terapeutica e curativa non vacillò mai, nonostante alcuni incomprensibili incidenti. Mio marito mi faceva visita tutte le sere e le sue visite, invariabilmente, finivano con strilli e litigi. Invece di cercare insieme una via d'uscita per le nostre difficoltà, finivamo per biasimarci l'un l'altro. A causa della mia scarsa fiducia in me stessa, io ero quella che usciva peggio da questi incontri. In una serata particolarmente cattiva, chiesi ad un'infermiera di invitarlo, per favore, ad andarsene, poiché ero troppo sconvolta

per continuare a stare con lui. Essa rifiutò e mi rispose di farlo da sola. Quando rientrai nella stanza egli riprese ad urlarmi contro. Mi sentivo completamente sola.

Un raro pomeriggio non avevo litigato. Al contrario, egli era molto accondiscente. Il nostro gatto era stato male. Lo aveva portato dal veterinario e questi aveva diagnosticato una malattia che spesso è mortale. Cominciai a piangere, quando me lo disse, ed egli mi prese la mano. Dopo l'orario di visita mi sentii abbandonata e infelice. Mi recai a cercare un'infermiera per sfogarmi e raccontarle tutta la storia tra le lacrime. Ma questa sembrava non capire. Io amavo il mio gatto e temevo potesse morire. Era questo che faceva di me una malata di mente?

Quando mi dimisero, mi aspettavo di sentirmi meglio. Arrivai a casa e scoprii che ancora non ero in grado di alzarmi dal letto o di smettere di piangere e, mio marito ed io, continuavamo a tormentarci a vicenda. Tornai dal mio vecchio medico e, questi almeno, mi prescrive nuovamente le mie pillole bianche per dormire: otto ore di oblio garantito. Per tutto il giorno agognavo il momento di prenderle. All'ospedale ero stata infelice, ma a casa lo ero ancora di più. Un giorno feci la valigia e tornai al «Mount Sinai».

Non potevo crederci quando mi dissero che non avevano i letti. Né mi permettevano di tornare a casa. Chiamarono un'ambulanza e, con un poliziotto seduto accanto a me, mi ritrovai sulla strada per Bellevue. Se siete cresciuti a New York, avrete sentito parlare di Bellevue prima ancora di capire che cosa significhi. I ragazzini bisbigliano e ridono e vi immaginate che si tratti di qualche orribile posto, pur non sapendo che cosa sia. Bellevue è un grande ospedale, ma è il reparto psichiatrico quello di cui la maggior parte delle persone parla. Molto prima di aver imparato il significato di queste parole, avrete sentito parlare di «casa dei matti» e di «manicomio».

Le ore successive furono piene di confusione. Tanto per cominciare mi portarono via gli occhiali. A mala pena riuscivo a vedere ciò che era distante da me più di pochi passi, ed era quasi impossibile distinguere una faccia nota da una sconosciuta. Quando mi portarono nel reparto, era già notte. Qualcuno mi condusse ad un letto, nel corridoio e mi disse di sdraiarmi e mettermi a dormire. Dopo un po' mi alzai per cercare un gabinetto, mi facevo strada a tentoni nell'atrio. Una figura bianca apparve e mi ordinò di tornare a letto. Aspettai per tutta la lunga notte come invasa dal terrore. All'improvviso mi resi conto che né mio marito, né i miei genitori avevano la minima idea di dove fossi.

La mattina dopo, mi ci vollero diverse ore per trovare qualcuno disposto ad ascoltare la mia storia. Finalmente, un'infermiera accondi-

scese a farmi fare una telefonata. Quando senti la voce di mio padre, cominciai a singhiozzare. «Portami via di qui», imploravo. L'infermiera prese il ricevitore e spiegò che mi trovavo all'ospedale Bellevue. I miei promisero che sarebbero venuti più tardi. «E portatemi un'altro paio di occhiali. Mi hanno tolto quelli che avevo».

Dopo la colazione e pranzo (avevo paura di mangiare cibo), i miei genitori arrivarono con un vecchio paio di occhiali e per un'ora ebbi il lusso di vedere. Ma, quando fu ora di andare, l'infermiera li costrinse a riprendersi gli occhiali. Sembrava che l'unica cosa che li interessasse fosse il pericolo rappresentato da un pezzetto di vetro; ma perché non si rendevano conto di quanto io fossi emotivamente più vulnerabile, quando non vedevo quasi nulla?

Inoltre i miei genitori scoprirono che non potevano portarmi a casa. L'unico modo di farmi uscire da Bellevue, consisteva nel trovare un ospedale privato disposto ad ospitarmi. «Provate il Gracie Square», suggerì un'infermiera, «li prendono tutti». Era sabato pomeriggio, il giorno dopo sarebbe stata la domenica di Pasqua. Sarebbe stato impossibile fare qualunque cosa prima del lunedì successivo, al più presto. Dovevo restare a Bellevue almeno fino ad allora.

Il giorno di Pasqua fui spinta ad entrare nella sala da pranzo, dove ognuno di noi poteva prendere un dolce in tazza con un po' di gelatina in cima. Avevo ancora più paura di mangiare quel cibo, ma avevo anche paura che le infermiere si accorgessero che non stavo mangiando. Cercavo di sparire in un angolo durante le ore dei pasti e sembrava che la cosa funzionasse. Per tre giorni non ingoiai altro che acqua dal rubinetto. Ogni Pasqua ripenso a quei dolci in tazza con un brivido.

Il lunedì successivo i miei genitori riuscirono a farmi ammettere al «Gracie Square Hospital». Fu specialmente una questione di denaro. Essi non erano ricchi, ma furono in grado di pagare la retta. Di nuovo mi trasportarono in ambulanza. Il medico che firmò il foglio di trasferimento si rammaricò che me ne andassi, perché riteneva che al Bellevue avrebbero potuto aiutarmi. Le chiesi che cosa avrebbe fatto se fosse stata lei a curarmi. «Le avrei fatto l'elettro-shock», rispose. Ringraziai il cielo che avesse già firmato il foglio.

La valigia, che mi ero portata via quando ero arrivata, mi fu restituita. Ai pazienti non era permesso di tenere le proprie cose, perché non c'era un posto sicuro dove metterle. Se volevate tenere qualcosa dovevate portarla con voi. Alcuni degli altri pazienti, con più esperienza, usavano larghe borse o sporte per trasportare le loro cose. Non c'era altro modo di tenere qualunque cosa: un cambio di vestiti, una maglia, un pettine.

Gracie Square era un posto pulito, bello e tranquillo. Sembrava un lusso in confronto a Bellevue. Ma quest'impressione durò pochi minuti. Fui condotta in un'area monotona e deserta e fui chiusa dentro. Nessuno mi parlò o mi spiegò che l'ospedale aveva chiesto ai miei genitori di assumere per me un'infermiera privata e, fino all'arrivo di questa, io venivo tenuta in isolamento. La paura era sconvolgente. Non avevo mangiato per tre giorni, e improvvisamente ebbi la sensazione di essere non sola: c'era qualcosa lì con me. Gridai e piansi, ma nessuno venne. Alla fine «la cosa» andò via. Più tardi, la porta fu aperta, la «mia» infermiera entrò e mi condusse nella mia camera.

Mi ci vollero solo poche ore per riconoscere che Gracie Square era una linda e ben arredata prigione. Non c'era telefono. Le visite erano permesse soltanto due volte alla settimana e la porta chiusa del reparto poteva essere aperta con un comando a distanza. Per compensare tutto questo c'erano la moquette sui pavimenti e i quadri alle pareti, e il cibo era incredibilmente buono. Finii per chiamarla la «Gabbia dorata».

Non c'era molto da fare. Di tanto in tanto ci accompagnavano fuori della porta radio-comandata, ci facevano entrare in un ascensore, azionato da una chiave, e ci conducevano al primo piano per la terapia occupazionale o al piano di sopra nella sala di ricreazione. Il mio medico venne a visitarmi poche volte. C'erano pillole da prendere in aggiunta alle mie bianche pasticche per dormire. Non dissi a nessuno della «cosa» che avevo vista il primo giorno, e non la rividi più. Dopo poche settimane, fui trasferita al reparto che stava al terzo piano, dove c'era un telefono e si poteva partecipare alle attività più spesso.

Feci amicizia con due pazienti e trascorrevamo le lunghe giornate parlando e guardando la TV. Donna era un'adolescente infelice, che si era più volte tagliata i polsi ed era stata al «Grece Square» altre volte. La storia di Leslie era più tragica. Anche il medico ammetteva che non c'era motivo che fosse ricoverata in un ospedale psichiatrico. Leslie, una studentessa universitaria, era stata violentata, ma non l'aveva detto a nessuno perché, quando il fatto avvenne, era in un'automobile parcheggiata in una strada per coppie insieme con il suo ragazzo. Con orrore scopri di essere rimasta incinta. Dal momento che l'aborto era illegale, salvo nel caso in cui la vita della madre fosse in pericolo, Leslie aveva simulato un tentativo di suicidio, così il suo medico l'aveva fatta ricoverare in un ospedale per dimostrare la necessità di un aborto terapeutico. Noi tre insieme tentavamo di riempire le ore vuote meglio che potevamo.

Nessuno sapeva che fare con me. Il mio medico suggerì di ricoverarmi allo «Hillside Hospital», dove avrei potuto sottopormi ad una

psicoterapia. «Gracie Square» era troppo costosa per i miei genitori ed egli disse loro che lo «Hillside» avrebbe potuto essere meno caro. Io sapevo che non volevo tornare a casa. Forse in questo nuovo ospedale avrebbero saputo curarmi. Ero ancora convinta che qualche medico avrebbe avuto la soluzione per il mio caso. Quando mi dimisero dal «Gracie Square», non tornai all'appartamento che dividevo con mio marito, ma a casa dei miei genitori.

Il ricovero ad «Hillside» richiese un lungo e complicato «iter» con fogli di ammissione da riempire e colloqui da sostenere. Poi l'attesa per un letto libero. A casa trascorrevò quasi tutto il tempo a piangere nella mia camera e, velocemente, il livello di tensione crebbe e divenne intollerabile.

Una notte mi misi a urlare terrorizzata e chiesi ai miei genitori di riportarmi al «Gracie Square». Spiegai al medico di turno che ero terrorizzata e che volevo tornare in ospedale. Mi diede un foglio di ammissione da firmare. Ne devo aver firmati altri, nei mesi precedenti, ma questo fu il primo che mi fece una certa impressione. Il modulo, che dovetti firmare, diceva che se avessi voluto lasciare l'ospedale avrei dovuto dare comunicazione scritta tre giorni prima. Quando protestai dicendo che non sapevo quanto tempo sarei rimasta, mi risposero che dovevo firmare se volevo essere ammessa. Alla fine, afferrai la penna e cancellai le frasi incriminate, ma non mi limitai a tracciare una linea sulle parole, le coprii completamente. Soltanto dopo aver fatto questo firmai. Un'infermiera arrivò e mi portò al piano di sopra. Avevo chiesto di andare al terzo piano, ma invece mi portarono al quinto. Non appena sentii chiudere a chiave la porta dietro di me capii che avevo commesso un errore. Quando il medico arrivò, la mattina successiva, non fui capace di spiegare che cosa fosse accaduto. Sapevo soltanto che, quando stavo a casa, mi era sembrato che, tornando in ospedale, avrei potuto liberarmi dal terrore. Anche se, al momento, né il medico né io ce ne eravamo resi conto, avevo cominciato ad aver paura del mondo fuori dell'ospedale. Gli psichiatri definiscono *istituzionalizzati* i pazienti con questo tipo di reazione che può soppravvenire molto rapidamente. Invece di voler stare bene (cosa che cominciavo a pensare fosse impossibile), volevo soltanto la sicurezza che mi dava «Hillside», dove ancora pensavo di poter curare le mie infelicità. Dopo pochi giorni il mio medico mi dimise dal «Gracie Square» e tornai a casa dai miei genitori a piangere e ad aspettare.

Quando arrivò la chiamata dallo «Hillside», io ero in pessima forma. Non ero abituata ad avere persone intorno, tuttavia non fui spaventata dal fatto di incontrare un così gran numero di infermieri, assistenti e pazienti già nelle mie prime poche ore. Ero sicura di esse-

re finalmente arrivata nel posto in cui avrebbero saputo darmi le cure a lungo attese.

Ero circondata da persone che certamente, pensavo, avevano le mie stesse speranze: guarire o essere fatta guarire. Mi sembrava di essere molto lontana dal terrore che avevo provato nel camminare lungo le strade tra la gente estranea, qualcosa che non avevo fatto da sola da mesi. Nel gergo dei pazienti stavo «ingranando»; la vita in un ospedale psichiatrico era definita come «star dentro», essere al sicuro e protetto. Il mondo non mi sembrava minaccioso allora.

Lo «Hillside» non aveva reparti, aveva dei padiglioni, piccole costruzioni, ciascuna con circa cinque camere da letto, un soggiorno, un bagno e un ufficio per le infermiere. Ogni padiglione ospitava sia uomini che donne, me c'era soltanto un bagno, con un'indicazione «uomini» e «donne» appesa alla porta. Mi spiegarono che dovevo urlare «donna», quando volevo entrare. Un'infermiera mi spiegò che ogni gruppo, formato dai residenti di due padiglioni, funzionava come un'unità. Precedentemente gli uomini stavano in un padiglione e le donne nell'altro, ma, pochi anni addietro, avevano deciso di «integrarli». Per questo motivo i padiglioni non avevano due gabinetti. Ciò mi sembrava una grave seccatura. Un aiutante mi spiegò il regolamento. Non mi era permesso allontanarmi dall'unità (i due padiglioni) senza essere accompagnata da un membro del personale. In alcuni casi, avrei potuto accedere a «privilegi di gruppo», come, ad esempio, avere il permesso di andare nella sala da pranzo o a svolgere le attività con un gruppo di pazienti e, alla fine, avrei potuto usufruire di «privilegi individuali». Non mi era permesso fare telefonate o ricevere visite finché il personale non mi avesse riconosciuto il diritto a questi «privilegi». Era il «Gracie Square» con pareti invisibili. Quando avevo visitato lo «Hillside», mi ero sentita rassicurata nel vedere cabine telefoniche dappertutto e avevo controllato per essere sicura che l'orario delle visite fosse libero. Ora mi sentivo ingannata, tradita. Sapevo che non volevo essere nuovamente una prigioniera. Se fosse accaduto qualcosa, sarei stata tagliata fuori dal resto del mondo. Quando l'assistente mi disse che lavorava anche nel vicino «Creedmore State Hospital», iniziai a sentirmi molto spaventata. Tutti sapevano che posti orribili fossero gli ospedali statali. Lo «Hillside» avrebbe dovuto essere diverso.

Poi il primo colloquio con il «mio» medico, di nuovo un altro medico. Ancora si aspettavano che ricominciassi dal principio. Fin dal primo momento capii che non mi piaceva. Non potevo neppure immaginare che avrei provato fiducia in lui. Era così distante, distaccato, professionale (forse era soltanto spaventato. Scoprii, soltanto più

tardi, che quella era la sua seconda settimana in ospedale). Era impossibile ottenere un altro medico. L'eventualità che le persone possano sviluppare sentimenti di simpatia e calore umano gli uni per gli altri, non veniva neppure mai presa in considerazione. Se non andate d'accordo con il medico che vi viene assegnato, è soltanto un altro segno del fatto che c'è qualcosa che non va in voi.

Non mi piaceva neppure la mia compagna di stanza. La maggior parte dei pazienti erano giovani, ma io dovevo stare con una donna di mezza età, che aveva già figli grandi. Non riuscivo a capire come avrei potuto sentirmi vicina a lei; eravamo semplicemente troppo diverse.

Lo «shock» successivo si verificò all'ora della somministrazione di medicine. Non mi era stata prescritta nessuna pillola. Spiegai all'infermiera che cosa ero abituata a prendere. Quella consultò la mia cartella e disse che non mi avevano considerato un caso da trattare con farmaci. Ero confusa. Avevo assunto varie combinazioni di tranquillanti per circa sei mesi, e, anche se queste non avevano avuto molto effetto sul mio umore, i precedenti medici mi avevano assicurata che sarei stata molto peggio senza le medicine. Ora mi venivano a dire che avrei potuto benissimo andare avanti senza nulla, neppure le mie pillole per dormire. A differenza dei tranquillanti le pillole sonnifero avevano un effetto molto preciso sul mio umore. Nel breve lasso di tempo tra il prendere la pillola e lo sprofondare nel sonno, mi sentivo incredibilmente bene e senza preoccupazioni al mondo. Sebbene mi svegliassi ogni mattina con la desolante sensazione che il senso di piacere era svanito, ogni notte mi avrebbe portato la crescente sicurezza che proprio la mattina dopo mi sarei svegliata nella stessa gioiosa condizione. Ora avevo paura di affrontare quella notte. Ascoltai per ore il russare della mia compagna di stanza.

Il giorno successivo cominciai a darmi da fare per trovare una nuova compagna e un nuovo medico. Era impossibile: era contro il regolamento. Mi dovevo adattare. Più protestavo, più mi consideravano malata. Era segno di salute seguire il regolamento. Ma questo sembrava fatto apposta per farmi diventare pazzo. Ogni minuto era programmato. Un'infermiera mi accompagnò dove avrei svolto la mia prima attività: un laboratorio di falegnameria. Era una stanza grande, piena di attrezzature costose. I pazienti erano impegnati a realizzare i loro progetti. Non mi piaceva il rumore delle macchine. L'insegnante del laboratorio mi porse una tavola, che avrei dovuto guidare attraverso una sega elettrica. Avevo sempre avuto paura dei macchinari, ma specialmente ne avevo adesso. Ero sicura che la sega mi avrebbe attaccata e mi sembrava quasi di vedere il sangue scorrere. Ero venuta qui per fuggire da queste cose, ed ora mi costringevano a mettere

le mani vicino alla sega che si muoveva così rapidamente. Cominciai a spingere la tavola contro la lama, poi la lasciai cadere e corsi fuori dalla stanza.

Successivamente mi portarono nel laboratorio di ceramica. Questo andava meglio: nessun macchinario minaccioso. Presi un pezzo di creta e cominciai a sbatterla contro una tavola. La creta deve essere lavorata con forza e mi piaceva batterla e ribatterla. Le mie mani erano ricoperte di creta. Improvvisamente, mentre tenevo la palla di creta in mano, questa cominciò a cambiare. Provai un terribile desiderio di spingere la viscida massa nella mia bocca. Nello stesso momento, la cosa mi disgustava. Dissi all'infermiera che non potevo più stare lì e tornammo al padiglione. Mi accorsi che stavo sudando e che tremavo. Forse il personale aveva ragione: ero pazza e le mie richieste erano irragionevoli. Ero stordita, disorientata e confusa. Uscii all'aperto e mi sedetti sotto un albero a pensare. Ebbi la mia prima terapia allo «Hillside» sotto quell'albero e mi fu fatta da un altro paziente, Harry, che era stato ammesso nel mio stesso giorno. Era il primo paziente che avevo incontrato. Harry era stato ricoverato allo «Hillside» in precedenza e conosceva tutti i trucchi. Le istruzioni scritte, che mi avevano mandato, dicevano di portare soltanto vestiti e oggetti personali, e di non portare radio. Pertanto ero arrivata soltanto con una piccola valigia. Harry inciampava nell'enorme pila di oggetti di sua proprietà, inclusa l'attrezzatura da schermo e un giradischi. Si era offerto di farmi ascoltare i suoi dischi. Ora, sotto quell'albero, gli raccontai come fossi furente e confusa. Ma dovevo proprio avere una compagna di camera così poco socievole e un medico così freddo? E perché mi sentivo così male? Sudavo e tremavo, alternativamente, nel caldo tepore del sole. Avevo la pelle d'oca e lo stomaco sotto sopra. Harry mi chiese quali medicine stessi prendendo e gli ripetei che mi avevano giudicato un caso da non trattare con farmaci. Quando gli dissi che cosa avevo preso in precedenza, egli capì. «I tuoi sono sintomi da astinenza», mi disse. Compresi che dopo tutto non stavo diventando pazza. Le sensazioni fisiche avevano una causa. Anche la mia rabbia e frustrazione erano reali.

Nessuno dava una risposta alle mie richieste di cambiamenti. Parlai con l'infermiera, con il medico e con un amministratore. Feci una lista delle ragioni per cui pensavo che avrei dovuto cambiare compagna di stanza e medico, ma era chiaro che nessuno mi prendeva sul serio. Dopo diversi giorni di inutili ragionamenti, provai ad alzare la voce. Chiesi di essere dimessa (un mio diritto, visto che ero una paziente volontaria), ma nuovamente nessuno mi prese sul serio. Cominciai a gridare e a piangere. Ero una prigioniera e nessuno mi avrebbe dato retta. Ero intrappolata in una situazione che mi faceva

sentire peggio anziché meglio. Tutti intorno a me pensavano, chiaramente, che fossi pazza. Dopo tutto gridavo e piangevo proprio come una pazza. Cos'altro facevano i pazzi? Presi una lampada dal comodino e cominciai ad infrangere i riquadri di vetro della porta che portava alla mia stanza. Brandire la lampada era il solo modo rimasto per sentirmi potente. Durò solo pochi minuti. Infermiere ed assistenti mi soggiogarono, nonostante li combattessi con una forza che non sapevo di avere. Nello stato di spossamento che seguì l'esplosione, mi dissero che sarei stata dimessa.

Più tardi dissero a mia madre che ero troppo «malata» per loro. La poveretta si scervellò per anni su questa dichiarazione. «Si supponeva che fosse un ospedale: avrebbero dovuto sapere cosa fare per te», mi disse molto tempo dopo. «Certamente noi non sapevamo cosa fare. E loro lì a dire che non lo sapevano neanche loro. Non c'era nessun altro posto dove rivolgersi».

Questa volta tornai da mio marito, per cercare di rimettere insieme i pezzi della nostra vita in comune. Non era felice. Avevamo così poco calore da offrirci l'un l'altra. Alla fine il nostro gatto morì e noi piangemmo insieme. Almeno questa volta sapevo perché stavo piangendo. Avevo paura di restare sola, perciò mio marito assunse una donna per badare a me ogni giorno. Anche se io stessa avevo chiesto di lei, non potevo sopportare l'idea di averla lì a farmi la guardia, con le sue maniere buone e gentili. Era soltanto un'ulteriore prova che c'era qualcosa di profondamente sbagliato in me. Anche la mia casa era diventata un ospedale psichiatrico. Non sapendo che cosa fare, chiesi a mio marito di licenziarla, per poi scoprire che odiavo, ancora di più, stare sola.

Mia madre cominciò a farmi visita ogni giorno, un'ulteriore dimostrazione che non ero in grado di badare a me stessa. La mia vita era un incubo senza fine. C'erano poche cose che potevano farmi sentire meglio — era estate, e potevo stare sdraiata al sole o andare a nuotare —, ma il sollievo non era mai più che momentaneo e molti giorni mi sentivo troppo terrorizzata perfino per fronteggiare la gente che c'era in piscina.

Sarebbe stato così per tutto il resto della mia vita? Sapevo di non voler questo, ma non sapevo come fare a cambiare. I medici non sapevano, gli ospedali non lo sapevano. Provai a tornare, nuovamente, dal mio primo psichiatra, ma questi non sapeva offrirmi altro che pillole e, dopo la crisi di astinenza che avevo avuto allo «Hillside», sapevo di non volerne più prendere. Ad eccezione delle pillole per dormire: soltanto quelle avevano il potere di procurarmi un po' di sensazioni piacevoli alla fine di ogni interminabile giorno. Talvolta pensavo di ingerirle tutte e di inseguire quella sensazione piacevole fino alla fi-

ne che, confusamente capivo, era la morte. Ma io non volevo morire, volevo vivere.

Avevo bisogno di qualcuno che mi insegnasse come smettere di piangere e, per qualche motivo, ero ancora convinta di poterlo trovare in ospedale. Una mattina, per disperazione, andai nel bagno e mi tagliai entrambi i polsi con la lama del rasoio. Mia madre mi portò al pronto soccorso dell'Ospedale Montefiori e, ancora una volta, mi ritrovai ad essere una paziente psichiatrica. Non era una cosa positiva, ma era qualcosa.

Il Montefiori non era una prigione. Era un piccolo reparto, venti pazienti sì e no, ed era facile imparare il nome di tutti. Nelle camere da letto i letti sembravano divanetti. Tutto era colorato e confortevole. Per la prima settimana all'incirca, rimasi nel reparto per calmarmi. Mi resi conto che non dovevo morire. Il «mio» psichiatra era un altro giovane interno, ma non aveva il freddo distacco del mio medico dello Hillside. Gli dissi che mi sentivo meglio senza tranquillanti, ed egli convenne che non ne avevo bisogno. Ma non mi avrebbe dato le bianche pillole per dormire che desideravo ardentemente. Con le capsule che mi permisero di prendere, dormire divenne nuovamente difficile.

Due delle assistenti erano suore e questo mi sembrava strano. Una di loro mi chiese perché dormissi ancora con animali di pezza. Siccome era una suora, mi sentivo in imbarazzo a spiegarle che era perché mi piaceva la sensazione di dormire accanto a qualcuno. Pensavo che non mi avrebbe capita. Ma quando lo dissi ad una delle infermiere, mi rispose che avrei dovuto dirlo alla suora. Nessuno avrebbe ammesso che fosse una cosa normale per me provare disagio nel parlare con una suora, anche se non l'avevo mai fatto in vita mia.

Deve essere stato ancora più difficile per Alan, un paziente di quattordici anni ebreo ortodosso. Ordinava sempre cibo consentito dalla sua religione, un giorno ci fu un errore e gli fu servito un pasto regolare, che, ovviamente, non avrebbe mangiato. Un attendente provò a convincerlo a mangiare, poiché era magro e non poteva perdere il pasto. Alan provò a spiegare le sue convinzioni religiose ad una suora con un sorriso ironico ed una croce intorno al collo.

Due volte la settimana avevamo un «TC»: incontri terapeutici di comunità. Questi costituivano una dura prova: parlare di fronte ad una stanza piena di persone dei tuoi problemi e sentimenti. La presenza era obbligatoria e se non si interveniva spontaneamente, si poteva essere certi che uno dei medici avrebbe posto qualche domanda scottante. I medici parlavano in continuazione del fatto che eravamo «una comunità».

Durante il giorno alcuni pazienti seguivano i programmi giorno-

lieri. Costretta a rimanere nel reparto, li invidiavo perché avevano un'attività da svolgere. Non riuscivo a capire perché la gente si lamentasse di queste occupazioni, finché anch'io fui inserita nel programma. Attività artistiche e manuali, cucina: ogni minuto era programmato e le attività erano quasi altrettanto interessanti quanto lo erano state nei campi diurni. Provammo a «marinare» le attività, ma occorreva avere una buona scusa — il fatto che non ci piacessero non era considerata una scusa abbastanza buona. Seguire il programma giornaliero era considerato più curativo che rimanere nel reparto a guardare la TV.

C'era un cortile sul retro, dove talvolta facevamo delle grigliate — l'alta cancellata non era lì semplicemente per delimitare lo spazio. La odiavo, era come stare in gabbia. A volte facevamo delle sortite nel mondo reale. Era divertente andare al cinema, a parte la dura prova di entrare nel teatro stesso. L'ospedale aveva fatto accordo con il direttore per farci entrare senza pagare, perciò venivamo messi in fila nell'entrata e contati. Ovviamente non costituivamo un gruppo qualunque, anche se gli assistenti indossavano abiti comuni e si toglievano le targhette coi nomi. Ogni volta avrei voluto nascondermi.

Un lunedì mattina, era chiaro che qualcosa era accaduto. Frank, un paziente che non conoscevo molto bene, non aveva fatto ritorno dopo un fine settimana di permesso. Circolavano una quantità di chiacchiere. Ci chiamarono tutti a raccolta nella sala, dove l'intero personale era in riunione. Uno dei medici ci disse che Frank si era suicidato a casa sua il giorno precedente. Ci disse che eravamo tutti molto turbati e spaventati perché l'ospedale non ci poteva proteggere. Poi ci comunicò che la «comunità» aveva preso la decisione di chiudere a chiave il reparto per un po', finché tutti non ci fossimo sentiti più tranquilli. A voce alta dissi loro che un reparto chiuso non mi avrebbe fatto sentire meglio, mi avrebbe terrorizzata. Non volevo sentirmi prigioniera di nuovo. La sola risposta che ottenni fu la pacata rassicurazione che tutti noi «avevamo bisogno della sicurezza» che ci avrebbe dato il fatto che il reparto fosse chiuso a chiave.

Tentai di abbattere la porta, ma era massiccia e non avrebbe ceduto. Il medico mi disse che dovevano darmi dei tranquillanti. La mia rabbia per essere stata chiusa dentro era un sintomo. Non volevo provare il pesante effetto narcotizzante dei sedativi; ora mi sentivo molto più viva di quanto non mi fossi mai sentita da lungo tempo. Misi le pillole in bocca e, non appena possibile, le sputai dentro il gabinetto.

Quando comunicai al medico la mia intenzione di lasciare l'ospedale, questi mi rispose che non era possibile. «Ma io ho paura di essere chiusa nel reparto», gli dissi. «Sono già stata chiusa in un reparto,

era terrificante. Prima che tutto questo accadesse, mi sentivo meglio, ma ora le cose che mi spaventano sono proprio qui in ospedale*. Mi rispose che ero troppo malata per tornare a casa. «Non è giusto», dissi, «fino ad ora questo era un reparto aperto e adesso voi state cambiando il regolamento».

Decisi che non c'era motivo di obbedire a nessuna regola, dal momento che era ovvio che queste potevano essere cambiate come piaceva al personale. Rifiutavo di vestirmi: «non vedo perché non posso stare in accappatoio tutto il giorno», feci notare, «visto che non dobbiamo andare da nessuna parte». Mi dissero che non potevo entrare in sala da pranzo con l'accappatoio, così presi il vassoio e cominciai a consumare i miei pasti in camera, finché anche questo non fu vietato. Allora cominciai a chiedere ai miei visitatori di portarmi da mangiare dal bar. Un'infermiera entrò nella mia stanza e cercò di portarmi via il mio «hamburger». Ci fu una lotta, e mi ritrovai chiusa a chiave in una sterile «stanza di isolamento».

Le due stanze d'isolamento si trovavano dietro la guardiola delle infermiere. Ciascuna aveva una porta pesante con una piccola apertura di sicurezza in vetro. Sul muro opposto c'era una finestra coperta con pesanti «protezioni psichiatriche* — molto più gradevoli delle sbarre, ma altrettanto impenetrabili. Sebbene avessi visto pazienti rinchiusi nella camera d'isolamento di tanto in tanto, non avevo mai pensato che potesse accadere a me. I pazienti in isolamento erano «pazzi»: urlavano e battevano rumorosamente sulla porta. Ora era toccato a me e, improvvisamente, battere e scalciare diventavano azioni perfettamente logiche. Avevo provato ad essere ragionevole, a spiegare il mio punto di vista e questo era quanto loro pensavano di me. La mia rabbia saliva. Non ero soltanto una prigioniera, ero un animale in gabbia. All'improvviso nulla era più importante della libertà e la libertà stava dall'altra parte di una porta chiusa a chiave.

Quando si stancarono di sentirmi battere i pugni e gridare, entrarono nella stanza e mi praticarono un'iniezione. Mi lasciarono uscire poche ore dopo, esausta e demoralizzata.

Non c'era modo che potessi convincere il personale che stare dietro una porta chiusa a chiave mi faceva male. Il terrore che nelle settimane precedenti si era andato attenuando, era tornato, ma questa volta sapevo che cosa lo provocava. Tuttavia non potevo farci nulla. Avevano ormai deciso che le porte chiuse avessero il potere di rassicurarci. Ovviamente le passeggiate serali erano state soppresse. Ci turbavamo troppo. Andavamo avanti e indietro per il reparto senza posa. Mi aumentarono la dose di sedativi. Continuavo a sputarli ogni volta che era possibile, ma non sempre ci riuscivo. Mi lamentavo costantemente che i farmaci mi facevano sentire peggio, ricordando gli

effetti collaterali che avevano avuto in passato. Non sapevo se sospet-
tavano che li sputavo.

Fui portata per due giorni a fare i tests psicologici. Era comun-
que una possibilità di uscire dal reparto. Lo psicologo mi fece mettere
insieme blocchetti di legno, rispondere ad ogni tipo di domande e in-
terpretare macchie d'inchiostro. La cosa andò avanti per ore. Quando
l'infermiera venne per accompagnarmi nuovamente nel reparto, dopo
il primo giorno di esame, potevo sentirmi rimpicciolire fino a diventar-
e un piccolo animale in gabbia. Per lo psicologo potevo essere stata
un oggetto, ma ero almeno un oggetto interessante.

Non era soltanto che pensassi a me stessa come se mi stessi rim-
picciolendo, lo sentivo veramente. Con enorme sofferenza, il mio viso
cominciò ad afflosciarsi. Il naso si ritirava nel viso e non potevo re-
spirare. Gridai e mi graffiai la faccia. Appena il dolore diminuì, rac-
contai affannosamente quanto mi era successo all'infermiera e allo
psicologo che mi sorreggevano. Vidi l'incredulità e il disprezzo dipinti
sui loro volti. Stavo ancora piangendo flebilmente quando mi riporta-
rono nel reparto.

Alla fine del secondo giorno d'esame, accadde la stessa cosa, ma
il dolore non era così forte, e svanì più rapidamente. Questa volta,
sapendo che non era «reale», lo combattevo, e respingevo la consape-
volezza che era il mio mondo che si andava restringendo.

Lo psicologo mi riferì i risultati del mio test d'intelligenza: anche
la mia mente si stava restringendo. Il punteggio era di quindici punti
inferiore a quello che avevo ottenuto a scuola.

Dopo aver esaminato la mia mente, esaminarono il mio cervello.
Un EEG non sembrava affatto spaventoso. Ricordavo l'elettrocardio-
gramma, che avevo dovuto fare da bambina, quando il medico pensa-
va che avessi avuto una febbre reumatica. Il tecnico mi disse di sede-
re su una sedia e cominciò ad attaccare i fili sul mio cuoio capelluto.
Con mia sorpresa ogni filo veniva inserito nella pelle. Dopo l'inseri-
mento dei primi fili, cominciai a protestare. Egli continuò, dicendomi
pacatamente che erano rimasti pochi fili, ma continuavano ad entrar-
ne ancora ed ancora. Chiesi di sapere quanti erano in tutto. Doveva-
no essere più di venti. Cominciai a gridare e provai a strappare i fili.
L'infermiera e il medico cercarono continuamente di tenermi le mani
lontano dai fili. Protestavo che non me ne sarei rimasta seduta ad
aspettare che mi inserissero fili in testa e che doveva pur esserci un
altro modo di tenere gli elettrodi al loro posto. Ma insistevano che il
test era necessario e io ero troppo stanca per combattere ancora. La-
sciai che i tecnici mettessero a posto il resto dei fili e alcuni di questi
finirono dietro le mie orecchie. La pelle in quel punto continuò a pru-
dermi e bruciarmi per giorni.

Il giorno dopo, uscii nuovamente dal reparto per un appuntamento con il mio medico. Prima ancora che potessi avere la possibilità di affrontare qualunque discorso con lui, questi lasciò cadere la bomba: sarei stata trasferita al «Rockland State Hospital». Ondate di terrore mi invasero. Le orecchie mi fischiavano forte, improvvisamente tutto sembrò irreali. Mi misi a piangere. «Perché non posso restare qui?» «Questo non è un ospedale a lunga degenza. Lei ha bisogno di cure prolungate». «Lasciatemi tornare a casa. Tornerò dal mio psichiatra. Andrò da lui ogni giorno»). «Lei è troppo malata per tornare a casa». «Ma un ospedale statale non fornisce alcuna cura, mi lasci andare in un posto dove io possa avere un trattamento»). «Lei non ha bisogno di trattamenti. Lei ha bisogno di custodia a lungo termine». «Cos'è che non funziona in me?» «Lei è molto malata». «Ma che cos'è che non **va**? Che nome ha la mia malattia?» «Lei ha un disturbo della personalità, ha bisogno di stare in un posto con strutture rigide. Lei potrebbe non essere capace di vivere fuori di un ospedale psichiatrico». Ancora in lacrime, mi fece riaccompagnare nel reparto.

Mi resi conto di aver bisogno di un legale, così mi rivolsi al «New York Civil Liberties Union». Quando spiegai la mia situazione mi dissero che non potevano fare nulla. Secondo la legge di New York, quando due medici dichiarano che una persona è malata di mente, questa può essere internata per sessanta giorni. Non era necessaria nessuna udienza in tribunale. Sessanta giorni sembravano un'eternità. Non mi sarei data per vinta. Chiamai la «Legal Aid Society». La donna con cui parlai non fu di nessun aiuto. «Se quello è il posto in cui la mandano», mi disse, «deve averne bisogno». Non c'era nulla che potessi fare; nulla che mio marito e i miei genitori potessero fare, una volta che i medici avevano deciso².

Mi sentii come se fossi stata condannata a morte. Le parole del dottore, «custodia a lungo termine», riecheggiavano minacciosamente nella mia testa. Sarei mai più uscita fuori di lì? Entrai nella camera che condividevo con altre tre pazienti e mi misi a cercare con meticolosità. Trovai lo specchio nel cassetto dello scrittoio di Carol. Lo infransi e cominciai a tagliarmi le braccia con uno dei frammenti. Passò molto tempo prima che qualcuno si affacciasse per vedere che cosa stessi facendo. Poi fui di nuovo rinchiusa nella stanza di isolamento.

2. Pochi anni dopo avrei potuto avere un aiuto legale. Nel dicembre 1968, la «New York Civil Liberties Union» ha istituito uno speciale progetto legale in aiuto dei pazienti psichiatrici. Ma persino un avvocato non avrebbe potuto fare molto. La legge dello Stato di New York concede sessanta giorni di internamento previa autorizzazione di due medici, un tempo più lungo di ogni altro Stato. Non era neppure necessario un processo.

Questa volta mi resi presto conto che stavo soltanto fornendo loro ulteriori motivi per ricoverarmi. Dissi all'infermiera, attraverso la porta della stanza d'isolamento, che mi rendevo conto di essere sconvolta e che volevo un po' di «Thorazine» per calmarmi. Sapevo che il «Thorazine» non mi calmava, ma «riconoscere di essere malati» era considerato un buon segno. Avevo bisogno di un mezzo infallibile per uccidermi, e finché non l'avessi trovato, ero decisa a recitare la mia parte con fredda determinazione. Così non feci resistenza quando mi praticarono l'iniezione. Giacevo sul materasso sul pavimento della stanza d'isolamento, desiderando di essere già morta.

Non c'era alcun modo per impedire che il giorno arrivasse. Una delle infermiere mi portò nella stanza del pronto soccorso, dove fui caricata su un'ambulanza e trasferita al «Bellevue Hospital». Qui aspettai in una stanza piena di panche e di persone in attesa di venir destinate nei vari ospedali statali. Tutti coloro che dovevano andare al «Rockland State Hospital» furono caricati su un pulmino — un vecchio pulmino scolastico, che adesso portava le scritte «Ambulanza» e «Rockland State Hospital». Una donna in uniforme bianca perlustrava le file dei sedili. Trascorsi tutto il tempo del viaggio rimuginando sull'assurdità del suo lavoro — veniva definita «agente per i trasferimenti» e noi stavamo per essere consegnati. C'era una busta di carta sul sedile dietro di me, sulla quale qualcuno aveva scritto: «per Le Roy Lemons, di sette anni». Provai ad immaginarlo, aveva sette anni, che cosa faceva lì? Cosa poteva aver fatto? Diedi un'occhiata dal finestrino alle macchine sulla statale. Potevano immaginare che ci stavano portando via? Se ne curavano?

Il «Rockland» era immenso: un edificio dietro l'altro. Uno stile architettonico orrendo e repellente. Fui condotta in un edificio chiamato «Accettazione Donne». Un aiutante mi accompagnò fino al mio reparto, fermandosi ripetutamente ad aprire numerose porte a chiave e a richiuderle accuratamente dietro di noi. L'ascensore funzionava con una chiave gigantesca. Era evidente che non si preoccupavano affatto di nascondere che questa era davvero una prigione.

Il reparto, quando finalmente ci arrivammo, somigliava ad un incubo o a un film dell'orrore sui manicomi: finestre sbarrate, un gigantesco squallido soggiorno e lunghi, bui corridoi. Mi sedetti su una sedia e mi guardai intorno. C'erano altri pazienti che sedevano intorno in silenzio. Alcuni guardavano la TV. Una donna su una sedia a rotelle si avvicinò e cominciammo a parlare. Era trascorsa un'ora o poco più quando un'assistente entrò nella stanza e pronunciò il mio nome. Con un gran traffico di chiudere e aprire porte, mi portò in un altro reparto e mi rinchiuse in un'altra sala. Questa non era altrettanto silenziosa. Un apparecchio televisivo trasmetteva a tutto volume in un

angolo e una radio nell'altro angolo. La sala era affollata di persone. Alcuni sedevano, altri danzavano al suono della radio e altri ancora conversavano a voce alta. C'erano grida, braccia che gesticolavano, rumorosi scoppi di risa. Poi un'assistente chiamò alcuni nomi e tra questi c'era anche il mio. Ci portarono fuori dalla sala e dentro «la sezione». Non sono mai riuscita a scoprire perché la chiamassero così.

C'erano panche, cabine per doccia, una fila di lavandini con specchi di metallo appesi sopra, e una fila di gabinetti privi di sedili e senza pareti divisorie. Due assistenti ci ordinarono di spogliarci. Una volta nude, esaminarono i nostri corpi alla ricerca di segni di identificazione. Una delle due elencava a voce alta il colore dei capelli e degli occhi e la posizione di cicatrici, mentre l'altra prendeva nota. Ci dissero di metterci in piedi di fronte alle tazze dei gabinetti e di piegarci in avanti per un rapido esame rettale. Poi ci fornirono «indumenti dello stato»: mutande di cotone spesso enormi, scoloriti abiti di cotone. Sulla schiena erano impresse le lettere sbiadite RSH. Prima di riaccompagnarci nel soggiorno, diedero a ciascuna di noi un foglio stampato, che conteneva informazioni sul «Mental Health Information Service», un servizio di consulenza legale per pazienti psichiatrici. Sembrava una buona cosa, ma dopo le umiliazioni dell'ultima mezz'ora, mi resi conto che non importava. Ciò che ci avevano appena fatto, dimostrava che non c'era giustizia per i pazienti psichiatrici.

Di ritorno nella grande e rumorosa sala crollai su una delle panche di legno, tirai su le ginocchia e le circondai con le braccia, abbassai la testa e cominciai a piangere sommessamente. Una donna si sedette accanto a me e si piegò verso di me. «Non fare così», bisbigliò. «Penseranno che sei depressa». Le conseguenze erano sconosciute, ma suonavano come una minaccia. Mi asciugai gli occhi, mi raddrizai e mi guardai intorno per trovare qualcosa da fare. Su un alto scaffale c'era la TV e sotto erano state radunate delle sedie, ma il programma sembrava noioso e, soprattutto, l'audio era coperto dal suono del «rock and roll» trasmesso per radio. In un angolo lontano c'era una libreria e così andai a curiosare. Pochi, vecchi libri rovinati, alcuni privi di alcune pagine, nessuno particolarmente interessante, eppure dovevano essere la mia salvezza. Nelle due settimane successive li lessi tutti, per due o tre volte ciascuno.

La porta della sala si aprì ed entrò un gruppo di assistenti. Ancora una volta chiamarono il mio nome. Che succede adesso? Camminai verso di loro e una mi porse un piccolo bicchiere di carta. «Che cos'è», chiesi ragionevolmente. «È concentrato. Bevilo!» Esitai e quella ripeté l'ordine con tono irritato. Sollevai il bicchierino alle labbra — fuoco liquido mi scivolò in gola. Lacrime scendevano dai miei occhi. Ero piegata praticamente in due, cercando di respirare. Mi sembrava che

le labbra e la lingua si stessero sciogliendo. Il gruppo di assistenti guardava e nessuna diceva una parola, finché mi rimisi dritta e ripresi a respirare normalmente. Allora lasciarono la stanza e chiusero a chiave la porta dietro di loro. Mi guardai intorno in cerca di acqua, ma la sola fontana era fuori nell'ingresso; potevo vederla attraverso la finestrella che si apriva nella porta del soggiorno. Non c'era un orologio e il mio mi era stato preso per «ragioni di sicurezza». Era circa la metà del pomeriggio, ma non riuscivo a farmi un'idea più precisa dell'ora. Non c'era alcun modo di sapere quanto tempo saremmo state chiuse in questa stanza o che cosa sarebbe accaduto dopo.

Ore dopo la porta si aprì di nuovo e ci misero in fila per la cena. Un'assistente spinse me e le altre nuove arrivate fuori della fila. Mentre le altre lasciavano il reparto, noi mangiavamo nel soggiorno. La cena consisteva in un piatto di brodaglia indefinibile, servita con un cucchiaino ammaccato, il solo utensile consentito. Non volevo mangiarla, ma avevo fame e la mangiai a piccoli bocconi. Non trascorse molto tempo prima che le altre fossero fatte rientrare dalla sala da pranzo e nuovamente fummo chiuse dentro a chiave.

Ancora più tardi un assistente arrivò spingendo un carrello con i farmaci. Io stavo a guardare mentre uno stato di terrore si impossessava di me. Mi avrebbero dato quell'orribile liquido di nuovo? Mi chinai servizievole, quando l'assistente mi porse un bicchierino di carta, ma dentro c'erano due pillole. Le infilai in bocca e la donna riempì il bicchierino di acqua. Quando le ebbi inghiottite, mi fece aprire la bocca per guardare dentro. L'idea di non ingoiare le pillole non aveva neppure sfiorato la mia mente: la minaccia sottintesa di un'altra dose di «concentrato» era quanto mai efficace.

Avevo immaginato un dormitorio enorme con file di letti, ma invece mi accompagnarono in una piccola stanza, completamente spoglia, eccetto che per un letto. La pesante porta fu chiusa a chiave. Mi arrampicai nel grande letto e cercai di dormire. Sognai di essere tornata al Montefiori e di raccontare alle mie compagne di stanza che avevo avuto un incubo, durante il quale ero stata rinchiusa al «Rockland». Era stato tutto un incubo e il senso di sollievo fu travolgente. Il giorno dopo, mi risvegliai nella schiacciante realtà.

I giorni trascorrevano incredibilmente uguali. Venivamo sveglate alle sei dalle luci accese sulle nostre teste. Non era consentito indugiare a letto. Bisognava rifare i letti, quindi ci consegnavano i copriletti. L'assurdità di tutto questo! — copriletti da mettere al mattino, da togliere alla sera, e camere da letto chiuse a chiave tutto il giorno. Chi mai poteva risentirsi se i letti fossero rimasti senza copriletti? Poi due ore chiuse a chiave nel soggiorno in attesa della prima colazione. Nessuno ci spiegava come mai non si potesse dormire fino alle sette, o

anche alle sette e mezza. Dopo la prima colazione, ci portavano in gruppo alla «sezione», dove potevamo lavarci. Detestavamo sedere sul gabinetto in piena vista. Bisognava ricordarsi di chiedere la carta igienica. Tre volte la settimana, ci consentivano di fare la doccia, e ci distribuivano abiti puliti. Continuavo a chiedere notizie dei miei vestiti, ma ci vollero settimane prima che tornassero indietro dalla marcatura, completamente rovinati da una scritta con il mio nome (a dispetto del fatto che avessero tutti una targhetta con il nome). Era soltanto un caso che a me toccasse ogni volta un vestito della taglia più larga? Quindi tornavamo nel soggiorno fino all'ora di pranzo e poi fino a cena. Infine, vi tornavamo fino all'ora di andare a letto, quando un altro interminabile giorno era finito. Dopo il secondo giorno mi fu permesso di andare con gli altri nella sala da pranzo: non fuori dall'edificio e neppure fuori dal piano, ma in ogni caso era un cambiamento di scena. Non era consentito indugiare durante i pasti: sembrava che fosse molto importante riportarci nel soggiorno prima possibile.

Il cibo rimaneva cattivo come il primo giorno, anche se, nella sala da pranzo, ci consentivano di usare le forchette oltre ai cucchiari. Ci consentivano di servirci da soli di pane spalmato con margarina e questo diventò l'elemento principale della mia dieta. Non ci davano mai frutta o succo di frutta, e il «caffé» somigliava a quella bevanda solo per il fatto che era bollente e che veniva servito in tazza. Il «latte» naturalmente veniva da una confezione e non da una mucca. Un giorno ci servirono gelato e questo fatto ci elettrizzò, finché non lo assaggiammo.

Il più piccolo diversivo diventava un evento enormemente eccitante. Qualche volta ci portavano in cortile, dove si potevano fare giochi all'aperto o stare semplicemente seduti su una panchina a respirare l'aria fresca. Una volta un'assistente arrivò nel reparto e ci divise in gruppi per una corsa a squadre. Giochi che non avevo più praticato fin dai tempi della scuola, eppure mi ritrovai ad incitare la mia squadra e a saltare su e giù con entusiasmo. Questo accadde soltanto una volta, eppure ogni volta che rivedevo quell'assistente speravo che ci portasse cerchi di plastica e bastoncini, e che organizzasse una nuova serie di gare. Nello stesso tempo mi sentivo bruciare per l'umiliazione di essermi divertita con così poco.

Soltanto anni dopo, scoprii che il «concentrato» consisteva in una soluzione liquida di «Thorazine», che abitualmente veniva mescolata con del succo. Le infermiere seguivano le istruzioni della ditta farmaceutica, che prescrivevano di indossare guanti di plastica per evitare irritazioni della pelle, durante la manipolazione del prodotto.

Ero spaventata quando un'assistente mi chiamò per condurmi

fuori dal reparto. Nessuno si preoccupava mai di dirci dove stavamo andando. Essa mi portò in piccolo ufficio. Non sono mai riuscita a capire perché lo psicologo aveva chiesto di vedermi. Nessuno degli altri pazienti del mio reparto era stato sottoposto a test, ma io fui costretta a sottopormi agli stessi esami, che mi avevano già fatto al Montefiori. Per tutto il tempo che rimasi al «Rockland» soltanto lo psicologo mi trattò come una persona che avesse qualche possibilità di vivere una vita all'esterno. Mi mandava a prendere forse una volta alla settimana e le nostre chiacchierate erano una piccola oasi di salute in quella casa di folli. Non parlavamo di cose di grande importanza, ma essere trattata come una persona significava già abbastanza. Nel reparto avevo cercato di trovare qualcuno disposto a parlare, ma era difficile trovare che ti rispondesse e ancora più difficile era sostenere una conversazione che superasse poche frasi. C'erano ancora cinque o sei donne, la cui compagnia avevo imparato a cercare. Una di queste era Eleanor, un'alta e vistosa donna nera con una voce profonda. Mi parlò di suo marito e dei bambini e, man mano che i giorni passavano, mi disse che sarebbe presto tornata a casa dai suoi cari. La sua voce diventava calda e dolce, mentre descriveva i suoi figli. Anche Elsie e Molly, entrambe donne di mezza età, divennero mie amiche. Proveniamo tutte dallo stesso ambiente ebreo newyorkese e parliamo delle nostre famiglie. E c'era anche Dina, una rossa fiammeggiante, che parlava incessantemente della vita affascinante che aveva avuto. Imparai a conoscere per nome altre pazienti. Evelyn e Lily erano adolescenti, piene di energia, che chiacchieravano incessantemente tra di loro e ballavano il «rock and roll» sulla musica trasmessa dalla radio. Qualche volta ho ballato con loro per alcuni minuti, ma, anche durante il caldo estivo, erano capaci di continuare a ballare per ore. Mi sono sempre chiesta come fossero finite là dentro. Dolly predicava un sermone senza fine. La evitavo il più possibile, perché mi avrebbe tenuto la mano e invocato benedizioni senza fine sulla mia testa, mentre cercavo disperatamente di scansarmi.

Alcune pazienti erano mal viste da tutti. Quando Becky fu portata nel reparto, urlava maledizioni. Io ero già lì da tre o quattro giorni. Alcune pazienti la riconobbero e ci furono esclamazioni del tipo «Oh no!» e «Non di nuovo!». Non mi ci volle molto a capire cosa volessero dire. Becky aveva sempre qualcosa di cattivo da dire a tutti. Interrompeva conversazioni, malediceva chiunque le attraversasse il cammino e contribuiva ad aumentare il livello di rumore in maniera incredibile. Non c'era modo di sfuggire alle sue attenzioni, eccetto ignorarla e sperare che se ne andasse. Quando si rese conto che nessuno voleva starle vicino, si mise a piangere e ad urlare. La sua faccia diventava sempre più rossa e le sue urla si facevano ogni momento

più alte. All'improvviso la porta si aprì e due assistenti entrarono e la afferrarono. Becky fu portata nella «sezione». Potevamo udire le sue urla attraverso la porta e per tutto il corridoio. Pochi minuti dopo la porta si aprì e Becky fu spinta dentro la sua stanza di soggiorno. Era stata legata con «una camicia di forza». Non ne avevo mai vista una prima di allora, ma la riconobbi istantaneamente. Mi ricordavo di aver letto in un articolo di una rivista, molto tempo prima, che non venivano più usate da anni, ma avevo già scoperto che tutte le altre informazioni di quell'articolo erano false. Non riesco a ricordare il titolo — «Il Miracolo negli Ospedali Psichiatrici Americani» o qualcosa del genere.

L'arrivo di Becky sconvolse tutti. Anche le pazienti che ultimamente erano state talmente tranquille da farsi notare appena, divennero improvvisamente più rumorose ed eccitabili. Il cambiamento più drammatico avvenne in Eleanor. Invece di programmare in silenzio il suo ritorno a casa, cominciò a gridare messaggi per il marito e i bambini, mentre correva attraverso la sala. Avevo provato a parlarle, ma quasi non mi udiva. «Sto arrivando, sto arrivando», gridava e correva via. Le assistenti corsero nella stanza e la spinsero fuori. Potevo sentirle chiedere di un «corpetto», ma compresi che si trattava di una camicia di forza, quando Eleanor ricomparve. Stavo quasi per piangere pensando alle mie tranquille chiacchierate con questa donna, una volta dignitosa. Mi prese una certa nostalgia per come era stata la vita nel reparto prima dell'arrivo di Becky. Qualunque cosa era meglio di questo.

Faceva caldo e le pazienti legate alla camicia di forza sudavano e avevano prurito. Di solito le lasciavano in quelle condizioni per molte ore. Decisi che non avrei mai dato alle assistenti alcun motivo per mettermi addosso una di quelle cose. Qualunque cosa mi chiedano di fare, pensavo, la farò. Mi offrii volontaria per pulire il pavimento nell'ingresso. Fu una pausa dalla noia, l'ingresso era più silenzioso della sala e le assistenti apprezzarono il mio gesto. Entrare nelle loro grazie divenne enormemente importante.

Una delle assistenti chiaramente mi odiava. Non sono mai riuscita a capire come mai. Miss Byrd ci imponeva più regole di tutte le altre. Le altre ci permettevano di affollarci intorno al foglio delle prescrizioni e chiamare i nostri nomi, ma con Miss Byrd questo non era possibile. Ognuno doveva starsene seduto, mentre ella spingeva il carrello al centro della stanza. Poi ad uno ad uno chiamava i nostri nomi. Ci voleva un'eternità, ed intanto io sedevo invasa dal terrore che questa volta mi avrebbero dato, di nuovo, il «concentrato». La cosa accadeva quando ci portava nella «sezione» per le docce. Quando ci accompagnavano le altre assistenti, potevamo metterci il fila da sole.

Io mi mettevo di solito verso l'inizio, perché potevo guardare attentamente in attesa del segnale. ma Miss Byrd ci faceva sedere sulle panche nella «sezione» e chiamava a voce alta chi doveva andare dopo. Gli asciugamani erano piccoli e sottili, l'acqua non era mai abbastanza calda, detestavo stare in piedi nuda di fronte allo sguardo impersonale delle assistenti, eppure agognavo quelle doccie: pochi minuti di una voluttuosa e magnifica sensazione di pulizia.

I visitatori potevano venirci a trovare due volte alla settimana. Ci portavano tutte nella «sezione» e chiudevano a chiave la porta, ma cercavano di guardare fuori per vedere se riuscivamo a riconoscere qualcuno. Non c'era alcun modo di sapere se avremmo avuto visite — non c'erano telefoni. Quando Miss Byrd stava con noi, non ci permetteva di avvicinarci alla porta. Un'assistente doveva pronunciare i nomi, e la paziente poteva andare nella sala a incontrare i suoi visitatori. Se non veniva nessuno, si dovevano trascorrere due ore nella «sezione» — nel gabinetto. Mia madre veniva tutti i mercoledì e la domenica tornava insieme con mio padre e mio marito. Mi dispiaceva per le altre che non avevano visite.

Quando venivano a visitarmi, chiedevo sempre ai miei la stessa cosa: un «sandwich» al «roast beef» di un negozio di specialità di New York che, con una Coca Cola del distributore automatico del corridoio, era ambrosia. E la domenica, mi portavano il *New York Times*. Una ricchezza indescrivibile — un'intera settimana di lettura, se la razionavo abbastanza attentamente. Nascondevo il giornale sotto il materasso e ne portavo una parte con me ogni giorno nella sala. Le camere da letto venivano chiuse a chiave ogni giorno fino a sera — mi dimenticai del giornale soltanto una volta. Non osavo chiedere che mi portassero dei libri poiché non c'era un posto sicuro dove metterli. I giornali, una volta letti, venivano presi da altre pazienti, una dopo l'altra. Alcune lo leggevano, altre che riuscivano a prenderlo più tardi lo strappavano o ne sparpagliavano le pagine.

Ogni mattina, i medici entravano nel reparto per pochi minuti. Se si voleva fare qualche domanda, bisognava catturare rapidamente l'attenzione del medico. Poche erano le pazienti che ottenevano una risposta, le altre dovevano aspettare per il giorno dopo. Avevo fatto una breve conoscenza con il «mio» medico il primo giorno. Si trattava di una donna indiana che parlava un inglese accettabile, ma non fluente. Mi dispiaceva per le pazienti assegnate ad un altro medico indiano, che praticamente non parlava inglese. Anche quando rispondeva alle loro domande, le sue risposte dimostravano che il più delle volte fraintendeva.

Una mattina le assistenti aprirono la porta del soggiorno prima dell'ora della colazione. Mi dissero di spingere una sedia in mezzo alla

soglia e di sedermici sopra per impedire a chiunque di uscire nell'ingresso. Ovviamente l'ingresso portava soltanto alia porta chiusa a chiave del reparto e nessuno avrebbe potuto andare in nessun posto. Ciononostante alcune pazienti tentarono di oltrepassarmi. Io non volevo dire nulla; non ero un'assistente; non mi importava nulla che le pazienti andassero girovagando nell'ingresso. Per me non faceva nessuna differenza. Nello stesso tempo mi rendevo conto che mi stavano sottoponendo a una prova. «Hei! Donna stai dentro. Marie, torna a sedere e aspetta l'ora della colazione. Coraggio! allontanatevi dalla porta*. Mi detestavo. Dopo colazione, il mio medico mi disse che mi avrebbero trasferito in un altro reparto dall'altra parte dell'ingresso. Ero rimasta lì dentro per tredici giorni.

Mi ci vollero due giorni per imparare ad odiare il reparto delle «Disturbate Tranquille». Tutte queste donne erano talmente assorbite in sé stesse, che non riuscivo a trovare nessuna con cui parlare. Ci provavo, ma si allontanavano. Mi mancava Eleanor e mi mancava Dina, anche se, negli ultimi giorni, entrambe erano diventate sempre più distanti. Almeno, qualche volta, mi rispondevano. Qui ero completamente sola. Avevo tre compagne di stanza, ma anche con loro ci scambiavamo soltanto occasionali «salve».

La prima mattina un uomo percorse il reparto dicendo a voce alta: «terapia di gruppo, terapia di gruppo*. Domandai ad un'assistente se potevo andare anch'io. Mr Cole accompagnò un gruppo all'aperto, dove sedemmo in cerchio su delle sedie nel prato. Era una terapia di gruppo diversa da tutte quelle che avevo visto o immaginato, ma ero già abbastanza starsene sedute all'aperto, per un'ora, varie volte la settimana. Mr Cole parlava in continuazione soltanto lui. Era come ascoltare una noiosa lezione tenuta da un conferenziere non molto abile. Non sono mai riuscita a scoprire chi fosse Mr Cole o semplicemente quali risultati questi si ripromettesse di ottenere. Una volta, mentre ci riaccompagnava nel reparto, gli chiesi quale era la durata media dei ricoveri al «Rockland», ed egli rispose con soddisfazione che questa era ormai ridotta a quattro mesi. Mi domandai come avrei potuto sopravvivere altri tre mesi e mezzo. In questo reparto, non eravamo chiuse a chiave nella sala di soggiorno. Ovviamente la porta che conduceva fuori del reparto era chiusa a chiave, ma eravamo libere di andare alla fontana dell'acqua e nella «sezione». C'erano dei divisori tra i gabinetti — anche senza porte, avevano quasi parvenza di intimità.

Avevo sempre paura quando un'assistente entrava nella sala di soggiorno e cominciava a chiamare i nostri nomi. Una mattina una decina di noi furono chiamate. Ci dissero che ci avrebbero portate alla clinica ginecologica e ci istruirono di andare nelle nostre stanze, to-

glierci la biancheria e uscire per essere accompagnate a fare l'esame. I nostri abiti avrebbero dovuto nascondere il fatto che non indossavamo biancheria intima. Entrai nella mia stanza tutta tremante. Non avevo alcuna intenzione di attraversare i corridoi in quel modo, ma mi rendevo conto della gravità delle disobbedienze ad un ordine. Valeva la pena? Mi avrebbero rimandato dall'altra parte dell'ingresso! Ritornai con la mia biancheria ancora addosso. L'assistente aprì la porta ed uscimmo fuori. Fu un lungo percorso, tra i sottopassaggi che collegavano gli edifici e attraverso corridoi pieni di estranei. Nella clinica, ci fecero entrare nella stanza dell'esame una per volta. Quando fu il mio turno, varcai la porta ed esitai un momento per togliermi la biancheria prima di sdraiarmi sul lettino. Il medico e l'infermiera distolsero lo sguardo, annoiati per quell'interruzione momentanea del rapido fluire delle pazienti. L'esame fu rapido ed impersonale e durò non più di un minuto o due. Scesi dal lettino e presi la mia biancheria, mentre la paziente successiva stava già sdraiandosi sul lettino. Era stata la sola volta che disubbidivo deliberatamente ad un ordine in tutto il tempo della mia permanenza al «Rockland».

Il mio medico mi parlò del reparto aperto, che si trovava al piano di sotto. Qui le pazienti non erano chiuse dentro e potevano svolgere delle attività. «Le piacerebbe andarci?» Se volevo! Ma non volli mostrarmi troppo eccitata. «Sì, mi sembra un'ottima cosa». Dissi con calma. Dimostrando che ero capace di rendermi conto dell'importanza della cosa. Il giorno dopo fui accompagnata al piano di sotto e affidata a Miss O'Brian. Sedeva nel suo ufficio, mentre questa esaminava i miei documenti. Ero brava a leggere la scrittura capovolta. Improvvisamente due piccole annotazioni mi colpirono: «sui» e «omi». Se pensavano che fossi una maniaca omicida, non mi avrebbero mai fatto uscire di lì. Che cosa mai poteva avere suggerito loro una simile idea? Vidi ancora più chiaramente quanto fosse importante comportarmi in modo irreprensibile in ogni momento.

Il reparto aperto aveva veramente un nome che non meritava. Anche se le porte non erano chiuse a chiave, non era permesso di oltrepassarle, tranne che per partecipare alle attività e ai pasti. Le mie compagne di stanza erano tutte più vecchie. La sola, con la quale avevo provato a parlare, era troppo sorda per udire alcunché. Ma in poche ore trovai un'amica. Ci permettevano di fare visita nel reparto dall'altra parte dell'ingresso e Patty ed io ci scoprimmo a vicenda rapidamente. Aveva diciassette anni, quattro anni meno di me, ma mi era molto più vicina per età e modo di pensare di qualunque altra nel reparto.

Trascorrevamo la maggior parte del nostro tempo insieme. Miss Collier, che gestiva il reparto dove stava Patty, era molto più severa

di Miss O'Brien. Ogni mattina, sotto la direzione di Miss O'Brien, noi davamo una veloce ripulita al reparto, ma quando andavo dall'altra parte dell'ingresso a cercare Patty, la trovavo insieme con le altre che ancora pulivano le finestre e lucidavano il pavimento, sotto la sorveglianza di Miss Collier. Di solito mi offrivo di aiutare Patty in modo che potesse finire prima. Poi ci siedevamo nella sua stanza a parlare. La sua stanza era una piccola cella simile a quella che io occupavo al piano di sopra, ma qui c'erano un armadietto e una sedia, e Patty poteva andarci quando voleva. Non andavamo mai nella mia camera, perché una delle mie vecchie compagne di stanza vi sonnacchiava invariabilmente. Fui contenta di vedere che questo non era contro le regole.

Patty ed io andavamo dappertutto insieme — a mangiare, a fare la terapia occupazionale, al cinema, e a ballare. Qualunque scusa era valida per uscire dal reparto. Potevamo andare all'OT (terapia occupazionale) ogni giorno, se volevamo. La terapeuta occupazionale era una donna allegra, che chiacchierava della sua casa e di suo marito, mentre siedevamo intorno ad un tavolo con i nostri lavori. Suo marito si stava diplomando al «College» e noi venivamo tenute aggiornate su tutti i festeggiamenti per il diploma. «Quale College» chiesi educatamente. Venne fuori che si trattava di un College di «Scienze Mortuarie». Un giorno io e Patty avevamo avuto il permesso di cercare di trovare il dipartimento di terapia occupazionale da sole, e noi ci perdemmo immediatamente. Vagabondammo nel labirinto di corridoi in cerca di qualcosa di conosciuto, poi spiammo attraverso una finestrella dentro un reparto dove pensavamo di poter chiedere indicazioni. Vidi donne anziane, coi capelli bianchi, che si aggiravano qua e là e improvvisamente mi resi conto che le «vecchie» donne del mio reparto non erano affatto come queste. Queste donne erano senza denti, sciatte e perdute. Chi le aveva messe qui a morire? Rabbrividdi. Finalmente trovammo la strada per tornare nei nostri reparti. Dopo di allora aspettammo sempre che qualcuno ci accompagnasse alla terapia occupazionale.

A me non piaceva affatto danzare, ma ci andavo ogni volta. Avere qualcosa da fare era di gran lunga più importante, che se la cosa mi piacesse o meno. Lo stesso accadeva per quanto riguardava il cinema. Non aveva alcuna importanza quale pellicola mostrassero. Era una possibilità di attraversare il terreno fino all'auditorio (anche se eravamo messe in fila e contate), di sedere per un po' di tempo al buio e immaginare di essere in un vero teatro, proprio come una persona normale, che abbia deciso di trascorrere un pomeriggio al cinema.

Una delle pazienti del reparto mi faceva davvero paura. In realtà

non c'era nulla di spaventoso in Rose, a parte il fatto che sembrava così perfettamente a suo agio nell'ospedale. Si facevano ogni genere di chiacchiere su Rose. Qualcuno mi aveva detto che era stata in ospedale per venti anni. Una volta gettai un'occhiata nella sua camera. Aveva una delle piccole camere singole, completamente piena di cianfrusaglie e zeppa di mobili, inclusa una macchina da cucire, con la quale cuciva sottovasi e altri piccoli oggetti. Un giorno si avvicinò a me, mentre stavo seduta a leggere nel soggiorno, per mostrarmi alcune cose che aveva fatto. Le feci dei complimenti per quanto da **forno rosso** e, prontamente, mi disse che costava due dollari. Da allora, ogni volta che la vedevo, mi chiedeva se avessi deciso di comprarlo. la volta successiva era giorno di visite e chiesi ai miei genitori di darmi i soldi. Era il minimo che potessi fare per Rose.

Un giorno un'assistente venne a chiamare alcune di noi. Ci portò in una stanza, dove, ad una ad una, ci misero di fronte ad uno schermo per farci una fotografia. Dopo la foto venne il peggio. Un'assistente prese la mia mano e premette le dita su un cuscinetto di inchiostro e poi su un foglio di carta. Protestava che le mie dita fossero troppo irrigidite per poter ottenere impronte perfette. Non riuscivo ad imporre alla mia mano di rilassarsi — ogni muscolo si opponeva all'insulto. Ma quella attese e mi prese un'altra serie di impronte. «Penso che queste dovrebbero andar bene», disse.

Il mio medico mi aveva dato un permesso per uscire la domenica pomeriggio con i miei genitori. Ogni momento era magico — sedere in macchina, uscire dalle mura proibite dell'ospedale senza domande... Al ristorante, davo uno sguardo al menù, emozionata. Potevo prendere tutto ciò che volevo! Il solo momento difficile era quello del ritorno. Me ne stavo dietro ai miei genitori all'entrata, consapevole che tra un istante essi sarebbero usciti dalla porta per tornare nel mondo, mentre io sarei stata accompagnata attraverso corridoi le cui porte sarebbero state chiuse con cura dietro di me. Quando tornavo al reparto, trovavo Patty che mi poneva avidamente domande su ogni dettaglio della giornata e io le regalavo le tavolette di cioccolata e le gomme che mi ero portata dietro.

Un giorno Miss O'Brien decise che ero pronta per essere messa in una stanza singola. Invece di un armadietto, la stanza aveva un tavolo da toeletta con uno specchio. Non c'era molto posto per le mie cose, ma divenne un nuovo luogo di incontro per me e Patty. Ogni mattina dopo la colazione e la pulizia del reparto, andavo ad aiutare a pulire il reparto di Patty e poi tornavamo nella mia stanza a sedere di fronte allo specchio, a pettinarci i capelli e a truccarci il viso. Volevamo sembrare sempre pulite e curate. Nel reparto aperto potevamo farci la doccia ogni volta che volevamo; avevamo sempre i capelli pu-

liti. Sia Miss O'Brien che Miss Collier ritenevano fosse importante avere cura del proprio aspetto. In lavanderia, lavavamo e stiravamo i nostri vestiti. Indossare i miei abiti e la mia biancheria era così piacevole. Una mattina Miss O'Brien venne a cercarmi. Ero stata messa il lista per un EEG. «Ma ne ho fatto uno il mese scorso al Montefiori», protestai. A quanto pare non aveva alcuna importanza. Miss O'Brien mi affidò ad un'assistente, che mi accompagnò attraverso il labirinto di corridoi e sottopassaggi. Tremavo, ricordando l'altro «EEG» e rendendomi conto che questa volta non potevo protestare. Ma alla fine risultò non essere poi tanto terribile. Invece di inserire i fili nel mio cuoio capelluto, questa volta mi cosparsero la testa con una sostanza simile all'argilla per tenere i fili in posizione. Quando tornai nel reparto, Miss O'Brien mi permise di fare un'altra doccia. Ci vollero secoli per togliere tutta quella sostanza collosa dai miei capelli.

Un altro giorno, alcune di noi furono portate dal dentista, dove un tecnico pulì i miei denti e si complimentò con me per la pulizia regolare. Ancora una volta fui allo stesso tempo compiaciuta ed umiliata.

Stava diventando difficile entrare nei miei vestiti. Sapevo che dipendeva dal fatto che mangiavo così tanto pane e margarina, ma non potevo farne a meno. Ancora non mangiavo molto cibo che veniva servito e anche in quel caso non sarebbe stato molto meglio. Non c'erano verdure fresche, né insalate, soltanto la solita massa gommosa che mi chiudevano la gola. Un giorno scoprii che esisteva un menu appeso in una bacheca fuori dalla sala da pranzo. Ogni giorno la sbobba aveva un nome diverso. Mi domandavo se le persone che scrivevano il menu avessero mai visto il cibo.

Il mio permesso di uscita per la domenica pomeriggio era diventato un fatto regolare. Una domenica, mio marito venne a parlare con il mio medico e finì per alzare la voce con lei per il trattamento miserabile che mi stavano facendo in questo miserabile ospedale. Anche se ero d'accordo con lui, ero terrorizzata. Possibile che non si rendesse conto di quanto fosse importante tenersela buona? Quando venne l'ora di uscire, il permesso non era stato firmato e ci vollero ore per trovarla e sistemare le cose. Quel pomeriggio non ci fu il tempo per andare a cena al ristorante.

Mia madre mi portò alcuni abiti nuovi. Non ero mai stata grassa prima. Mi sentivo così brutta. I miei capelli erano secchi, il mio corpo era enorme e la mia pelle era coperta di fruncoli. Quando uscivo i pomeriggi di domenica ero certa che tutti mi guardassero e che indovinassero da dove venivo. Anche se odiavo tornare in ospedale, in un certo senso mi sentivo sollevata di stare in un posto dove nessuno mi guardava o si interessava del mio aspetto.

I farmaci che avevo preso per così tanti mesi segnavano ogni parte del mio corpo. I miei occhi continuavano ad andare fuori fuoco, specialmente quando cercavo di leggere. La mia bocca era arida, la lingua grossa, le parole impastate. Talvolta dimenticavo che cosa stavo per dire. Il mio corpo era gonfio. Non avevo le mestruazioni da mesi e riuscivo ad evacuare soltanto con l'aiuto di una enorme quantità di lassativi. Non avevo affatto energie. Se girovagare in uno stato di confusione costante equivale ad essere tranquilli, allora i loro sforzi per rendermi tranquilla avevano avuto successo.

Effettivamente, avevo già quasi rinunciato. La mia infelicità costituiva la colpa che mi aveva condotta alla reclusione. Stavo imparando a nascondere la mia infelicità. Dissi a Miss O'Brien che mi sentivo meglio. Non volevo dirle che mi sentivo come se una parte di me fosse morta. Anche se mi rendevo conto che mai più sarei stata felice di nuovo, stavo imparando a fingere di essere come tutti gli altri. Non mi preoccupavo più di porre fine alla mia infelicità; non c'era nessuna fine. Ma ero decisa a riacquistare la libertà; nessuno doveva conoscere il mio segreto.

Un gruppo di studentesse infermiere venne a passare una settimana del loro tirocinio da noi. Erano un disastro. Era divertente starle a guardare, mentre si sforzavano di portare avanti una conversazione con le pazienti. Era ovvio che le avevano avvertite che noi eravamo malate di mente gravi e che dovevano cercare di parlarci normalmente, ed erano evidenti le difficoltà che incontravano nel conciliare questi due opposti. Anche peggio erano le operatrici volontarie che capitavano occasionalmente. Esse ci portavano sempre dei regalini — biscotti o dolcetti. «Le Signore lecca-lecca», ero solita chiamarle tra me e me. Mi aspettavo sempre che cercassero di darci colpetti affettuosi sulla testa.

Il mio medico mi disse che mi avrebbe mandata a casa per una visita di prova di una settimana. Stava funzionando. Ecco che pensava che stessi «meglio». Trascorsi la settimana con mio marito nel nostro appartamento. Tutto era molto calmo e come morto. Ecco come sarebbe stata in futuro la mia vita. Era orrendo, ma sopportabile. Il «Rockland», invece, non lo era. Si trattava semplicemente di questo. Gli ultimi giorni furono adombrati dalla consapevolezza che dovevo tornare dentro. Mi veniva da piangere, mentre attraversavamo il ponte «George Washington» e poche lacrime rigarono le mie guance, quando vidi l'indicazione per Orangeburg. Ma quando entrammo nell'atrio dell'edificio, i miei occhi erano asciutti. Sapevo che non mi era permesso piangere.

Mi misero in un gruppo di «simulazione di ruoli familiari» nel dipartimento di terapia occupazionale. C'era una casa-modello e noi

giocavamo a rifare letti ed apparecchiare tavole, stando attente che tutto fosse ben disposto, per ottenere uno sguardo di approvazione da parte dell'insegnante. Non sapevo chi odiare di più: lei o me stessa?

Sedevo nel soggiorno quando un'assistente entrò con in mano dei fogli per me. Aprii la busta nervosamente. Conteneva uno stampato con su scritto il mio nome, dove mi si informava che la mia condizione di paziente coatta era stata trasformata in quella di volontaria. A questo punto, conoscevo un po' la legge. I pazienti volontari potevano firmare e andarsene con un preavviso di tre giorni. Le mie orecchie fischiavano, le mie mani tremavano per l'eccitazione. Andai a cercare Miss O'Brien per sapere a chi dovessi mandare lo stampato.

Il giorno prima di essere dimesso, un gruppo di pazienti si incontrò con un'assistente sociale. Questa ci consigliò di essere sincere sul fatto di essere state ricoverate, quando avremmo cercato lavoro. Non le dissi che avevo già deciso di mentire. Mi chiese se volevo frequentare la clinica per ex-pazienti e le risposi che sarei andata da uno psichiatra privato. Avevo paura di dirle che ne avevo abbastanza della psichiatria. Stavo diventando un'abile bugiarda. Mi diedero un rifornimento di tranquillanti e una serie di raccomandazioni sull'importanza di prenderli.

Fu penoso dire addio a *Patty*, non volevo parlare di quanto fossi contenta di andarmene, mentre essa rimaneva lì. E quando le dissi che avrei sentito la sua mancanza, sapevamo entrambe che questo sentimento era sopraffatto dalla gioia di lasciare il «Rockland». Promisi di scriverle, ma non lo feci mai. Qualunque cosa avessi detto della mia libertà le avrebbe soltanto ricordato di essere ancora prigioniera.

Fui sorpresa quando la mia valigia sbucò fuori da qualche deposito. Non mi ero resa conto che potevano rintracciare gli effetti personali in maniera così efficiente. Non c'era molto da impacchettare. Continuavo ad aspettare che qualcuno si rendesse conto che dovevo fare una telefonata per informare i miei familiari che tornavo a casa, ma alla fine andai da Miss O'Brien. Risultò che fare una telefonata era una cosa molto complicata. Quando un'assistente mi accompagnò al telefono, un'altra assistente venne e mi fece obiezione. Ai pazienti non era consentito fare telefonate. Non appena qualcuno avesse potuto venire a prendermi dalla città, io non sarei più stata una paziente psichiatrica. Mi permisero di fare la telefonata. Due ore dopo ero sulla strada di ritorno per New York City.

Andai a stare con i miei genitori. Mio marito aveva disdetto il nostro appartamento e viveva con un vecchio compagno di Università. Ci vedevamo una volta ogni tanto, ma non era rimasto alcun sentimento profondo tra di noi. Ancora odiavo uscire dalla mia camera e

avevo ricominciato a piangere di nuovo. Un giorno, mio padre mi minacciò di rimandarmi all'ospedale. Non so chi di noi fosse più terrorizzato.

Non volevo vedere un medico. Qualunque fosse il mio problema, ormai sapevo che non ero malata. Nelle settimane che seguirono la mia dimissione, mi ero disassuefatta ai sedativi. Accettai di farmi visitare dal dottore Cohen, il medico di mio padre, soltanto perché avevo tanti problemi fisici: il peso, la letargia, l'assenza di mestruazioni. Anche se la sua sala d'attesa era stipata di persone, il Dott. Choen passò con me delle ore. Cortesemente mi suggerì di consultare un terapeuta. Mi disse che, dopo la nostra chiacchierata, avrebbe scelto un medico che riteneva adatto per me, ciononostante ero scettica riguardo il Dott. Jonas. Gli dissi che ero certa che non avrebbe potuto aiutarmi, che nessuno poteva aiutarmi. Il dottor Jonas mi chiese perché. «Perché sono una malata di mente incurabile», risposi. «Che cosa le fa pensare questo?» domandò.

Tirai fuori la storia della mia ospedalizzazione e di tutti i farmaci che mi avevano dato. «Al Montefiore mi hanno detto che non sarei mai stata capace di vivere fuori di un'istituzione e che il mio cervello era anormale». Questa volta fu il turno del dottor Jonas di essere scettico. Mi disse che non pensava questo di me. «È tutto scritto nella mia cartella clinica», risposi. Mi chiese di firmare un'autorizzazione per farsi dare la copia della mia cartella ospedaliera.

Poche settimane dopo, sedevo dall'altra parte della scrivania del dottor Jonas, mentre questi dava un'occhiata alla cartella. Ero certa che si sarebbe allontanato da me con disgusto. Invece, mi disse di essere più che convinto che non c'era nulla di sbagliato in me. «Tutto quanto è scritto qui», mi disse, «è stato scritto da medici giovani, appena usciti dall'Università. Si compiacciono di usare questi paroloni, ma non ne conoscono neppure il significato. A chi preferisce credere: a loro, o a me che svolgo questa attività ormai da molti anni?» «È allora, le diagnosi che mi hanno fatto? Ne ho viste alcune — che sono scizofrenica, che ho un disordine della personalità» «Sciocchezze», mi rispose. «Ma il mio EEG? A Montefiore mi hanno detto che mostrava che avevo degli attacchi». Guardò il tracciato elettroencefalografico «Un tracciato perfettamente normale», mi disse. «Leggere variazioni come queste non indicano proprio nulla».

Egli credeva veramente in me! Mi sentivo così fiduciosa da confidargli qualcosa che non avevo mai detto a nessun altro medico. «Il primo giorno al "Gracie Square", mi rinchiusero in uno sgabuzzino inutilizzato. Ebbi delle allucinazioni: sentivo come se ci fosse qualcosa lì con me». «Hai visto qualcosa?» «No, ma ne avvertivo la presenza, sapevo che c'era».

«È ho avuto un'altra allucinazione, soltanto poche settimane fa. Mi ero appena svegliata e fui afferrata dalla sensazione terribile che qualcosa non andasse. Mi avvicinai alla porta della stanza e c'erano tutte quella serrature e quei catenacci. Poi mi misi a gridare e tutto scomparve»). Il dottor Jonas spiegò che nello stato di dormiveglia non è anormale vedere cose che non sono reali. E spiegò la prima «allucinazione» come conseguenza del mio stato di paura intensa e di fame dopo il fine settimana al «Bellevue».

C'erano una quantità di aspetti importanti che, durante il trattamento con il dottor Jonas, non furono neppure toccati.

Ero troppo guardinga per discutere dei dubbi profondi che avevo sul corso della mia vita futura. Quando mio marito suggerì di trasferirci in Pennsylvania per ricominciare una nuova vita insieme, il dottor Jonas sembrò pensare che l'idea fosse buona e lo pensai anch'io. Per alcuni mesi continuai ad andare da lui a New York, una volta la settimana. Poi mi disse che pensava stessi abbastanza bene da smettere la terapia. Forse il dottor Jonas pensava che stessi bene, ma io la sapevo più lunga di lui — sapevo che, alla fine, ero riuscita a costruire mura spesse e abbastanza robuste da impedire a chiunque di attraversarle e vedere la spaventosa e inutile persona che, ne ero certa, sarei sempre stata.

La mia ospedalizzazione era avvenuta nell'anno 1966. Ero stata cliente del dottor Jonas per gran parte del 1967. Nel 1973 provai ancora una volta l'opprimente sensazione che la mia vita andasse in pezzi intorno a me. Molte cose erano successe negli anni trascorsi. Il Movimento di Liberazione delle Donne, tanto per cominciare! Lasciai mio marito nel 1971: con il sostegno di un gruppo femminista ero finalmente riuscita a riconoscere che ogni sentimento tra noi era morto da anni. Più tardi, nello stesso anno, comincia ad impegnarmi nel «Mental Patients - Liberation Project», il primo di una serie di gruppi di liberazione con cui ho lavorato in seguito. Nel 1974 attraversai un lungo e penoso periodo, in cui tentavo di rompere la relazione con un uomo che durava da due anni. Sebbene litigassimo continuamente, eravamo legati l'un all'altra. Egli lasciò New York e così feci anch'io. Entrambi finimmo a Vancouver — non insieme, ma neppure completamente separati. Continuavamo a dire che ta noi era tutto finito, ma nessuno riusciva a provocare la rottura finale. Un giorno si mise ad inveire contro di me, così come entrambi avevamo fatto un'infinità di volte, ma questa volta disse che partiva per San Francisco. Non potevo credere che quanto accadeva fosse vero. Tutto cominciò ad apparirmi irreali. Improvvisamente ci fu soltanto una cosa certa — il mio amante mi lasciava ed io sarei morta.

Se fossi rimasta a New York, non so cosa sarebbe successo. Ma a

Vancouver c'era un posto dove sapevo di poter andare: il «Vancouver Emotional Emergency Center». Quando arrivai, tutti partecipavano ad una riunione nella sala da pranzo. Tom, uno degli operatori, uscì e venne a sedersi vicino a me nel soggiorno per qualche minuto. Mi disse che potevo restare e tornò alla riunione. Mi sdraiai sul divano con la sensazione che la vita uscisse lentamente dal mio corpo.

Tutto quanto avevo sentito dire sul VEEC era positivo. Dicevano che era un posto dove le persone non venivano punite perché si sentivano male, ma venivano aiutate ad imparare dall'esperienza ed a crescere. Tuttavia ero spaventata. Gli operatori del VEEC erano chiamati «personale», proprio come in ospedale. Ci sarebbe stato qualcuno capace di capire che cosa provavo?

Nelle ore che seguirono conobbi quasi tutto il personale e tutti gli altri residenti. Solo cinque persone per volta potevano essere ospitate al VEEC. Il personale lavorava in turni di due per volta, giorno e notte. C'erano anche i volontari. C'era sempre qualcuno con cui parlare.

Il primo pomeriggio David e Dave erano di turno. Sedevano nella sala da pranzo e li guardavo preparare la cena. Non avevo molta voglia di fare o di dire qualcosa, ma starli a guardare era in qualche modo un conforto. C'erano otto persone a cena: i residenti, David, Dave e un volontario. Ci sedemmo intorno ad una grande tavola da pranzo. La cena era ottima. Più tardi David mi chiese se volessi un massaggio. Andammo di sopra in una delle camere e mi sdraiai sul pavimento. Il massaggio era tremendamente rilassante. Tornai al piano di sotto nel soggiorno e sedetti in compagnia di alcune persone. Dopo un po' mi sdraiai sul divano nuovamente. Quando alcuni cominciarono ad andare su a dormire, chiesi a David se potevo restare sul divano. Volevo stare vicino ad altre persone e la parte superiore della casa, dove stavano le camere da letto, sembrava molto isolata. Mi rispose che potevo e mi portò una coperta.

La mattina dopo Ellen sedette con me per completare il mio contratto. Fondamentalmente si trattava di definire alcuni obiettivi che si volevano raggiungere durante la permanenza al VEEC. L'enfasi era posta sui cambiamenti. Sapevo che se non fossi cambiata, sarei morta o mi sarei sentita come morta. La mia era una gara contro il tempo. Scrisse nel contratto che volevo imparare a vivere senza il mio amante e scoprire che cosa volevo fare nella vita. Non credevo che fosse possibile, ma sapevo che dovevo tentare.

I contratti erano conservati in un classificatore nell'ufficio. Le sole annotazioni che conservavano, erano contenute nel «diario della casa». Dove sia i residenti che i membri del personale potevano scrivere qualunque cosa volessero. Mi divertivo sempre a leggere questo

diario e una volta scrissi una nota su me stessa. Spiegai che non volevo parlare molto e che sentivo il bisogno di ritirarmi in me stessa. I membri del personale erano persone molto gentili. Fui sorpresa nel vedere con quanta familiarità comunicassero ed esprimessero affetto tra di loro e nei confronti dei residenti. Nei giorni successivi quasi tutti mi abbracciavano e accarezzavano le mie spalle o mi facevano massaggi.

Avevo bisogno di rassicurazione che il VEEC non fosse un ospedale. Chiesi ad Ellen e a Tom di far finta di essere in ospedale e che essi fossero personale. Avrebbero dovuto bisbigliare riguardo a me e scrivere «rapporti». Ellen entrò nell'ufficio e scrisse qualcosa su un pezzetto di carta. Poi tornò fuori e si mise a bisbigliare qualcosa a Tom. Non ero più sicura, a questo punto, se fosse finzione o realtà. Mi precipitai nell'ufficio e afferrai il foglio. Aveva scritto una confusa miscela di termini psichiatrici. Corsi dentro la sala da pranzo mostrando il foglio e gridando: «questo non è un ospedale, questo non è un ospedale». Ellen e Tom si unirono a me cantando: «questo non è un ospedale*». Discutemmo un pochino delle differenze. Mi sentivo sicura e protetta.

Ma il giorno dopo cominciai a dubitare di nuovo. Uno dei membri del personale aveva preso accordi perché uno psicologo, che lavorava per i centri di salute mentale di comunità, venisse a trascorrere una giornata a visitare il VEEC. Sebbene avesse chiesto a tutti, se avevamo qualcosa in contrario, gli accordi erano già stati presi. Volevo dire che a me non faceva piacere, ma non ci riuscii. Invece mi rinchiusi in me stessa. Non volevo che lo psicologo mi osservasse. Dopo la colazione sentii il bisogno di sdraiarmi sul divano, a piangere il silenzio e lentamente assaporare la mia sofferenza, ma quando lo psicologo arrivò, nella tarda mattinata, seppi che dovevo smettere. Era uno dei primi giorni di sole della primavera e tutti se ne stavano sdraiati su coperte nel cortile posteriore. Lo psicologo tentò di intavolare una conversazione con me, ma io borbottai qualcosa di non compromettente e lo ignorai.

Quella notte mi riuscì impossibile dire a qualcuno quanto fossi irritata, ma scrissi qualcosa sull'argomento nel «diario». Dorrei lesse quanto avevo scritto e venne a sedere vicino a me. Disse che poteva comprendere i miei sentimenti. Man mano che riuscivo a parlarne, sentivo crescere sempre più l'ira dentro di me. Dorrie mi incoraggiò ad esprimerla. «Mi sento come se mettessi un cartello sulla porta per dire agli "strizza-cervelli" di stare lontani da me. Questo non è il loro posto», le dissi. «Perché non lo fai?», mi rispose. Io scrissi a grandi lettere nere: «STRIZZA-CERVELLI STATE ATTENTI». Persino la forma delle lettere, col suo aspetto angolare, rilevava la rabbia con

cui erano state sritte. Attaccai il cartello alla vetrata della porta d'ingresso, dove rimase per i resto della mia permanenza. Il cartello provocò molte discussioni. A un certo punto, alcuni membri del personale volevano toglierlo, ma riuscii a persuaderli di quanto fosse importante per me.

Di nuovo, quella notte, volevo dormire sul divano nel soggiorno. Ci mettemmo d'accordo che avrei potuto dormire lì, fin quando non avessi provocato disturbo a coloro che volevano usare il soggiorno. Trovavo confortevole dormire con le luci accese ed il rumore della gente che parlava e si muoveva intorno. Era rassicurante avvertire che intorno a me la vita continuava.

La prima volta che udii le grida mi spaventai, ma mi tranquillizai presto. I rumori venivano dalla «stanza delle grida» nel seminterato, dove la gente si recava per dare liberamente sfogo alle proprie emozioni e alla sofferenza. Il pavimento era coperto di materassi, così nessuno poteva farsi male. Non erano soltanto i residenti che usavano la «stanza delle grida». Talvolta anche i membri del personale vi si recavano, se avevano avuto una giornata particolarmente frustrante o difficile. Lì era consentito dare libero sfogo alle emozioni. Poiché avevamo la possibilità di lasciarci completamente andare nella «stanza delle grida», non c'era bisogno di essere distruttivi al piano di sopra. C'era una regola severa contro la violenza, ma non c'erano mai stati episodi di violenza durante la mia permanenza. Rammentavo la disperazione che mi aveva fatto battere ripetutamente i pugni contro la finestra allo «Hillside». Al VEEC, urlare fino ad essere esausti e lasciarsi cadere sul materasso nella «stanza delle grida», consentiva di sfogarsi molto meglio.

Cominciai a sentirmi molto vicina a Chris, uno dei membri del personale. Egli trascorreva molto tempo seduto accanto a me in silenzio. Sembrava avere fiducia nella mia capacità di uscire da questo stato letargico e di trovare una direzione per la mia vita. Talvolta, quasi lo credevo io stessa. Ma altre volte la sofferenza era così intensa, che pensavo mi avrebbe distrutta.

Durante l'incontro settimanale del personale, chiesi a Chris di proporre una discussione sulla visita dello psicologo e su come io ne fossi stata turbata. I residenti potevano partecipare agli incontri del personale, ma io non volevo parlare di fronte a tante persone. Io bisbigliavo in un orecchio a Chris ed egli parlava per me. Fui molto soddisfatta, quando la discussione arrivò alla conclusione che i residenti avrebbero dovuto avere il diritto assoluto di veto, in situazioni del genere. Sebbene fosse importante mostrare agli specialisti come funzionava il VEEC, i bisogni dei residenti avevano la precedenza.

Dopo essere stato di turno tutti i pomeriggi per una settimana,

Chris aveva diritto a quattro giorni di riposo. Mi sentivo spaventata, quando se ne andò. Mi aveva aiutata a tenere sotto controllo che aveva il potere di spazzarmi via. Scrisi nel «diario» di essere molto inquieta perché Chris non c'era.

Mi sentii ancora più sola, quando vidi che Dorrie aveva scritto qualcosa su di me nel diario. Essa pensava che il fatto che io bisbigliassi a Chris, durante la riunione, costituisse una manipolazione. E Dorrie era in servizio quel pomeriggio. Un altro membro del personale sedette con noi e ci aiutò ad esprimere i nostri pensieri. «Io volevo che tu dicessi da sola ciò che pensavi», mi diceva Dorrie. «proprio adesso è terribilmente difficile per me. Mi sento così male». «Ma quando bisbigliavi a Chris, ho provato la sensazione che tu rifiutassi di parlare con noi altri. Mi sono sentita messa da parte». Ero sorpresa: «non intendevo metterti da parte. Non avrei mai pensato che la cosa ti potesse dispiacere». I miei sentimenti astiosi nei confronti di Dorrie stavano cambiando. Sembrava come se anche lei fosse cambiata. Finimmo per abbracciarci.

Tuttavia, i giorni che seguirono furono molto difficili. Una notte mi svegliai per un incubo particolarmente terrificante. Incespicando entrai nella sala da pranzo e mi sedetti tremante. Qualcuno portò una coperta e me la avvolse intorno. Passò un po' di tempo prima che riuscissi a spiegare che cosa era successo. Nel frattempo avevo continuato a dormire nel soggiorno per essere vicina a qualcuno a tutte le ore.

Dopo un giorno o due, il mio amante telefonò. Stava organizzando di partire presto e voleva darmi i miei soldi, che aveva tenuto per sicurezza. Non volevo averci a che fare, perché significava ammettere che egli stava andando via davvero. Dorrie venne con noi alla banca. Non volevo perdersi i soldi, ma entrambi insistevano. Mi consigliavano di comprare dei travellers' checks, ma decisi di tenere i contanti. Li avevo dati a Dorrie perché me li tenesse. Erano circa trecento dollari, tutto quello che avevo. Quando rientrammo al VEEC, pensavo che li avrebbe messi in una scatola chiusa a chiave nell'ufficio, ma mi disse che temeva qualcuno potesse portare via la scatola, perciò li avrebbe tenuti in tasca. Quando venne quelli del turno di notte, chiese ad uno di loro di tenermi i soldi. Così fu per tutto il giorno dopo. Alla fine tutti decisero che non volevano più avere quella responsabilità. Mi dissero che potevo scegliere tra tenere i soldi io stessa o andare a comprare i travellers, checks. I soldi mi ricordavano continuamente che il mio amante se ne andava. Ero convinta di stare per morire e non riuscivo a capire perché mi infastidissero con quella faccenda dei soldi. Mi sembrava così poco importante. Tornai alla banca con Dorrie. Le orecchie mi fischiavano e ogni momento sembrava profondamente significativo. Ero certa che questo sarebbe stato l'ulti-

mo giorno della mia vita e non volevo perdermi nulla. Dopo aver comprato i *travellers' checks*, invitai Dorrie a bere qualcosa con me. Non bevevo molto spesso, ma ero sicura che se mi fossi ubriacata sarei diventata ancora più sensibile e attenta ad ogni immagine o suono. Volevo bere un «Black Russian», e girammo diversi locali prima di trovarne uno che lo servisse. Devo averne bevuti tre o quattro. Quando lasciammo il bar, ero terribilmente ubriaca. I miei piedi sembravano non toccare terra. I colori sembravano incredibilmente brillanti e sfumati. Ero quasi felice di vedere così tanta bellezza nell'ultimo giorno della mia vita. Dissi a Dorrie come tutto fosse bellissimo.

Quando rientrammo al VEEC, mi sdraiai su alcuni cuscini disposti sul pavimento dell'ufficio (un altro residente vi aveva dormito). Anche David era lì e cercai di parlargli dei colori brillanti. Mi aspettavo di morire molto presto. Ma prima volevo esplorare lo strano mondo, di cui facevo esperienza.

Chiesi a Jennifer, un membro del personale che conoscevo appena, di scendere nella sala delle gride con me. Le spiegai che avevo la sensazione che la situazione, in cui mi trovavo, mi stesse distruggendo e decidemmo di rappresentarla. Mi sdraiai sul pavimento coperto di materasso e Jennifer si sedette sul mio torace. «Sono seduta sopra di te, ti sto schiacciando e non ti lascerò rialzarti». Cantilenava queste parole ancora ed ancora. Me ne stavo lì ad ascoltare, sopraffatta dalla sensazione che non ci fosse più nulla da fare. Debolezza, impotenza, ma nascosto dietro questi sentimenti c'era qualcosa d'altro. Jennifer continuava a cantilenare. Il nuovo sentimento cresceva e diventava forte. Improvvisamente cominciai a spingere contro Jennifer, all'inizio debolmente, ma man mano che spingevo, la forza rifluiva nel mio corpo. Con una mossa energica la spinsi giù. Mentre mi alzavo lentamente, pensavano che l'avrei spinta a terra e mi sarei seduta su di lei, ma quando fui in piedi, non mi sembrò più importante. Invece rimasi in piedi con le braccia alzate e le dita che toccavano il soffitto basso del seminterrato. L'energia e la gioia stavano lentamente rifluendo dentro di me. Mi voltai verso Jennifer: «non mi importa di te», le dissi con tono di sfida, sapendo che si rendeva conto che non mi riferivo a lei, ma ai sentimenti che mi avevano reso inabile per così tanto tempo. Rimasi con le braccia alzate e gli occhi chiusi, mentre dalla bocca mi uscivano suoni privi di significato e ricchi di gioia. Dopo un po' mi sedetti in silenzio, lasciando che questi nuovi sentimenti mi pervadessero. Alla fine salimmo nuovamente al piano di sopra.

Nei giorni successivi, gli ultimi trascorsi al VEEC, ebbi una possibilità di utilizzare la mia nuova energia per risolvere alcuni problemi concreti. Non avevo un posto per vivere e dovevo prendere accordi

per una abitazione dove restare fin quando fossi rimasta a Vancouver. Avevo pensato di trasferirmi a Bellingham, vicino a Washington. Un posto nuovo non rappresentava ormai più una minaccia, era una sfida. Ero sorpresa dalla mia energia. Avevo seguito la mia sofferenza e le mie paure fino al punto che pensavo fosse la morte e, invece, avevo trovato una fonte di vita, avevo scoperto il senso di me stessa, che mi era sempre rimasto nascosto. Libera dalle lotte interiori e dalla sofferenza, io ero rinata.

CAPITOLO 3

Crescita di auto-coscienza

Le barriere che si contrappongono ai cambiamenti nel sistema psichiatrico sono enormi. *L'industria della salute mentale* consiste in una burocrazia trincerata, resistente ai cambiamenti dall'interno e quasi totalmente impermeabile alle pressioni esterne. La salute mentale è un grande commercio: nell'anno fiscale 1974-75, negli Stati Uniti, sono stati spesi quattordici milioni di dollari per servizi psichiatrici'. Gli psichiatri, che sono la categoria professionale più potente nel settore della salute mentale, sono, al pari di altri medici, riluttanti a permettere che non medici abbiano molto peso in questioni che ritengono di pertinenza esclusiva della medicina. Altri settori specialistici nel campo della salute mentale, come la psicologia, la terapia occupazionale e l'assistenza sociale, hanno le loro basi di potere nel sistema psichiatrico; posizioni che hanno conquistato, dopo aver lottato contro l'istituzione psichiatrica. Le discipline non psichiatriche nel settore della salute mentale hanno istituito loro strutture alternative, quali case-ostello e i circoli sociali per ex-pazienti. Sebbene queste alternative non siano (di solito) dirette da psichiatri, esse sono ancora saldamente sottoposte al controllo di professionisti.

I programmi alternativi, che costituiscono oggetto di questo li-

1. Ochberg, Frank M. (gen. 1976), *Community Mental Health Calenter Legislation: Flight of the Phoenix*. *American Journal of Psychiatry* 133, nr. 1, pp. 56-61. Questo quadro si divide in: \$ 8 miliardi nella sfera pubblica (\$ 4-5 miliardi per ospedali di stato e di contea; \$ 1 miliardo per centri di salute mentale di comunità e \$ 2 miliardi spesi dai militari) e \$ 5 miliardi nel settore privato (\$ 1 miliardo per gli ospedali privati e organizzazioni di conservazione della salute e \$ 4 miliardi per esercizio professionale privato).

bro sono di un genere diverso, perché la filosofia che né è alla base è profondamente diversa. Questi servizi, non diretti da professionisti e controllati direttamente dai clienti, non dividono le persone in *sani* e *malati*, in *assistenti* e *assistiti*. Considerano che in ogni persona ci sia una combinazione di forza e di debolezza e che il bisogno di essere aiutato, in determinate situazioni, non impedisce che l'individuo sia anche capace di aiutare gli altri. Ma per raggiungere questi obiettivi, le persone devono riconoscere i loro punti di forza e le loro capacità. Devono scoprire che, talvolta, non ci sono «esperti», a cui rivolgersi. Le persone che agognano a queste alternative, hanno sperimentato a proprie spese il danno che possono causare gli «esperti» con i loro metodi.

L'idea di organizzare questo tipo di alternative è scaturita dalla rabbia e dalla frustrazione di persone, che hanno avuto un'esperienza di prima mano della inadeguatezza e inutilità delle «cure» psichiatriche. Ma più che la rabbia e la frustrazione è necessario offrire alle persone la possibilità di organizzare alternative funzionanti. La gente ha anche bisogno di avere fiducia nelle proprie capacità; una fiducia, che spesso è stata danneggiata dal contatto con il sistema psichiatrico. Così, fianco a fianco con il lavoro di organizzazione delle alternative, si è sviluppata un'altra attività fondamentale: incoraggiare e rinforzare la fiducia e la stima in loro stesse delle persone impegnate nell'iniziativa. Questo processo di presa di coscienza sembra essersi realizzato indipendentemente in vari gruppi in posti diversi, come un aspetto importante della creazione di alternative significative per la gente.

Molte delle persone impegnate nella organizzazione di alternative sono ex-pazienti psichiatrici, che affrontano un particolare tipo di *ostacoli*. Gli stereotipi invalidanti sulla malattia mentale sono stati spesso fatti propri dagli ex-pazienti, molti dei quali credono (talvolta, almeno) di essere deboli, incapaci, indegni di fiducia, *malati*, *pazzi* e via dicendo. È difficile o impossibile passare attraverso l'esperienza della istituzionalizzazione senza cominciare, in qualche modo, ad odiare se stessi. Fa parte del processo di «cura» istituzionale convincere il paziente che le sue precedenti idee, convinzioni e comportamenti erano sbagliati. Si hanno poche possibilità di essere dimessi se non si è d'accordo, almeno in apparenza, con le valutazioni del personale riguardo a cosa sia la salute mentale. Persino una persona che lotta con successo per conservare il suo modo di pensare, può venire danneggiata da questa forma di violenza psicologica. Inoltre, ci sono molte persone che vanno in cerca di aiuto per risolvere i loro problemi, che sono pronte a riconoscere di avere bisogno di nuovi e più efficaci modi di affrontare la vita, ma che non hanno avuto quel tipo di aiuto dalla psichiatria. Queste persone si stanno organizzando per mettere in piedi delle strutture alternative, attraverso le quali ottenere aiuto per

i loro problemi e, allo stesso tempo, aiutare gli altri. Essi non considerano se stessi come sostanzialmente migliori di qualunque altro potenziale utente del servizio. Delle reti di sostegno reciproco di un qualche tipo sembrano costituire un aspetto essenziale della creazione di alternative; esse sono direttamente analoghe a quei gruppi promotori di auto-coscienza, che hanno aiutato le donne a lasciarsi coinvolgere nelle tematiche femministe. Questi gruppi di donne senza un capo non avevano «esperti»; hanno sviluppato le loro teorie esaminando le esperienze dei loro membri. Comportamenti auto-frustranti non erano considerati come segno di malattia, ma piuttosto come risposte ad una società che imponeva alle donne un certo tipo di pressioni. Il lavoro di promozione dell'auto-coscienza delle donne e quello degli ex-pazienti coincidono enormemente. In entrambi i tipi di gruppi i partecipanti hanno spesso avuto l'esperienza liberatoria di non essere, dopo tutto, dei «pazzi».

Il processo di promozione dell'auto-coscienza non costituisce una «terapia». Quest'ultima ha come fine quello di favorire l'adattamento dell'individuo alla «realtà» della propria vita. I terapeuti (specialmente nelle istituzioni psichiatriche) raramente pongono in dubbio il presupposto che il sistema sociale sottostante abbia un'influenza benefica sul comportamento delle persone. In un gruppo di promozione dell'auto-coscienza, d'altra parte, le persone cominciano ad accorgersi che gran parte di quanto hanno considerato come problemi individuali, sono in realtà risposte a frustrazioni reali. Nei gruppi di auto-coscienza dei pazienti psichiatrici, gli individui hanno scoperto che le loro delusioni nei confronti della vita (e del «trattamento» che hanno ricevuto in ospedale) non erano «sintomi di malattia mentale», ma percezioni esatte di quanto non andava bene nelle loro vite.

Le persone non «diventano pazze» senza motivo. Spesso hanno paura di ammettere che il loro «matrimonio felice» li rende infelici, che il loro «buon lavoro» è una schiavitù, che la loro «famiglia piena d'amore» è un groviglio di tensioni inesprese, in ebollizione. Queste pressioni hanno, in realtà, la capacità di far «diventare pazzi». La psichiatria, soprattutto negli ospedali psichiatrici, raramente aiuta le persone a fare queste scoperte, che incutono timore, certamente, ma che sono potenzialmente liberatorie. La funzione degli ospedali psichiatrici consiste nel sedare la rabbia e la ribellione, convenientemente etichettate come «sintomi», in modo che la persona possa tornare alla vita «normale».

La promozione dell'auto-coscienza, d'altra parte, aiuta le persone a considerare che i loro così detti «sintomi» sono indicativi di problemi reali. La rabbia, che è stata riversata in maniera distruttiva contro la propria interiorità, viene liberata attraverso questo processo di ri-

conoscimento. Invece di credere di avere un difetto nella loro costituzione psichica (oppure nel loro sistema neurochimico), i partecipanti imparano a riconoscere le condizioni opprimenti della loro esistenza quotidiana.

Il convincimento che una persona ha sofferto nelle mani di un sistema che avrebbe dovuto aiutarlo, costituisce un importante primo passo. Spesso ci vuole molto tempo perché un ex-paziente realizzi pienamente l'entità del danno che è stato fatto. La convinzione di essere stati danneggiati può coesistere con il convincimento di essere «malati» e che tale trattamento fosse in qualche modo meritato o giustificato. Nel processo di promozione dell'auto-coscienza, gli ex-pazienti scoprono che i maltrattamenti non costituivano un errore individuale, ma fanno parte del sistema. La depersonalizzazione, provata dai ricercatori nello studio di Roseahan (in cui volontari «normali» si fecero ricoverare in istituzioni psichiatriche), è un'esperienza comune a tutti i pazienti psichiatrici. Le persone che lottano per definire sé stesse e le loro vite devono fronteggiare un ambiente ostile, nell'ospedale psichiatrico, dove il personale è portato a definire come «sani» solo gli atteggiamenti più convenzionali.

La promozione di una presa di coscienza è un processo continuo. Gli stereotipi negativi del «malato di mente» sono dappertutto, e sono difficili da non assorbire, non importa fino a che punto si possa essere sensibilizzati. Questa stereotipizzazione è stata definita «sciovinismo sano» o «mentalismo» dai gruppi di liberazione dei pazienti psichiatrici. Come il sessismo, il mentalismo è un concetto radicato nel linguaggio: «malato» e «pazzo» sono termini largamente usati in riferimento a comportamenti disapprovati da chi parla. La lotta contro il mentalismo costituisce una delle attività a lungo raggio nella liberazione dei pazienti psichiatrici.

Posso forse descrivere meglio gli effetti del processo di presa di coscienza, raccontando che cosa questo abbia rappresentato per me. Per molti anni, prima che fossi coinvolta nella liberazione dei pazienti psichiatrici, la rabbia che nutrivo nei confronti del sistema psichiatrico, responsabile della mia ospedalizzazione, era andata progressivamente crescendo. Non avevo nessuno con cui condividere questi sentimenti. Non conoscevo nessun altro ex-paziente e i non pazienti raramente volevano sentire parlare di queste cose, anche in quei casi in cui erano simpatetici. In ogni caso, non osavo confidare alla maggior parte della gente che ero una ex-paziente. La mia rabbia conviveva fianco a fianco con la mia accettazione di essere «malata di mente». Pensavo che la mia storia fosse un esempio isolato di maltrattamento, piuttosto che un caso esemplificativo degli effetti lesivi della istituzionalizzazione psichiatrica.

I miei sentimenti cominciarono a cambiare quando scoprii l'esistenza del «Mental Patients' Liberation Project» di New York, uno dei primi gruppi di liberazione dei malati di mente. Parlammo delle nostre esperienze e scoprimmo quanto fossero simili. Che fossimo stati in rigidi ospedali di stato oppure in costosi ospedali privati, che fossimo stati ricoverati volontariamente o involontariamente, che fossimo stati definiti schizofrenici, maniaco-depressivi, o in qualunque altro modo, le nostre storie erano state tutte straordinariamente simili. Avevamo subito l'esperienza della depersonalizzazione, l'effetto stupefacente dei farmaci, il disprezzo di coloro che avrebbero dovuto «curarci». Da questa crescente consapevolezza scaturiva una più profonda comprensione dei veri fini del sistema psichiatrico. Si tratta fondamentalmente di un metodo di controllo sociale. Cominciammo anche a parlare del tipo di aiuto necessario alle persone in difficoltà. Dopo aver avuto l'esperienza degli effetti disumanizzanti delle istituzioni psichiatriche, ci appariva chiaro che grandi strutture rigidamente gerarchizzate non avrebbero mai potuto essere il tipo di posto che avevamo in mente. Diventò presto evidente che non vi era alcun modo di migliorare l'attuale sistema degli ospedali psichiatrici. Era necessario inventare un modello del tutto nuovo. Le persone che erano state ricoverate nei posti pavimentati con moquettes raccontavano le stesse storie di indifferenza e crudeltà di coloro che erano stati ricoverati in sciatti e squallidi ospedali statali. Le istituzioni con un personale numeroso (ospedali costosi, con una buona reputazione) erano particolarmente oppressivi, in quanto erano in grado di controllare praticamente ogni mossa dei pazienti.

David era stato paziente in uno di questi ospedali rinomati². Era stato ricoverato su richiesta dei suoi genitori (era un adolescente allora), che consideravano patologico il suo interesse per la religione. David era anche vegetariano, e l'ospedale riteneva un risultato terapeutico che egli arrivasse a mangiare carne. Ma David resisteva e cominciò a mangiare grandi quantità di burro di noccioline ad ogni pasto, perché si preoccupava che la sua dieta fosse sufficientemente ricca di proteine. Fu stabilito che si dovesse limitare a mangiare una sola oncia di burro di noccioline per pasto; una regola la cui osservanza veniva fatta rispettare dalla presenza di un membro del personale, incaricato di presenziare ai suoi pasti e di guardarlo mentre mangiava.

È chiaro che molte delle cose che vengono fatte ai pazienti psichiatrici «per il loro bene», secondo il personale, sono vissute con il danno dai pazienti stessi.

2. Io e David facevamo parte dello stesso gruppo di auto-coscienza nel 1972.

I gruppi di liberazione dei pazienti psichiatrici credono che il giudizio del paziente stesso costituisca la misura più valida dell'efficacia o meno del trattamento. Ancora una volta, la confusione semantica causata dal modello medico rende difficile vedere questo semplicissimo aspetto. Nella medicina è, a volte, necessario sottoporsi a procedimenti dolorosi per ristabilire lo stato di salute. Ma i trattamenti psichiatrici non sono analoghi a quelli medici. Non era per ristabilire funzioni fisiologiche sane, che David veniva costretto a soffrire i morsi della fame, ma per obbligarlo a sottomettersi. La decisione di essere o meno vegetariani, dovrebbe spettare agli individui e non agli psichiatri. Anche se si definisce mentalmente sano chi mangia carne, questo non vuol dire che costringere qualcuno a mangiare carne costituisca un trattamento terapeutico.

Nei trascorsi sei anni di attività, nel movimento di liberazione dei pazienti psichiatrici, ho conosciuto letteralmente centinaia di ex-pazienti. Man mano che ci raccontavamo le nostre storie, è stato veramente sorprendente scoprire come gli stessi argomenti, spesso le stesse parole, ricorressero ancora ed ancora. In risposta alla domanda: «come sei uscito dall'istituzione psichiatrica?», ho sentito molti ex-pazienti usare le stesse frasi che avevo usato io stessa: «dici loro quello che vogliono sentirti dire. Impara a stare al gioco».

Una strada piuttosto comune, che apre le porte dell'istituzione psichiatrica, viene intrapresa quando una persona vive un certo numero di crisi esistenziali allo stesso tempo. Può essere veramente spaventoso trovarsi improvvisamente senza amici, soldi o un posto dove vivere; che è quanto accadde alla diciottenne Nancy³.

Ero implicata in una relazione dolorosa e reciprocamente distruttiva con una donna, il cui stile di vita era completamente diverso dal mio. Finalmente riuscii ad interromperla. Riuscivamo soltanto ad opprimerci l'un l'altra. Era terribile. Proprio mentre la stavo lasciando e andavo via da New York, si ammalò. Non poteva andare da un medico perché non aveva i soldi. Mi sentivo così colpevole, ma allo stesso tempo sentivo che dovevo andar via. Tornai a Boston, ma non sapevo dove andare ad abitare, a parte con due uomini che odiavo. Pensavo di avere un lavoro, ma lo persi. Non avevo i soldi. Cominciai a sentire la voce della mia amante; mi chiedeva aiuto. Pensai di diventare pazzo. Uscii per una passeggiata ma mi ritrovai di fronte all'ospedale di Cambridge — immagino di essermi diretta lì senza rendermene

3. Tutte le citazioni che riguardano Nancy sono state tratte da un'intervista personale, 26 ottobre, 1972.

conto. Dissi loro che avevo paura — c'erano così tanti pensieri che si addensavano nella mia testa che era quasi impossibile parlare.

Quello che fecero — tutto ciò che realmente fecero — fu darmi una gran quantità di «Stellezine». Avevo paura degli altri pazienti, e, a stento, uscivo dalla mia camera. Stare in ospedale era orribile. Dopo un mese, fuggii.

Se consideriamo le voci che sentiva Nancy, secondo il modello esplicativo di tipo psichiatrico, le vedremo come sintomi di malattia, che richiedono ospedalizzazione e trattamento con farmaci. Ma è veramente così anormale, così insolito o «patologico», reagire in maniera tanto drammatica ad una situazione così opprimente e stressante? La «cura» di Nancy, che proseguì con altri tre ricoveri in ospedale entro un breve lasso di tempo, finì per convincerla di essere una paziente cronica.

Quando mi ricoverai per la terza volta, mi sentiuo ormai a mio agio negli ospedali. Quando non ero «dentro», avevo paura. Tutto mi spaventava. Nei periodi in cui stavo a casa, i miei genitori erano molto tesi. Mi vedevano in un modo diverso — nessuno credeva che potessi riuscire a vivere «fuori». Pensavo di poter trascorrere il resto della mia vita in ospedale. Avrei guardato le persone per strada e mi sarei chiesta che cosa avessero che io non avevo. Per me era un tale mistero!

La mistificazione è una delle caratteristiche fondamentali del trattamento psichiatrico istituzionale. Nancy credeva di essere «diversa» perché il trattamento che aveva ricevuto era permeato di messaggi che la condizionavano in tal senso. Essere una paziente psichiatrica implicava che i suoi problemi fossero, in qualche modo, diversi da quelli degli altri, dal momento che sembrava necessario l'uso dei farmaci e il ricovero in ospedale. Invece di aiutare Nancy a confrontarsi con la realtà dei suoi sentimenti, l'ospedale mistificava quei sentimenti trasformandoli in sintomi patologici. È realistico sentirsi colpevoli alla fine di una difficile relazione affettiva — sentirsi colpevole, per Nancy, voleva dire «udire» la voce della sua amante che la chiamava. È realistico essere spaventati nel ritrovarsi senza una lira e soli. L'ospedalizzazione di Nancy aggiungeva soltanto problemi a quelli della sua vita reale. Ella cominciò a credere di non essere capace di risolvere i suoi problemi e la sua famiglia e i suoi amici le voltarono le spalle.

Per molto tempo dopo essere stata dimessa, rimasi sempre a casa, fuorché quando ero a scuola. Smisi di frequentare il movimento femminista, di cui prima ero stata un membro molto attivo. Alcune donne nel movimento per le donne, nel movimento delle lesbiche, donne che conoscevo da molto tempo e con le quali avevo lavorato fianco a fianco, dopo il mio ricovero in ospedale, cominciarono a trattarmi in maniera di-

versa. Mi stavano opprimendo. Non mi mettevano al corrente dei loro piani, non mi chiedevano di lavorare, perché pensavano che non riuscissi a sbrigarmela. Quelle erano state le mie amiche, ma ora mi consideravano una pazza. Quando cercai di parlarne, avevo paura di essere paranoica.

L'esperienza di Nancy è molto comune tra gli ex-pazienti psichiatrici. Le persone hanno così tanti stereotipi di malattie mentali, che trovano praticamente impossibile reagire in modo normale nei confronti di un ex-paziente. Quando vedono che un ex-paziente diventa inquieto o irritato o esprime praticamente qualunque forma di emozione, si spaventano al pensiero che l'ex-paziente stia diventando «malato» di nuovo. L'ex-paziente, che di solito è demoralizzato da tutta l'esperienza del ricovero ospedaliero, prova sgomento accorgendosi di venire allontanato dai vecchi amici diventa soltanto un ostacolo in più da superare per riprendere una vita «normale». Ciò che fece cambiare la situazione di Nancy fu la scoperta del movimento dei pazienti psichiatrici.

Mi recai alla conferenza, senza un'idea precisa di cosa aspettarmi. Ciò che trovai furono persone quali potevo parlare, stabilire un rapporto; persone che pensavano andasse bene essere diversi. Non c'era un solo modello di comportamento, a parte il fatto che tutti odiavano l'ospedale. Ascoltavo le persone e mi ritrovavo a pensare: «questo è quello che penso anch'io». Continuavo a sentirmi sempre più felice. Rimasi alzata tutta la notte a parlare e questo è insolito per me. Ero euforica, ma non come durante un attacco maniacale acuto. Mi sentivo calma allo stesso tempo. Accadeva che stavo trovando una direzione da prendere e delle persone con le quali prenderla. Le persone devono cominciare a lottare contro l'oppressione, combattendo prima di tutto la propria oppressione e avevo capito che ero oppressa come malata di mente, molto più di quanto lo ero come donna o come lesbica.

Ero solita pensare che fosse importante combattere l'oppressione, ma, dal momento che mi consideravo una dei deboli, dovevo lasciare che gli altri combattessero per me. Sarei sempre stata una aiutata, mai una protagonista. Ora sto combattendo per me stessa e per gli altri. Ho trovato un posto cui potevo appoggiarmi; dove potevo dedicare me stessa a combattere il mio più immediato motivo di oppressione. Tutto questo mi rendeva incredibilmente felice.

Dopo la conferenza, avevo trovato la forza per affrontare mio padre sui suoi atteggiamenti nei miei confronti, sulla sua convinzione che io fossi malata. E da allora egli sta cercando di cambiare. Mi sentii veramente felice quando mi disse: «È stato un privilegio vederti crescere e cambiare». Ora mi sento forte. Ora ho più fiducia in me stessa.

L'esperienza intensa che seguì alla presa di coscienza, dopo il

congresso di ex-pazienti, provocò in Nancy un cambiamento di atteggiamenti nei confronti di se stessa. Mentre prima si considerava una creatura debole, adesso si sentiva forte perché d'un tratto aveva trovato sostegno per le sue idee; idee che aveva sempre pensato fossero soltanto sue; idee che la facevano sentire paranoica, ogni volta che cercava di parlarne con i suoi vecchi amici. Improvvisamente, i suoi sentimenti nei confronti di se stessa — e dell'ospedale — furono sottoposti ad una drastica revisione.

Pochi giorni dopo la conferenza, tornai allo «Human Resource Institute» (il posto del suo secondo ricovero psichiatrico). Penso che fosse il mio vecchio modo di pensare, che si riaffacciava per l'ultima volta. Ma improvvisamente mi resi conto che cosa effettivamente quel posto mi dava: medicine e umiliazione continue. Non c'era nulla di positivo in tutto ciò. Me ne andai tranquillamente, sapendo che non sarei più tornata indietro. L'ospedale aveva cessato di essere un'alternativa per me.

Spesso gli ex-pazienti hanno paura di guardare in faccia i loro veri sentimenti circa l'esperienza dell'istituzionalizzazione psichiatrica. La famiglia e gli amici tendono a reagire in modo negativo alle espressioni di rabbia e di rancore verso l'ospedale e il suo personale, e considerano queste espressioni come segno di malattia. I pazienti spesso la pensano allo stesso modo e possono provare disperatamente a credere che l'ospedale fosse un posto fondamentalmente positivo e utile. Questa era stata la mia esperienza e quella di Nancy; un'esperienza comune anche a tanti altri. Gli ex-pazienti hanno bisogno di sostegno per esprimere l'offesa che possono non aver mai ammesso, neppure a se stessi. Stare insieme ad altre persone che hanno vissuto la stessa esperienza può essere entusiasmante, come era stato per Nancy.

Questo cambiamento — da una posizione, in cui l'esperienza ospedaliera veniva considerata positiva, ad una, in cui viene riconosciuta la sua inutilità — è cruciale. Durante la loro ospedalizzazione, i pazienti devono credere, o far finta di credere, che l'ospedale sia un posto utile per essere considerati «sani» dal personale. Per venire dimesso, un paziente deve confermare la versione della realtà condivisa dagli psichiatri, incluso un riconoscimento del fatto che il ricovero sia stato necessario e benefico. I pazienti che mantengono ferma la loro convinzione che l'ospedale sia una prigione e che esprimono questa opinione al personale non vengono dimessi, come ha riscontrato il sociologo Roberto Perrucci in uno studio delle procedure di congedo. In uno dei colloqui di congedo, che aveva osservato, la paziente forniva una serie di risposte «appropriate» alle domande del personale, finché il medico le chiese se ritenesse di essere stata aiutata.

PAZIENTE: No, non lo penso.

MEDICO: Che tipo di trattamento ha ricevuto qui?

PAZIENTE: Lobotomia e terapia di shock.

MEDICO: Pensa che le siano state d'aiuto oppure che abbiano rappresentato soltanto una tortura?

PAZIENTE: Penso che siano state una tortura⁴.

L'intervista proseguiva con una presentazione ragionevole, da parte del paziente, dei motivi per cui preferiva lasciare l'ospedale e trovare un lavoro di laboratorio, piuttosto che venire assegnata ad un lavoro esterno, rimanendo una paziente.

PAZIENTE: Farei molto meglio se l'ospedale mi liberasse.

MEDICO: Che cosa intende quando dice «mi liberasse?»

PAZIENTI: Beh, sarebbe proprio come gli altri incarichi di lavoro che ho avuto. Non sei mai veramente libera.

MEDICO: Ma se lei rimanesse qui con una posizione di lavoro, sarebbe libera di andare e venire secondo gli orari. Sarebbe esattamente come un lavoro.

PAZIENTE: No. Voi continuereste a controllarmi, se rimanessi qui.

MEDICO: Intende dire che noi qui controlliamo la sua mente?

PAZIENTE: Voi potete non controllare la mia mente, ma io in realtà, non possiedo una mente mia.

MEDICO: Cosa direbbe se le offrissimo una posizione di lavoro a...? Sarebbe libera in quel caso? È un posto molto lontano da qui.

PAZIENTE: Qualunque posto avrebbe la stessa struttura di questo. Non sei mai veramente libera; sei sempre una paziente e chiunque sia, che lavori con te, ne è al corrente. E difficile sfuggire al controllo dell'ospedale.

MEDICO: *Questa è la dichiarazione più paranoica che abbia mai sentita*⁵.

Ovviamente, la paziente non fu dimessa. Quando Perrucci la intervistò, in un secondo tempo, nel reparto, la donna osservò: «comunque, ho imparato qualcosa da quell'intervista. Se mai mi capiterà la stessa occasione un'altra volta, terrò la mia grande boccachiusa e mentirò come una dannata. Questa volta ho detto ciò che pensavo veramente e guarda che cosa è successo»⁶. Sfortunatamente Perrucci non ci dice che cosa ne è stato, alla fine di quella paziente.

4. Perrucci, Roberto (1974), *Circle of Madness*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., p. 157.

5. Ibid., pp. 157-158 (enfaticizzato).

6. Ibid., p. 159.

Riconoscere che il ricovero in ospedale non ha portato alcun giovamento, può essere il primo passo verso la realizzazione di molte altre consapavolezze, come accadde a Nancy, che, improvvisamente, cominciò a pensare se stessa come a un essere forte e capace di prendere iniziative, perché si era oramai liberata dell'immagine di sé, che l'ospedale le aveva imposto.

Mentre mi trovavo allo «Human Resource Institute», in un certo senso, potevo vedere che era tutto un giocare un gioco — dover parlare di te stessa, durante gli incontri giornalieri — ma, in un certo senso, io stavo al gioco, odiavo quel parlare — ma non avevo fiducia nelle mie percezioni, che mi suggerivano che era tutto privo di senso. Era molto più facile andare avanti e fare quello che si aspettavano che io facessi e dire quello che volevano dicesi. Ma una parte di me, anche allora, riconosceva che le conversazioni serali dei pazienti tra di loro, in cucina, in assenza del personale, erano molto più utili.

Questo tipo di atteggiamento può portare una persona a compiere cambiamenti reali nella sua vita. Non è che una malattia sia stata improvvisamente guarita, ma una convinzione paralizzante si è improvvisamente dimostrata falsa. La convinzione della propria inferiorità rende impossibile intraprendere un'azione; la scoperta che l'inferiorità non esiste costituisce una liberazione.

Nell'ospedale, molte cose sembravano disegnate apposta per farti sentire disgustata di te stessa. Una volta, un gruppo di pazienti fu portato fuori, al circo. Fu divertente, eccetto durante l'intervallo, quando l'infermiera distribuì pillole a tutti quanti.

Un'altra attività che avrebbe potuto essere divertente, se non fosse stato per l'atteggiamento del personale, era cucinare. Quando qualcuno di questi mi elogiava per aver fatto qualcosa bene, diceva: «Oh, l'hai fatto tutto da sola», come si direbbe ad un bambino.

Al «Newton-Wellesley Hospital», il medico che organizzava la terapia di gruppo si rivolgeva ai pazienti con tono molto sarcastico. Quando io prendevo la parola nel gruppo, diceva: «vuoi essere la prima donna?» Nello stesso tempo ci criticava, se non partecipavo.

Non tutti gli ex-pazienti si demoralizzano per l'esperienza dell'ospedalizzazione. Leonard Roy Frank (la cui storia è stata presentata nel primo capitolo) è una persona, che non ha mai messo in dubbio che quanto gli veniva fatto fosse sbagliato.

Non ho mai dubitato della mia sanità mentale. Non appena mi svegliai, dopo l'ultimo trattamento convulsivante, quasi immediatamente ebbi la sensazione di essere stato rinchiuso in una prigione. Sapevo che mi era stato fatto qualcosa di orribile, anche se non avevo nessun ricordo dell'immediato passato (un effetto dell'ECT). Non appena mi fui ripreso sufficientemente dallo stato confusionale causato dagli shocks e dai far-

maci, non appena mi fui ristabilito dai postumi delle torture, decisi che sarei stato al gioco con i medici per poter uscire di lì. Mentivo loro continuamente. Quando si mente agli psichiatri in questo modo, lo accettano come se fosse la verità. Ma se si dice la verità — che i trattamenti sono nocivi, che tu non sei pazzo — questo viene considerato segno di «ostilità» e ulteriore evidenza del fatto che lo stato patologico ancora permane o come «mancanza di valutazione»⁷.

Ma pochi hanno la forza di battersi per quello in cui credono contro un'opposizione quasi unanime, specialmente quando i loro oppositori hanno in pugno il controllo delle loro vite e della loro libertà. La maggior parte delle persone hanno bisogno di un sostegno per riconoscere ed esprimere i loro sentimenti negativi nei riguardi dell'ospedalizzazione. Non tutti gli ex-pazienti serbano rancore per quanto è stato fatto loro. Alcuni ritengono che sia stata un'esperienza valida e persino che abbia salvato loro la vita. Ci sono pazienti che si sentono meglio quando prendono il «Thorazine» (o altri farmaci psichiatrici). Ma è impossibile rendersi conto di quanto siano comuni i sentimenti di rancore, poiché raramente si dà agli ex-pazienti l'opportunità di esternare la loro rabbia senza conseguenze negative. I valori positivi attribuiti dal pubblico ai trattamenti psichiatrici, spesso portano al presupposto che gli ex-pazienti, che parlano male delle loro esperienze, siano ancora «malati» — e i sentimenti, i pensieri, e le convinzioni di molti, ritenuti malati di mente, non vengono semplicemente presi sul serio. D'altro canto i libri scritti da ex-pazienti in favore del trattamento psichiatrico, trovano pronta accettazione⁸.

Il movimento per organizzare strutture veramente alternative agli ospedali psichiatrici, che molti ex-pazienti hanno trovato così debilitanti, fornisce agli ex-pazienti non solo un'opportunità di prendere coscienza del loro risentimento, ma anche la possibilità di servirsi di quanto hanno imparato dalle loro esperienze per formare alternative che soddisfino bisogni reali. Da queste esperienze, io e molti abbiamo imparato quanto sia importante avere un sostegno emotivo da parte di persone interessate; sostegno che è difficile trovare nelle istituzioni

7. Intervista personale con Leonard Roy Frank, 7 dicembre, 1976.

8. Si veda, per esempio, Beers, Clifford W. (1953), *A Mind That Found Itself*. Doubleday, Garden City, N.Y.; Benziger, Barbara Field (1969), *The Prison of My Mind*. Walker & Company, New York; Green, Hannah (1964), *I Never Promised You a Rose Garden*. Holt, Rinehart and Winston, New York; Smith, Nancy Covert (1973), *Journey Out of Nowhere*, Word Books, Waco, Texas; Wolfe, Ellen (1969), *Aftershock*. G.P. Putman's Sons, New York. Tutti i testi sono stati scritti da ex-ricoverati di ospedali psichiatrici. Non abbiamo preso in considerazione il largo numero di libri scritti da ex-pazienti, grati, che hanno ricevuto cure psicoterapeutiche.

psichiatriche rigidamente strutturate. Tuttavia, è proprio per trovare quel sostegno che molti si sono volontariamente fatti ricoverare negli ospedali psichiatrici, per poi scoprire che qui è reso praticamente impossibile qualunque vero contatto umano tra paziente e personale.

Lo psicologo D. L. Rosenhan e i suoi colleghi avevano simulato i sintomi di malattie mentali (dichiaravano di udire voci) e furono ricoverati, come pazienti, in vari istituti psichiatrici, dove fecero esperienza di quanto sia raro ottenere sostegno dai membri del personale. Rosenhan fornisce due spiegazioni per spiegare questa mancanza di contatto:

Primo, ci sono gli atteggiamenti tenuti da ciascuno di noi nei confronti del malato di mente — incluso coloro che lo curano — atteggiamenti caratterizzati da paura, sfiducia e aspettative negative da una parte e intenzioni benevole dall'altra. La nostra ambivalenza porta, in questa situazione come in altre, a sfuggire il problema. Secondo, e non del tutto separato, la struttura gerarchica dell'ospedale psichiatrico facilita esperienze di depersonalizzazione. Coloro che occupano i livelli gerarchici più elevati hanno meno contatti con i pazienti ed i loro comportamento funge da modello per il resto del personale⁹.

Gli pseudo-pazienti prendevano nota di quanto tempo trascorrevano con i membri del personale specialistico (psichiatri, psicologi e medici internisti) — questo era in media 6,8 minuti al giorno¹⁰. «Chiaramente», conclude Rosenhan, «i pazienti non trascorrono molto tempo in contatti interpersonali con il personale medico. E il personale medico funge da modello per le infermiere e il personale di servizio»¹¹.

L'organizzazione gerarchica dell'ospedale psichiatrico (fa sì che) coloro che detengono un maggior potere, abbiano minor contatto con i pazienti, di coloro che rivestono posizioni di scarso potere. Ricordiamo, tuttavia, che l'acquisizione di comportamenti appropriati al ruolo, si verifica soprattutto attraverso l'osservazione degli altri, seguendo il principio che l'influenza maggiore viene esercitata dai più potenti. Di conseguenza, è comprensibile che il personale di servizio non soltanto trascorre più tempo con i pazienti di tutti gli altri membri del personale - il che è richiesto dalla loro posizione all'interno dell'ordine gerarchico — ma anche, per quanto imparano dal comportamento dei loro «superiori», trascorrono con i pazienti meno tempo possibile¹².

9. Rosenhan, D. L. (19 gen. 1973), *On Being Sane in Insane Places*. Science 179, p. 256.

10. *Ibid.*

11. *Ibid.*

12. *Ibid.* pp. 254-255

Le strutture preposte alla salute mentale spesso sostengono che aumenti di fondi comportano aumenti di personale e miglior cura dei pazienti. Rosenhan ne dubita:

Ho l'impressione che le forze psicologiche che conducono alla depersonalizzazione siano molto più forti di quelle fisiche e che, da questo punto di vista, un aumento di personale non migliorerebbe in modo corrispondente la cura del paziente. L'incidenza delle riunioni del personale e l'enorme quantità di attività necessaria per la raccolta di dati sui pazienti, per esempio, non sono state ridotte in maniera così sostanziale (dalle pressioni fiscali) come lo sono stati i contatti con i pazienti. Esistono delle priorità, anche in tempi difficili. I contatti con i pazienti non costituiscono una priorità significativa nell'ospedale psichiatrico tradizionale¹³.

Ci siamo soffermati così a lungo sulle opinioni di Rosenhan per dimostrare che non soltanto degli ex-pazienti risentiti sono arrivati a queste conclusioni. Lo studio di Rosenhan fu pubblicato agli inizi del 1973, e le sue opinioni furono ampiamente pubblicizzate. Quando uno psicologo afferma cose che gli ex-pazienti sapevano da anni, queste immediatamente diventano credibili. Rosenhan, tuttavia, presentava le sue conclusioni asserendo che egli «non pretendeva di descrivere le esperienze soggettive dei veri pazienti»; esperienze che potevano essere state differenti «soprattutto con il passar del tempo e con il necessario processo individuale di adattamento all'ambiente»¹⁴. È un peccato che gli sperimentatori del gruppo di Rosenhan, che hanno vissuto fianco a fianco con «veri pazienti», non abbiano discusso con questi dei loro risultati, per scoprire se i «veri» pazienti percepissero le cose in maniera diversa oppure no.

È importante che gli ex-pazienti si allenino ad aumentare la propria auto-coscienza insieme ad altri ex-pazienti, in modo da favorire lo sviluppo dei loro veri sentimenti nei confronti di loro stessi e delle loro esperienze. Spesso i pazienti sanno dare valutazioni accurate dei problemi che li hanno condotti al ricovero in ospedale e queste valutazioni sono molto lontane dall'opinione ufficiale, espressa dalla psichiatria su quanto, in loro, fosse sbagliato. Tuttavia è questa opinione ufficiale che gli ex-pazienti sono costretti ad accettare per poter venire considerati «sani» dal personale. Tutto ciò conduce ad un incredibile stato di confusione e di rabbia. Arlene Sen del «Mental Patients' Liberation Front» di Boston ricorda un fatto accaduto:

Una cosa che odiavo era dover rispondere a domande personali di fronte ad una quantità di medici e altri pazienti. Una volta mi chiesero

13. Ibid., p. 256 (enfaticizzato)

14. Ibid., P. 257.

quale ritenessi essere il mio problema più importante ed io risposi: «Penso di avere un atteggiamento troppo dipendente con gli uomini. Mi misero veramente in ridicolo per questo — eccomi qui, questa malata, che ha fatto tutte queste pazzie; ecco come mi vedevano ed ecco come volevano che io stessa mi vedessi. Ovviamente adesso che sono trascorsi degli anni, dopo aver partecipato al movimento femminista e al movimento per la liberazione dei malati di mente, posso constatare che avevo ragione io. Ma l'istituzione lavorava contro quella presa di coscienza che rappresentava qualcosa di cui avevo veramente bisogno per dare alla mia vita una direzione positiva¹⁵.*

Vivendo insieme l'esperienza della crescita dell'auto-coscienza, gli ex-pazienti possono imparare ad avere una nuova fiducia nelle proprie forze e capacità. Il processo di crescita dell'auto-coscienza può condurre un gruppo ad intraprendere molte direzioni diverse. Una possibilità, che si può presentare, consiste in uno sforzo congiunto per realizzare delle strutture alternative. Di pari passo con il riconoscimento della natura antiterapeutica di molti trattamenti psichiatrici, viene la formulazione delle caratteristiche di un posto adeguato, in cui una persona possa rifugiarsi in caso di malessere emotivo.

Agli inizi del 1971, un gruppo di ex-pazienti di Vancouver, nella Columbia Britannica, promosse un incontro pubblico per discutere gli aspetti insoddisfacenti del sistema psichiatrico. Gli organizzatori erano stati insieme pazienti in un ospedale psichiatrico diurno, considerato un'iniziativa progressista in cui i pazienti vengono durante il giorno e rimandati a casa la sera e ogni fine-settimana. Questo gruppo di pazienti, tuttavia, riteneva che l'organizzazione non fosse in grado di fornire il sostegno necessario, dal momento che si erano resi conto che le crisi spesso si manifestavano proprio quando il personale non era a disposizione (sere o fine-settimana) ed era contrario al regolamento che i pazienti si incontrassero o comunicassero tra di loro per telefono fuori dell'istituto. Un lunedì mattina i pazienti arrivarono al reparto e scoprirono che durante il fine settimana uno di loro si era suicidato. Tutti espressero con veemenza reazioni a quanto era successo e, come risultato immediato, fu fatta circolare una lista clandestina con i numeri telefonici dei pazienti.

Col passare del tempo, alcuni dei pazienti scoprirono che ormai facevano molto più affidamento su queste telefonate «illecite», che sulla terapia, che ricevevano durante le ore trascorse nell'ospedale diurno e cominciarono a parlare tra di loro dei tipi di «aiuto» che erano veramente utili.

15. Intervista personale con Arlene Sen, 11 gennaio, 1977.

Quando tutti furono dimessi dall'ospedale, realizzarono che la loro rete informale di contatti rappresentava l'unica forma di sostegno reale che avessero avuto. Decisero di provare a cercare altre persone, che condividevano le loro impressioni sui trattamenti psichiatrici, per discutere in questo gruppo più ampio quali iniziative si potessero intraprendere.

Un giornalista simpatizzante con le loro idee scrisse una storia sul gruppo, facendo pubblicità all'incontro aperto a tutti che stavano organizzando. Più di settantacinque persone parteciparono all'incontro, la maggior parte delle quali erano ex-pazienti, animati da sentimenti ugualmente negativi nei confronti delle cure che avevano ricevute. Alcuni avevano sofferto maltrattamenti veramente terribili — una donna era stata sottoposta ad oltre cento somministrazioni di shock-terapia e aveva trascorso anni nei «reparti arretrati» dell'ospedale psichiatrico provinciale. Presi dall'entusiasmo per aver trovato sostegno gli uni negli altri e per avere scoperto di condividere sentimenti simili, i partecipanti decisero immediatamente di fornire i servizi, che non erano capaci di trovare attraverso le istituzioni preposte alla salute mentale. Un uomo mise a disposizione l'uso della sua casa, e il gruppo si ritrovò presto ad organizzare un centro di incontro. Sorse il problema di che nome dare all'organizzazione e, dopo aver scartato numerose definizioni ambigue, il gruppo optò per la dizione più diretta: «*Mental Patients' Association*».

Oggi la «*Mental Patients' Association*» controlla un centro di incontro, aperto tutti i giorni della settimana, e cinque cooperative di residenti — tutti basati sul principio della partecipazione democratica. I membri del personale stipendiato sono anche membri dell'associazione, non sono specialisti e vengono eletti dai soci ogni sei mesi. Il potere decisionale è interamente nelle mani dei soci e viene espresso attraverso i voti raccolti durante le riunioni amministrative settimanali e durante le riunioni generali dei soci convocate ogni tre settimane. L'organizzazione «*Mental Patients' Association*» (che verrà discussa in dettaglio nel capitolo sesto) costituisce la prova vivente che gli ex-pazienti possono progettare e gestire servizi, in cui i bisogni degli utenti dettano la direzione e la struttura dell'organizzazione stessa.

Il modo in cui l'associazione ha avuto origine mostra chiaramente come funzioni il processo di promozione dell'auto-coscienza. Originariamente, i pazienti del centro diurno seguivano i regolamenti, ignorando i propri vissuti personali, secondo cui le loro crisi non corrispondevano agli orari (dalle nove alle cinque, dal lunedì al venerdì) di disponibilità del personale. Essi accettavano la regola che impediva loro di avere contatti gli uni con gli altri al di fuori dell'ospedale; una regola che implicava il fatto che soltanto gli «esperti» (e certamente

non i pazienti psichiatrici) potessero aiutare le persone a superare i loro problemi. Il suicidio fece loro comprendere che avevano bisogno gli uni degli altri. Molti pazienti rimpiangevano di non aver potuto aiutare l'uomo morto e volevano assicurarsi che, nel caso si fossero sentiti disperati essi stessi, sarebbero riusciti a trovare un sostegno nell'aiuto reciproco. Gradualmente, man mano che si rendevano conto di quanto spesso ricorressero alla lista dei numeri telefonici e di come questa fosse utile, realizzarono che il punto di vista della psichiatria ufficiale era sbagliato e che i pazienti potevano aiutarsi tra di loro altrettanto bene, se non meglio, di quanto non facesse il personale. I sentimenti di debolezza e impotenza, che li avevano a lungo oppressi, si andavano sempre più trasformando in sensazioni di forza.

Mentre a Vancouver si andava costituendo la *Mental Patients' Association*, a New York City un gruppo di ex-pazienti cominciò ad organizzare riunioni per esprimere insoddisfazione nei confronti dei trattamenti psichiatrici. I due gruppi non si conoscevano tra di loro, ma il loro punto di vista generale era notevolmente simile. Il gruppo di New York adottò la dicitura: «*Mental Patients' Liberation Project*». Nelle prime settimane della sua esistenza, le discussioni del gruppo portarono alla stesura di uno «statuto dei diritti» dei pazienti psichiatrici.

La preparazione di questo documento fornisce un altro esempio del modo in cui funziona il processo di crescita dell'auto-coscienza. I membri del MPLP riconoscevano che gli abusi che ciascuno di loro aveva subito, non costituivano esempi isolati di maltrattamenti, ma facevano parte del sistema. I diritti, che sono menzionati nella lista, sono diritti umani fondamentali, e tuttavia venivano abitualmente negati ai pazienti. «Poiché questi diritti non ci vengono attualmente riconosciuti dalla legge, noi ora lotteremo per farli diventare realtà», viene dichiarato nel **preambolo**¹⁶. I diritti elencati erano:

- 1) Siete esseri umani e avete il diritto di venire trattati come tali, con la stessa attenzione e con lo stesso rispetto con cui viene trattato ogni altro essere umano.
- 2) Siete cittadini americani e godete di tutti i diritti stabiliti dalla Dichiarazione di Indipendenza e garantiti dalla Costituzione degli Stati Uniti d'America.
- 3) Avete diritto all'integrità della vostra mente e del vostro corpo.
- 4) Trattamenti e farmaci vi possono venire somministrati soltanto con il vostro consenso e, in questo caso, avete diritto di conosce-

16. *Mental Patients' Liberation Project, Bill of Rights*. s.d.

re tutte le informazioni di rilievo che riguardino i suddetti trattamenti e/o farmaci.

- 5) Avete il diritto di consultare il vostro legale e il vostro medico di fiducia.
- 6) Avete il diritto di rifiutare di prestare lavoro in un ospedale psichiatrico e/o di scegliere che lavoro volete svolgere; e avete il diritto di ricevere la paga normale, stabilita per quel lavoro nei termini fissati dalla legislazione del lavoro.
- 7) Avete diritto a ricevere adeguate attenzioni mediche quando sentite di averne bisogno, come ne ha diritto qualunque altro essere umano.
- 8) E' vostro diritto mantenere contatti epistolari, telefonici e personali, non censurati, con chiunque desideriate e in qualsiasi momento lo vogliate.
- 9) E' vostro diritto non essere trattati come criminali; non essere rinchiusi contro la vostra volontà; non venire ricoverati senza il vostro consenso; che non vi si prendano le impronte digitali o che veniate fotografati.
- 10) Avete il diritto a condizioni di vita decenti. Voi ed i contribuenti pagate per questo.
- 11) Avete il diritto di mantenere i vostri effetti personali. Nessuno ha il diritto di confiscare quanto vi appartiene legalmente qualunque siano i motivi addotti per giustificare la confisca. Questo è comunemente chiamato furto.
- 12) Avete diritto a denunciare coloro che vi hanno maltrattati, ad un difensore e a un processo. Avete diritto alla protezione della legge contro possibili ritorsioni.
- 13) E' vostro diritto rifiutare di fare da cavia nella sperimentazione di farmaci e trattamenti e rifiutare di venire usati come materiale di studio per studenti. Se lo siete avete diritto ad un rimborso.
- 14) E' vostro diritto chiedere una soluzione alternativa al ricovero per legge o alla reclusione in un ospedale psichiatrico.

Lo statuto dei diritti dei pazienti psichiatrici è stato formulato in risposta ad abusi particolari, che sono stati subiti da membri del gruppo. Il mito popolare che sostiene che gli ospedali psichiatrici siano notevolmente migliorati dopo l'adozione di psicofarmaci verso la metà degli anni '50, viene sfasato dall'esistenza di questi abusi. I membri del MLPL hanno tratto forza dal loro punto di vista unitario e dal loro senso di indignazione. L'obiettivo del MPLP era quello di fornire un'alternativa agli ospedali psichiatrici, ma non c'erano fondi e il gruppo si dedicò alla diffusione dello statuto dei diritti come mezzo per pubblicizzare le condizioni all'interno degli ospedali psichiatrici. In un secondo tempo il gruppo (che attualmente non esiste più), riu-

sci ad ottenere un centro operativo e a gestire un centro di emergenza, il cui personale era costituito dai membri stessi.

Promuovere l'auto-coscienza tra gli ex-pazienti costituiva una delle principali attività del «*Mental Patients' Liberation Front*» di Boston, che fu fondato nel 1971. Il MPLF fu iniziato da due ex-pazienti, ciascuno dei quali aveva sognato di dare vita ad una organizzazione di pazienti psichiatrici che volevano ribellarsi. Il gruppo, che si incontrava dapprima negli uffici del *The Radical Therapist* (una rivista di anti-psichiatria, che oggi si chiama *State and Mind*) e successivamente nell'appartamento di uno dei membri, si dedicava soprattutto alla promozione dell'auto-coscienza perché, come ricorda Bette Maher, una dei membri:

Ne avevamo bisogno. Molti pazienti si trovavano ancora nello stato d'animo di aver meritato quanto era loro accaduto — erano stati «condizionati» a crederlo. Negli incontri sull'auto-coscienza, avremmo parlato di come la gente finiva ricoverata negli ospedali — questo accadeva perché le loro esistenze diventavano intollerabili. Ma gli ospedali riducevano le persone in condizioni peggiori di quando avevano cominciato.

Nei nostri incontri alternavamo la promozione dell'auto-coscienza con la discussione di argomenti riguardanti le iniziative strategiche. E se durante un incontro di quest'ultimo tipo, si presentava qualcuno veramente sconvolto, affrontavamo la situazione mandando un volontario a parlare con lui, in un'altra stanza. Non volevamo respingere le persone, ma era anche importante avere riunioni organizzative.

Molti smisero di partecipare agli incontri organizzativi, perché non volevano essere coinvolti in nessuna iniziativa politica. Ma continuavano a partecipare agli incontri per l'auto-coscienza, perché dicevano che le riunioni li aiutavano ad avere più rispetto in loro stessi di quanto avessero mai avuto prima¹⁷.

La promozione dell'auto-coscienza portò i membri del MPLF a scrivere un opuscolo sui diritti dei pazienti. «Poiché i pazienti avevano così pochi diritti, non pensavano che l'opuscolo avrebbe dato ai pazienti un grande aiuto sostanziale, ma lo consideravano uno strumento per promuovere l'auto-coscienza tra i pazienti», dice oggi Bette Maher. Ci vollero mesi per scrivere l'opuscolo. Un piccolo gruppo di ex-pazienti, benché inesperti di argomenti legali, esaminarono con attenzione la legislazione sulla malattia mentale in vigore nel Massachusetts. Essi si servirono della consulenza di un legale, ma si occuparono da soli del lavoro di ricerca e della stesura finale. Quando il la-

17. Tutte le citazioni sono tratte da un'intervista personale con Bette Maher, 17 marzo, 1977.

voro fu terminato, fecero il giro dei gruppi di attivisti di Boston e ottennero una certa quantità di piccole donazioni, che permisero loro di far pubblicare l'opuscolo dalla «New England Free Press», un collettivo tipografico non a scopo di lucro.

Your Rights as a Mental Patient in Massachusetts rappresenta un documento significativo di cinquantasei pagine, che esamina tutta la situazione legislativa in riferimento all'obbligo a curarsi, al ricovero ospedaliero volontario e involontario, a situazioni particolari concernenti i minori, ai diritti civili e al trattamento dei pazienti e, nello stesso tempo, fornisce una strategia generale per difendersi. L'opuscolo contiene anche uno statuto dei diritti, che, mentre presenta molti aspetti paralleli con lo statuto scritto dal «Mental Patients' Liberation Project» di New York, pone anche l'accento su numerosi aspetti diversi. L'ultimo dei diritti elencato nell'opuscolo è particolarmente significativo:

*Avete diritto ad usufruire di strutture gestite dai pazienti, dove le decisioni prese ed il lavoro fatto ricadano sotto la vostra responsabilità e sotto il vostro controllo*¹⁸.

L'opuscolo contiene anche un capitolo su situazioni particolari di disagio per gli ex-pazienti, come ad es. problemi inerenti l'affidamento dei bambini, possibilità di accesso alle cartelle psichiatriche da parte del governo, discriminazione nell'ambito del lavoro, difficoltà di conseguimento della patente di guida, discriminazione nelle ammissioni a indirizzi di studio superiore e la paura e la sfiducia che gli altri provano nei confronti degli ex-pazienti. E il capitolo si chiude con queste parole: «probabilmente non sarete mai eletti Vice Presidente degli Stati Uniti»¹⁹.

Questa rassegna di alcuni dei primi gruppi di liberazione dei pazienti psichiatrici ha evidenziato numerose delle direzioni verso le quali si può avviare la crescita dell'auto-coscienza. Non esiste una sola direzione verso la quale gli ex-pazienti possano indirizzarsi. Questi ed altri gruppi si sono formati seguendo le direttive indicate dai bisogni dei membri, non in base alla adesione a qualche formula prefissata. Le condizioni locali possono differire, così come le energie e gli interessi specifici dei membri. La crescita dell'auto-coscienza (che può non venire chiamata specificatamente in questo modo) aiuta i gruppi a mettere in chiaro che cosa vogliono e di che cosa abbiano bisogno, così come li aiuta a capire che cosa sia possibile ottenere. L'auto-

18. *Your Rights as a Mental Patient in Massachusetts* (West Somerville, Mass: Legal Project/Mental Patients' Liberation Front, 1974), p. 41.

19. *Ibid.* p. 39.

coscienza consiste in un processo che assicura la soddisfazione dei bisogni dei membri, perché ognuno partecipa contribuendo con le proprie idee, i propri sentimenti e le proprie opinioni, e perché non esiste un solo modo giusto di fare le cose.

La crescita dell'auto-coscienza può condurre ad intraprendere molti diversi tipi di azione. Come abbiamo visto da questo breve esame dei gruppi di Vancouver, di New York e di Boston, può condurre ad organizzare centri di incontro e residenze comunitarie, a progettare azioni per rendere pubbliche le condizioni di vita all'interno degli ospedali psichiatrici, o a concentrare il loro interesse sui diritti dei pazienti. Altre possibili direzioni includono l'apertura di centri di emergenze (talvolta chiamati «break out centres»), la costituzione di nuovi tipi di centri di servizio sociale controllati dai membri (come servizi di collocamento) o la gestione di imprese non speculative per fornire lavoro non alienante ai membri.

Qualunque iniziativa un gruppo decida di intraprendere in conseguenza della crescita di auto-coscienza verrà intensificata dalla crescente consapevolezza dei membri di essere persone forti e competenti. Man mano che il gruppo procede nella direzione prescelta, il processo continuo di crescita dell'auto-coscienza contribuirà ad assicurarsi che i membri non perdano mai di vista la loro capacità di aiutarsi l'un l'altro e rappresenterà un costante richiamo al fatto che non esistono veri «esperti».

CAPITOLO 4

Alternative e false alternative

Una volta presa la decisione di dare inizio ad un servizio alternativo (sia questo un centro di emergenza, un centro residenziale, un centro d'incontro, o altro), il gruppo fondatore deve prendere un certo numero di decisioni. Di che tipo deve essere l'alternativa? A chi servirà? Chi parteciperà alla progettazione? Come saranno effettuate le decisioni? Il modo in cui il gruppo risponderà a questi interrogativi avrà ripercussioni importanti sulla forma del servizio o dell'organizzazione che ne deriva.

Dal momento che, presumibilmente, il gruppo si è formato come reazione a carenze e difetti dei servizi esistenti, vorrà garantire che l'alternativa fornisca differenze di ordine sostanziale e non di ordine apparente.

L'interrogativo che riguarda la partecipazione è, probabilmente, il più importante. Se il gruppo fondatore consiste interamente di ex-pazienti, esso deve stabilire, a priori, una linea di condotta nei confronti dei pazienti e degli operatori professionali del settore psichiatrico. Se il gruppo fondatore, d'altra parte, è composto da pazienti, da non pazienti e da operatori, dovrà affrontare le inevitabili pressioni e le tensioni che questo comporta, e dovrà sviluppare strategie adeguate alla situazione. I gruppi formati esclusivamente di ex-pazienti psichiatrici organizzeranno tipi di servizi alternativi molto diversi da quelli dei gruppi controllati dagli operatori professionali. Ho identificato tre diversi modelli tra quelli che sono abitualmente riconosciuti come servizi alternativi.

Nel *modello di cooperazione*, operatori professionali e pazienti lavorano insieme per fornire servizi. I riceventi dei servizi vengono informati che anche loro partecipano a pieno titolo alla gestione. Tutta-

via, la distinzione tra coloro che presentano aiuto e coloro che lo ricevono rimane chiaramente definita. A mio avviso, i servizi che seguono questo modello sono alternativi solo di nome; la stragrande maggioranza dei servizi alternativi (la gran parte delle case-ostello, per esempio) seguono il modello della cooperazione.

Il *modello di sostegno* è aperto a tutti coloro che intendono utilizzare il servizio per un appoggio reciproco. I non pazienti e gli ex-pazienti vengono considerati come uguali poiché ognuno ha, prima o poi, dei problemi e tutti sono in grado di prestarsi reciproco aiuto. Gli operatori professionali sono esclusi da questo modello (fatta eccezione per ruoli esterni, come scrivere lettere di sostegno), perché hanno una diversa concezione del fornire aiuto, che separa coloro che danno da coloro che ricevono.

Nel *modello separatista* gli ex-pazienti forniscono sostegno gli uni agli altri e gestiscono il servizio. Tutti i non pazienti e gli operatori sono esclusi perché interferiscono con la crescita dell'auto-coscienza e perché di solito hanno atteggiamenti di tipo mentalistico.

I servizi alternativi basati sul modello separatista o su quello di sostegno sono poco numerosi, ma costituiscono una vera alternativa rispetto agli effetti disumanizzanti del sistema sanitario psichiatrico, negli Stati Uniti, oggi. Le «alternative» basate sul modello cooperativo, perseverano nello stesso tipo di abusi.

Gli operatori professionali del settore psichiatrico sono abituati a rivestire ruoli di controllo, e perpetuano questo ruolo anche nei modelli alternativi basati sulla cooperazione. Un ottimo esempio del modello cooperativo è fornito dal «Fountain House», un assai noto servizio di riabilitazione psichiatrica di New York. La storia del «Fountain House» mostra chiaramente i limiti di questo modello.

Quello che oggi si chiama «Fountain House» cominciò, verso la fine degli anni '40, come WANA (We Are Not Alone), un gruppo di auto-aiuto formato da numerosi pazienti nel «Rockland State Hospital». Il gruppo continuò ad avere incontri a New York, dopo che i pazienti erano stati dimessi e attirò l'attenzione di alcuni operatori volontari, che trovano loro un posto per gli incontri, ma che anche trasformano il gruppo, dal progetto originario di gruppo di auto-aiuto ad una sorta di struttura psichiatrica. Fu impiegato del personale professionista e, agli inizi degli anni '50, la maggior parte degli ex-pazienti fondatori se ne andarono disgustati. Un'idea del disprezzo che questi volontari nutrivano per i pazienti può essere colta nelle parole di Auguste Richard, uno dei membri fondatori del consiglio, che cita un inno episcopale per descrivere i volontari come «Angeli della Misericordia, Angeli della Luce, che si adoperano per salvare gli af-

flitti dalla loro miseria»¹. Gli «afflitti», ovviamente, non hanno la facoltà di prendere parte al servizio, tranne che come riceventi.

Jordan Hess, che era un membro di WANA, ricorda come le cose cambiarono quando il gruppo passò sotto il controllo degli operatori professionali:

C'era una sensazione di solidarietà e di amicizia tra i membri del WANA, che si deteriorò non appena gli operatori professionali fecero il loro ingresso. Per un po', gli ex-pazienti continuarono a gestire il «club». Raccoglievamo i nostri fondi (per esempio, organizzando vendite di beneficenza), e votavamo per eleggere i nuovi membri. Ma, alla fine, gli amministratori decisero di toglierci quella facoltà. Invece di lasciare decidere ai membri chi accettare nel gruppo, quando nuove persone si presentavano, queste venivano intervistate dai membri del personale, che decidevano se si trattava di «casi idonei». WANA era unico perché i pazienti lo gestivano, ma questa consuetudine fu abolita quando divenne «Fountain House»².

Oggi, il «Fountain House» occupa un edificio di cinque piani, costruito appositamente, nel 1965, ad un costo di due milioni di dollari sulla 47^o West, in un quartiere residenziale povero. Un personale di oltre sessanta persone (inclusi psicologi, operatori sociali, e consulenti psichiatrici) fornisce servizi a quasi duemila «membri». Al «Fountain House» l'enfasi principale è posta sul lavoro, e sebbene alcuni membri si servano del centro semplicemente come di un luogo dove sedere e socializzare, la maggior parte di essi sono implicati in qualche tipo di programma lavorativo, o al «Fountain House» (dove i membri lavorano in cucina, nei turni di manutenzione, come impiegati e operatori del telefono, come responsabili della produzione giornaliera nella TV locale a circuito chiuso del «Fountain House News», o in una delle altre aree di lavoro), o al negozio dietro l'angolo «Fountain House Thrift», o sono assegnati ad un posto di lavoro nell'industria privata. Il «Fountain House» ha anche un programma detto «appartamento», in cui molti membri dividono il costo di un appartamento, che è dato in affitto al «Fountain House».

Il «Fountain House» costituisce un'agenzia di notevoli dimensioni: ci sono circa centoventi posti di lavoro e più di cinquanta appartamenti.

Il «Fountain House» non ha l'aspetto di un ospedale, ma ha tutto l'aspetto di quella grande ed efficiente istituzione che è. Sebbene

1. Richard Auguste (s.d.) *The Early Days of Fountain House*. Fountain House, New York, p.4.

2. Intervista personale con Jordan Hess, 14 luglio, 1977.

struttura gerarchica non sia molto rigida, tuttavia essa esiste e il ruolo del direttore è molto diverso da quello dei membri. L'amministrazione e la direzione del programma sono chiaramente ed inequivocabilmente affidate al personale. Il personale ed i membri implicati in ciascuna unità (la cucina o l'ufficio degli impiegati, per es.) hanno incontri giornalieri per passare in rassegna progressi e difficoltà, ma non sono state stabilite riunioni regolari di tutti i membri (come abbiamo visto, questo rende impossibile la crescita dell'auto-coscienza).

Durante la mia visita al «Fountain House», un membro del personale, Sheila Sherman, mi spiegò che il centro è gestito dai suoi membri³. Questo principio corrisponde all'ideologia ufficiale del centro, ma ciò che, in realtà, sembra significare è che i membri fanno la maggior parte del lavoro, mentre gli operatori prendono la maggior parte delle decisioni. Secondo questi parametri, si potrebbe dire che la maggior parte degli ospedali psichiatrici siano «gestiti» dai pazienti.

Il direttore John Beard mi disse che uno dei principali punti di forza del «Fountain House» è costituito dalla sua flessibilità. I membri non sono costretti a muoversi attraverso il programma ad una velocità predeterminata, ma possono impiegare tutto il tempo che vogliono. Possono interrompere il programma e poi riprenderlo in qualunque momento. Ma la flessibilità arriva solo a questo punto. Non consente ai membri di mettere in dubbio il loro bisogno di essere «riabilitati» o di decidere sull'idoneità e la qualificazione del personale.

Il programma di lavoro al «Fountain House» è migliore di quello offerto da laboratori convenzionati, dove la paga è spesso al di sotto del minimo, ma costituisce ancora una forma di stigmatizzazione. Un membro del «Fountain House» è conosciuto come ex-paziente psichiatrico, sia dal datore di lavoro che dai colleghi, e la tendenza, in tali situazioni, è imputare qualunque deficienza sul lavoro al «fatto» che la persona è «ammalata». Il vantaggio offerto dai lavori al «Fountain House» è che i membri non devono affrontare interviste selettive (che spesso eliminano gli ex-pazienti, in ogni caso), ma possono prendere, accordi attraverso il centro stesso. I salari vengono pagati direttamente e per intero dal datore di lavoro al membro del «Fountain House». I lavori sono a livello di apprendistato: fattorini, impiegati, inservienti di mensa.

Il «Fountain House» (e le organizzazioni dello steso tipo) individuano gli ex-pazienti che sono più bisognosi e meno abili ed assumo-

3. Intervista personale con Sheila Sherman, 28 dicembre, 1976.

4. Intervista personale con John Beard, 28 dicembre, 1976.

no che costoro siano rappresentativi di tutti gli ex-pazienti e dei loro bisogni.

Un documento, di cui è coautore il direttore esecutivo, dichiara che «i membri del "Fountain House" sono, emblematicamente, gli ex-pazienti, che trovano difficoltà di adattamento nel passaggio dall'ospedale alla vita nella comunità⁵. «I membri non hanno modo di vedere ex-pazienti svolgere con competenza il loro lavoro. I modelli da imitare, pertanto, sono i membri del personale — e solo questi svolgono lavori di responsabilità, interessanti e ben pagati. Questo fatto rinforza la convinzione (sia nel personale che nei membri) che gli ex-pazienti non dovrebbero nutrire aspirazioni troppo elevate. Un membro «di successo» del «Fountain House», è quello che segue, con soddisfazione, un lavoro semplice e mal pagato, pur potendo fare qualcosa di più. Oppure, occasionalmente, un membro può entrare a far parte del personale, ma solo nel caso in cui sia disposto a pensare a se stesso come qualcuno che è stato «malato» e che adesso è «guarito».

Un ulteriore esempio del modello cooperativo è fornito dal «Center Club» di Boston, un circolo sociale per ex-pazienti. Il circolo è situato in una serie di stanze alquanto scialbe, nel «YMC Union Building», nel centro di Boston. Molte stanze grandi sono arredate semplicemente con tavoli e sedie; vi sono scaffali per i libri e una bacheca per gli avvisi. Molte altre stanze sono adibite ad uffici.

Al «Center Club», come al «Fountain House», viene fatta una chiara distinzione tra membri del personale ed altri membri. La maggior parte dei primi hanno una formazione professionale, principalmente nel campo dell'assistenza sociale. Il «Club» è stato fondato dal dott. Samuel Grob, uno psicologo clinico. L'affiliazione è consentita ad ex-pazienti provenienti da determinati ospedali ed aree geografiche, dal momento che il centro viene finanziato attraverso una rete di contratti stipulati da vari enti erogatori di servizi per la salute mentale. Gli ex-pazienti che non sono coperti da questi contratti possono essere ammessi, pagando un mensile di cinquanta dollari, che è molto alto se si considera che il «club» è principalmente riservato a persone inabili al lavoro.

Le attività del centro sono soprattutto di tipo sociale, sia informali (gioco delle carte, conversazioni etc.) che strutturate (viaggi, attività di gruppo, etc.). Tutti i gruppi sono guidati da membri del per-

5. Bean, R. Bonnie e Beard, John H. (giugno, 1975), Placement of Persons with Psychiatric Disability. *Rehabilitation Counselling Bulletin* 18, nr. 4, p. 253.

sonale o da volontari. Bernard Alderman, direttore del «Center Club», mi ha detto che i gruppi, guidati dai membri, si spaccano invariabilmente molto presto⁶.

L'atteggiamento di fiducia nei confronti del personale e dei volontari, contrapposto a quello di sfiducia nei membri, emerge chiaramente dalla letteratura scritta su «Center Club». I membri sono considerati come «seriamente handicappati» e, sebbene il «Club» venga descritto come «auto-gestito», l'auto-gestione è caratterizzata dal requisito che i membri accettino una «guida e una consulenza professionali»⁷.

«L'auto-gestione» viene esercitata attraverso incontri settimanali del consiglio, aperti a tutti i membri. Le funzioni del personale e del comitato di direzione (costituito da cittadini caritatevoli) limitano il grado di controllo esercitato dai membri. Ogni membro del centro costituisce un membro «ex officio» del comitato (questo evita qualunque idea di egocentrismo o di paranoia, mi ha detto Bernard Alderman). Dal momento che l'amministrazione giornaliera è affidata al personale e la programmazione a lungo raggio è fatta dal comitato di direzione, sono poche le decisioni che restano da prendere ai membri del consiglio.

Mentre al «Center Club» si dichiara che i membri e il personale sono uguali, un certo numero di consuetudini rende chiaro che il personale comanda. La decisione iniziale per l'ammissione al centro viene dal personale, che ha il potere di decidere se un membro potenziale sia «troppo malato» o «non in grado di trarre beneficio dal programma». Per ogni membro viene fatta una scheda con i dati personali e, mentre tutti hanno il diritto di vedere le proprie cartelle a richiesta, il semplice fatto di conservare questi fascicoli rafforza la dicotomia tra i membri e il personale. Sebbene si dica che il «Center Club» gode di una buona reputazione tra i membri poiché non è un ospedale, il fatto di conservare i dati clinici ricorda sottilmente ai membri che sono considerati pazienti psichiatrici. Il personale del centro si assume anche la responsabilità di segnalare al terapeuta di un membro (di solito con, ma talvolta anche senza, la consapevolezza e il consenso dell'interessato) che la persona sembra trovarsi in difficoltà. Nessuna retorica sul fatto che i membri siano persone responsabili può mascherare questa pratica che riduce degli adulti alla stregua di bambini.

6. Intervista personale con Bernard Alderman, 27 ottobre, 1976.

7. Grob, Samuel (gen. 1970), *Psychiatric Social Clubs Come of Age. Mental Hygiene* 54, nr. 1, pp. 133, 135, 136.

Il personale può sospendere il diritto di associazione a chiunque sia ritenuto «troppo malato»⁸.

Al «Center Club» L'ideologia e la terminologia della psichiatria tradizionale sono fortemente sostenute. Gli ex-pazienti sono considerati come persone handicappate, che necessitano di servizi ad orientamento psichiatrico. Quando chiesi a Bernard Alderman quale riteneva fosse la posizione del centro nel sistema psichiatrico, rispose che il «Club» faceva parte di un trattamento generale dei membri, che provvedeva alla riabilitazione sociale del soggetto, mentre il suo terapeuta aveva cura dei suoi problemi emotivi. L'immagine del soggetto come «malato», come persona bisognosa e dipendente da servizi erogati da altri, è indicativa del sentimento di distanza che il personale prova nei confronti dei membri. I membri, ovviamente, avevano già subito la stessa sensazione di sfiducia da parte del personale dell'ospedale, quando erano pazienti. È evidente che l'auto-gestione, in queste condizioni, è estremamente limitata.

Con questo, tuttavia, non si vuole negare che le strutture basate sul modello cooperativistico siano in grado di soddisfare le esigenze di un certo numero di membri. Le situazioni che incoraggiano la passività ottengono partecipanti soddisfatti e passivi. Ma incoraggiando (con l'astuzia) la passività, le strutture dirette dagli operatori professionali non potranno mai trasformarsi in strutture veramente gestite dai membri.

La crescita dell'auto-coscienza è impossibile, nei servizi per ex-pazienti, posti sotto il controllo degli operatori professionali. Poiché tali strutture sono totalmente orientate verso un modello di tipo medico, i membri sono considerati persone con problemi o difetti individuali. Espressioni di insoddisfazione nei confronti di un trattamento psichiatrico, anche se si sono verificate all'interno di strutture alternative basate sul modello cooperativistico, sono considerate come aspetti della «malattia» del soggetto. Come abbiamo visto, senza la crescita dell'auto-coscienza, gli stessi ex-pazienti, al pari degli operatori, saranno inclini a considerare la loro rabbia come «paranoia» e loro stessi, nonché gli altri pazienti, come «malati».

Da questa descrizione dei servizi alternativi basati sul modello della cooperazione, risulta evidente che la vera cooperazione non è possibile perché non c'è uguaglianza tra le parti. Il personale, in queste strutture, tiene cartelle cliniche dei membri, si consulta con gli al-

8. Le informazioni e le citazioni di questo paragrafo sono tratte da un articolo di dieci pagine, non firmato senza titolo, né data, che descriveva il Center Club e che mi fu consegnato durante la mia visita.

tri operatori a proposito dei membri, e prende decisioni che i membri devono accettare. I membri, d'altra parte, possono partecipare ai processi decisionali più limitati. Possono votare sulla programmazione di una serata da trascorrere al «bowling», invece che in piscina, ma non possono votare per licenziare il direttore o per segnalare a un membro del personale che il suo comportamento è «anormale». Un membro, che non sia soddisfatto della struttura di base di questo tipo di servizi, ha poche alternative. I tipi di cambiamento che si verificano all'interno di questo modello non possono, a loro volta, essere causa di mutamenti radicali nel modo in cui il servizio è gestito. Definire tali alternative come «controllate dai membri» costituisce soltanto un'ulteriore forma di mistificazione psichiatrica.

I servizi alternativi basati sul modello cooperativistico sono tipicamente organizzati senza nessuna (o con poca) partecipazione da parte dei potenziali riceventi dei servizi. Abbiamo visto il caso del «Fountain House», per esempio, dove il controllo dei servizi passò velocemente dai membri ai volontari e, infine, agli operatori professionali. Un libro guida per iniziare un centro sociale per ex-pazienti, pubblicato dalla «National Association for Mental Health», suggerisce che, per stabilire la necessità di un centro sociale all'interno di una comunità, venga costituito un comitato, composto da «privati e gruppi professionali direttamente implicati nella cura dei pazienti psichiatrici». È evidente che la partecipazione dei clienti non costituisce un elemento essenziale in questo tipo di modello.

Quando gli operatori professionali sono implicati nell'organizzazione di servizi «alternativi», quei servizi rispecchieranno fedelmente l'ideologia psichiatrica. Anche quando degli ex-pazienti sono coinvolti nell'attuazione del servizio, la presenza degli operatori garantisce che gli ex-pazienti non progrediscano oltre questa ideologia. Fin tanto che i pazienti sono disposti a considerare loro stessi secondo il punto di vista degli operatori, possono anche mantenere il loro coinvolgimento, ma qualunque tentativo di trasformare la struttura, in un'altra sottoposta realmente al controllo dei membri, è impossibile, dal momento che l'ideologia psichiatrica definisce gli ex-pazienti come deboli, indifesi, e bisognosi di sostegno da parte degli altri. I membri del WANA, che inizialmente rimasero nel gruppo quando questo divenne il «Fountain House», alla fine se ne andarono, non per ripicca, ma perché avevano visto il loro sogno di prestarsi aiuto a vicenda trasformato in un incubo. Erano diventati «membri» invece di «pazienti», ma

9. Palmer, Mabel (1966), *The Social Club*. National Association for Mental Health, p. 8.

erano ancora sottoposti alla direzione e al controllo di operatori che li consideravano «malati».

La maggior parte dei cosiddetti servizi «alternativi» per ex-pazienti psichiatrici segue il modello della cooperazione. *Essi sono alternativi soltanto di nome.*

Le strutture che seguono il «modello di sostegno» e quello «di separazione» sono fundamentalmente diverse. Sebbene nel modello di sostegno alcuni operatori possano essere coinvolti nell'organizzazione dei servizi, la loro partecipazione è volutamente limitata dall'insieme dei membri. A Vaucouver, per esempio, la «Mental Patients' Association» ha ricevuto aiuto da un certo numero di operatori professionali, specialmente nel settore delle lettere di sostegno per reperire finanziamenti, ma gli operatori non prendono parte agli incontri o alle attività giornaliere.

Il modello di sostegno fa affidamento sulle capacità dei membri. Il ruolo degli operatori è semplicemente quello di garantire la credibilità dell'organizzazione presso le agenzie finanziatrici e altre istituzioni burocratiche, che vengono influenzate dalla presentazione di credenziali professionali. La maggior parte degli operatori, condizionati dalla convinzione che i pazienti siano incapaci di attività autonome, mal si adatta al ruolo limitato consentito loro nel modello di sostegno. Talvolta, in questa situazione, gli operatori cercano di imprimere al gruppo una guida più marcata di quanto sia necessario o voluto dai membri. Per questo motivo, è essenziale che, quando un gruppo cerca di avvalersi dell'aiuto di operatori professionali senza venirne dominato, i membri si riuniscano frequentemente e regolarmente senza gli operatori stessi.

Molti operatori professionali si risentono profondamente di venire esclusi dalle riunioni e dalle attività del gruppo. Di fatto, questo rappresenta uno dei primi problemi organizzativi che dovrà affrontare ogni gruppo, che si appresti ad organizzare dei servizi alternativi. Le riunioni pubbliche, convocate per discutere difetti del sistema psichiatrico e per organizzare servizi alternativi, attireranno spesso un largo numero di ex-pazienti ed un certo numero di loro parenti e amici. Come abbiamo visto, la crescita dell'auto-coscienza nei pazienti non si può realizzare nei gruppi misti e, senza tale crescita, il gruppo, con ogni probabilità, assorbirà l'ideologia psichiatrica, che stigmatizza e discredita gli ex-pazienti nello stesso momento in cui afferma di volerli aiutare. Deve essere lasciato agli ex-pazienti il diritto di decidere i limiti entro cui i non-pazienti possono partecipare. Questo implica che alcuni incontri (quelli per la crescita dell'auto-coscienza) escludano i non-pazienti. Proprio gli operatori e gli altri non-pazienti, che si ribellano ai tentativi degli ex-pazienti di escluderli da alcune riunioni,

sono le persone che, con ogni probabilità, cercherebbero di prendere il controllo e la direzione del gruppo. Quei non-pazienti, che riconoscono la necessità degli incontri di auto-coscienza e che non fanno obiezioni per essere stati esclusi da tali incontri, sono non-pazienti che possono partecipare con successo a quello che, fondamentalmente, costituisce un servizio gestito dai pazienti.

L'organizzazione «Mental Patients' Association», mentre limita il ruolo degli operatori psichiatrici a compiti di sostegno esterno, conta un certo numero di membri che non sono mai stati pazienti psichiatrici. Dal momento che l'associazione non ha mai sviluppato un processo continuo di auto-coscienza, e molti membri (sia non-pazienti che ex-pazienti) continuano ad accettare l'ideologia psichiatrica, ne è derivata una situazione in cui alcuni membri considerano i non-pazienti come superiori e gli ex-pazienti come inferiori.

L'insoddisfazione per una, sia pur limitata, partecipazione di non-pazienti alla gestione di centri, ha portato alla costituzione di forme alternative che escludono interamente i non-pazienti. Ho definito questo modello col termine di separatista. A New York, l'organizzazione «Project Realease» tiene aperto un centro comunitario per tutta la settimana, che è gestito interamente da pazienti, i quali non si considerano come erogatori di un servizio ma come una comunità di supporto. È una distinzione importante, perché il concetto di servizio implica l'esistenza di due ruoli, il servitore e il servito. Per quanti tentativi un gruppo possa fare per sovvertire questi ruoli, qualche aspetto residuo di questa contrapposizione rimane sempre, quando un gruppo eroga «servizi». Il concetto di comunità, d'altra parte, implica interazione. (Qui sto deliberatamente ignorando torturate elucubrazioni quali, ad esempio, la *psichiatria di comunità*). Il modello separatista è di gran lunga il più radicale tra i modelli di servizi alternativi, ma è anche quello che promuove il maggior grado di fiducia e competenze negli ex-pazienti.

«Project Realease» si era formato come risposta al problema degli «Hotels SRO» (destinati a singoli occupanti), nella Upper West Side di Manhattan, che ospitano, in condizioni del tutto inadeguate ed insicure, molti assistiti dalla sicurezza sociale, incluso un largo numero di pazienti psichiatrici di recente dimessi. L'organizzazione «Project Realease» fu in grado di assicurarsi un ufficio messo a disposizione da un comitato organizzatore degli occupanti e, man mano che questa crebbe ed ebbe necessità di un ufficio proprio, le fu data in uso una stanza in una chiesa universalista del vicinato.

Dalla questione abitativa, gli interessi del gruppo si spostarono verso altri obiettivi, inclusa la pubblicazione di un opuscolo informa-

tivo sugli psicofarmaci¹⁰ e la produzione di un manuale dei diritti dei pazienti. Ma il principale obiettivo a lungo termine è sempre stato quello di erogare servizi alternativi e, verso la fine del 1976, l'organizzazione «Project Release» ottenne un contributo di diecimila dollari da una fondazione con cui affittò un appartamento e organizzò un centro di comunità.

Il centro in questione consiste in un appartamento con due camere da letto in un ampio, vecchio edificio nella Upper West Side, confortevolmente ammobiliato grazie alle donazioni e ad ingegnose forme di riciclaggio dei rifiuti. Il centro costituisce un posto di ritrovo per membri effettivi e potenziali ed è attivo dalla tarda mattinata fino a tarda sera, sette giorni la settimana. Un momento importante della giornata è rappresentato dal pasto serale della comunità. Nessuno viene definito come «membro del personale». I membri partecipano non perché si occupano della gestione del centro, ma perché si tratta, evidentemente, di un posto dove possono piacevolmente trascorrere il loro tempo. Per scoraggiare le persone dal diventare riceventi passivi, tutti i membri devono prestare servizio in uno dei comitati, che controllano le varie aree di responsabilità (ricerca di fondi, centro di comunità, bollettino, e così via). Secondo una dichiarazione del gruppo stesso:

Una supervisione professionale crea una crescente forma di dipendenza che è causa di recidivismo. Nei programmi informali di «Project Release», i membri cercano attivamente di estendere l'accettazione e la cooperazione, lasciando che ciascuno stabilisca il proprio ritmo nell'assolvere i compiti e nell'assumere responsabilità. «Project Release» considera questa forma di auto-aiuto un potente antidoto contro l'ansia per l'isolamento e il senso di impotenza indotti dalla società e dalla psichiatria¹¹.

In un commovente tributo all'impatto che «Project Release» ha avuto sulla vita, un membro dell'associazione ha confrontato la sua esperienza di essere membro di un istituto convenzionale post-ospedaliero con la partecipazione a «Project Release»:

Tutto nell'istituto post-ospedaliero perpetuava la sensazione di impotenza, dipendenza e di gioco di ruoli. Ci si muove da una fase all'altra di un programma: che contempla il passaggio da un'area di lavoro a un lavoro volontario; da un gruppo di principianti ad uno più avanzato.

I criteri sono volutamente tenuti nascosti; ci si muove seguendo delle tracce praticamente stabilite e messe in atto senza nessun esercizio per-

10. Briggs, David H. (1975), *Consumer's Guide to Psychiatric Medication*, Project Release, New York.

11. «Project Release: A Statement of Purpose» (s.d.).

sonale di volontà; nessuno ti chiede mai nulla, o, in tali circostanze, tu non potresti mai dire quali cambiamenti dovrebbero essere apportati... Sei di fatto, volente o **nolente**, costretto ad imparare che la persona, che non sia in **grado** di aiutarti nei tuoi rapporti con gli altri, sei *tu stesso*...

«Project Release» si oppone all'intero sistema burocratico, **auto-perpetuantesi della «salute mentale» in questa società**... Qui, puoi imparare un modo di essere completamente diverso; cominci con aver fiducia in te stesso e nelle tue reazioni. Invece di provare un senso di freddezza dentro di te. provi **calore e forza**. Qui siamo, gli uni *insieme* agli altri in un modo che non sarà mai possibile in un servizio post-ospedaliero. Sperimentiamo come positivo l'intero spettro delle emozioni, emozioni che fanno tutte parte di noi; nessun sentimento è mai invalidato... la maggior parte di noi sente che un servizio veramente alternativo deve essere **INTERAMENTE** differente da ciò a cui si **contrappone**¹².

L'organizzazione «Project Release» ha anche mantenuto il suo interesse originario per provvedere alloggi agli ex-pazienti. Il programma degli alloggi aiuta i membri a ottenere appartamenti propri, o da soli o insieme con altri membri del gruppo. Gli appartamenti non fanno parte di «Project Release» — sono affittati e gestiti dai loro residenti — ma fanno parte del più ampio «Project Release» comunitario. L'associazione confronta i suoi programmi con altri tipi di programmi degli alloggi per ex-pazienti:

*Le case «SRO» e gli alloggi per adulti, le case-ostello e i pensionati sono istituzioni orribili ed auto-perpetuantesi. Siamo sempre stati sbalottati da una forma di istituzione ad un'altra o semplicemente reinseriti nella stessa condizione di vita che aveva causato molti problemi all'inizio. Perché non possiamo vivere nei nostri appartamenti come tutti gli altri? Contrariamente a quanto sostengono molti «esperti» possiamo farlo e, di fatto, lo facciamo*¹³.

«Project Release» ha completamente infranto la distinzione tra i concetti di «personale» e «clienti». Si è evitato di organizzare più strutture di quante non fossero strettamente necessarie, dando la preferenza a saltuari momenti di confusione piuttosto che ad un'efficienza impersonale. È tassativo che nessuno riceva un salario per il lavoro svolto nell'associazione, dal momento che si ritiene che i membri non

12. Kasinsky, Joyce (s.d.) Why **Am I** in Project Release? *Silent No Longer! The Newsletter of Project Release 1*, nr. 4, pp. 6-7.

13. What's Happening. *Silent No Longer! The Newsletter of Project Release 1*, nr. 5, (s.d.) p. 1.

sarebbero uguali, se alcuni di loro fossero pagati per la loro presenza nel gruppo (al presente, stanno cercando di ottenere un finanziamento per allestire una tipografia, non a scopo di lucro, che fornirebbe lavoro ai membri interessati. E recentemente hanno aperto uno spaccio in cui lavorano i membri). Il concetto di comunità, di persone che si aiutano a vicenda per affetto, è drammaticamente diverso dai concetti tradizionali di terapia.

L'esempio di «Project Release» mostra chiaramente come un gruppo di ex-pazienti psichiatrici, che lavorino insieme, segua un modello completamente diverso da quello usato dagli operatori professionali. Il modello separatista non divide le persone in categorie rigide di sani e malati, dal momento che ognuno vive situazioni di «stress» e reagisce in maniera diversa. Piuttosto che organizzare un gruppo di «esperti», le persone sono considerate come uguali, capaci di aiutarsi le une con le altre.

Questo sguardo a tre differenti modelli di servizi alternativi mostra come il ruolo giocato dagli ex-pazienti costituisca la variabile cruciale. Quando questi sono esclusi da qualunque ruolo significativo nella pianificazione, quest'ultimo diventa alternativo soltanto di nome. Lo stesso atteggiamento di accondiscenza e di distacco che si trova negli ospedali psichiatrici viene anche rinvenuto in molte case-ostello, nei servizi per la riabilitazione e nei circoli sociali, che costituirebbero i supposti servizi alternativi.

D'altra parte, le alternative fornite da organizzazioni che si ispirano al modello di sostegno o a quello separatista — le vere alternative — sono state disegnate da ex-pazienti che non sono dei riceventi passivi di un servizio, ma che sono attivamente coinvolti nella gestione. Le distinzioni di ruolo tra coloro che erogano il servizio e coloro che ne usufruiscono impallidiscono e scompaiono. Gli operatori professionali tendono ad essere scettici nei confronti dei servizi veramente alternativi, perché non riescono a considerare i pazienti come individui abili. Nelle versioni professionali dei servizi alternativi, basate sul modello della cooperazione, gli operatori rappresentano sempre i soci più importanti. I servizi veramente alternativi costituiscono una minaccia per loro, in quanto rendono superflui i loro interventi.

Gli operatori professionali del settore psichiatrico e i servizi alternativi, da questi controllati, frequentemente mostrano disprezzo per i riceventi dei loro servizi. E le persone, da loro considerate incompetenti ed inaffidabili, avvertono e reagiscono a questi atteggiamenti nascosti, che si manifestano sia nei centri di salute mentale comunitari considerati moderni e progressisti, sia negli ospedali vecchio stile. Ecco alcuni esempi:

Un piccolo gruppo di membri del personale entra in una stanza

che è talvolta usata dai pazienti e talvolta dal personale. Dicono a numerosi pazienti che pensano di utilizzare la stanza immediatamente e che i pazienti devono andarsene. I membri del personale poi tirano fuori un dolce o *organizzano* una festicciola per uno di loro. Quando una paziente entra nella stanza per prendere un bicchiere d'acqua, le offrono un pezzo di dolce, ma sebbene ci siano numerosi altri pazienti seduti nella stanza accanto, e sebbene più della metà del dolce sia rimasto, non invitano gli altri pazienti a *unirsi* a loro (ho avuto modo di osservare questo fatto nel «*Chelsea Mental Health Center*» del *Massachusetts*).

Provo a spiegare ad un terapeuta perché mi sento così depressa. «Per prima cosa, mi manca mia figlia, che vive a tremila miglia da qui con il mio ex-marito. Talvolta non posso proprio evitare di pensarci e mi sento così sola». «Non dovrebbe permettere a questi pensieri di turbarla», mi dice il terapeuta «anch'io vedo raramente i miei bambini, ma questo non mi turba affatto». Lo guardo inorridita, domandandomi se veramente vuole che io sia una persona così fredda e insensibile, come sembra essere lui (questo fatto è accaduto a me personalmente nella «*Whatcom Counseling and Psychiatric Clinic*», nello Stato di Washington).

Numerosi *inservienti* entrano nella sala diurna, dove un gruppo di pazienti sono incantati davanti alla TV a guardare un programma. Senza dire una parola ai pazienti, uno degli *inservienti* cambia il canale televisivo e poi tutti gli altri mettono sedie davanti a quelle dei pazienti, per guardarsi il programma prescelto (anche questo è accaduto a me, a New York, nel «*Rockland State Hospital*»).

Questi atteggiamenti si manifestano in molti cosiddetti servizi alternativi, così come nei tradizionali servizi psichiatrici. «Clienti», «residenti» e «membri» vengono ancora considerati dal personale come pazienti, come persone fondamentalmente diverse da loro stessi. Nelle case-ostello, i residenti raramente possono decidere con chi dividere la stanza, senza considerare la questione di chi debba essere il direttore. Nei circoli sociali di ex-pazienti vi sono regole che impediscono che membri del personale e del centro socializzino tra loro — ciononostante essi vengono retoricamente definiti uguali. Al «*Fountain House*», che presenta se stesso come un modello di servizi riabilitativi, tutti gli impieghi sono a livello di apprendistato, senza nessuna considerazione per i diversi livelli culturali e le aspirazioni dei membri. Una volta che sei stato «paziente psichiatrico», il personale ritiene che tu sia adatto solotanto per un lavoro di cameriere o di schedatore e ci si aspetta che tu ti sottometta docilmente al loro giudizio.

Il giornalista Anthony Brandt, che simulò allucinazioni uditive e fu amesso all'ospedale statale, fu sorpreso dalla facilità con cui lui e gli altri pazienti si sottoponevano al fatto di venire considerati «creature di nessun conto da guidare come un gregge per tutto il giorno,

da manipolare e controllare»¹⁴. Venivano impiegate dosi massicce di farmaci per intontire e rallentare le funzioni psichiche dei pazienti.

Ma i farmaci non costituivano l'unico argomento. Ciò che, in maniera ancora più efficiente, ci rendeva sottomessi, era questa insensata routine e la nostra altrettanto insensata partecipazione ad essa. Imponendoci questo modo di vita programmato, come se fossimo del tutto incapaci di fare delle scelte per nostro conto. A poco a poco, ci persuadevano che le cose stessero effettivamente così. Sottoposti ad una programmata mancanza di rispetto e all'indifferenza, cominciammo a credere che doveva, effettivamente, esserci qualcosa di sbagliato in noi, qualcosa di fondamentale che mancava. Cominciammo a comportarci come gli esseri vuoti, che ci si attendeva noi fossimo»¹⁵.

Dopo soli due giorni come paziente psichiatrico, Brandt era già diventato un essere disumanizzato agli occhi della psichiatra, che gli era stata assegnata. Senza fare domande su quali fossero i suoi interessi, il suo livello culturale, o le sue abilità, essa pianificò il suo futuro. Come egli stesso racconta:

Dovevo rimanere in ospedale per tre mesi circa, per stabilizzare la mia vita, aveva detto. Quando fossi sembrato pronto, avrei potuto andare a lavorare nel laboratorio protetto dell'ospedale, dove avrei costruito scatole per l'IBM e sarei stato pagato a cottimo. Quando avessi fatto abbastanza scatole, sarei stato trasferito nella casa-ostello di Kingston, dall'altra parte dell'Hudson, dove avrebbero organizzato un lavoro per me, in un posto speciale, chiamato Gateway Industries, costruito per la riabilitazione dei pazienti psichiatrici. Lì avrei, presumibilmente, costruito più scatole. Alla fine avrei potuto trasferirmi dalla casa-ostello nel mio appartamento»¹⁶.

Brandt, ovviamente, rimase orripilato da questa ristretta visione del proprio futuro. Quando egli disse alla dottoressa che, a quel punto, preferiva cercare di tornare dalla moglie (da cui aveva dichiarato di essere separato nel colloquio d'ammissione), questa lo prese in giro, domandandogli se forse sua moglie non avrebbe preferito avere «un vero uomo»¹⁷. Gli ospedali psichiatrici, le case-ostello, i servizi di riabilitazione, gli psichiatri: alcuni sono considerati delle alternative, eppure tutti hanno la stessa visione limitata del paziente ed esigono che il paziente la condivida.

14. Brandt, Anthony (1975), *Reality Police*. William Morrow & company, New York, p. 168.

15. Ibid.

16. Ibid.

17. Ibid., p. 170.

Il personale psichiatrico è talmente condizionato a considerare malato chiunque gli capiti dinanzi, nel ruolo di paziente, che trova difficoltà a smascherare gli impostori. Giornalisti e ricercatori scientifici che hanno recitato la parte di pazienti psichiatrici sono raramente, se non addirittura mai, scoperti dal personale, sebbene molti dei ricercatori del Rosenhan, ad esempio, furono smascherati dai pazienti's. Il personale psichiatrico considera malati di mente tutti coloro che sono stati ospedalizzati per malattie mentali.

Persino persone che non sono pazienti psichiatrici, e che si comportano «normalmente» (qualunque cosa ciò significhi) possono venire considerate alla stregua di malati di mente dagli psichiatri. Maurice K. Temerlin riferisce di uno studio in cui un attore venne addestrato ad impersonare «un uomo mentalmente sano». Molti degli psichiatri che presero visione del videotape, in cui l'attore forniva risposte «normali» a domande su stati mentali, diagnosticarono diverse malattie. Uno psichiatra che concluse che l'uomo del videotape era uno «psicotico» disse: «È chiaro che sembrava sano, ma, accidenti!, quasi tutti sono un po' nevrotici, e chi può accettare le apparenze per quel che sembrano?»¹⁹. È sulla base di decisioni prese così a caso che molti possono venire, e vengono di fatto rinchiusi in ospedali psichiatrici, dove sono trasformati in malati di mente.

L'indifferente negligenza nei confronti degli individui che è comunemente manifestata dagli operatori professionali del settore psichiatrico, in tutti i tipi di servizi psichiatrici, esprime un messaggio implicito: «buoni pazienti») sono quelli che sanno stare al proprio posto, che accettano queste sottili denigrazioni. E dal momento che la punizione per chi non coopera è così grande, dal momento che ogni protesta può essere ignorata come mero sintomo patologico, e dal momento che il potere degli operatori sul paziente è così grande, c'è forse da stupirsi che la maggior parte dei pazienti si sottometta?

Persino i pazienti esterni che frequentano i centri comunitari di salute mentale possono venire sottoposti a pene enormi. I centri comunitari di salute mentale, che vennero istituiti con grande risonanza all'inizio degli anni '60 come sostituti degli ospedali statali sono diventati semplicemente un ulteriore aspetto della burocrazia psichiatrica. Nel corso del 1976, insieme ad altri membri del «Mental Patients' Liberation Front», ho preso parte ad uno degli incontri settimanali

18. Rosenhan, D. L. (19 gennaio 1973), On being Sane in Insane Places. *Science*, 179, p. 252.

19. Temerlin, Maurice T. (1973), Suggestion Effects in Psychiatric Diagnosis. in: Price, Richard H. e Denner, Bruce (a cura di), *The Making of a Mental Patient*. Holt, Rinehart e Wiston, New York, p. 235.

sui diritti dei pazienti che si teneva, con la partecipazione dei pazienti stessi, in un centro comunitario di salute mentale nei pressi di Boston. Nonostante il fatto che questi fossero dei pazienti volontari giornalieri, siamo stati testimoni di un notevole grado di coercizione nei loro confronti. Una paziente si fece ricoverare «volontariamente» in ospedale psichiatrico dopo che il responsabile del centro aveva minacciato di farla internare. Un altro paziente non riusciva a far cambiare la propria prescrizione medica o ad ottenere informazioni sugli effetti collaterali di questa.

Abbiamo anche visto dei pazienti sminuiti e degradati. Una donna doveva aspettare nell'atrio, se arrivava tardi per il programma di attività giornaliera, il che la faceva sentire come un bambino piccolo. L'unica stanza in tutto il centro in cui si poteva fumare e prendere del caffè doveva essere lasciata libera dai pazienti ogni qual volta i membri del personale volevano usarla. Un manifesto, disegnato da un paziente per pubblicizzare il gruppo dei diritti dei pazienti, venne strappato in circostanza che indicavano che l'atto che era stato compiuto da un membro del personale.

Il solo fatto di divenire cliente di un *qualunque servizio psichiatrico può portare ad una sottile forma di degradazione. Che il servizio sia rappresentato da un ospedale psichiatrico «tradizionale», o da una struttura alternativa come una casa-ostello, è probabile che consideri i suoi clienti come persone incompetenti e bisognose di essere costantemente accudite. Questi atteggiamenti impediscono agli operatori di aiutare i propri pazienti a progredire verso l'indipendenza e l'autosufficienza, persino quando questo è esattamente ciò che essi dichiarano di fare.*

I servizi alternativi devono essere disegnati in modo che questo èlitismo psichiatrico venga eliminato. Alle persone, che hanno difficoltà nel vivere quotidiano e che cercano aiuto per superare i loro problemi, non serve un sistema che massimizzi le loro inadeguatezze ed ignori i loro punti di forza, o un sistema che si basi sul presupposto che solo le persone incompetenti hanno problemi. La «pratica di impiegare professionisti» impone che gli operatori del settore psichiatrico proiettino, nel servizio, un modo di agire neutrale ed impersonale. Talvolta questo fatto può venire mascherato da una moderata cordialità, come quando si attribuisce importanza alla pratica di chiamare per nome, ma si tratta, nella maggior parte dei casi, soltanto di una cordialità pretesa. La cordialità vera infrangerebbe la struttura, che impone una differenziazione tra i ruoli di «operatore professionale» e di «paziente» e porterebbe al riconoscimento che ognuno può attraversare momenti difficili. Alcuni terapeuti possono desiderare sinceramente di comportarsi in maniera amichevole con i loro clienti; ma la struttura della terapia interferisce con questi desideri. Gli amici non smettono

di parlare quando l'ora è trascorsa, né la relazione con loro implica una retribuzione in denaro. Un terapeuta, di cui sono stata cliente, insisteva a chiamarmi per nome, indossava jeans e stivaletti e sedeva sul pavimento durante le sessioni. Questo non impediva che avesse il potere di decidere della mia vita; il suo giocare ad essere amici non poteva cambiare questo fatto.

Nei servizi alternativi, l'intera questione della struttura dei ruoli è affrontata apertamente. Le distinzioni tra «personale» e «clienti» vengono mantenute fluide, se non addirittura eliminate, non solamente nell'area dell'erogazione di servizi, ma anche in termini di amministrazione. Quando degli ex-pazienti gestiscono un servizio alternativo, hanno l'opportunità di dimostrare la loro competenza e, contemporaneamente, ne traggono aiuto per i loro problemi. Se qualcuno fa uno sbaglio (e non soltanto gli ex-pazienti ne fanno), gli altri si danno da fare per rimediare all'errore fatto. Le organizzazioni alternative tendono a lavorare sulla base di strutture collettive, che incoraggiano la condivisione di responsabilità. Invece di delegare l'autorità ad un direttore o amministratore, il che implica che soltanto poche e privilegiate persone siano in grado di esercitare l'autorità, le strutture collettive consentono a persone con diverse abilità di lavorare insieme. La vita di molte persone è stata trasformata grazie alla partecipazione a servizi alternativi. Il sostegno di gruppo è stato, per molti, di gran lunga più utile dei diversi servizi psichiatrici, di cui possono aver usufruito in passato.

Sebbene alcuni partecipanti abbiano dovuto tornare negli ospedali psichiatrici, questo è accaduto per brevi periodi e, generalmente, può venire attribuito, almeno in parte, alle limitazioni imposte al gruppo dalla mancanza di soldi necessari per fornire i servizi ritenuti indispensabili. «Project Release», per esempio, sta attualmente cercando di ottenere fondi per aprire «santuari», dove i membri possano ricevere brevi periodi di sostegno intensivo da parte degli altri membri.

Con questo, non si intende negare che alcune persone, occasionalmente, avvertano disturbi drammatici. Possono udire voci, per esempio, o vedere cose che altri non vedono, o agire in maniera che appare irrazionale o impulsiva. Ma la maggior parte delle persone, che avvertono questo tipo di disturbi, reagisce a circostanze estremamente difficili, che hanno costituito una parte della loro vita per lungo tempo. Se le persone potessero avere a disposizione servizi di sostegno, in cui non vengano dati giudizi, ma che possano aiutare ad affrontare i continui problemi della vita quotidiana, è probabile che ci sarebbe una minore incidenza di «crolli emotivi» drammatici.

La maggior parte delle persone conserva gli stereotipi del «malato di mente», che sono ben diversi dalla realtà, che fa sì che alcune

persone vengano etichettate come pazienti psichiatrici. La maggior parte dei pazienti psichiatrici (esclusi coloro che sono stati danneggiati da una istituzionalizzazione prolungata), non hanno problemi e preoccupazioni straordinariamente diverse da quelle delle cosiddette persone normali. Sebbene lo stereotipo pubblico del malato di mente indichi che la maggior parte dei pazienti soffre di allucinazioni e deliri o che si esprime con borbottii incomprensibili, tale comportamento è relativamente molto poco comune.

Molti studi dimostrano che l'incidenza della «malattia mentale» tra le persone, che non sono mai state ospedalizzate o sottoposte a trattamento psichiatrico, è molto alta. In altre parole, secondo gli psichiatri, ci sono molti «malati di mente» in giro per le strade. Forse il più noto fra questi studi, il «Midtown Manhattan Study», ha dimostrato che meno di un quinto dei residenti intervistati potevano essere classificati come psichiatricamente sani, mentre tra un quinto e un quarto della popolazione studiata era malato²⁰. Gli autori interpretano questi risultati nel senso che c'è un notevole bisogno insoddisfatto di maggiori servizi psichiatrici. Esiste, comunque, un altro modo di considerare i risultati dello studio di «Midtown Manhattan». Il gigantesco numero di persone che gli autori consideravano bisognose di servizi psichiatrici, ma che non vi erano state sottoposte, riuscivano a *barcamenarsi e a sopravvivere nella comunità*. Non andavano strillando per le strade, né disturbavano i loro vicini. Se la cavavano al meglio delle loro possibilità come la maggior parte delle persone, e non consideravano i loro problemi e difficoltà di natura psichiatrica. Ciò che rende i pazienti psichiatrici diversi non è la natura e la gravità dei loro problemi, ma la definizione che di queste difficoltà è stata data in termini di «sintomi psichiatrici», per i quali sia necessario l'intervento di operatori professionali.

Dal momento che un sempre maggior numero di comportamenti viene definito come «psichiatrico», la psichiatria sta creando un «bisogno» sempre crescente per i suoi servizi.

La creazione di servizi alternativi controllati dai pazienti si contrappone nettamente al sistema psichiatrico. Invece di creare chiare e stigmatizzanti distinzioni tra coloro che sono capaci di prestare aiuto e coloro che sono sufficientemente deboli da averne bisogno, questi servizi stanno dando vita a nuove comunità di uguali. Queste si contrappongono all'alienazione e all'impotenza, che la maggior parte delle persone considera giustamente essere la causa primaria della infelicità.

20. Srole, Leo *et al.* (1962), *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. Mc Graw-Hill book Company, New York, pp. 143-144.

CAPITOLO 5

Quando le persone diuentano «pazze»

Tra i medici o il pubblico, in generale, non esistono definizioni comunemente accettate di *salute mentale* e di *malattia mentale*. Il tipo di comportamento che viene etichettato come malattia mentale è costituito da atti devianti che non rientrano entro categorie precise, come, ad esempio «crimini» o «atteggiamenti immorali». Il sociologo David Mechanic è arrivato alla conclusione che «la malattia mentale è, di solito, considerata come una categoria residua di comportamenti devianti, per i quali non possessa un'etichetta chiara e specifica»¹. Definire certi tipi di comportamento deviante «malattie» è una convenzione ampiamente accettata in questo paese. Tuttavia, piuttosto di ammettere che si tratta soltanto di un costrutto ipotetico, i più lo accettano come un fatto scientificamente verificabile. La maggior parte della letteratura scientifica sull'argomento poggia su questo stesso preconcetto: la possibilità che il comportamento descritto possa essere spiegato in altro modo, anziché definirlo malattia mentale, non viene neppure presa in considerazione.

Gli psichiatri possono avere la competenza per «diagnosticare» e «trattare» la malattia mentale, solo se veramente si tratta di una malattia; altrimenti non fanno altro che pronunciare giudizi morali sul comportamento, camuffati da opinioni mediche oggettive. Denominando alcune forme di comportamento malattia mentale, gli psichiatri rendono privo di valore qualunque significato quel tipo di comporta-

1. Mechanic, David (1967), Some factors in Identifying and Defining Mental Illness. In: Scheff, Thomas J. (a cura di), *Mental Illness and Social Processes*. Harper & Row, New York, p. 26.

mento possa avere, dal momento che il comportamento diviene semplicemente un «sintomo». È ovviamente possibile che, definendo alcuni comportamenti come malattie mentali, gli psichiatri ne occultino le cause, mentre cercano di spiegarle. Come ha osservato lo psichiatra Thomas Szasz:

Si ritiene che il termine «schizofrenia» spieghi i comportamenti cosiddetti insani, nella stessa maniera in cui si riteneva che il termine «protoplasma» spiegasse la natura della vita, e quello di «etere» la trasmissione di energia attraverso lo spazio. Non solo queste parole non sono riuscite a spiegare i fenomeni in questione, ma... hanno ostacolato la nostra comprensione. Oggi ci rendiamo conto che parole come «etere» e «protoplasma» oscuravano importanti problemi nel caso della fisica e della biologia; ma non siamo riusciti a renderci conto che le parole quali «schizofrenia» e «psicosi» possono oscurare importanti problemi nel campo della psichiatria².

Szasz definisce questi termini «panchrestons» (spiega-tutto): parole che sembrano spiegare tutto, ma non spiegano nulla. Soltanto la storia, ammette ovviamente Szasz, potrà giudicare se la *schizofrenia* è un termine che oscura più di quanto non spieghi, ma egli adduce forti argomenti per dimostrare l'essenziale mancanza di significato del termine.

Szasz ha anche addotto argomenti persuasivi per la somiglianza essenziale tra il trattamento riservato, nel passato, alle streghe e il trattamento, oggi, riservato ai pazienti psichiatrici:

Ai giorni nostri, la Psichiatria Istituzionale rappresenta una continuazione dell'Inquisizione. Tutto ciò che è cambiato è solo il vocabolario e lo stile sociale. Il vocabolario si conforma alle aspettative intellettuali proprie della nostra era: è un gergo pseudo-medico che costituisce una parodia di concetti scientifici¹.

Mettendo in dubbio i concetti che molti, nella società contemporanea, accettano senza riserve, Szasz cerca di scuoterci di dosso modi di pensare convenzionali e ci incoraggia ad esaminare da soli questi problemi. È impossibile riassumere adeguatamente il voluminoso ed entusiasmante lavoro di Szasz. Esortiamo i lettori a studiare queste sue opere e a valutarle.

I difensori del modello medico della psichiatria tendono ad essere molto dogmatici. La storia della psichiatria è frequentemente pre-

2. Szasz, Thomas S. (1963), *Law, Liberty and Psychiatry*. Macmillan, New York, p. 34.

3. Szasz, Thomas S. (1970), *The Manufacture of Madness*. Harper & Row, New York, p. 27.

sentata come la registrazione di continui progressi, a partire da un precedente periodo di oscurantismo, durante il quale gli insani venivano perseguitati, seguito dal sorgere della luce, quando si cominciò a riconoscere gli insani come malati e come soggetti da sottoporre a benefici trattamenti psichiatrici⁴.

Che gli «insani» possano avere qualcosa da obiettare al loro «trattamento», è un fatto che viene o ignorato o presentato a riprova della malattia, il che costituisce una forma di ragionamento circolare.

Una difesa animata del modello medico è contenuta nel libro *Models of Madness, Models of Medicine*, scritto dalla sociologa Miriam Siegler e dallo psichiatra Humphry Osmond.

In quasi trecento pagine, Siegler e Osmond non affrontano mai il problema del trattamento involontario. Nel loro mondo fiabesco, i cosiddetti schizofrenici «si presentano a chiedere aiuto o presso un medico privato o nello studio di uno psichiatra o presso il reparto accettazione di un ospedale»⁵. È difficile che questo sia il modo in cui la maggior parte dei pazienti si presenta agli psichiatri. È interessante notare come Szasz, che Siegler e Osmond attaccano, curi soltanto i pazienti che si recano da lui spontaneamente. Siegler e Osmond sostengono che il modello medico, meglio di qualunque altro modello di spiegazione del comportamento deviante, soddisfa «la prima regola della medicina che consiste nel non danneggiare i malati»⁶. Essi ignorano la lunga storia di angosciosi (e discreditati) trattamenti «medici» della malattia mentale (e ignorano anche che il loro è un ragionamento circolare). La malattia mentale è una malattia perché viene diagnosticata e curata da psichiatri, sostengono, ignorando completamente le funzioni storiche di controllo sociale rivestite dalla psichiatria e dalle istituzioni psichiatriche.

Nel modello medico della malattia mentale, le emozioni umane sono trasformate in sintomi. Il comportamento ha un significato nel contesto in cui le persone vivono; la tendenza della psichiatria ad attribuire etichette comporta un'estrapolazione di alcuni comportamenti dal loro contesto per definirli poi come aspetti di un processo patologico.

È impossibile capire che cosa accade nella vita di una persona in

4. Si veda, per esempio, Zilboorg, Gregory (1941), *A History of Medical Psychology*. W. W. Norton & Company, New York; Alexander, G. Franz e Selesnick, Sheldon T. (1966), *The History of Psychiatry*. Harper & Row, New York; Duetsch, Albert (1862), *The Mentally Ill in America, sec. ed.*, Columbia University Press, New York.

5. Siegler, Miriam e Osmond, Humphrey (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*. Macmillan, New York, p. 186.

6. *Ibid.*, p. 41.

crisi, se il suo comportamento viene screditato in questo modo. Le persone che si comportano in modo insolito non vengono aiutate a capire che cosa sta accadendo dal meccanismo di etichettamento psichiatrico.

E, a dispetto degli argomenti addotti da Siegler e Osmond e da altri sostenitori del modello medico, l'etichettamento psichiatrico costituisce un processo di stigmatizzazione implicita. La gente ha paura del «malato di mente» e l'angoscia provata da una persona in crisi viene ingigantita dal fatto che coloro che la circondano le voltano le spalle, in un momento in cui ha il massimo bisogno di protezione e di sostegno affettivo.

Il termine «malattia mentale* non è neutro neppure dal punto di vista morale. Come ha sottolineato Szasz:

«Schizofrenia» è un'etichetta strategica, alla stregua del termine «ebreo» nella Germania nazista. Se vuoi escludere qualcuno dall'ordinamento sociale, devi fornire giustificazioni agli altri, ma soprattutto a te stesso. Così inventi una giustificazione retorica. Ecco in che cosa consistono realmente le odiose definizioni psichiatriche: sono giustificazioni retoriche, come porre su un sacchetto l'etichetta «spazzatura»; vuol dire «portatela via!», «toglietela dalla mia vista!» etc. Ecco cosa significa la parola «ebreo» nella Germania nazista; non indicava certo una persona con un particolare credo religioso. Significava «verme», «asfissiatelo!». Ho paura che «schizofrenia» e «personalità psicopatica» e molti altri termini diagnostici della psichiatria significhino esattamente la stessa cosa; significhino «spazzatura umana» «portatelo via!», «toglietelo dalla mia vista!»⁷.

O come dice un ex-paziente psichiatrico, «Se la malattia mentale è una malattia come le altre, cosa che non credo, la malattia a cui somiglia di più è la sifilide⁸».

Nella maggior parte dei casi, una persona è sospettata di essere malata di mente, quando il suo comportamento disturba altre persone. A causa dello stigma, essere classificati come malati di mente è un'eventualità che le persone cercano di evitare, e quelli che finiscono con quell'etichetta sono coloro che hanno minori possibilità di resistere. Definire qualcuno «malato di mente» è un giudizio imposto da altri, per sottolineare il fatto che la persona in questione non si comporta in maniera conforme alle aspettative.

7. Intervista a Thomas Szasz, *The New Psysician*, giugno 1969, p. 40. Il mio disaccordo con Szasz si riferisce all'atteggiamento paternalistico, che frequentemente egli adotta nei confronti di coloro che sono convenzionalmente descritti come «malati di mente», e alla sua fede profonda nel capitalismo americano.

8. Da un'intervista con Lanny Beckman, in: *Mental Patients' Association*, un film di Richard Patton, National Film Board of Canada, 1977.

Ovviamente, nel corso della loro vita, le persone vanno incontro ad esperienze difficili e possono spesso reagire con comportamenti strani o tali da incutere paura.

La società americana contemporanea, con la sua enfasi sulla competitività e il successo personale, pone richieste di prestazioni molto gravose. Coloro che non ottengono «successo» (finanziariamente, nella carriera o nei rapporti personali) sono indotti a credere che il loro fallimento sia colpa, attribuibile a qualche difetto o deficienza. Anche coloro che gli altri considerano finanziariamente o emotivamente più sicuri, possono essere afflitti da dubbi e insicurezze. Ma voler spiegare l'infelicità umana in termini clinici è, ancora, soltanto un'ipotesi, che rende minima la possibilità che le persone cambino, crescano e maturino.

Le mie esperienze con la «malattia mentale» illustrano l'inutilità del modello medico, come la illustrano quelle di molti altri ex-pazienti. Come ho descritto più approfonditamente nel secondo capitolo, in due occasioni, con un intervallo di otto anni tra l'una e l'altra, ho avuto modo di sperimentare l'angoscia intensa, la depersonalizzazione e il senso di derealizzazione che vengono spesso descritti come sintomi di un attacco di psicosi acuta. Durante la prima esperienza, convinta di aver bisogno di cure mediche, mi ero fatta ricoverare volontariamente in un ospedale psichiatrico. Per sei mesi continuai ad entrare ed uscire da vari ospedali psichiatrici (numerose volte involontariamente), a prendere massicce dosi di sedativi e fui generalmente trasformata in una paziente psichiatrica. Mi dicevano, e io lo credevo, che i miei sentimenti di infelicità erano segni di malattia mentale. A un certo punto, uno psichiatra dell'ospedale mi disse che non sarei mai stata capace di vivere fuori dall'istituzione psichiatrica. Quando giunse l'ora della mia dimissione definitiva, ero ormai convinta della mia inferiorità, un sentimento che mi portai dietro per anni.

La seconda esperienza fu diversa. Sebbene io fossi terrorizzata, mi rendevo conto di non essere «malata di mente» e che ciò di cui avevo bisogno non era un trattamento psichiatrico ma un caldo contatto umano. Fortunatamente, era disponibile un servizio alternativo nella forma di un «centro di emergenza» residenziale, il «Vancouver Emotional Emergency Center» e per oltre due settimane e mezzo vissi l'esperienza di uno stato emotivo intenso, che culminò in una rinascita spirituale con effetti duraturi sulla mia vita.

Quando mi definirono una «malata», io mi sentii «malata» e rimasi «malata» per anni, convinta della mia impotenza. In un'atmosfera che attribuiva molta importanza alla cura affettuosa riuscii a maturare. Nello stato in cui si trovano attualmente, gli ospedali psichiatrici-

ci non possono fornire questa atmosfera di calore che favorisce la maturazione. Se tutta la retorica della malattia e della patologia ha un significato, questo è che alcuni aspetti della personalità degli individui sono deficitari e malati, adatti soltanto ad essere «rattoppati» dai medici. La fiducia nella competenza medica porta alla sottomissione passiva dei pazienti a «trattamenti terapeutici», quali l'uso massiccio di psicofarmaci, il più delle volte vissuto dai pazienti come una tortura. I pazienti sono presi in un circolo vizioso, in cui i loro sentimenti sono gettati nel discredito, a meno che condividano il punto di vista della psichiatria.

Le situazioni, che spesso finiscono con il ricovero in ospedale psichiatrico, implicano conflitti emotivi ed è la persona che nel conflitto è più debole che rischia di diventare un paziente. Le procedure della diagnosi e del ricovero, in psichiatria, riguardano molto più l'esercizio del potere che non quello della medicina. Anche coloro che chiedono volontariamente il ricovero, convinti di essere malati, hanno già subito un processo di ridefinizione dei loro problemi in termini psichiatrici. Ancora una volta, è spesso la persona meno forte, tra tutte quelle coinvolte in una situazione, che giunge alla conclusione che la causa del problema sia la propria malattia mentale. Le persone che finiscono come pazienti psichiatrici sono persone in difficoltà — nei confronti della famiglia, del lavoro, o della comunità in generale. Una diagnosi di malattia mentale lascia tutti gli altri fuori causa: la malattia di una singola persona coinvolta in una situazione di conflitto è responsabile di qualunque difficoltà o conflitto accaduti. La vita può riprendere il suo corso come al solito. Che un particolare tipo di famiglia o rapporto o lavoro possa essere veramente intollerabile, è un'eventualità che non viene presa neppure in considerazione. Il modello della malattia implica che, una volta che l'individuo malato sia stato sottoposto alle cure psichiatriche, egli o ella dovrebbe ritornare e adattarsi perfettamente alla sua vita di un tempo. Ulteriori segni di dissociazione o di insoddisfazione possono facilmente venire ridefiniti come ricadute, che necessitano ancora di altre cure mediche.

La psichiatria istituzionale lavora per preservare lo «status quo». La «realtà» psichiatrica è definita nei termini più convenzionali. Operare scelte di vita repentine o insolite è frequentemente considerato un'evidenza di malattia mentale. Una moglie che lasci il marito e i figli, un omosessuale che decida di «uscire allo scoperto», un adolescente che se ne vada da casa, tutte queste sono indubbiamente situazioni di crisi, ma sono anche situazioni patologiche? Quando la psichiatria rimane coinvolta in situazioni come queste, è chiaramente molto più implicata con problemi di ordine morale che non di ordine medico. Definire la persona ribelle come malata annulla la sua percezione della

situazione, la sua personale realtà. Tra tutti i partecipanti ad una situazione conflittuale, soltanto la testimonianza dei «sani di mente» viene accettata come realtà. In questo tipo di situazioni, in cui le emozioni di tutti gli interessati raggiungono la massima intensità, è molto naturale aspettarsi che ognuno abbia un punto di vista diverso su quanto sta accadendo. Invalidare la percezioni personali del partecipante più debole, attraverso l'attribuzione di un'etichetta psichiatrica, equivale ad un richiesta di conformità camuffata dalla terminologia medica.

Un esempio drammatico, di questo tipo di invalidizzazione, si può trovare in un racconto personale di Dianne Jennings Walker:

*La storia della mia vita differisce soltanto per alcuni dettagli molto particolari dalle storie di tante altre donne, alle quali è stata attribuita l'etichetta di schizofrenica. Oggi potrei sfuggire a questa etichetta; potrei «passare». Quando scelsi nel 1975 di non «passare», fu la cosa più importante che abbia mai fatto per me stessa. Per una volta sentii che la mia mente, la mia anima e il mio corpo erano miei. Mi avevano ingannata per così tanti anni che ancora temevo di venire separata dal mio corpo. Questo cosiddetto sintomo di schizofrenia è quanto ci accade quando le percezioni che abbiamo del nostro ambiente vengono attaccate e ignorate e negate ripetutamente. Ironicamente, le nostre percezioni sono accurate. Anche dopo essere stati **terrorizzati**, drogati o condizionati socialmente a non esprimere noi stessi in modo diretto, non ci esprimiamo simbolicamente ed i nostri sentimenti sono giusti. Io credevo, da bambina, che la mia anima fosse stata rubata dal corpo, che era suo diritto e che i miei veri genitori vivessero su un satellite di Betelgeuse. Questo non era un delirio folle. Era un modo poetico e molto logico di affrontare l'ambiente invivibile, in cui avevo avuto la sfortuna di nascere.*

Verso la fine della mia adolescenza scoprii la psicologia e la psichiatria, che per molti anni considerai come la mia salvezza. Leggevo storie di casi nei testi universitari e pensavo: Oh che bello! non vengo da un altro pianeta... Sono semplicemente pazza!

Nel frattempo il matrimonio dei miei genitori venne sciolto legalmente. Di fatto, nel privato, era finito già da molto tempo. Altri problemi familiari di vecchia data venivano, inoltre, tenuti segreti. Oh sì, avevamo buon gusto. Di tanto in tanto tiravo fuori cose che da noi non andavano troppo bene come, ad esempio, che, per circa due anni, mio padre e mia sorella più grande non si erano praticamente rivolti la parola. Le mie affermazioni incontravano la più disparata serie di risposte: grugniti, silenzio, attacchi isterici, cambiamenti improvvisi di argomento, un'affermazione che la nostra famiglia era normale, un suggerimento di non preoccuparmi, un'accusa di ingratitudine. Di tanto in tanto mia madre diceva: «dove ho preso questa strana bambina? Deve essere venuta da

un altro pianeta». Ogni volta che mi ripeteva queste parole, naturalmente, risvegliava il mio desiderio di ritornare nella mia vera casa, nella costellazione di Orione. Ovviamente, non lo dicevo a nessuno. Voglio dire che sono cose che non si possono proprio dire a nessuno, fatta eccezione per il proprio amico <(strizza-cervelli),

Mi recai volontariamente da numerosi psicoterapeuti. Proprio io, Dio mi aiuti, mi feci ricoverare volontariamente in manicomio. Tentai il suicidio e cercai rifugio in un asilo cattolico, privato. Imitavo Lisa, la protagonista del film David and Lisa. Avevo deciso di rimanervi per tre settimane, ma fui dimessa un anno, dieci mesi e undici giorni dopo, orgoglio e gioia del mio medico perché, evidentemente, mi aveva guarita dalla scizofrenia..

Per lungo tempo fui così grata che qualcuno ascoltasse la mia storia, così grata che mi lasciassero stare nel manicomio, che non mi accorsi dei crimini che venivano compiuti contro di me. Il mio psichiatra si incontrò con i miei genitori, con mia sorella più vecchia e con mio cognato, in diverse occasioni. Sbagliò a non incontrarsi con loro in mia presenza. Se l'avesse fatto, forse, avrebbe potuto darmi un sostegno morale per affrontare una discussione sul modo in cui ero stata trattata. Mi fece notare che la mia storia era molto simile a quella di altre persone che avevano avuto una schizofrenia infantile. Dopo tre anni dall'inizio della mia relazione terapeutica con lui, mi disse: «tutto ciò che mi ha detto sulla sua famiglia è vero». Ero felice che mi desse ragione e non pensai di domandare che mi venissero restituiti i soldi o che mi si chiedesse scusa per essere stata chiamata pazza.

Passarono gli anni, i miei non ammisero mai la loro complicità. Venivo, alternativamente considerata malata e impietosa per il fatto di riportare in vita il passato. I sentimenti terrificanti si riaffacciarono. Cercai aiuto da uno psicologo, poi da un altro psichiatra. Dicevo: «mi sento come se stessi cadendo fuori dalla terra e penso che mia madre mi odi». Lo psichiatra mi chiese: «questo la infastidisce davvero?...».

La psicoterapia ci opprime, insegnandoci che siamo malati, pazzi, disadattati. Dovremmo dimenticare idee grandiose e paranoiche come quella che ad alcune società non vale semplicemente la pena di adattarsi. Il mio ultimo psichiatra non riusciva a capire perché volessi lavorare e fare amicizia soltanto con persone che sapevano che ero un'ex-paziente.. Mi diceva: «non capisco la sua ossessione nei riguardi dell'onestà». Insieme con un altro psichiatra, che era considerato un radicale, mi disse che non avrei potuto cambiare il mondo, facendo una campagna come ex-pazza. Forse no. E, tuttavia, ho sentito dire che ci sono più di venti milioni di noi soltanto in questo paese⁹.

9. Walker, Dianne Jennings (giugno 1976), Dianne: The Oppression of Psychotherapy. Madness Network News 3, nr 6, p. 1.

Quando la gente viene presa in un tale groviglio di emozioni, ognuno reagisce in modo caratteristico. Queste reazioni possono venir definite come normali o patologiche; optare per l'una o per l'altra soluzione costituisce un giudizio morale, mascherato da diagnosi medica. «Malato» è soltanto un altro modo di dire «sbagliato». Ciò che peggiora le cose è che ciascuno (forse ad eccezione del «pazzo») nega quanto accade. Un esempio scottante di questo è mostrato nel film-documentario *Hurry Tomorrow*¹⁰, girato, nel 1975, in un ospedale psichiatrico statale della California. Il film racconta la storia di uno dei pazienti, un pompiere di mezza età che, per le sue condizioni cardiache, viene costretto a ritirarsi in pensione. Egli non riesce ad adattarsi a questa forzata inattività e sua moglie ad averlo sempre in casa tutto il giorno. Un giorno quest'ultima, convinta che il marito stesse pensando di suicidarsi, chiama la polizia e l'uomo viene portato contro la sua volontà all'ospedale statale. Egli non riesce a convincere nessuno di non aver propositi suicidi. Lo psichiatra del reparto gli dice che non verrà dimesso fin quando non ammetterà le sue intenzioni suicide. L'uomo prova a rifiutare di prendere i farmaci, sostenendo di non essere malato, ma questi gli vengono iniettati con la forza. Durante una visita, egli prega la moglie e la figlia di lasciarlo tornare a casa. «Potrai tornare a casa» gli dice la moglie «quando starai bene». Le continue proteste dell'uomo di non essere malato sono considerate dal medico e dalla famiglia soltanto come conferma di quanto egli sia davvero malato di mente. Solo accettando la versione data dalla moglie su quanto era accaduto tra loro in momenti carichi di tensione, egli sarà considerato guarito.

Hurry Tomorrow costituisce una prova filmata del fatto che gli ospedali psichiatrici moderni e progressisti sono solo apparentemente diversi da quelle «fosse dei serpenti» che (quasi tutti ne converranno) erano una volta. Il reparto che ci fanno vedere è pulito ed arieggiato. Il soggiorno è dotato di un apparecchio televisivo e di un tavolo da gioco e sembra che vi sia personale in abbondanza. Gli orrori sono di natura sottile. La maggior parte dei pazienti vagabondano senza meta in un labirinto. Un paziente veterano spiega ad un nuovo venuto che lo stupore è provocato dagli psicofarmaci che entrambi prendono. I membri del personale chiudono a chiave i pazienti dentro piccole stanze o li legano ai letti per i polsi e le caviglie. Un giovanotto esile, di origine messicana, prega in un inglese strozzato di non essere rinchiuso, poi la porta gli si chiude in faccia. I pazienti, ricoverati

10. *Hurry Tomorrow*, un film di Richard Cohen e Kevin Rafferty, Tri-Continental Film Center, New York, 1975.

contro la loro volontà, insistono di essere prigionieri, soltanto per sentirsi dire dallo psichiatra del reparto, che devono abbandonare queste idee, se vogliono essere considerati guariti. Lo psichiatra ha il potere di determinare la versione autorizzata della realtà.

«Lavaggio del cervello» è il termine carico di emotività, usato per descrivere certi tipi di manipolazione psicologica. Soltanto l'indottrinamento in versioni non autorizzate delle realtà viene etichettato come «lavaggio del cervello»; l'indottrinamento secondo i canoni della cultura dominante è definito educazione o formazione morale. Un trattamento psichiatrico è un metodo di indottrinamento socialmente accettabile; chiamarlo «lavaggio del cervello» è verosimile che venga preso per un segno di paranoia.

I farmaci psichiatrici possono essere considerati alla stessa stregua. Praticare il lavaggio del cervello ad una persona per mezzo di droghe è considerato un'azione riprovevole. Droghe, eufemisticamente definite prescrizioni mediche, vengono date ai pazienti (spesso contro la loro volontà), con il dichiarato proposito di cambiare i loro pensieri «malati» e il processo viene definito trattamento.

I moderni ospedali psichiatrici, dove ogni metodo di controllo è stato eufemisticamente ribattezzato, possono essere posti spaventosi. Le azioni di ogni membro del personale — l'assistente che tiene fermo il paziente, l'infermiera che inietta i farmaci, il medico che li ha prescritti — tutti sono stati definiti desiderosi di far del bene. I pazienti che osano proclamare la verità non autorizzata — di essere prigionieri e che coloro che li «aiutano» sono dei carcerieri — forniscono soltanto un'ulteriore evidenza di essere davvero «malati». Soccombere al «lavaggio del cervello», accettare la definizione della realtà fornita dai propri carcerieri, differisce da una «cura» psichiatrica solo in quanto, nell'ultimo caso, la realtà è quella prevalente. Occupare una posizione minoritaria rende una persona soggetto potenziale per il «lavaggio del cervello» psichiatrico.

Quando si può parlare di «lavaggio del cervello» e quando non si può? Il caso di Patty Hearst fornisce un interessante esempio. Quando era prigioniera dall'esercito di liberazione simboionese (SLA), la Hearst fece una serie di registrazioni su nastro. All'inizio pregava i genitori di aiutarla, ma nelle ultime registrazioni li denunciava come fascisti e maiali capitalisti. La reazione pubblica sostenne che le fosse stato praticato un «lavaggio del cervello» dai suoi catturatori. Quando la Hearst fu catturata dallo FBI, e messa in prigione, per i primi tempi mantenne le convinzioni che si era andata formando durante la prigionia definiva la sua azione di occupazione come «guerriglia urbana» e disse ad un vecchio amico di scuola di essere impegnata nel femminismo e nella rivoluzione.

La famiglia di Patricias Hearst ed i suoi avvocati difensori sostennero che le azioni da lei compiute, dopo la decisione di unirsi allo SLA, fossero il risultato di un «lavaggio del cervello» e diversi psichiatri furono incaricati dalla difesa di visitarla. Dai resoconti dei giornalisti sembra che la Hearst, al principio, rifiutasse gli esami psichiatrici, dichiarando che questi costituivano una violenza dei suoi diritti. Sembra anche che, mentre era in prigione, le venissero prescritti farmaci psichiatrici. All'epoca del suo processo per rapina ad una banca, Patty Hearst aveva cambiato le sue idee. Adesso dichiarava che lo SLA le aveva davvero praticato il «lavaggio del cervello*»; un'accusa che prima aveva negato furiosamente.

Uno degli psichiatri nel caso Hearst, Louis Jolvon West, era stato coinvolto in un tentativo infruttuoso di organizzare presso l'Università di California, a Los Angeles, il centro per lo studio della riduzione della violenza. Il centro avrebbe dovuto avvalersi di tecniche quali la psicoturgia e la terapia aversiva su prigionieri etichettati come violenti. West era ben noto per la sua convinzione che i partecipanti nelle ribellioni dei ghetti esibissero sintomi di malattia mentale, come le persone che sceglievano uno stile di vita «hippie». Ovviamente, con questi preconcetti, sarebbe stato difficile per West persino prendere in considerazione la possibilità che la Hearst avesse scelto volontariamente di rimanere con lo SLA.

Quando Patty Hearst declamava frasi retoriche ispirate all'ideologia dello SLA, si parlò di «lavaggio del cervello». Quando, invece, ripeteva la fraseologia retorica della psichiatria, non si parlava più di «lavaggio del cervello». Questo non vuol dire che la Hearst non fosse stata psicologicamente condizionata dallo SLA. Si vuole soltanto indicare che potrebbe anche essere stata condizionata dalla sua famiglia, i suoi avvocati ed i suoi psichiatri. Soltanto il «trattamento» fatto dallo SLA veniva definito «lavaggio del cervello», perché lo SLA aveva sposato cause radicali e impopolari. Il «trattamento» psichiatrico, d'altra parte, che Hearst probabilmente tentò di respingere, veniva considerato come una forza neutrale, piuttosto che come una che implicitamente avalla una particolare versione della realtà.

Un certo numero di persone, inclusi molti psichiatri, dichiarano vittime di «lavaggio del cervello» persone che si sono convertite alla Chiesa Unificata, gli «Hare Krishnas» e altre sette religiose. Ci sono stati casi, in anni recenti, di genitori che hanno rapito i loro figli e figlie adulte, sottraendoli alla setta con cui vivevano, imprigionandoli in camera di albergo e facendoli «deprogrammare» da un preteso «lavaggio del cervello». Chiaramente, si tratta di una forma di mistificazione semantica, dal momento che un certo tipo di coercizione viene chiamato col nome sinistro di «lavaggio del cervello», mentre ad

un'altra forma di coercizione, con cui chi parla concorda, viene dato il nome, di gran lunga più neutrale, di deprogrammazione.

I sostenitori della **deprogrammazione** dichiarano che il loro metodo ottiene buoni risultati, ma molti dei loro «casi», che trattano con successo, continuano a condividere le loro idee impopolari, una volta che si siano liberati del controllo psichiatrico. La «**American Civil Liberties Union**» ha definito la deprogrammazione una seria minaccia per la libertà di religione negli Stati Uniti. Soltanto le forme di culto più estremistiche vengono minacciate ora, ma la deprogrammazione stabilisce un precedente pericoloso per affrontare il dissenso religioso e, ultimamente, altri tipi di dissenso.

Quando gli psichiatri etichettano come persone, che hanno subito un «lavaggio del cervello», coloro che esprimono opinioni politiche o religiose minoritarie, essi prendono una posizione morale e la camuffano da diagnosi medica. Si può venire costretti ad unirsi ad un particolare culto, ma si può anche venire costretti ad unirsi a gruppi religiosi o politici riconosciuti, senza rischiare l'eventualità di venire rapiti e «**deprogrammati**».

Solo quando ci si unisce a gruppi poco numerosi e impopolari si viene considerati vittime di un «lavaggio del cervello»).

Molti ex-malati di mente facendo riferimento alla loro esperienza nell'istituzione ospedaliera, parlano di «lavaggio del cervello* e di «tortura», anche se, come pazienti, avevano assecondato quanto veniva loro fatto. I pazienti che protestano con i medici, sostenendo di essere sottoposti ad un procedimento di («lavaggio del cervello», sono spesso considerati paranoici. Soltanto coloro che accettano il punto di vista psichiatrico (di essere malati e di aver bisogno di un trattamento) sono considerati sulla via della guarigione. Alla stessa stregua dei dissidenti politici, i pazienti psichiatrici sono ritenuti persone che hanno bisogno di essere reclusi e sottoposti a trattamenti curativi, perché concepiscono la realtà secondo un punto di vista non autorizzato.

La mistificazione della psichiatria rende estremamente difficile vedere che le proteste delle sue vittime possano avere qualche validità. Le istituzioni psichiatriche moderne mascherano, truccandolo, ogni aspetto di coercizione. Le celle di isolamento sono chiamate camere di ritorno o stanze di riposo e, almeno in una istituzione, «la camera azzurra»). Le droghe (appellativo negativo) vengono definite medicine (appellativo positivo). Agli psicofarmaci è stato dato l'appellativo di «camicia di forza chimica»), ma le vere camicie di forza sono ben lungi dall'essere fuori moda, sebbene vengano eufemisticamente chiamate «costrizioni» o «**corpetti**». Da quando le porte sono state aperte, i pazienti vengono puniti (anche se, ovviamente, non si parla

di punizione) se attraversano la soglia senza permesso. E la porta chiusa, spesso considerata un fatto del passato, costituisce una realtà ancora molto presente. In un reparto psichiatrico, in cui mi trovavo come paziente, non c'erano porte chiuse, ma eravamo obbligati ad indossare pigiami a tutte le ore e i nostri abiti erano chiusi a chiave negli armadietti. Sebbene non formalmente rinchiusi, eravamo decisamente scoraggiati ad uscire.

La disponibilità di «terapia» varia da un ospedale all'altro, ma tutte le terapie hanno in comune il fatto che le idee e le azioni del paziente devono essere cambiate.

Le questioni morali sollevate dallo status di ospiti involontari di molti pazienti, vengono raramente prese in considerazione.

Alle opinioni dei pazienti, per quanto riguarda gli aspetti negativi, viene spesso dato meno credito che alle valutazioni degli psichiatri.

Gli psichiatri spesso cercano di rafforzare un'adesione rigida ai tradizionali stereotipi sessuali, definendo ogni deviazione col termine di «malattia». Bette Maher ricorda di aver partecipato ad una conferenza per la presentazione al personale (cerimonia che i pazienti chiamavano con un altro nome):

*Dovevo aspettare in un piccolo e affollato corridoio insieme con circa trenta altri nuovi pazienti. Aspettai per oltre due ore che arrivasse il mio turno. Vedevo ogni paziente uscire dall'Inquisizione — ognuno aveva l'aria di essere stato demolito. Sapevo che dovevo *mantenermi* fredda, quando sarebbe venuto il mio turno. Entrai, ero il più composta possibile. Vidi il direttore clinico dell'ospedale, il dott. Benjamin Simon, seduto tutto solo alla fine di un lungo tavolo. Intorno a lui, tutti accalcati, c'erano circa cinquanta membri del personale. Mi misi a sedere al tavolo senza essere stata invitata a farlo. La prima domanda del dott. Simon fu: «come mai una bella ragazza come te non è ancora sposata?»¹¹.*

Cynthia Cekala consultò uno psichiatra, dopo aver preso la decisione di lasciare la scuola superiore. Lo psichiatra fu allarmato dalle sue relazioni sessuali e dall'uso che faceva di droghe leggere e le suggerì il ricovero d'urgenza in un ospedale psichiatrico. «Soltanto ora, dopo aver visto la mia cartella clinica, mi rendo conto perché sono stata mandata qui... La diagnosi, con cui sono stata ammessa era «sessualmente esuberante — se non viene ricoverata, potrebbe rimanere incinta o prendere una malattia venerea»¹².

11. Maher, Bette (1974), Personal Account. In: Glenn, Micheal (a cura di) *Voices from the Asylum*, Harper Colophon Books, New York, p. 102.

12. Cekala, Cynthia (1974), If This Be Insanity. In: Glenn, Micheal (a cura di), *Voices from the Asylum*. Harper Colophon Books, New York, pp. 80-81.

Durante tutto il tempo della mia permanenza, indossavo quello che avevo indossato a scuola — stivaletti, jeans e maglione. Lo «strizza-cervelli» mi disse che se non avessi smesso di essere una «hippie» e se non avessi indossato una gonna, non sarei stata considerata curabile. Nella mia cartella venivo descritta come un «tipo mascolino...». Implorai i miei genitori di farmi uscire. Indossavo le gonne con sottomissione indignata. Alla fine fui mandata dal mio medico. Mi chiese cosa avrei fatto, quando fossi uscita fuori. Dissi che avrei trovato un lavoro da «Bell Telephone» e che sarei tornata a scuola in autunno. Provai quel particolare senso di tensione in gola che uno prova quando mente apertamente e, sebbene evitassi di sbattere gli occhi e li tenessi completamente fissi sul viso, sentivo che sapeva che stavo mentendo. Invece no: «la paziente ha una migliore motivazione nei confronti della vita», scrisse ed io fui rilasciata una settimana più tardi**.

Bette Maher non si considerava adatta per il matrimonio e Cynthia Cekala non pensava di avere bisogno di un lavoro presso una compagnia di telefoni per dimostrare entrambe di essere donne sane, ma i loro psichiatri avevano il potere di etichettarle come «malate», perché non si conformavano allo stereotipo femminile convenzionale.

Allo stesso modo, i pazienti omosessuali vengono definiti «malati» fin tanto che esprimono apertamente le loro non convenzionali preferenze sessuali e qualunque problema possano avere viene comunemente attribuito alla loro omosessualità. Sebbene, nel 1973, l'Associazione Psichiatrica Americana abbia cancellato *l'omosessualità* dalla lista delle diagnosi ufficiali¹⁴, è stata creata una nuova diagnosi che riguarda i *disturbi dell'orientamento sessuale* e questa fa riferimento agli omosessuali come coloro «che sono o disturbati da, o in conflitto con, o che desiderano cambiare il loro orientamento sessuale»¹⁵.

Gli ospedali psichiatrici tendono a definire terapia qualunque cosa avvenga al loro interno — fare i letti e spazzare il pavimento possono essere considerati «terapia al lavoro», andare a ballare o al cinema è una «terapia ricreativa», sedare i pazienti con i farmaci è una «chemioterapia», e così via. Gli ospedali psichiatrici di custodia, che offrono pochi trattamenti, spesso fanno riferimento ad una «terapia-

13. Ibid. p. 83.

14. The Committee on Nomenclature and Statistic of the American Psychiatric Association (1974), *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2^a ediz., American Psychiatric Association, Washington, DC, p. 44.

15. Questa considerazione è stata fatta da Beckman, Lanny (mano, 1974), *Millions of Homosexuals Cured...Instantly! In a Nutshell: Mental Patients' Association Newsletter* 3, nr. 2, p. 4.

ambientale», come se pure l'aria ospedaliera fosse in qualche modo curativa. Ma la responsabilità di una maggiore quantità di trattamenti non migliorerebbe molto le cose. Un esempio orribile del «trattamento» fornito in uno degli ospedali meglio considerati di questo paese — il «Menninger Foundation» a Topeka nel Kansas — possiamo trovarlo nella storia di Sarah, che appare nel libro di Anthony Brandt *Reality Police*.

Sarah fu fatta rinchiodare dai genitori all'età di diciotto anni e trascorse tre anni e mezzo in un istituzione psichiatrica. Durante il primo anno rifiutò di collaborare in qualunque parte del trattamento, nel quale percepiva accuratamente il disegno di spezzare la sua volontà. Quando alla fine accettò di parlare con il medico, scoprì che egli non aveva alcun desiderio di ascoltare le sue opinioni sui suoi problemi. Rapidamente Sarah rinunciò a qualunque tentativo di parlare con lui, eccetto per quanto riguardava la possibilità di guadagnare qualche «privilegio» (nel linguaggio degli ospedalizzati, i <{privilegi}> sono quei diritti umani di base quali indossare i propri abiti, venire lasciati passeggiare all'aperto, recarsi nella stanza da pranzo e così via). Dopo aver compiuto ventuno anni, Sarah fece il tentativo di firmare la sua autorizzazione per uscire dall'ospedale, cosa che ormai la legge le dava il diritto di fare. Rifiutarono, tuttavia, di lasciarla andare, finché non avesse avuto il consenso dei genitori. Poco tempo dopo che Sarah fu dimessa, i suoi, ancora insoddisfatti del suo modo di vivere (viveva con un uomo di colore e faceva progetti di sposarlo), la fecero ricoverare al «Topeka State Hospital», un istituto davvero severo, dove fu tenuta in camera di isolamento per nove mesi. Alla fine riuscì a fuggire, e oggi vive benissimo da sola. Le dichiarazioni di Sarah sui due «ospedali», dove era stata tenuta prigioniera, sono illuminanti:

In confronto all'esperienza da me fatta al «Topeka States», quella al «Menninger» fu più distruttiva e dolorosa a ragione dei suoi metodi sottili, ma capaci di minare in profondità. Nell'ospedale statale, messa di fronte ad una realtà crudele dovevi lavorare duro, e non solo fisicamente, per riuscire a tenervi fronte. L'esperienza vissuta al «Menninger», d'altra parte, portava ad una totale disintegrazione della personalità e dell'autonomia individuale¹⁶.

I trattamenti, che mirano a ristrutturare la personalità di soggetti consenzienti sono giustamente considerati da questi ultimi come forma di tortura.

La cosa più importante, nella storia di Sarah, è che la sua esperienza non è unica. I maltrattamenti possono prendere diverse forme

16. Brandt, Anthony (1975), *Reality Police*, William Morrow & Company, New York. p. 133.

— dalla mancanza di sensibilità dei membri del personale a forme dirette di brutalità fisica — e questo avviene fin troppo spesso. Anche esempi isolati di maltrattamenti non dovrebbero essere tollerati in un sistema dedito alla cura dei malati. Ma una grande quantità di prove sembrano indicare che la principale funzione degli ospedali psichiatrici consista nell'esercitare un controllo sui ricoverati. Quanto accade ai pazienti, proprio come avviene con i prigionieri, desta scarse preoccupazioni. E, poiché i pazienti psichiatrici sono considerati malati di mente, privi di contatti con la realtà, la loro testimonianza ha poco peso. Kenneth Donaldson, un ex-paziente, definisce ironicamente varie «tendenze della schizofrenia», come «essere non cooperativi» (rirefutare di andare a comprare un pacchetto di sigarette per un inserviente), «essere emotivamente instabile» (ad es. dire ad un inserviente di andare all'inferno, quando ti accusa di avere relazioni sessuali con tua madre), e «avere le allucinazioni» (come dire che un inserviente ti ha rotto un braccio, mentre il suo rapporto dice che sei caduto)». Nel suo libro, Donaldson descrive i quindici anni di terrore da lui trascorsi nell'ospedale statale della Florida e culminati con una miliare decisione della Corte Suprema, secondo la quale i pazienti psichiatrici non pericolosi hanno, secondo la Costituzione, diritto alla libertà.

La brutalità non è un fatto casuale nel trattamento psichiatrico istituzionale. La storia degli ospedali psichiatrici è la storia delle diverse torture che sono state perpetrate ai danni dei malati di mente. Benjamin Rush, un firmatario della Dichiarazione d'Indipendenza, è talvolta considerato il padre della psichiatria americana. Egli gestì, dal 1783 al 1813, uno dei primi ospedali psichiatrici degli Stati Uniti, il «*Pennsylvania Hospital*». Il suo ritratto appare sullo stemma della Associazione Psichiatrica Americana. Tra i trattamenti da lui raccomandati, c'erano la flebotomia — salasso (a quel tempo una delle principali forme di trattamento clinico per molte malattie), l'uso di purganti e di emetici (anche questi molto in voga nella medicina dell'epoca), l'uso di docce calde e fredde, e l'applicazione di due delle sue invenzioni: il «tranquillante» e il «piano girevole»¹⁸. Deutsch descrive il «tranquillante» come «una sedia alla quale il paziente veniva legato mani e piedi, fornita di un dispositivo per mantenere la testa in una determinata posizione»¹⁹. Il «piano girevole» consisteva in una tavola alla quale il paziente veniva legato; successivamente la tavola veniva

17. Donaldson, Kenneth (1976), *Insanity Inside Out*. Crown Publishers, New York.

18. Deutsch, Albert (1862), *The Mentally Ill in America*, 2^a ediz. Columbia University Press, New York, pp. 77-79.

19. Ibid., p. 79.

fatta ruotare rapidamente per far affluire più sangue alla testa²⁰. Deutsch descrive un certo numero di «trattamenti» molto popolari all'epoca di Rush, notando, con franchezza, che si trattava di «meccanismi ingegnosi per provocare terrore»²¹. In un caso, il paziente era immobilizzato, mentre una potente pompa dirigeva, per quattro minuti, un getto d'acqua sulla spina dorsale. Oppure poteva accadere che un paziente fosse fatto salire su una botola, che nascondeva una vasca piena d'acqua. Al momento giusto per la terapia, la porta della botola veniva aperta e il paziente tuffato nel «bagno a sorpresa»²². Un altro «trattamento» consisteva nel collocare il paziente in una scatola piena di buchi poi immersa nell'acqua. È evidente che il paziente doveva essere rianimato dopo che la scatola era ripescata²³. Deutsch non era orripilato dall'uso di queste pratiche: «Abbastanza stranamente, torture ed esperienze terrificanti, che erano state applicate come punizioni dirette a tempi precedenti, ricevevano in questa particolare epoca la benedizione di una rispettabile teoria medica, come lodevoli misure terapeutiche»²⁴. Secondo il punto di vista di Thomas Szasz, tuttavia, il fatto non è per nulla strano, ma diventa completamente comprensibile una volta che si sia riconosciuta la malattia mentale come «nozione successiva a quella di eresia; gli psichiatri come... successori-agenti degli inquisitori; e gli interventi psichiatrici come... successori-punizioni delle torture dell'inquisizione»²⁵.

Nella storia della psichiatria convenzionale, Philippe Pinel, che, dopo la Rivoluzione, liberava dalle catene i ricoverati dei manicomi francesi da lui stesso diretti, viene raffigurato come colui che «liberò» i pazienti. Lo storico Michel Foucault fornisce una diversa interpretazione. «È dentro le mura del confinamento che Pinel e la psichiatria del diciannovesimo secolo avrebbero avuto ragione dei pazzi; è lì, ricordiamocelo — che li avrebbe lasciati, non senza vantarsi di averli salvati²⁶. Secondo Foucault, Pinel ha favorito la reclusione psichiatrica per almeno tre categorie di persone: i fanatici religiosi, le persone che rifiutavano di lavorare e i ladri²⁷. Sebbene non più incatenati fisicamente ai muri, i ricoverati di Pinel erano soggetti a coercizioni e a trattamenti coatti.

20. Ibid.

21. Ibid., p. 81.

22. Ibid.

23. Ibid., p. 82.

24. Ibid.; p. 81.

25. Szasz, Thomas, *Manufacture of Madness*, p. 151.

26. Foucault, Michael (1965), *Madness and Civilisation*. Pantheon Books, New York, p. 39.

27. Ibid., p. 268.

I moderni metodi di trattamento, inoltre, possono venire considerati sia come trattamenti (da coloro che li somministrano) che come torture (da coloro che li subiscono). Dai momento che i trattamenti psichiatrici sono così spesso somministrati contro la volontà del soggetto, è molto difficile accettare senza riserve i punti di vista, frequentemente espressi dagli psichiatri, che questi trattamenti siano dolorosi e benefici. Ai nostri giorni, il metodo più comune di trattamento psichiatrico, sia negli ospedali che fuori, consiste nella somministrazione di psicofarmaci. Quantunque gli psichiatri abbiano ideato la teoria secondo la quale tali sostanze correggono le disfunzioni chimiche del cervello, non vi è alcuna prova che le cose stiano effettivamente così e ci sono tante diverse teorie sul modo di funzionare degli psicofarmaci quanti sono gli psichiatri ricercatori.

Gli psicofarmacologi spesso paragonano i loro farmaci con l'insulina, che, pur non curando i diabete, lo mantiene sotto controllo. Questa analogia, anche se ampiamente accettata, è fallace. L'insulina è per natura prodotta nel corpo; alcune persone (diabetici) ne sono carenti. Quando i diabetici assumono l'insulina, l'equilibrio chimico del loro corpo viene ripristinato e lo stato di normalità si ristabilisce. Nessun organismo, tuttavia, produce per natura «thorazine» o «lithium»; questi farmaci vengono somministrati agli individui sulla base della teoria farmacologica che la chimica del loro corpo sia, in qualche modo non ancora noto, anormale. Le «megavitamine» costituiscono un altro tipo di «trattamento» per la «malattia mentale» e hanno il vantaggio di essere meno pericolose dei tranquillanti e dei farmaci specifici, ma non esiste neppure una prova che gli schizofrenici soffrano di una carenza vitaminica. Tutti i trattamenti farmacologici per la malattia mentale sono basati su teorie non dimostrate.

Fuori dei laboratori e dentro i reparti, le cose cominciano ad apparire un po' differenti. Anthony Brandt, che racconta la storia di Sarah in *Reality Police*, si fece ricoverare lui stesso in un ospedale psichiatrico, per poter portare avanti le ricerche necessarie alla stesura del suo libro. Dopo una breve intervista con uno psichiatra, in cui sostenne di udire voci, egli fu consegnato a due assistenti e ad un'infermiera. Senza alcuna spiegazione, gli venne praticata un'iniezione.

Fu il farmaco, tuttavia, che mi soprafecce. «Serentil» è un potente tranquillante ad azione rapida usato per il trattamento immediato di sintomi allucinatori. La sostanza provoca effetti collaterali molto forti. Dopo che l'assistente mi ebbe messo a letto, non potei prendere sonno... Dopo circa un'ora mi alzai per bere un po' di acqua e mi avviai barcollante verso la sala. Ma perché mai sto barcollando? Pensavo. Che cosa mi succede? Non riesco a controllare le gambe. Brancolavo avanti e indietro come un ubriaco, cercando a tentoni i muri. Sudato e spaventato, riuscii

a stento a raggiungere la fontana. Il mio corpo era totalmente privo di forze. Mentre cercavo di tornare a letto, caddi a terra per ben due volte... Il farmaco non era stato ideato con lo scopo preciso di trasformare le persone in molluschi. Ciononostante, non era assolutamente possibile che io potessi creare problemi al personale mentre ero sotto la sua influenza²⁸.

Non è solamente in relazione alla somministrazione dei farmaci che quanto oggi avviene negli ospedali psichiatrici si discosta drasticamente dalle formulazioni teoriche degli psichiatri. Attraverso i loro scritti, essi frequentemente manifestano punti di vista inattaccabili sui trattamenti psichiatrici. Spesso dichiarano che le «camicie di forza» rappresentano un cimelio del passato, ma nello stesso tempo i pazienti nei reparti sono di frequente costretti ad indossarle. Lo storico della psichiatria Gregory Zilboorg, che scriveva nel 1941, dichiarava che «il numero delle persone prive di una formazione specialistica che si occupano di malati di mente è ormai praticamente trascurabile»²⁹. Secondo questo autore, gli obiettori di coscienza negli Stati Uniti venivano assegnati come personale ai reparti psichiatrici, non perché avessero qualche particolare interesse o inclinazione, ma perché questo tipo di lavoro era ritenuto abbastanza sgradevole da rappresentare una punizione adeguata per coloro che si rifiutavano di combattere. Si potrebbero elencare innumerevoli esempi delle discrepanze tra il punto di vista psichiatrico sugli ospedali psichiatrici e le esperienze di operatori e pazienti.

Per molti anni gli psichiatri hanno ritenuto che il deterioramento visibile nei loro pazienti «schizofrenici cronici» (pazienti etichettati come schizofrenici e rimasti in ospedale per molti anni) era un effetto inevitabile del processo patologico. Tuttavia, ora appare evidente che una lunga degenza in un'istituzione psichiatrica sia la vera causa della perdita di abilità sociali, della mancanza di interesse nei confronti del mondo esterno e dello stato stuporoso, che precedentemente venivano attribuiti alla schizofrenia. J. K. Wing e G. W. Brown, che studiarono i pazienti di tre ospedali psichiatrici inglesi per un periodo di otto anni, arrivarono alle conclusioni che «i vari stadi di questo lavoro portano tutti a una conclusione alla quale è molto difficile resistere: una sostanziale proporzione, anche se non tutti, dei sintomi patologici manifestati dagli schizofrenici lungo degenti negli ospedali psichiatrici è prodotta dalle influenze ambientali»³⁰. Pazienti che trascorrono

28. Ibid., p. 166.

29. *History of Medical Psychology*, p. 415.

30. King, J. W. e Brown, G. W. (1977), *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge p. 177.

lunghi periodi di tempo in ospedali psichiatrici divengono «istituzionalizzati»: si adattano, al meglio delle loro possibilità, al mondo ristretto rappresentato dall'istituzione.

Man mano che **gli** stessi psichiatri arrivano a riconoscere come l'istituzionalizzazione psichiatrica possa essere dannosa, alcuni di loro cominciarono a escogitare «alternative». La comunità terapeutica fu introdotta in Inghilterra da Maxwell Jones tra la fine degli anni 40 e l'inizio degli anni 50 e fu ampiamente salutata dalla professione psichiatrica come un'iniziativa che apportava cambiamenti significativi nel trattamento, coinvolgendo il paziente nel processo di guarigione piuttosto che farne il passivo residente di un ospedale. Secondo la descrizione di Jones:

*In una comunità terapeutica tutto il tempo che viene speso dal paziente in ospedale è considerato come trattamento. Un trattamento per essere efficace non implicherà soltanto la cura dei **problemi** neurotici dell'**individuo**, ma anche una consapevolezza dei nuovi **problemi** che il fatto stesso di trovarsi in un ospedale per malattie nervose comporterà per il paziente. Implicherà, inoltre, la considerazione di quali aspetti del contesto sociale possono essere usati per agevolare il trattamento. Il paziente, l'ambiente sociale in cui questi **vive** e lavora e la comunità **ospedaliera** di cui egli diviene membro temporaneo, sono tutti aspetti importanti che interagiscono tra di loro³¹.*

Ma nel caloroso resoconto che Jones stesso fornisce del suo nuovo metodo, troviamo che le cose non sono cambiate davvero molto, se le consideriamo dal punto di vista di un paziente:

*Una versione modificata della terapia con insulina è ampiamente usata, inoltre ci sono sempre **alcuni** pazienti in terapia **elettroconvulsivante**. Molto raramente vengono utilizzate tecniche **abreattive** che impiegano sostanze quali l'etere o il **sodio amitale** e altrettanto poco frequente è l'intervento di **leucotomia** (una forma di **psico-chirurgia**). La terapia di «choc **insulinico**» è usata abbastanza spesso³²...*

*Ogni settimana viene tenuta una riunione, alla quale partecipano tutti i membri del personale dell'**unità**... Il paziente stesso viene intervistato dai partecipanti, se questi lo ritengono **necessario**³³.*

In questo tipo di «struttura alternativa», i pazienti erano soggetti a terapie fisicamente intrusive ed i loro casi venivano discussi durante riunioni del personale, dalle quali essi erano esclusi: lo stesso tipo di

31. Jones, Maxwell (1953), *The Therapeutic Community* Basic Books, New York, p. 53.

32. Ibid., p. 30.

33. Ibid., pp. 27-28

procedure che i pazienti trovano opinabili in strutture di tipo più tradizionale. Jones non affrontava neppure il problema se fosse stato ottenuto il consenso del paziente per il ricovero in ospedale e per le terapie³⁴.

Le comunità terapeutiche vengono di solito d scritte nella letteratura psichiatrica come posti dove rigide distinzioni di ruolo (medico, infermiera, paziente) sono abolite e dove tutti i membri della comunità sono ugualmente coinvolti nel processo decisionale. Ma lo psichiatra Joe Berke, che ha lavorato in una di queste strutture, aveva una visione delle cose un po' diversa:

Nel migliore dei casi, (la comunità terapeutica) consentiva al personale ed ai pazienti un'ampia dose di auto-determinazione. Poi essi portavano avanti le loro esistenze quotidiane al meglio delle loro possibilità e con la consapevolezza che tutte le regole del comportamento interpersonale erano aperte alla discussione e che canali precisi di comunicazione esistevano tra tutti gli interessati. Era stata formata una comunità.

Nel peggiore dei casi, il programma degenerava in forme organizzate di lavaggio del cervello. Ci si aspettava che i pazienti parlassero liberamente dei loro sentimenti e spesso venivano puniti per quanto detto, ma al personale non veniva fatta alcuna pressione perché facesse altrettanto. Il potere rimaneva nelle mani dell'amministratore, sebbene a ciascuno fosse stato detto che il gruppo era libero ed aperto. Vanti di minore importanza, nella vita di una comunità terapeutica, quali la possibilità di incontrarsi tra pazienti uomini e donne ed il permesso di indossare i propri abiti, fungevano da sostituti per istanze fondamentali quali l'autonomia personale e l'identità sessuale.

Sfortunatamente, il 99.44/100% dei programmi che furono varati sotto l'egida di «comunità terapeutica» appartenevano a quest'ultimo tipo³⁵.

La mia esperienza in una «comunità terapeutica» fu molto più vicina al punto di vista di Joe Berke che a quello di Maxwell Jones. Come paziente in un ospedale che seguiva il modello della comunità terapeutica, scoprii che spesso i medici esprimevano affermazioni di tipo autoritario, ma ingannevolmente le formulavano in modo che sem-

34. Come esempio di comunità terapeutica che impedisce fisicamente ai pazienti di andarsene, si veda Morgolis. M. Philip (1973), Patient Power. Charles C. Thomas, Springfield, III. Al quale Jones ha scritto una recensione entusiasta.

35. Barnes, Mary e Berke Joe (1973), Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness, Ballantine Books, New York, pp. 88-89.

brassero provenire «dal gruppo», anche se era chiaro che provenivano direttamente dagli psichiatri³⁶.

L'esempio più rilevante si verificò quando un paziente del reparto commise il suicidio durante la libera uscita per il fine settimana (come abbiamo menzionato nel secondo capitolo). La riunione di reparto, il lunedì mattina successivo, cominciò con l'entrata di tutti i medici, dopo che gli altri membri del personale ed i pazienti si erano già riuniti. Uno dei medici, allora, si lanciò in una bizzarra serie di affermazioni: «il gruppo è molto turbato dalla morte di Bill»; — nessuno di noi aveva ancora avuto la possibilità di esprimere i propri sentimenti in proposito — «ognuno si sente insicuro, dal momento che si suppone che l'ospedale sia un posto sicuro dove le persone sono protette contro i loro stessi propositi suicidio. Non c'era alcun modo di scoprire se questo fosse vero oppure no, dal momento che egli proseguì rapidamente: «per aiutare ciascuno a sentirsi più sicuro, il gruppo ha deciso di chiudere a chiave il reparto per qualche settimana». Il gruppo, ovviamente, non aveva deciso niente. Gli psichiatri avevano deciso, ma attribuendo le loro azioni al «gruppo», mistificavano la fonte di potere all'interno del gruppo e facevano in modo che i pazienti mettessero in dubbio le proprie percezioni su quanto era accaduto.

Anche le successive innovazioni nel campo dell'istituzione psichiatrica provenivano dall'Inghilterra. Gli psichiatri David Cooper e R. D. Laing introdussero dei cambiamenti nei reparti ospedalieri che dirigevano. Dal 1962 al 1966, Cooper diresse «Villa 21», un reparto con diciannove posti letto di un ospedale psichiatrico inglese. Egli cercò di sovvertire la tradizionale struttura gerarchica tra i membri del personale, così come cercò di togliere al personale la responsabilità per ogni aspetto della vita dei pazienti. Pazienti e membri del personale consumavano i pasti assieme ed ai primi era permesso di chiamare per nome i secondi (a quel tempo, entrambe le iniziative diedero inizio a innovazioni nel campo delle relazioni tradizionali tra personale e pazienti). Cooper si rendeva conto, tuttavia, che le distinzioni di ruolo erano espressione di differenze reali: «i membri del personale sono pagati per essere là, i pazienti non lo sono»³⁷.

Il suggerimento di Cooper che gli ex-pazienti fossero impiegati come personale nel reparto incontrò una ufficiale disapprovazione.

36. Berke è stato testimone di un esempio drammatico di questo fatto. Ibid., pp. 89-92.

37. Cooper, David (1971) *Psychiatry and Anti-Psychiatry* Ballantine Books, New York, p. 117.

Quattro anni dopo, Cooper riconobbe che i limiti dell'innovazione si trovavano all'interno del contesto dell'ospedale psichiatrico:

«L'esperimento» dell'unità ha avuto sicuramente un «risultato» ed ha avuto una «conclusione» certa. Il risultato è rappresentato dai limiti del cambiamento istituzionale, e questi limiti sono risultati essere davvero molto ben delineati — persino in un ospedale psichiatrico progressista. La conclusione è che se tale unità dovrà svilupparsi ulteriormente, lo sviluppo dovrà avvenire al di fuori dei confini dell'istituzione più grande³⁸.

Agli inizi della sua carriera, anche R. D. Laing introdusse delle innovazioni all'interno dell'organizzazione ospedaliera psichiatrica. Egli selezionò dodici pazienti lungo-degenti da tempo isolati, ai quali era stata attribuita una diagnosi di schizofrenia e li riunì in una grande stanza, dove venivano trattati con dignità e rispetto e dove potevano fare ciò che volevano. Il primo giorno i pazienti condotti nella stanza e ricondotti nel reparto nel pomeriggio. Il secondo giorno ci fu un cambiamento drammatico. Tutti e dodici pazienti si radunarono davanti alla porta della stanza dove venivano trattati in modo così diverso, chiacchierando e ridendo tra di loro. Sebbene molti di loro fossero stati ricoverati in ospedale per anni, nel lasso di diciotto mesi furono tutti dimessi. Ma entro un anno fecero tutti ritorno, spingendo Laing a formulare la sua teoria che la «schizofrenia» sia il risultato di qualcosa che viene fatto al paziente dalla sua famiglia³⁹. Presto Laing smise di lavorar in ambienti ospedalieri.

Laing ritiene che la schizofrenia non sia una malattia, ma un ((viaggiometanoico» — letteralmente, un'esperienza di «cambiamento psichico»⁴⁰.

Gli ospedali psichiatrici tradizionali — di fatto, tutte le pratiche psichiatriche tradizionali in generale — sono organizzate in modo da ostacolare questo viaggio, invece di agevolarlo.

Gli ospedali psichiatrici definiscono questo viaggio come «ipso facto» pazzia «per sè» e lo curano di conseguenza. L'ambiente di una clinica e di un ospedale psichiatrico agisce promuovendo nel personale e nei pazienti gli atteggiamenti più adatti per distogliere il metanoico da un viaggio di scoperta dentro di se stesso di natura potenzialmente rivoluzionaria e con una prospettiva potenzialmente liberatoria e gettarlo nella

38. Ibid., p. 121.

39. Questo racconto è tratto da Gordon, S. James (1972), *Who is Mad? Who is Sane?* R. D. Laing: In Search of a New Psychiatry. In Ruitenbeek, Hendrik M. (a cura di) *Going Crazy: The radical Therapy of R. D. Laing and Others*. Bantam Books, New York, p. 12.

40. Laing, R. D., *Metania: Some Experiences at Kingsley Hall, London*. In Ruitenbeek (a cura di) *Going Crazy*, p. 12.

catastrofe: in un processo patologico da cui la persona deve essere curata. Chiedevamo: che cosa succederebbe se cominciasimo a cambiare il nostro atteggiamento e l'ambiente e a considerare quanto sta accadendo come un potenziale processo curativo attraverso il quale la persona possa idealmente venire guidata e difesa? In sostanza, le cose stanno semplicemente così⁴¹.

Laing e i suoi colleghi, rendendosi conto che vi erano dei limiti al tipo di cambiamenti significativi che potevano essere attuati all'interno della struttura ospedaliera, organizzarono un alloggio dove pazienti e personale potessero vivere e lavorare insieme, il noto «Kingsley Hall». Mary Barnes, che ha vissuto al «Kingsley Hall» per molti anni ed ha provato la regressione e la rinascita, che Laing ritiene essere le conseguenze naturali dell'esperienza schizofrenica, è autrice di un libro straordinario sulle sue esperienze. Molto prima di aver mai sentito parlare di R. D. Laing, Mary Barnes avvertì l'esigenza di «sprofondare» fino in fondo a se stessa, «di venire al mondo di nuovo, di rinascere, senza torture e libera da tutta la confusione»⁴². Questo era impossibile in un ospedale psichiatrico. Quando incontrò Laing, il «Kingsley Hall» non era stato ancora fondato e per oltre un anno, benché sentisse di cominciare a «sprofondare», resistette fino al momento in cui la comunità poté essere organizzata. Entro alcuni giorni dal trasferimento al «Kingsley Hall», Mary cominciò a regredire: si mise a letto, rifiutava il cibo, beveva da un poppatoio, stava seduta al buio senza parlare. Tornò all'infanzia e poi cominciò a crescere di nuovo fino a diventare una persona veramente diversa. Mary scoprì di possedere un talento artistico, precedentemente sconosciuto, e quando lasciò il «Kingsley Hall», fu per una vita di gran lunga più soddisfacente come pittrice.

Il «Kingsley Hall» non era un ospedale, era una grande vecchia casa situata in una zona povera di Londra, dove la gente poteva venire a vivere, a lavorare, ad immergersi in una stimolante atmosfera intellettuale e a vivere l'esperienza della propria pazzia. In teoria, non doveva essere fatta alcuna distinzione tra personale e pazienti. Joe Berke, uno psichiatra che lavora con Laing al «Kingsley Hall», scoprì che «molte persone venivano al «Kingsley Hall» con l'idea di aiutare gli altri nella comunità e finivano per dover essere accuditi dalla comunità stessa»⁴³.

Il «Kingsley Hall» faceva parte di una rete di alloggi organizzati

41. *Ibid.*

42. Barnes e Berke, *Mary Barnes*, p. 3.

43. *Ibid.*, p. 271.

a Londra dalla «Philadelphia Association» e dalla «Arbours Association», dirette da Laing e dalle persone a lui strettamente legate. David Parker, che ha vissuto in diversi alloggi della «Arbours Association», presenta una versione alquanto diversa di come fossero organizzate queste «alternative»:

Mi trovavo in una casa diretta dalla «Arbours Association» a Londra. La «Arbours Association» consiste in un gruppo di ricerca e di formazione, ed in un centro residenziale per persone che vivono in condizioni di disagio emotivo — spesso ex-pazienti psichiatrici o persone che avrebbero dovuto essere ricoverate in ospedale. La «Arbours Association» era una colonia gestita da «strizza-cervelli»>In ogni questione di una qualche importanza, gli «strizza-cervelli» prendevano le decisioni e ci si poteva proprio scordare di tutti gli altri. Gli «strizza-cervelli»>avevano le loro riunioni e prendevano tutte le decisioni.

C'era un aspetto positivo. Generalmente erano contrari agli psicofarmaci, sebbene ne dessero ad un tizio di mia conoscenza. Gli «strizza-cervelli» facevano anche riunioni per discutere dei pazienti in assenza degli stessi. Ho una registrazione di una di queste riunioni (ho avuto il permesso di registrare da tutti i presenti) in cui essi parlano dello «stato psicopatologico» di un particolare residente.

C'erano persone che lavoravano nelle «case» — ho sempre pensato a loro come «fantocci» degli psichiatri. Una volta uno dei residenti veniva criticato per aver gettato dell'immondizia fuori dalla finestra. Il «fantoccio» gli disse che lo avrebbe buttato fuori a calci dalla casa. Fu veramente terribile — il modo in cui veniva trattato era così brutale. Quella stessa notte, pertanto, il residente fuggì. Tutti gli psichiatri vennero alla casa e decisero di chiamare la polizia per cercare di riprenderlo. E questo doveva essere un posto completamente libero dove nessuno venisse costretto ad una permanenza forzata.

Ecco il caso di un'altra residente: gli «strizza-cervelli» che gestivano Arbours tennero una riunione sul caso e decisero di internarla in ospedale per sottoporla ad una terapia di elettroshock. Le feci visita dopo che aveva ricevuto i trattamenti convulsivanti ed essa neppure si ricordava di me, nonostante avessimo vissuto nella stessa casa per mesi e fossimo stati buoni amici. Neppure si ricordava di me.

L'unico beneficio che ho tratto dalla mia permanenza ad Arbours consisteva nel parlare con gli altri pazienti⁴⁴.

L'atteggiamento critico di David Parker solleva un'importante ed inquietante questione. Fino a che punto gli psichiatri sono desiderosi (o capaci) di rinunciare al loro terribile potere sui pazienti? Come

44. Intervista personale con David Parker, 8 dicembre, 1976.

abbiamo visto le «comunità terapeutiche» di solito ingannano i pazienti circa la distribuzione del potere all'interno della comunità stessa. Le «case» organizzate da Laing, sebbene fossero di gran lunga più simili a vere comunità di quanto potrebbe mai essere un reparto ospedaliero, ospitavano persone che impersonavano ruoli così diversi come quelli di «psichiatra» e di «schizofrenico cronico». Se non vengono compiuti scrupolosamente degli sforzi per infrangere questa distinzione di ruoli, coloro che sono soliti assumere il potere lo assumeranno, così come coloro che sono soliti sottomettersi si sottometteranno.

Forse proprio l'idea di lasciare che gli psichiatri abitino nella «casa» rende impossibile una uguaglianza reale. A San José in California, il «Soteria House» (basato in parte sul modello del «Kingsley Hall») era un posto dove sei «pazienti» e quattro «guide» vivevano insieme. Sebbene l'iniziativa fosse partita sotto gli auspici della psichiatria e sebbene impiegasse un assistente sociale come direttore e un consulente psichiatra, l'aspetto maggiormente enfatizzato al Soteria era il fatto che il personale non fosse specializzato e che potesse *stare con* i pazienti, piuttosto che *fare loro* qualcosa.

Il «Soteria House» rifiutava specificatamente il modello medico, considerando la «schizofrenia» non come una malattia ma come una «crisi evolutiva» con positive potenzialità di apprendimento.

Si ritiene che, permettendo e aiutando il residente a convivere e a superare queste crisi esistenziali, o schizofrenia, egli sarà più capace di capire se stesso e le sue paure. Così piuttosto che ignorare o reprimere questi stati alterati, egli li esplorerà, li comprenderà e alla fine imparerà da loro. Nella nostra «casa», si crede che questo processo di crescita possa lasciare il soggetto con un senso di identità penino più forte rispetto a prima della crisi⁴⁵.

Alma Menn, un'assistente sociale che era la direttrice-residente al «Soteria House» (il nome Soteria deriva dalla parola greca che significa «liberazione») ha descritto la vita nella «casa»:

Compriamo il cibo, cuociamo il pane nel forno, facciamo lavori di cucito, tingiamo tessuti, seminiamo piante nel nostro giardino e giochiamo a ping-pong. Chiunque ne abbia voglia (o possibilità) può fare un turno preparando un pranzo e poi rigovernando. Scriviamo diari, suoniamo le chitarre, sediamo sulla veranda davanti alla casa, raccogliamo dati, andiamo alla spiaggia, facciamo sedute di yoga e massaggi; in breve, facciamo tutto ciò che è necessario ed importante per le persone che vivono

45. Opuscolo del «Soteria House», citato in Mosher, Loren R. (agosto 1972), A Research Design for Evaluating a Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 23, nr. 8, p. 232.

qui. Abbiamo riunioni di tanto in tanto per discutere i problemi della «casa»: qualcuno sporca troppi asciugamani, qualcuno disturba gli altri con i propri capricci, qualcuno è scappato ed è stato ritrovato dai poliziotti e portato all'ospedale. Noi non abbiamo un'infermiera, né diritti di movimento all'interno dell'istituzione, né zone riservate ai gruppi, né libere uscite per il fine settimana e neppure una stanza per le medicazioni»⁴⁶.

Il «Soteria House» era nato come progetto di ricerca per confrontare l'efficacia di un approccio non professionale e non medico con l'ospedalizzazione convenzionale. I residenti formavano il «gruppo sperimentale»; un «gruppo di controllo») adeguato era costituito dai pazienti ospedalizzati di un centro comunitario di salute mentale, curati con farmaci ed altri metodi psichiatrici tradizionali. Questa procedura solleva domande inquietanti (e prive di risposte) sulla adesione e sul consenso dei partecipanti all'esperimento. Sembra che i residenti del «soteria House» fossero lì non perché soddisfacessero i criteri di inclusione dell'esperimento (non essere coniugati, avere un'età tra i quindici e i trenta anni e non avere avuto precedenti esperienze di ospedalizzazione) e che fossero assegnati a caso al gruppo sperimentale. Non ho trovato alcuna discussione di questo importante fattore negli articoli pubblicati dai fondatori del Soteria. Sebbene il «Soteria House» fosse stato ideato da uno psichiatra ricercatore e fondato dal «National Institute of Mental Health», rappresenta, tuttavia, un'alternativa in quanto rifiuta l'impostazione tradizionale della psichiatria che disumanizza e annulla il «matto», ma la definizione stessa attribuita al progetto di ((esperimento nel trattamento della schizofrenia*, dimostra come, in fondo, si accetti il modello della malattia.

Esistono strutture alternative per persone in crisi ad impostazione totalmente non professionale, che si distaccano completamente dal sistema della salute mentale. A Boston, per esempio, la «Elizabeth Stone House» rappresentava un'alternativa sia agli ospedali psichiatrici che alle tradizionali case-ostello⁴⁷. I primi due piani della casa, posti in un'area popolare di Boston, costituiscono il «Refuge Center», dove donne in crisi, che altrimenti avrebbero dovuto ricoverarsi in ospedale, possono restare per un tempo massimo di due settimane. Le funzioni del personale vengono svolte da donne che offrono volontariamente di impiegare il loro tempo in turni da una ad 8 ore per set-

46. Menn, Alma (1975), *Growing at Soteria*. In Jaffe, Dennis T. (a cura di) *In Search of a Therapy*. Harper Colophon Books, p. 86.

47. The Elizabeth Stone House: A Boston Womens' Residential Mental Health Alternative, fornito dallo Stone House, s.d.

timana. Le volontarie vengono reclutate soprattutto tra i membri della comunità femminista di Boston e includono studentesse ed alcune ex-pazienti psichiatriche. I due piani superiori ospitano la «Therapeutic Community», una residenza a lungo termine che fornisce un ambiente di vita di sostegno senza le restrizioni di un programma «casa-ostello»⁴⁸.

Lo «Stone House» fu fondato nel 1974 a seguito di una conferenza intitolata «donne e malattia mentale», che portò alla formazione di un gruppo deciso ad organizzare un centro di servizi alternativi per le donne. Trovarono una casa e raccolsero il denaro necessario per pagare l'affitto attraverso una serie di richieste di finanziamenti alla comunità femminile di Boston. Una volta resa operativa la «casa», riuscirono a raccogliere numerose piccole donazioni, oltre ad una donazione del «National Institute of Mental Health» (da un fondo per organizzare programmi innovativi). «L'Elizabeth Stone House» opera sulla base di un incredibile bilancio di dodici mila dollari l'anno, la maggior parte dei quali sono destinati al pagamento dell'affitto della casa. Nessun membro del personale riceve uno stipendio. Attualmente vi sono circa quaranta volontari, che per massima parte lavorano in un solo turno di otto ore per settimana. Le decisioni vengono prese durante una riunione settimanale di coordinamento del comitato, che delega responsabilità specifiche a quelle donne che hanno più tempo ed energie da dedicare alla «casa».

Le donne diventano residenti del centro dopo esservi state inviate da numerosissime agenzie di servizio sociale o dopo essersi recate per propria scelta. Lo «Stone House» non accoglie donne con tendenze suicide o omicide o quelle il cui problema sia l'alcolismo o l'assunzione di sostanze stupefacenti (sebbene vengano accettate donne per le quali i problemi di dedizione all'alcool o agli stupefacenti si presentano in aggiunta ad altre situazioni problematiche). Una persona che chieda di diventare residente viene intervistata dalla volontaria di turno e da ogni residente interessata, dopo di che, insieme, queste prendono la decisione di ammettere o meno la donna. Alcune donne decidono di non restare allo «Stone House» in quanto sono interessate ad un ambiente più strutturato di quello che può fornire la «casa». Mentre quest'ultima fornisce consulenze informali e indirizza a strutture che possono aiutare le donne a risolvere i loro problemi emotivi, medici e legali, l'accento è posto sull'obiettivo principale di fornire un'atmosfera positiva favorevole alla crescita:

Le donne spesso vivono crisi emotive come reazione per sopravvivere

48. Ibid.

ad un ambiente opprimente. Spesso, non solo si presenta la necessità di cambiamenti che riguardino un individuo, ma anche il suo ambiente. Con il «Women's Refuge Center Program» abbiamo cercato di fornire un posto in cui le donne potessero attuare i cambiamenti necessari sia a livello individuale che nel loro ambiente. Siamo convinti che le crisi emotive non rappresentino una «malattia» permanente e invalidante, ma un'esperienza temporanea spesso necessaria per poter affrontare la vita. Molti programmi residenziali per donne in crisi attualmente esistenti consistono in ospedali psichiatrici o in case-ostello di tipo quasi istituzionale, che rinchiudono le persone nel ruolo di «malato», le spogliano del loro potere decisionale e non permettono loro di effettuare cambiamenti, né di esercitare un controllo sulle proprie vite e, cos' facendo, perpetuano il tipo di situazione che era stato la causa primaria delle crisi emotive. Il «Women's Refuge Center» si propone di creare un ambiente che fornisca alle donne uno spazio dove ricominciare a costruire la propria esistenza con il sostegno di altre donne, ma senza una struttura rigida. Per ottenere questo risultato è stata ridotta al minimo la differenza tra personale e utenti. A causa della natura a breve termine del programma, la presenza di personale è indispensabile per assicurare una continuità dei servizi. Tuttavia, sia gli utenti che il personale hanno uguale potere in tutte le decisioni riguardanti il centro stesso. In questo modo, i tradizionali ruoli professionali che situano l'autorità al di fuori della donna e nelle mani di «esperti», vengono demistificati e l'autorità di operare i cambiamenti necessari viene restituita agli individui⁴⁹.

Lo «Elizabeth Stone House» rappresenta un'alternativa reale in quanto sta consapevolmente cercando di infrangere le distinzioni di ruolo tra personale e paziente. Le donne che vivono nella «casa» non sono pazienti. Sebbene esse vivano in condizioni temporanee di estremo disagio, non vengono considerate inabili. Si sottolinea l'importanza della cooperazione, ma ogni donna (la residente come la volontaria) è considerata come colei che detiene la responsabilità finale della propria vita.

Gli svantaggi del modello rappresentato dallo «Stone House» includono le condizioni finanziarie costantemente precarie, il bisogno di conservare l'entusiasmo e la dedizione di un personale composto interamente di volontari e lo sviluppo di alcune divisioni reali tra questi ultimi e le residenti. La necessità di raccogliere fondi rappresenta un problema crescente e lo «Stone House» non ha mai potuto contare su nessuna fonte di finanziamenti a lungo termine. In conseguenza di questo fatto, molto tempo prezioso deve essere dedicato dal personale

a sforzi costanti per procurare il necessario sostegno economico. Mantenere una quantità adeguata di membri del personale, rappresenta un altro costante problema. persino coloro, che si sono offerte volontarie con il più grande entusiasmo e dedizione, sono costrette ad inserire le loro attività nei ritagli di tempo rimasti liberi dopo il lavoro o la scuola. Disporre di un personale remunerato crea un certo numero di problemi, ma almeno consente ai membri di dedicare la maggior parte del loro tempo al lavoro estenuante (ma ricco di soddisfazioni) di stare con persone in crisi.

Anche senza un personale pagato, tuttavia, lo «Stone House» ha sviluppato alcune nette distinzioni tra personale e residenti. Le volontarie vengono reclutate soprattutto nella comunità delle femministe e tendono ad appartenere alla classe media e a possedere un livello culturale elevato, mentre le residenti generalmente provengono dalle classi povere, non hanno un buon livello culturale e non si considerano femministe. Le donne povere, ovviamente, hanno meno tempo ed energie da dedicare ad un lavoro volontario. Poche ex-residenti sono ritornate allo «Stone House» come volontarie.

Nell'organizzare una struttura per fronteggiare situazioni di crisi, è ovviamente necessario fare alcune distinzioni tra personale e residenti, dal momento che i residenti sono tali in quanto si trovano ad attraversare una situazione di crisi. Ciò che importa è che le distinzioni non diventino arbitrarie — vivere una crisi emotiva non significa che la persona sia incapace di prendere decisioni, ma solo che essa può avere bisogno di un'atmosfera di sostegno che l'aiuti a riprendere velocemente il controllo della propria vita. L'esigenza di una permanenza breve allo «Stone House» (che può venire prolungata per un breve periodo, a seconda delle circostanze individuali) ricorda immanicabilmente alle residenti che sono tenute a risolvere i loro problemi personali e a non diventare passive e dipendenti.

È difficile sapere quanto successo possa avere un'iniziativa come quella dello «Stone House», dal momento che non esiste nessuna formale procedura per attuare studi longitudinali. Alcune residenti mantengono contatti con il programma, ma molte altre non lo fanno (e sono proprio le residenti che hanno ottenuto risultati positivi che hanno, ovviamente, le maggiori probabilità di rimanere in contatto). Secondo le impressioni delle donne che svolgono funzioni di personale nel centro di rifugio, circa la metà delle residenti sono state aiutate a compiere cambiamenti positivi nelle loro vite.

Una aspetto importante allo «Elizabeth Stone House» è costituito dal fatto che vi si riconosce che gli ospedali psichiatrici sono posti dannosi. Originariamente, la «casa» lavorava in stretta collaborazione con il «Mental Patients' Liberation Front», in un binomio di opposi-

zione al sistema della salute mentale (attualmente i due gruppi non sono più collegati). Persino la scelta del nome da dare alla «casa» ha avuto un significato politico: Elizabeth Stone, nel diciannovesimo secolo, fu una crociata contro l'oppressione psichiatrica. Era stata ricoverata in ospedale su richiesta della famiglia, che attribuiva alla «pazzia» la sua conversione dalla chiesa metodista a quella battista. Elizabeth Stone era una donna forte che ebbe il coraggio di lottare e lo «Stone House», appropriatamente, è dedicato ad aiutare altre donne a ritrovare la forza dentro loro stesse.

Nell'estate del 1977, il collettivo dell'Elizabeth Stone House decise di chiudere il centro di rifugio e la comunità terapeutica. Il collettivo sta attualmente rivedendo programmi e procedure e sta pianificando un fondo di ricerca, che consentirà di riaprire il centro con un personale stipendiato. La comunità terapeutica dovrebbe riaprire entro breve tempo.

Nel 1974 e 1975, a Vancouver, nella Columbia Britannica, esisteva una veramente unica struttura per le emergenze. È difficile per me mantenere una posizione obiettiva nei riguardi del «Vancouver Emotional Emergency Center» (VEEC) perché, come ho precedentemente raccontato, io stessa, nel 1974, fui per alcune settimane ospite residente della «casa» e la permanenza al VEEC ebbe un profondo effetto sulla mia vita. Il mio racconto, a proposito del VEEC, è basato sulle mie esperienze e sulle ore di discussione con il personale ed i residenti del centro.

Il VEEC e l'Elizabeth Stone House rappresentano le uniche strutture alternative, oggetto di discussione in questo capitolo, che siano state organizzate completamente al di fuori degli auspici della psichiatria. Il VEEC fu promosso da un gruppo di operatori non professionali che si erano interessati al problema della mancanza di strutture alternative per persone in stato di crisi emotiva intensa.

Secondo il loro punto di vista, le persone in crisi non avevano altra scelta che quella di chiedere l'ammissione in un reparto psichiatrico o all'ospedale psichiatrico provinciale, dove, invece di ottenere cure personali, spesso si trovavano a dover affrontare l'indifferenza tipica di una struttura istituzionale, subivano la stigmatizzazione di essere stati ricoverati in una istituzione psichiatrica e spesso venivano presi in un meccanismo circolare che li costringeva ad un pellegrinaggio continuo da un ospedale all'altro. Il VEEC ottenne una donazione iniziale per sei mesi dal «Local Initiatives Project» (LIP), un'agenzia federale canadese che provvedeva fondi per programmi concernenti iniziative nel settore dei servizi. Essi affittarono una casa in una zona mista residenziale e parzialmente industriale nel centro di Vancouver e ingaggiarono un personale di dieci persone. La casa poteva

ospitare cinque residenti, consentendo una grande quantità di contatti personali uno a uno, che era considerata come lo strumento terapeutico di maggiore importanza. Fu stabilito che il periodo di permanenza poteva essere al massimo di due settimane, al fine di consentire al VEEC di fornire i suoi servizi a persone in situazioni di crisi emotiva intensa e il suo metodo consisteva nell'aiutare le persone ad usare questo periodo emotivamente molto ricco come un'opportunità per apportare cambiamenti drastici nelle loro vite. Essi volevano evitare la formazione di relazioni di dipendenza, che una permanenza più prolungata nel tempo avrebbe potuto favorire.

Alcuni fondatori del VEEC erano implicati nel «Mental Patient's Association» (MPA), un'organizzazione di ex-pazienti che favoriva servizi di sostegno per i suoi membri, ma non fu organizzato per fornire sostegno intenso a persone in situazioni di crisi (discuteremo in maniera più esauriente del MPA nel prossimo capitolo). Alcuni membri del MPA che volevano prestare il loro aiuto finirono per fare ritorno in ospedale e cliniche, ma la maggior parte erano insoddisfatti per i servizi che ricevevano. Il VEEC forniva un ambiente non ospedaliero dove l'enfasi veniva posta su un sostegno emotivo intenso piuttosto che sulla reclusione e sui farmaci.

Il VEEC fu organizzato come un collettivo, in cui tutti i dieci (in seguito dodici) membri del personale avevano uguali responsabilità nelle varie attività necessarie per la gestione della casa: coprire i turni; fare le pulizie e provvedere alla manutenzione e alla cucina; raccogliere fondi e mantenere i rapporti con la comunità. Di volta in volta, ad uno o ad un altro membro del personale veniva attribuito un titolo per consentirgli di firmare documenti e soddisfare le richieste burocratiche avanzate da altre agenzie, ma per tutta la sua esistenza il VEEC ha operato su basi interamente non gerarchiche. Tutte le decisioni venivano prese durante gli incontri settimanali del personale e ci fu anche un tentativo di basare le decisioni sul consenso piuttosto che sul voto di maggioranza.

Uno dei principi fondamentali del VEEC consisteva nel fatto che dovesse esserci la minore differenza possibile tra il personale ed i residenti. Sebbene i residenti venissero ammessi nel programma mentre si trovavano in uno stato di crisi, durante il quale avevano poca energia da dedicare ad aiutare gli altri, di frequente, quando erano pronti a lasciare il programma, erano diventati attivamente coinvolti in compiti di sostegno. Gli ex-residenti venivano incoraggiati a diventare volontari (con funzioni analoghe a quelle del personale stipendiato) ed alcuni, in seguito, divennero membri del personale. Era anche possibile una inversione completa delle parti: numerosi membri del personale e volontari diventarono residenti, quando attraversarono

momenti difficili della loro esistenza. In aggiunta, i membri del personale si aprivano facilmente con i residenti sulla propria vita e sulle difficoltà che potevano attraversare al momento: esattamente l'opposto dell'atteggiamento di neutralità tradizionalmente sostenuto dalla psichiatria.

Il VEEC costituiva un cambiamento impressionante rispetto ad una istituzione psichiatrica. I membri del suo personale, invece di adottare atteggiamenti distanziati ed «oggettivi», stabilivano contatti diretti con i residenti. C'erano soltanto quattro regole al VEEC:

1. No all'uso di sostanze stupefacenti;
2. No all'uso di sostanze alcoliche;
3. No alla violenza fisica o verbale;
4. No a rapporti sessuali tra residenti e membri del personale.

La regola del no all'uso di sostanze stupefacenti si applicava, in origine, soltanto all'uso sostanze illegali. Ma dopo diversi mesi di operatività, la regola fu modificata per includere anche le sostanze farmacologiche di uso psichiatrico.

Al VEEC, cercavamo di fornire un ambiente di sostegno umano per persone che attraversavano crisi esistenziali; l'esperienza dei passati quattro mesi ci aveva convinti che l'uso e l'abuso di farmaci psichiatrici interferisce seriamente con la possibilità che questo avvenga.

Ci rendiamo conto che questa decisione preclude l'accesso al VEEC a numerose persone che altrimenti potrebbero essere accettate come residenti. Siamo spiacenti per questo, ma siamo convinti che un modo di vita che, al meglio, oscilla tra la paura di drogarsi e un dolore che porta all'obnubilamento e, al peggio, esponga a seri rischi di overdose, non possa coesistere con il lavoro di promozione di crescita/comunicazione/autonomia, che noi cerchiamo di ottenere con gli amici che utilizzano i servizi del VEEC.

Un aspetto importante deve essere considerato: le persone non diventano dipendenti da sostanze stupefacenti in un vuoto sociale. La psichiatria istituzionale, gli psichiatri, i medici generici e le compagnie farmaceutiche si spartiscono la responsabilità di aver promosso la dipendenza dai farmaci. Noi siamo convinti che gli psicofarmaci siano prescritti in maniera manifestatamente eccessiva, nel contesto coercitivo di un ricovero involontario o nella relazione di potere diseguale e mistificato tra medico e paziente. Queste sostanze, in troppi casi, funzionano come camicie di forza interne o come inviti ad una forma di apatia intorpidita...

Ciò che tentiamo di fare al VEEC (è) invitare i residenti ad esplorare modi di soddisfare i bisogni, che gli psicofarmaci intorpidiscono e mi-

stificano. Speriamo che il VEEC possa servire come esperimento pilota e come dimostrazione di questo tipo di *approccio*⁵⁰.

C'erano anche problemi di ordine pratico connessi con l'assunzione di farmaci. Dopo che numerosi residenti tentarono di praticarsi un'overdose, i farmaci furono conservati in una scatola chiusa. I membri del personale avanzarono delle obiezioni a questa regola che li costringeva ad assumere un ruolo infermieristico di distributori di pillole. Durante una serie di incontri del personale fu stabilita la regola di abolire i farmaci.

La politica del no ai farmaci provocò un'incrinatura nei rapporti tra il VEEC e il MPA, dal momento che molti membri del MPA erano consumatori regolari di psicofarmaci. Sebbene il MPA rimanesse un'organizzazione di sostegno del VEEC (e vice-versa), dopo l'adozione di questa politica, sempre meno membri del MPA diventavano residenti del VEEC.

La regola che riguarda i rapporti sessuali fu come la precedente elaborata in seguito ad esperienze pratiche e a discussioni. Rapporti sessuali tra membri del personale e i residenti furono vietati in seguito al riconoscimento che i residenti erano vulnerabili nei confronti di eventuali forme di sfruttamento. Rapporti sessuali tra i residenti, invece, furono considerati fatti privati, ma il personale poteva intervenire in casi di manipolazione e le molestie sessuali non erano tollerate. Rapporti sessuali tra i membri del personale erano proibiti durante i turni di lavoro nella «casa», in altre circostanze erano considerate faccende private.

Le riunioni settimanali del personale avvenivano nella sala da pranzo, il principale centro di aggregazione sociale della casa. I residenti erano liberi di partecipare a tutti o ad alcuni incontri, ma potevano anche trascorrere il loro tempo in altre parti della casa a loro scelta. Questo fatto demistificava gli incontri, senza costringere i residenti a partecipare se non lo volevano. Dal punto di vista architettonico, la sala da pranzo era una stanza del tutto aperta: non era possibile che qualcosa accadesse «dietro porte chiuse».

Ogni giorno si faceva anche una riunione dei residenti della casa, del personale e dei volontari di turno. Durante questi ultimi i residenti potevano discutere i loro bisogni e scaricare le tensioni accumulate nei rapporti tra loro stessi e gli altri residenti o i membri del personale. La forma di queste riunioni cambiava continuamente: a volte consisteva principalmente in una seduta di discussione, a volte le per-

50. VEEC Drug Statement. *In a Nutshell: Mental Patients' Association Newsletter* 3, nr. 3, (giugno 1974), p. 10.

sone si praticavano a vicenda massaggi rilassanti o si liberavano dell'energia in eccesso cantando e ballando insieme.

I residenti entravano nel VEEC o perché contattavano direttamente il centro o perché consigliati da un'altra agenzia di comunità. In quest'ultimo caso, veniva data molta importanza al fatto che la persona fosse desiderosa di entrare al VEEC: lui o lei non potevano venirvi «collocati» da un operatore sociale o da un'agenzia. L'eventuale residente veniva invitato nella casa, dove sedeva con un membro del personale a discutere del VEEC e della possibilità di rimanervi. Se la persona non voleva restare, oppure se il membro del personale riteneva che il VEEC non fosse il posto più adatto per quella persona, il contatto veniva interrotto. Le persone, che non erano adatte ad essere ospitate come residenti, erano coloro che avevano problemi crescenti e non risolvibili in un breve termine, cioè persone che cercavano soprattutto un posto dove restare, che erano violente, con problemi di alcolismo o di dedizione agli stupefacenti o persone che non avevano intenzione di disabituarsi dagli psicofarmaci. Queste restrizioni erano state dettate dalla esperienza pratica accumulata durante i primi mesi di esistenza del centro e venivano sempre spiegate con chiarezza a coloro che facevano richiesta di diventare residenti.

Durante i primi mesi numerosi residenti del VEEC erano davvero «sperduti», disorganizzati, persone le cui vite erano state attraversate da crisi continue. Sebbene fossero soddisfatti della loro permanenza nel centro e sebbene stessero molto meglio quando lo lasciavano, pochi cambiamenti si erano verificati nel loro modo generale di affrontare il mondo. Il personale del VEEC decise che, con una casa con cinque posti letto praticamente quasi sempre piena, sarebbe stato meglio restringere la possibilità di residenza alle persone che si trovavano ad attraversare una crisi immediata. Fu anche fatta la considerazione che, dal momento che esistono strutture cittadine al servizio di persone con problemi di droga o alcolismo e per quelle che volevano continuare ad usare psicofarmaci, sarebbe stato più opportuno erogare servizi che fossero responsabili in altri posti. Poco dopo l'ammissione, ogni residente veniva incoraggiato a stipulare un contratto, in cui venivano espressi i problemi che avevano spinto lui o lei a cercare rifugio nel centro. Venivano inoltre espressi i cambiamenti nel sistema di vita che il residente desiderava ottenere. Non sempre era possibile scrivere il contratto immediatamente e la politica del centro in proposito era flessibile. Lo scopo recondito del contratto consisteva nell'ottenere che i residenti lavorassero attivamente per conseguire i cambiamenti che avrebbero permesso loro di lasciare il VEEC con prospettive migliori per il futuro. Spesso i residenti si trovavano ad affrontare

blemi di ordine pratico, come la necessità di un posto in cui vivere e venivano aiutati a risolverli dal personale. I residenti erano liberi di modificare il loro contratto in qualunque momento.

In una giornata tipo al VEEC, i momenti più importanti riguardavano i pasti, le attività e la quotidiana riunione dei residenti. I pasti venivano solitamente preparati dal personale o dai volontari, sebbene, a loro volta, i residenti fossero spesso coinvolti. Veniva dedicata particolare attenzione al cibo che doveva essere sano e nutriente, con molta frutta fresca e verdure. Le attività organizzate a seconda degli interessi delle persone. Erano frequenti le uscite al vicino parco dove si organizzavano incontri di atletica non competitiva. I residenti erano liberi di andare e venire a loro piacimento. Alcuni rimanevano vicino alla casa e raramente se ne allontanavano, mentre altri si lasciavano coinvolgere in attività di ricerca di lavoro, di alloggi o in altre commissioni, che li spingevano ad uscire dalla casa con o senza la compagnia di un membro del personale, secondo quanto essi stessi decidevano. Talvolta, si presentava il problema di qualche residente, che trascorrevva così tanto tempo fuori, da dare l'impressione che si servisse del centro soltanto come cuscino contro le cadute; ma ogni volta che sorgeva un problema di questo tipo, veniva affrontato durante le riunioni della casa. Sia i residenti che il personale erano liberi di farsi reciprocamente delle critiche e venivano incoraggiati a mantenere un atteggiamento aperto in questo senso. I membri del personale ponevano una particolare enfasi nello scoraggiare ogni impressione che li facesse apparire come distaccate figure autoritarie dal modo di vita sempre ordinato e perfetto. Le rare volte che ad un residente veniva chiesto di lasciare il centro, ci si basava su decisioni prese durante le riunioni del personale e dei residenti.

Un altro metodo per facilitare comunicazioni aperte era rappresentato dal «diario di casa». I residenti, i membri del personale ed i volontari avevano la possibilità di scrivere sul diario circa i loro rapporti reciproci e le loro reazioni. Ognuno esprimeva le proprie emozioni — rabbia, paura, ma anche piacere e gioia — nelle pagine del diario così come nei contatti diretti faccia a faccia con gli altri.

La stessa organizzazione fisica della casa favoriva l'interazione, mentre permetteva alle persone di avere spazi privati dove rifugiarsi all'occorrenza. Al pianterreno si trovavano il soggiorno, la sala da pranzo, la cucina, un bagno e una piccola stanza da ufficio con una scrivania ed un telefono. Tutto costituiva la parte «pubblica» della casa, dove le persone potevano sedere e conversare, mangiare, prendere il té, ascoltare musica (o suonare), leggere o solo genericamente stare. Al piano di sopra c'erano tre camere da letto e un secondo bagno. Nel seminterrato c'era una piccola stanza per riunioni, un ripostiglio

e una «stanza delle grida», una stanzetta dal pavimento ricoperto di materassi, dove i residenti (o il personale) potevano recarsi e dare libero sfogo alle tensioni in piena sicurezza. In un servizio trasmesso via radio sul VEEC, è stata menzionata la «stanza delle grida» e al centro sono pervenute numerose telefonate che chiedevano di poter utilizzare soltanto quella stanza.

Ovviamente, non tutti coloro che giungevano al VEEC trovavano giovamento, ma la maggior parte dei residenti ritenevano che il centro fornisse sostegno e aiuto ed alcuni vissero esperienze drammatiche che cambiarono la loro vita. Il seguente racconto fu scritto da «Cinnamon», che rimase al VEEC per tre settimane:

Nel 1974, durante il mese di marzo ebbi quello che avevo considerato un collasso nervoso, ma che, invece, ebbe come conseguenza un crollo psicologico completo. Fui a stento capace di chiamare il «Crisis Center», dove mi consigliarono di rivolgermi al «Vancouver Emotional Emergency Center». Telefonai e parlai lungamente con uno degli operatori. Piangevo in modo convulso e non riuscivo a trovare un motivo apparente per le condizioni in cui mi trovavo. Fui convinta dall'operatore che avevo bisogno di qualcuno con cui parlare personalmente e di un po' di tempo per riposare dalle pressioni del mio impegnativo lavoro di ragazza-madre. Acconsentii a recarmi al centro e così, in considerazione del fatto che a causa dello stress emotivo e della tensione potevo a stento camminare, fu chiamata la «Crisis Center Flying Squad» che mi prelevò e accompagnò al VEEC.

Appena arrivata, mi servirono del té ed io accettai di buon grado di sedere in un posto tranquillo a parlare. Dopo un paio d'ore trascorse a parlare con due operatori, decisi di rimanere come residente per un breve periodo, con l'intendimento che avrei potuto andarmene in qualunque momento e che ero lì di mia scelta. Il personale fu di grande aiuto nella ricerca di qualcuno, che si prendesse cura temporaneamente di mio figlio, che aveva tre anni.

Dopo un paio di giorni di sonno, durante i quali non mangiai e rimasi generalmente chiusa in me stessa, cominciai a prendere parte alle sessioni di gruppo, che consistevano in esercizi di yoga, ginnastica, massaggi e discussioni di gruppo che venivano tenute intorno ad una grande teiera piena di té. All'inizio rimanevo tranquilla, senza parlare troppo. Mi sentivo furiosa e risentita quasi con tutti, inclusi gli altri residenti. C'erano uno o due operatori che riuscivano a parlare con me con successo e, ben presto, essi mi incoraggiarono ad affrontare la mia rabbia piuttosto che reprimerla. Alla fine, fui in poco tempo capace di esprimere la mia sofferenza e la mia amarezza nei confronti delle persone e degli avvenimenti, che mi avevano fatta soffrire così a lungo. Le persone che lavoravano con me si fecero pazientemente carico di molti tra i sentimenti

che riuscii ad esprimere. Ricordo molto poco dei fatti che, effettivamente, si verificarono durante quel periodo, ma invece ricordo la profondità dei sentimenti che provavo, le ragioni che scoprivo e, più ancora, ho imparato a provare emozioni genuine attraverso le quali ho scoperto me stessa.

Credo che la ragione principale della mia capacità di superare il crollo emotivo, risiedesse nell'aiuto e negli incoraggiamenti che mi erano stati offerti da operatori gentili e comprensivi. Non mi avevano dato psicofarmaci per sedare o eccitare il mio comportamento, ma piuttosto mi avevano incoraggiato ad evitare il loro uso.

Le persone che mi aiutarono di più di tutti, erano anche capaci di ammettere le loro debolezze e in nessun modo apparivano superiori a me nel mio stato di debolezza. Ero estremamente vulnerabile e avevo costantemente bisogno di attenzioni, ma sono certa che furono l'amicizia genuina e l'interessamento a convincermi a credere in coloro che mi stavano intorno e questo a sua volta mi aiutò a superare le mie paure ed i miei dubbi.

Sono convinta che il tipo di aiuto offertodal «**Vancouver Emotional Emergency Center**» sia una delle cose che mancano in un trattamento di tipo istituzionale. Siccome una volta sono stata ricoverata per tre mesi come paziente nell'ospedale psichiatrico provinciale, credo che la mia sia un'opinione valida. Vorrei incoraggiare coloro che sono coinvolti nell'opera di sostegno ed organizzazione di posti come il VEEC, perché perseverino nei loro sforzi. Infatti io credo nel coinvolgimento umano che si fonda su un piano più personale di quello che la maggior parte delle istituzioni possa offrire. Per finire ringrazio e sono grata a coloro che continuano il loro lavoro al VEEC e vorrei dire: che i miei asfodeli e il mio sole siano i vostri!⁵¹

Alcune delle annotazioni scritte da «Cinnamon», durante la sua permanenza al VEEC, sul diario di casa rivelano la drammaticità degli avvenimenti da lei narrati successivamente con tanta calma. Durante i primi giorni al centro, divenne molto chiusa. Scriveva:

Non mi sono mai lamentata quando le grida arrivavano a spaccarmi in due, perciò lasciatemi in pace o griderò così forte da distruggere me stessa⁵².

In seguito, riconobbe le sue paure e cominciò a parlarne. Dopo un lungo alterco carico di contenuti emotivi con un membro del personale, scrisse:

Molte cose stanno accadendo dentro di me. Ho scoperto aspetti di

51. Vancouver Emotional Emergency Center Report and Evaluation, 1 agosto, 1974, pp. 22-24.

52. Ibid., p. 22.

me stessa che non speravo *neppure* esistessero. Aspetti positivi fino a questo momento. Mi sento come se stessi camminando *carponi* fuori da un profondo buco nero, talmente profondo che non riesco a percepirla il fondo. A tratti vengo risospinta giù da una paura così opprimente che non ci sono parole per descriverla. Temo soprattutto la follia di cadere continuamente e di non essere capace di raggiungere il terreno solido. Qui provo amore per talmente tante persone e questo mi spaventa, perché si tratta di un sentimento così nuovo e netto che temo di corrompere il suo essere reale con la mia mancanza di realtà. Sto lentamente (13 giorni) cominciando ad accettare l'affetto che mi viene offerto e comincio a restituirlo in piccole *dosi*⁵³.

Subito *prima* di lasciare il VEEC, Cinnamon scrisse:

Sono stanca di *lasciarmi* vivere, voglio vivere nel vero senso della parola, voglio essere consapevole di tutte le mie sensazioni, di tutti i bisogni che mi sono stati negati dagli altri e che io stessa mi sono negata... Non avverto alcun senso di perdita nel partire, ma piuttosto una continuazione di quanto già accaduto... Sento la volontà di amare e rispettare i miei bisogni così come essere continuamente consapevole, nel vero senso della parola, degli *altri*⁵⁴.

Il VEEC cessò la sua attività nel marzo 1976 perché non riuscì a trovare una fonte di finanziamenti. Durante i suoi *ventisei* mesi di vita ha erogato servizi per seicentocinquanta persone.

Mentre nessuna struttura alternativa, tra quelle discusse in questo capitolo, viene gestita dai pazienti, tutte hanno fatto qualche tentativo per rompere la struttura gerarchica, caratteristica delle strutture psichiatriche tradizionali ed hanno tentato di inserire i pazienti nel processo decisionale. I residenti, anche quando non prendono attivamente parte nella gestione delle strutture, almeno non subiscono mistificazioni circa chi detiene il potere. I membri del personale in queste alternative si presentano non come «esperti», ma come esseri umani che, alla pari dei residenti, hanno sentimenti, affrontano situazioni problematiche e tentano di vivere la loro vita nel modo più soddisfacente possibile.

Esistono anche differenze critiche. Il «Soteria House» era una struttura dichiaratamente *apolitica*⁵⁵, mentre lo «Elizabeth Stone House» (basato sui presupposti del movimento femminista) ed il «Vancouver Emotional Emergency Center» tentavano di stabilire importanti connessioni tra l'infelicità individuale e le condizioni sociali.

53. Ibid.

54. Ibid.

55. Mosher, Reifman e Menn, *Characteristics of Nonprofessionals*. p. 393.

David Mayers, che fu membro del personale del VEEC, per tutto il tempo in cui il centro fu attivo, ne sta scrivendo un'analisi critica, mettendo a fuoco in particolare l'efficacia operativa del collettivo e il rapporto esistente tra il fatto di «diventare pazzi» e il contesto socio-culturale⁵⁶.

Fare queste connessioni politiche è essenziale ai fini dello sviluppo di una vera alternativa, dal momento che esse aiutano ad individuare la causa del disagio delle persone nella pressione estremamente reale delle loro vite, piuttosto che nella convinzione che tale causa salti fuori come per incanto da qualche misterioso processo.

Nel futuro, man mano che i gruppi di liberazione dei pazienti psichiatrici diventeranno più forti e otterranno maggiori successi, si impegneranno nella organizzazione di alternative che facciano proprio il particolare punto di vista degli ex-pazienti per quanto riguarda il «diventare pazzi» e il «ritornare savì». Gli ex-pazienti, per esempio, sarebbero probabilmente più capaci di avere rapporti con le persone in stato di crisi a lungo termine, di quanto potevano essere i membri del VEEC. Nel frattempo, le alternative non professionali costituiscono esempi positivi del tipo di cambiamenti che è necessario realizzare, in modo che coloro che attraversino l'esperienza della «pazzia» possano crescere e cambiare, invece di essere privati della loro umanità e della loro validità, come accade all'interno dell'attuale sistema psichiatrico.

56. Intervista personale con David Myers, 20 dicembre, 1976.

CAPITOLO 6

All'interno dell'associazione dei pazienti psichiatrici

Le persone possono avere bisogno di aiuto e sostegno anche quando non si trovano nel bel mezzo di una crisi esistenziale. La maggior parte delle persone ha bisogno di aiuto in qualche momento della sua vita. Chiedere aiuto agli altri per risolvere i propri problemi può, tuttavia, venire considerato come un atto stigmatizzante, un'ammissione di debolezza. Le cose andranno avanti così, nonostante la campagna fatta dal sistema della salute mentale per sostenere il contrario, fino al giorno in cui il cercare aiuto verrà considerato un aspetto normale del comportamento umano e finché le persone daranno e riceveranno aiuto e sostegno liberamente gli uni dagli altri. Il sistema attuale, in cui coloro che offrono aiuto ne ricavano incrementi nello status sociale e remunerazione economica, mentre coloro che lo chiedono sono considerati bisognosi e malati, perpetua la rigida separazione tra colui che aiuta e colui che viene aiutato. Distacco e neutralità, che sono gli atteggiamenti terapeutici che gli operatori professionali della salute mentale considerano maggiormente appropriati, diventano, in pratica, o freddo formalismo o superficiale pretesa di amicizia. I servizi alternativi sostituiscono la distanza medica e burocratica con vera amicizia — non la blanda imparziale «amicizia» di una persona seduta dietro una scrivania, bensì lo spontaneo dare e prendere di una relazione tra uguali. Avere problemi viene considerato come una componente normale della vita in un mondo a volte difficile e minaccioso e non come aspetto di una malattia che si manifesta esclusivamente in alcune sfortunate persone.

Gli ex-pazienti psichiatrici hanno bisogno di molti e specifici tipi di aiuto, non in quanto malati, ma perché oltre al fatto di vivere una crisi personale, hanno dovuto affrontare l'esperienza, spesso **debilitan-**

te, di istituzionalizzazione psichiatrica. Gli ex-pazienti possono aver bisogno di un aiuto particolare nel cercarsi un posto dove vivere, nell'affrontare i meandri della burocrazia e per trovare un lavoro. La maggior parte dei servizi offerti agli ex-pazienti continua a collocare questi ultimi nella categoria dei bisognosi, degli incapaci, di coloro che non riuscirebbero neppure ad aiutare se stessi o ad aiutarsi gli uni con gli altri senza l'intervento di qualcuno dall'esterno. Quando si dà ai problemi il nome di malattia mentale, questi diventano competenza assoluta dei professionisti. Si insegna ai pazienti psichiatrici a considerare le proprie difficoltà come sintomi, che richiedono di essere trattati da esperti competenti. Persino problemi di ordine pratico, come trovare un lavoro o un posto in cui vivere, tendono ad essere affrontati da assistenti sociali, all'interno di un contesto psichiatrico. E in quest'ultimo, ogni difficoltà che il paziente o l'ex-paziente incontra viene considerata come segno di malattia mentale. Si insegna inoltre ai pazienti a diffidare gli uni degli altri, dal momento che si ritiene che l'aiuto necessario possa venire soltanto da operatori professionali.

Le alternative gestite da pazienti infrangono queste barriere. Quando gli ex-pazienti lavorano insieme, senza la supervisione o il controllo di un operatore, nessuno viene considerato come inferiore. Le caratteristiche umilianti dei servizi gestiti professionalmente (schede segrete e riunioni a porte chiuse, per esempio) vengono eliminate. I pazienti riescono a rivolgersi gli uni agli altri e scoprono che una relazione tra individui uguali fornisce aiuto in un modo caldo e incoraggiante che costituisce un'esperienza interamente nuova. Un modello adeguato di servizi alternativi per ex-pazienti deve avere i seguenti requisiti:

1. Il servizio deve fornire aiuto in relazione ai bisogni espressi dai clienti.
2. La partecipazione al servizio deve essere completamente volontaria.
3. I clienti devono poter scegliere di partecipare ad aspetti del servizio, senza essere costretti a partecipare ad altri.
4. L'aiuto viene fornito dai clienti del servizio reciprocamente e può venire fornito da altre persone scelte dai clienti stessi. La capacità di prestare aiuto è considerata un attributo dell'uomo e non qualcosa di acquistato attraverso l'istruzione o la formazione professionale.
5. La direzione globale del servizio, inclusa la responsabilità per le decisioni finanziarie e politiche, è affidata a coloro che ricevono il servizio stesso.
6. I clienti del servizio devono decidere se la partecipazione debba essere limitata agli ex-pazienti o se invece possa essere aperta a

tutti. Se si opta per una politica di apertura, occorre evitare con molta cura che i non-pazienti agiscano in modo da opprimere gli ex-pazienti. In altri termini, un tale servizio deve essere particolarmente sensibile ai problemi del mentalismo (come lo abbiamo precedentemente definito).

7. Il servizio è responsabile verso il cliente e non verso i suoi parenti, le istituzioni terapeutiche o il governo. Informazioni sul cliente non devono venire trasmesse ad altri senza il consenso dell'interessato. Inoltre, le stesse informazioni devono essere accessibili al cliente medesimo.

Nell'esame dettagliato che segue, riguardante le operazioni del «Mental Patients' Association» (MPA) a Vancouver, viene rivolta particolare attenzione alla verifica di quanto questo modello venga seguito. Nonostante l'associazione del MPA non segua il modello in ogni sua parte, questa organizzazione è stata scelta per il nostro studio dettagliato in quanto rappresenta l'organizzazione più ampia e di maggior successo che si avvicini al modello.

La fondazione del MPA è stata descritta nel capitolo terzo. Oggi, sei anni dopo la sua costituzione, l'associazione rende operativo un centro d'incontro e cinque residenze di cooperativa. Il centro d'incontro è aperto sette giorni la settimana dalle otto del mattino fino a mezzanotte e fornisce attività sociali e ricreative. I membri sono liberi di andare e venire ad ogni ora per prendere un caffè, per usare la stanza laboratorio o la camera oscura, per sedersi, parlare con gli altri, dormire, guardare la TV o ascoltare la radio, per usare il telefono o per qualunque altra ragione. I coordinatori del centro d'incontro, eletti dai soci e stipendiati per un periodo di sei mesi, sono sempre disponibili per parlare o per insegnare ai membri qualche abilità.

Nel centro d'incontri settimanali, i coordinatori ed i membri risolvono questioni o problemi connessi con l'organizzazione del centro. Tutte le decisioni vengono da coordinatori e membri assieme attraverso un voto di maggioranza. Durante le riunioni, vengono definite questioni quali l'assegnazione del bilancio preventivo del centro, i piani di attività e vengono affrontate le eventuali dispute tra i soci.

L'organizzazione gestisce anche cinque residenze di cooperazione, che nel loro insieme hanno una capacità di quarantanove posti. Ogni casa è responsabile della gestione dei propri affari, inclusa la scelta di due coordinatori, che vengono retribuiti dal MPA per un periodo di sei mesi. I coordinatori (che non risiedono nella casa, ma possono essere residenti di un'altra casa del MPA), sono disponibili per aiutare i residenti a risolvere qualunque particolare bisogno o problema essi possano avere.

L'intera organizzazione è gestita dai membri. Le quotidiane faccende amministrative sono gestite dall'ufficio e dai coordinatori ricercatori, eletti anche questi dai soci per un periodo di sei mesi. Durante la riunione amministrativa settimanale, i coordinatori ed i membri prendono decisioni riguardanti l'intera politica del MPA. Ogni tre settimane si riunisce una assemblea generale, che costituisce il principale organo decisionale del MPA. Durante il 1976, l'assemblea generale votò per l'eliminazione del comitato di direzione e divenne legalmente l'organismo di governo dell'organizzazione, per ((conformarsi alla pratica sociale che si basa su di un rovesciamento di potere e sull'auto-aiuto»¹.

L'organizzazione definisce membro del MPA chiunque abbia più di una volta frequentato il centro d'incontro o chiunque viva in una sede del MPA (Molti residenti non frequentano il centro d'incontro). Non viene richiesto che tale socio sia un ex-paziente psichiatrico, sebbene in maggioranza lo siano. I coordinatori sono membri dell'organizzazione che sono stati scelti dai membri per l'assunzione di responsabilità addizionale.

Nel corso degli anni, i finanziamenti per i MPA sono stati reperiti grazie ad un certo numero di fonti governative canadesi, locali, provinciali e federali. Mentre è difficile fare un confronto diretto tra i programmi governativi canadesi e americani, la maggior parte dei fondi potrebbe venire grossolanamente comparata alle sovvenzioni contro la povertà elargite negli Stati Uniti (i finanziamenti del MPA verranno discussi dettagliatamente nel settimo capitolo).

L'associazione eroga servizi per diverse centinaia di membri attraverso le sue svariate strutture e attività. Non si richiede tassa d'iscrizione, né domande d'ammissione e nessuna formalità da epletare. È una porta aperta nel vero senso della parola. Un opuscolo informativo e d'intrattenimento, In a *Nutshell*, viene scritto, illustrato e prodotto dai membri del MPA.

Il centro d'incontro è situato in un edificio commerciale in un'area residenziale di Vancouver. Il centro attuale, che fu acquistato dal MPA nel 1974, fu restaurato dai soci stessi. Tre locali, precedentemente adibiti a magazzino, furono suddivisi in modo da formare un ampio soggiorno, un ufficio, una cucina, una stanza da lavoro, una camera oscura, un laboratorio, una stanza per la TV, un appartamento per il custode, due piccoli bagni ed un ripostiglio. Il soggiorno è un'area spaziosa e aperta, arredata con bei mobili costruiti su misura

1. MPA Constitution. *In a Nutshell: Mental Patients' Association Newsletter 4*, nr. 3 (luglio, 1976), p. 10.

e dotata di circa venti posti a sedere. Dei pesci nuotano in un acquario, frutto di una donazione di un socio particolarmente interessato a questo hobby. Un pianoforte addossato ad una parete consente di improvvisare frequenti concerti. Anche un tavolo da ping-pong viene usato senza risparmio.

Il modo migliore per capire il MPA consiste nel trascorrere un giorno tipo nel centro d'incontro. Alle otto del mattino il custode ha appena aperto la porta. Il custode è un membro del MPA (eletto, ovviamente, dai soci) che di notte dorme nel centro. Il coordinatore del turno dalle otto alle tredici è arrivato, così come sono già arrivati numerosi frequentatori mattinieri. Qualcuno prepara la macchina del caffè grande e, ben presto, il fragrante aroma di caffè comincia ad espandersi dalla cucina verso il soggiorno. La maggior parte dei frequentatori abituali della mattina appartengono al tipo quieto che sorreggia il caffè, legge il giornale o schiaccia un pisolino sul divano. Il giorno inizia lentamente.

Da metà mattina, l'ufficio attiguo al soggiorno è pieno di attività. Il telefono ha iniziato a suonare regolarmente. Telefoni supplementari sono situati dappertutto nel centro d'incontro — i membri fanno e ricevono telefonate sulle stesse linee telefoniche usate per trattare gli affari ufficiali dell'organizzazione. Sebbene questo fatto possa talvolta costituire un ostacolo per una gestione efficiente, l'efficienza non rappresenta il valore maggiormente apprezzato al MPA. I membri entrano ed escono liberamente dall'ufficio, chiacchierando con i coordinatori che vi lavorano. Ognuno si rivolge all'altro per nome. Piccoli gruppi di persone conversano qua e là in tutto il centro — gli argomenti favoriti vanno dal tempo a problemi intimi e personali e a qualunque argomento tra i più svariati. Il tavolo da ping-pong è pronto per l'uso. Un membro porta del cibo dal negozio di alimentari dall'altra parte della strada e prepara lui stesso la prima colazione. Alcuni membri vivono in camere ammobiliate senza uso di cucina. «Lava le cose che tu stesso hai sporcate» avvisa un cartello appeso sopra il lavabo, generalmente osservato.

Subito dopo le undici, inizia la riunione settimanale del centro. I cinque coordinatori, il coordinatore di laboratorio, il coordinatore dei trasporti, il custode e, forse, otto soci sono presenti. La riunione si svolge nel soggiorno e non tutti i membri presenti decidono di prendervi parte. Viene fatta circolare una lista sulla quale i coordinatori possono firmare per i loro turni. Il primo argomento di discussione è la pianificazione delle attività per la settimana entrante. Il coordinatore dei trasporti indica le ore in cui è disponibile per guidare il furgone del MPA, che viene usato tanto per fare la spesa per i residenti quanto per le attività del centro d'incontro. Ognuno suggerisce delle

attività e quelle che destano maggiore entusiasmo vengono messe in programma. Ci saranno una gita al cinema rionale, una serata al «bowling» ed un pomeriggio alla piscina pubblica. Uno dei coordinatori del centro d'incontro è stato delegato a raccogliere biglietti gratuiti per il maggior numero di avvenimenti possibile ed egli dice di aver ottenuto quindici biglietti per una partita di «hochey». Una discussione animata si accende sul modo più giusto di distribuire questi tanto sospirati biglietti. Si decide, infine, che un blocchetto di cinque biglietti venga messo a disposizione dei residenti, uno di dieci per i membri del centro e che nessuno stipendiato possa ottenere biglietti gratuiti, a meno che non ne rimanga qualcuno inutilizzato. C'è un gran brusio tra i coordinatori che sono tifosi di «hochey».

La discussione poi cade sui **probelmi** creati da Richard, un membro che è venuto meno ad una delle **regole** del centro: specificatamente, si è ripetutamente rifiutato di andar via a mezzanotte, l'ora della chiusura. È stato **chiesto** a Richard di partecipare alla riunione in modo da cercare di risolvere il **probelma**. Il custode spiega nuovamente il regolamento a Richard ed espone in dettaglio i numerosi incidenti occorsi, quando con grande difficoltà aveva cercato di persuaderlo ad andarsene. Molti altri motivi di lamentele contro Richard vengono esposti. Questi tenta di spiegare le sue difficoltà, ma, alla fine, conviene che queste siano irrilevanti ai fini della questione sollevata. Si dichiara disposto a collaborare, in futuro, per quanto riguarda gli orari di chiusura. Molti **gli** fanno capire che avrebbero piacere di conoscerlo meglio — forse Richard si recherà da loro la prossima volta che si troverà in difficoltà.

Mezzogiorno: il momento della riunione amministrativa settimanale si avvicina e la riunione del centro viene chiusa. A questo punto circa venticinque persone sono riunite nel soggiorno. Trattandosi di un gruppo più ampio, la riunione amministrativa si svolge in modo leggermente più formale. Viene scelto un presidente: si chiede dapprima un volontario e, se nessuno si offre, viene formalmente chiesto a qualcuno di fare il presidente. Si cerca di fare in modo che il presidente sia qualcuno che non abbia ricoperto l'incarico per un certo tempo. Con la medesima procedura si trova un segretario. Viene preparato un ordine del giorno: alcuni argomenti sono rimasti in sospeso dall'ultima riunione, altri sono stati proposti da persone che abbiano particolari questioni da sollevare. Numerosi elementi addizionali vengono aggiunti all'ordine del giorno quando la riunione ha inizio. Gli appunti della settimana precedente vengono letti. Larry, uno dei membri, chiede che si prenda in considerazione un'espulsione che è stata messa in atto contro di lui, nei passati sei mesi. Si decide di prendere in considerazione la questione come prima cosa.

Larry era stato allontanato dal centro per sei mesi (le espulsioni vengono decise per votazione dai membri) per aver infranto una delle grandi vetrate. Molti dei presenti ricordano l'episodio e nutrono sentimenti in proposito. Il presidente si assicura che ogni persona che voglia parlare venga accontentata. Alcuni chiedono a Larry di ripagare la finestra rotta e, insieme a lui, si stabilisce un calendario di scadenze per i pagamenti. Larry spiega che, al momento dell'incidente, si trovava sotto l'effetto della droga e che adesso è ben deciso a farne a meno. Viene fatta una mozione che consenta a Larry di ritornare nel centro d'incontro, a patto che ripaghi la finestra e che si astenga dall'uso di droghe illegali. Egli dichiara la mozione accettabile e questa viene messa ai voti e promossa.

Allora ha inizio «la giostra», l'abituale primo punto dell'ordine del giorno, durante il quale ogni persona presente deve parlare delle proprie attività nella settimana trascorsa. Dal momento che il MPA è una organizzazione molto ampia, questo consente a tutti di avere la possibilità di essere tenuti al corrente di tutto ciò che accade. Vengono menzionate alcune cose alquanto interessanti. Uno dei coordinatori dell'ufficio ha ricevuto una richiesta per mandare qualcuno a presentare l'organizzazione ad un corso di studenti universitari e si trovano dei volontari. Gerry, che si è occupato dei registri del MPA e delle questioni economiche fin dai primi passi dell'organizzazione, menziona un problema che gli si è presentato recentemente a proposito della copertura assicurativa degli alloggi contro gli incendi. L'agente dell'assicurazione gli ha chiesto se le case fossero destinate ad ospitare individui malati. Gerry dice, rivolgendosi all'assemblea: «ho provato a fargli un veloce corso propedeutico sugli scopi del MPA e penso che sia stato utile». Egli si aspetta di ricevere notizie dalla compagnia assicurativa entro breve tempo.

La riunione continua fin verso la 14:30, affrontando argomenti diversi: posti disponibili negli alloggi del MPA; richiesta di impiegare un numero maggiore di volontari nella produzione di *Nutshell*; piani per una serie di serate danzanti il sabato. L'argomento principale della riunione del giorno è una discussione del bilancio per l'anno fiscale in arrivo. Viene esibito un ampio documento che dimostra quanto denaro proveniente da varie fonti di finanziamento sia stato raccolto e come venga speso. Il centro della discussione verte su quale settore espandere nel caso in cui vengano assicurate nuove fonti di finanziamento. Diverse proposte di bilancio alternative sono state preparate dai coordinatori dell'ufficio e l'assemblea vota quali adottare. La decisione finale sarà presa nella successiva riunione generale dell'associazione. Il centro d'incontro si svuota per un certo tempo dopo la fine della riunione. Il coordinatore di turno del pomeriggio gira sedendosi

accanto a qualcuno di coloro che rimangono e gradualmente la camera comincia a riempirsi di nuovo. Diversi gruppi chiacchierano amichevolmente in diverse parti della stanza. Qualcuno prepara dell'altro caffè. Il telefono suona in continuazione. Si sentono in continuazione voci che chiedono : «c'è Joanne?», «qualcuno ha visto Fred?», «quando torna Anne?» Anche qui non viene fatta alcuna distinzione tra telefonate personali e quelle «ufficiali». Di tanto in tanto, qualcuno che non conosce il MPA telefona e chiede di parlare con il «direttore»: può volerci un po' di tempo per spiegare che non vi è un direttore e per capire chi possa essere maggiormente utile a colui che ha telefonato.

Verso la metà della serata, il centro d'incontro diventa abbastanza rumoroso. Molti sono amici da vecchia data e, ovviamente, sono contenti di stare insieme. Sebbene vi sia un flusso costante di nuovi membri, alcuni hanno frequentato l'organizzazione per anni. Di tanto in tanto, come in tutti i gruppi numerosi, ci sono divergenze di opinione e voci che si alzano. Il centro rappresenta un posto dove si vive liberamente e facilmente, ma le violazioni delle quattro regole, dei quattro principi base del MPA, vengono immediatamente affrontate. le regole, affisse in maniera ben visibile sul muro sono:

1. No agli alcolici;
2. No ai farmaci non prescritti;
3. No alla violenza;
4. No ad azioni che disturbino il pacifico godimento degli altri.

Al centro d'incontro, le violenze vengono risolte con immediatezza da un'assemblea di emergenza formata da tutti i presenti. Le parti in disputa e i testimoni si rivolgono al gruppo, che poi decide come deve essere affrontata la situazione. Esempi di queste situazioni (che non si verificano frequentemente) sono:

Una lite a voce alta si scatena tra Bob, un uomo tranquillo che stava leggendo il giornale ed Ed, che, in tutti i modi, cercava di intavolare una conversazione. «Impicciati degli affari tuoi», dice bruscamente Bob, che provoca una nuova serie di molestie da parte di Ed, il quale, alla fine, strappa il giornale dalle mani di Bob. Bob agguanta di nuovo il giornale e in attimo i due sono corpo a corpo. Diverse persone tentano di separarli. «Che cosa succede?») chiede Fred. «Qualcuno ha visto cosa è successo?» Alcune persone cominciano a parlare nello stesso tempo. Fred annuncia che una riunione dei presenti è necessaria per **dirimere** la questione. Bob, Ed e tutti gli altri descrivono cosa è accaduto e, con una quantità di interruzioni e discussioni, tutta la storia viene rimessa insieme. Il gruppo viene sollecitato ad esprimere suggerimenti su cosa fare con Bob ed Ed. La maggior parte delle persone convengono che Bob è stato provocato, ma le loro opinioni

sono diverse circa il fatto se fosse giustificato da parte di Bob azzuffarsi con Ed. Alcuni dicono di essere stati disturbati da Ed in passato e qualcuno suggerisce di espellerlo. Steve fa notare come questa sia la prima volta che Ed si comporta in modo violento e forse l'espulsione sarebbe una punizione troppo drastica. Lucy sottolinea che Ed ha spesso violato la regola che proibisce di disturbare gli altri. Dopo molte discussioni, il gruppo decide di avvisare Ed che la prossima volta che assalirà fisicamente o provocherà qualcuno verrà espulso. Il gruppo decide che Bob non avrebbe dovuto lasciarsi andare alla violenza, ma che era stato provocato. Questo argomento portò a discutere della responsabilità dei membri di spingere il gruppo ad affrontare incidenti potenzialmente violenti: Bob avrebbe potuto indire una riunione per discutere le provocazioni verbali di Ed, prima che la situazione degenerasse in una lite.

«Lasciami stare», grida Debbie, «smettetela di seccarmi». «Cosa c'è Debbie?» chiede Mike. «Andrew ti infastidisce?» «Questa è probabilmente la ventesima volta che gli dico di non mettermi le mani addosso». Mike si avvicina ad Andrew e gli dice che infastidire Debbie è contro il regolamento. «Facciamo una riunione e discutiamone», dice Mike ad Andrew, che mugugna di non avere fatto nulla di male. I presenti ascoltano Debbie, che dice infuriata «ne ho abbastanza dei tipi che allungano le mani con le donne. Ho detto a Andrew di lasciarmi in pace, ma mi ha intrappolata in un angolo». Mike spiega ad Andrew che disturbare gli altri membri è una violazione del regolamento. Andrew si dichiara d'accordo per lasciare in pace Debbie in futuro. «Non solo me», gli dice Debbie. «Non puoi seccare nessuna donna qui in giro — non puoi allungare le mani con le donne». Appena l'assemblea improvvisata volge al termine, Mike parla tranquillamente con Andrew su come parlare con le donne. Diversi uomini si uniscono alla conversazione. «E non chiamarle pollastre», Mike avverte. Altri parlano tranquillamente con Debbie e la confortano.

Jim, la cui espulsione per litigiosità è ancora in vigore, entra nel centro d'incontro e, a voce alta, si mette a discutere con Mark, uno dei membri, che gli suggerisce di andare via. Mark comincia a chiamare a voce alta per radunare un'assemblea e le persone iniziano a sedersi in cerchio nel soggiorno. Alice, la coordinatrice di turno, chiede a Mark che cosa era successo. «Non dovrebbe essere qui», dice Mark. «È stato espulso lo scorso mese per avermi tirato addosso un libro». «Questo è vero», dice Alice rivolgendosi a Jim. «Se vuoi chiedere che la tua espulsione venga revocata, puoi venire alla prossima assemblea del centro d'incontro o alla riunione amministrativa, ma fino a quel momento non ti è consentito entrare nel centro d'incontro». «Desidero veramente tornare», dice Jim, «mi spiace di aver tirato il libro ad-

dosso a Mark e sono dispiaciuto per essere stato buttato fuori di qui. Parteciperò alla prossima riunione e spero che mi lasceranno tornare».

Le infrazioni al regolamento non costituiscono un avvenimento frequente al MPA. Questo argomento è stato affrontato nei dettagli in quanto illustra chiaramente le caratteristiche uniche di questa organizzazione. L'insieme dei membri gestiscono il MPA. Anche nel caso in cui debba essere presa una decisione drammatica come quella di espellere un membro, la persona esclusa si rende conto che non si tratta di una decisione arbitraria presa da qualcuno che a mala pena conosce, ma bensì di una decisione presa dal gruppo come diretta conseguenza di azioni commesse dalla persona stessa. Non vi è un'autorità dietro le quinte, nessuno cui i membri possano rivolgersi per dire: «Tu hai preso la decisione». Il controllo dei membri sarebbe una finzione (come avviene nel caso del tipico club sociale per ex-pazienti) se esistesse davvero questo tipo di figura autoritaria nascosta dietro le quinte.

Per tornare alla nostra giornata tipo... è ormai tarda sera e le attività giornaliera volgono alla fine. Un piccolo gruppo è radunato in silenzio nella sala della TV. Poche persone leggono o dormicchiano nel soggiorno. Diversi sono impegnati a vuotare posacenere, lavare la macchina del caffè e spazzare per terra. Il coordinatore del turno serale ed il custode cominciano a ricordare a tutti che la mezzanotte si avvicina. Uno dopo l'altro, le persone salutano e se ne vanno. Il custode chiude la porta e spegne le luci.

IL centro d'incontro rappresenta uno degli aspetti principali del «Mental Patient's Association»; le residenze ne costituiscono un altro. Il programma di alloggio è nato in seguito alle necessità che divennero evidenti durante i primi mesi di vita del centro. Alcuni membri chiesero di essere lasciati a dormire nel centro: chiaramente non avevano altro posto dove andare. Altri vivevano in isolate camere ammobiliate così deprimenti che essi non riuscivano semplicemente a sopportare l'idea di tornarci dopo aver trascorso ore piacevoli al MPA. I bisogni di membri, che volevano che il MPA fosse un posto in cui vivere, erano in contrapposizione con quelli di coloro che volevano fosse un centro sociale. Divenne ovvio che le due funzioni avrebbero dovuto svolgersi in posti fisicamente diversi.

Il primo centro di residenza fu organizzato in una casa in affitto, dopo circa sei mesi di vita del MPA. I principi operativi di base sono radicalmente diversi da quelli delle case-ostello o delle pensioni, i due principali tipi di soluzione abitativa a disposizione di pazienti recentemente dimessi. Il processo decisionale è nelle mani dei residenti. Questo include non solo le banali decisioni del vivere quoti-

diano — che cosa servire per cena, ad esempio — ma anche le decisioni più importanti. I nuovi aspiranti residenti vengono ammessi nella casa per votazione dei residenti attuali. In modo da fornire sostegno pratico ed emotivo ai residenti, fu creata la posizione di coordinatore di residenza e due di questi furono eletti dai residenti della prima casa e stipendiati dal MPA. I coordinatori non erano «direttori» della casa, erano lì per aiutare a risolvere i problemi indicati dai residenti. Negli anni il programma di residenza si è ingrandito fino al punto che, oggi, vi sono cinque residenze, ciascuna delle quali è autogestita pur facendo parte del MPA. A Vancouver, gli alloggi del MPA sono situati in zone residenziali e sono indistinguibili dalle altre case del circondario. Secondo il punto di vista del MPA, un centro di residenza è costituito da un gruppo di persone che abitano insieme come una famiglia e pertanto dovrebbe essere situato in aree abitative per famiglie. Dopo anni di sforzi, l'organizzazione è riuscita a convincere il Consiglio comunale di Vancouver a far rientrare le sue case, come pure ogni altra analoga soluzione abitativa per persone che vivono in comunità, nella zonizzazione speciale definita come «Community Residential Facility». Le «Community Residential Facilities» sono legalmente autorizzate a prendere in affitto alloggi in qualunque zona. In un primo tempo il comune aveva tentato di classificare le case come pensionati, per i quali vige l'obbligo di eseguire elaborate e costose trasformazioni, non ché la limitazione a determinate zone. L'argomento vincente proposto dal MPA fu che dal momento che i residenti vivevano insieme come una famiglia, avrebbero dovuto essere considerati famiglie dal punto di vista della distribuzione per zone. Regolamentazioni zonali dello stesso tipo vengono introdotte in diverse città, rendendo più facile stabilirvi analoghe residenze a tipo familiare². La questione della zonizzazione sarà affrontata nel capitolo seguente.

Ancora una volta, il modo migliore per comprendere il programma abitativo del MPA consiste nell'osservare come si svolge una giornata tipo in uno degli alloggi. Non vi è un orario ufficiale per la sveglia al mattino. Man mano che i residenti si svegliano, preparano la prima colazione e lavano i piatti. Un programma appeso al muro indica il giorno in cui ogni residente è di turno per preparare la cena; un altro programma stabilisce le altre responsabilità domestiche. Questa settimana Steve deve pulire il soggiorno, Eleonor il bagno e così via. I vari incarichi vengono ruotati ogni settimana. Un pannello informa-

2. Phillips, Fran (ottobre, 1976), *Housing Designation*. In *a Nutshell* 4, nr. 4, p. 10.

tivo mostra un programma delle attività del MPA. I membri sono liberi di andare e venire. Pochi hanno un lavoro, molti sono iscritti alla assistenza pubblica e, di questi, alcuni sono inseriti in un programma di lavoro a metà tempo (spesso svolto nell'organizzazione) che consente loro una disponibilità addizionale di cinquanta dollari al mese. Mentre alcuni residenti preferiscono trascorrere la maggior parte del giorno a casa, altri la trascorrono nel centro d'incontro, fanno visita ad amici, frequentano una scuola o partecipano a corsi di formazione. Il modo in cui i residenti trascorrono il proprio tempo rappresenta una loro scelta personale.

I due coordinatori fanno frequenti visite negli alloggi. La loro funzione consiste nel soddisfare i bisogni reali dei residenti. Questo compito può talvolta assumere la forma di fungere da arbitro nelle questioni interpersonali, di aiutare un residente a districarsi con l'assistenza sociale o con altre forme di istituzioni burocratiche e di essere disponibili per discussioni informali e consigli. I coordinatori hanno influenza sulla gestione della casa, ma il potere decisionale è in mano al collettivo dei residenti, espresso attraverso le assemblee settimanali della casa. Spesso un residente nuovo e da poco tempo dimesso da un ospedale psichiatrico farà dei tentativi per inquadrare il coordinatore nel ruolo di direttore e può essere necessario diverso tempo prima di convincerlo che non c'è nessun direttore.

Alcuni residenti sono sottoposti a cura psichiatrica come pazienti esterni. Il fatto di sottoporsi o meno a un trattamento psichiatrico è una decisione che spetta a ciascun residente. Occasionalmente, un residente può essere legalmente obbligato dai termini della sua dimissione ospedaliera a sottoporsi ad un trattamento come paziente esterno, ma, anche in questi casi, tutti gli aspetti organizzativi sono di pertinenza del residente. Ovviamente, i coordinatori sono disponibili nel caso in cui un residente desideri un accompagnatore o un proprio fiduciario che lo accompagni ad un appuntamento da un medico o in una clinica. I residenti che prendono psicofarmaci sono responsabili sia della custodia delle pillole che di ingerirle.

Verso metà mattina i residenti sono svegli. Diane, una dei due coordinatori, è arrivata e prende una tazza di caffè, in cucina con alcuni residenti. C'è una discussione animata e informale su diversi argomenti pressanti. In particolare, alcuni residenti sono insoddisfatti di Eric, un nuovo arrivato nella casa. «Parliamone durante la riunione questa sera», suggerisce Diane.

Diane, insieme con diversi residenti, mette in ordine il soggiorno e sistema i posacenere. Questa settimana la casa ospita l'assemblea settimanale del consiglio dei residenti, che si tiene a rotazione in tutti gli alloggi del MPA. Il consiglio consiste di tutti i dieci coordinatori

degli alloggi più i residenti delle case. Molti dei residenti progettano di partecipare alla riunione, mentre altri preferiscono evitarlo. All'assemblea prendono parte diversi residenti delle altre case e quasi tutti i coordinatori. Ci sono diversi importanti argomenti all'ordine del giorno per la riunione di oggi, in particolare la prossima elezione generale del MPA. Ogni casa deve eleggere due coordinatori per i prossimi sei mesi (i coordinatori degli alloggi, come quelli che lavorano nel centro d'incontri, sono stipendiati dal MPA). La discussione verte ora su come organizzare le elezioni.

La maggior parte dei coordinatori vogliono continuare a lavorare per le loro case e vi è un'eccellente probabilità che essi vengano rieletti nei rispettivi incarichi. Alcune case hanno formulato la richiesta che non vengano intervistati altri candidati.

La politica del MPA, nel passato, aveva richiesto che coloro che erano interessati a concorrere per una posizione di coordinatori di alloggi visitassero ciascuna casa e facessero conoscenza con i residenti. La discussione ricade su quanto sia democratico limitare le scelte dei residenti. «Le persone, nella mia casa, non hanno piacere che la loro intimità sia violata da una quantità di estranei che vanno e vengono», dice Nick. «Dicono di essere soddisfatti di Jane e di me e vogliono rieleggerci». «Ma supponi che arrivi qualcuno che essi pensano sia veramente eccezionale?», chiede Lisa. «Non dovrebbero decidere in anticipo». «Ricorda», sottolinea Don, «noi siamo eletti per solo sei mesi. Anche se vogliamo riavere il nostro lavoro, non vi è garanzia che la casa voterà per noi e non dovrebbe esserci. Certo, io voglio essere rieletto, ma voglio anche che la casa abbia le persone migliori per questo lavoro. Voglio che prendano in considerazione tutti coloro che sono disponibili». «Ma che accadrebbe se i residenti decidessero, come hanno fatto le persone nella nostra casa, che sono soddisfatti?» dice Racine. «A noi piacciono Nick e Jane e pensiamo che facciano un buon lavoro e non vogliamo che un sacco di altre persone arrivino, pensando di poter avere il lavoro, quando sappiamo che voteremo per riavere Nick e Jane. Non è giusto lasciare che le persone pensino di avere una possibilità di venire eletti quando non ce l'hanno. È solamente una perdita di tempo per tutti».

La discussione continua e i diversi aspetti della questione vengono esaminati sempre più approfonditamente. Non si arriva a nessuna conclusione finale; i coordinatori decidono di tornare alle loro case e sollevare l'intera questione per una discussione approfondita.

Debbie solleva l'argomento successivo. «Le persone nella nostra casa si sono lamentate a proposito delle attività. A volte molti vogliono partecipare ad una data attività e poi questa viene cancellata. È le

persone che vogliono andare a nuotare dicono che questo non è stato messo in programma da molto tempo». «Non c'è abbastanza coordinamento tra il centro d'incontro e gli alloggi a proposito delle attività», concorda Don. «Penso che parteciperò all'assemblea del centro d'incontro e proporrò di interessare i residenti alla questione delle attività. Ci andrò sicuramente la prossima settimana». «È una buona idea», dice Debbie. Don dice che, la prossima settimana, riferirà i risultati della riunione.

Viene fatto un rapporto da ciascuna casa circa il numero dei posti disponibili. Una lista di questi viene tenuta in ogni alloggio e nel centro d'incontro, così che gli aspiranti residenti possano essere indirizzati alla casa che ha posti liberi. Gli aspiranti residenti visitano poi la casa (o le case), fanno la conoscenza dei residenti e dell'organizzazione della casa; essi si rivolgono quindi all'assemblea settimanale, durante la quale i membri votano se accettare o meno il candidato come residente. La discussione si sposta su una casa che ha avuto posti liberi per diverse settimane, ma che non ha votato l'ammissione di nessun nuovo residente. «Le persone nella nostra casa stanno diventando capricciose», dice Lisa. «Sono molto contente di come è stata gestita la casa recentemente e non vogliono che nessuno affondi la barca». «Questo è molto carino», dice Debbie, «ma bisogna occupare tutti i posti della casa. Non ci sono abbastanza soldi per pagare tutti i conti, se non si prendono tutte le entrate. Devi ricordare a tutti di ripensare a quando essi stessi avevano bisogno di un posto. Supponiamo che nessuno avesse voluto ammetterli nella casa, dove sarebbero adesso?» «Proverò», promise Lisa, «Esaminerò gli aspetti del bilancio con loro e cercherò di far capire che abbiamo bisogno di più residenti. E rammenterò loro che una volta erano stati aspiranti residenti essi stessi e che a loro era stata concessa una possibilità».

Quando la riunione ha termine la casa diventa silenziosa. Sono rimasti soltanto pochi residenti, seduti, nel soggiorno, a prendere il caffè e a chiacchierare tranquillamente. Les, l'altro coordinatore della casa, è rimasto dopo la riunione e sta nel seminterrato con altri residenti a pulire una stanza ripostiglio, che non viene quasi mai usata. Joe, che lo aiuta nel seminterrato, chiede a Les se sappia dove potrebbe trovare alvoro. Les si offre di accompagnarlo all'ufficio di collocamento e si danno appuntamento per la mattina successiva.

Nel tardo pomeriggio Joe si reca in cucina e controlla la lista dei turni. Tocca ad Eric, il nuovo residente, preparare la cena, ma egli è al piano di sopra, nella sua stanza. Joe va su e bussa alla porta di Eric. Parla con Eric, che dice di essere molto dubbioso delle sue capacità culinarie e di temere che gli altri residenti criticino i suoi «hamburgers». «Anche i miei venivano criticati», gli dice Joe. «La pri-

ma volta che ho preparato la cena qui, ho cucinato hamburgers. Non sapevo per quanto tempo lasciarli cuocere e quando ho deciso che fossero pronti, non era rimasto granché. Ma sono diventato più bravo adesso. Vuoi che ti aiuti per oggi, considerando che si tratta della tua prima volta?» Sollevato, Eric accetta ed insieme si dirigono verso la cucina.

Mentre Joe ed Eric preparano la cena, Les e Diane chiacchierano nel soggiorno con i residenti e con Ellen, che è un'aspirante residente. La riunione settimanale della casa è fissata per subito dopo cena; i coordinatori si fermano a cena per l'occasione ed Ellen è stata invitata. Quasi tutti sono a casa per l'ora di cena: mancare ad una riunione della casa è un fatto disapprovato. Joe ed Eric chiamano a raccolta le persone nella sala da pranzo e imbandiscono una cena a base di hamburgers, insalata e patate. Tutti si complimentano con Eric per la sua cucina. Dopo cena si sparcchia la tavola e si inizia la riunione.

Diane guarda Lynn che, di mattina, si era lamentata di Eric, dicendo che non sembrava fosse il tipo giusto per la casa. «Questa mattina», dice Lynn, «molti erano preoccupati per te, Eric. Da quando sei entrato qui dentro, hai a malapena rivolto la parola a qualcuno. Ma adesso mi sento più soddisfatta. Questa sera ti sei comportato in modo più disteso e rilassato». Eric sorride. «In realtà, fino ad oggi, non mi sentivo sicuro nei riguardi di questo posto. Mi aspettavo che qualcuno mi criticasse ogni volta che si muovevano: stavo semplicemente trincerando me stesso. Avevo paura di cucinare e paura di chiedere aiuto. Ma Joe è stato semplicemente grande. Mi ha mostrato come fare e non è stato difficile. Ed è stato bello quando tutti dicevano che il cibo aveva un buon sapore».

Si discute della prossima elezione. Les riassume la discussione del consiglio dei residenti ed esorta commenti.

Precedentemente aveva detto ai residenti che egli non desiderava concorrere per essere rieleto. «Allora abbiamo un posto disponibile», dice Carol. «No ne abbiamo due», replica Joe. «Diane si ripresenta, ma deve concorrere proprio come tutti gli altri. Intervistiamo i candidati, inclusa Diane e poi eleggiamo i due coordinatori. Penso che tu sarai eletta*, dice rivolgendosi a Diane. «Lo spero anch'io», risponde Diane, «ma penso che tu abbia ragione. Dovete prendere in considerazione tutti i candidati e scegliere i migliori. Ovviamente, io spero che votiate per me».

Ogni settimana, le pulizie e le faccende domestiche vengono svolte a rotazione ed a ciascuno viene ricordato il suo nuovo compito. Si stabiliscono i prossimi turni in cucina ed ognuno indica quando e cosa cucinerà durante il suo turno. La spesa, uno dei compiti svolti a rotazione, viene fatta una sola volta la settimana insieme con altri re-

sidenti delle altre case del MPA, usando il furgoncino dell'organizzazione e recandosi nei negozi meno costosi. Sulla base del menu pianificato per la settimana, si scrive la lista della spesa.

Ellen è rimasta seduta in silenzio per tutto il tempo della riunione. «E allora?», chiede adesso. «Posso trasferirmi qui?». «Che cosa pensi», qualcuno le chiede. «Pensi che ti piacerebbe vivere qui?». «Penso di sì», risponde. «Sono stata ospite di una casa-ostello prima e non mi piaceva il modo in cui mi trattavano. Allora tornai in ospedale e, quando fui nuovamente pronta per uscire, non sapevo dove andare. Poi qualcuno mi ha parlato del MPA. Mi piace il modo in cui tenete queste riunioni e discutete di tutto. Spero che voterete di accettarmi. All'ospedale dicono che potrò andarmene non appena avrò trovato un posto dove vivere». «Sarai la mia compagna di stanza, se ti trasferisci qui», «Mi ha fatto piacere la nostra conversazione durante la cena. Penso che andremo d'accordo». Ellen viene fatta allontanare dalla stanza per la votazione. Nessuno solleva obiezioni sull'ammissione di Ellen ed il voto è unanime. Carol va a dare ad Ellen la buona notizia ed insieme rientrano nella stanza, parlando eccitatamente.

Diane e Les augurano la buonanotte. «Non ti dimenticare di domani», Joe ricorda a Les. «Voglio parlare con quelli dell'ufficio di collocamento, ma voglio andarci da solo». «È ovvio», dice Les. «Sarò qui alle nove. Fatti trovare pronto».

Dopo che i coordinatori sono andati via, alcuni residenti vanno a sedersi nel soggiorno per guardare la TV. Joe ed Eric puliscono la cucina. Carol ed Ellen organizzano di andare a fare un po' di spese assieme l'indomani, quando Ellen si sarà trasferita. «Detesto dover tornare in ospedale, anche per una sola notte», dice Ellen. «Lo so», dice Carol, «ma da domani abitarai qui. Non è magnifico?» Ellen esce per prendere l'autobus che la riporterà in ospedale.

Man mano che la serata volge al termine uno dopo l'altro i residenti cominciarono ad andare a letto. Per mezzanotte, soltanto pochi «uccelli notturni» guardano ancora la televisione, con il volume abbassato in modo da non disturbare quelli che dormono.

Uno studio del programma degli alloggi che fu preparato da un residente da vecchia data del MPA, mostra chiaramente l'efficacia delle case di questa organizzazione. Per un periodo di dieci mesi, centodiciotto persone vissero nelle loro cinque case. Soltanto il dieci per cento di questi tornò in ospedale; il quarantadue per cento continuò a vivere in altre soluzioni abitative comunitarie; il resto continuò a vivere al MPA. Secondo l'opinione dei coordinatori e degli altri residenti, il sessantasei per cento dei residenti ebbe dei miglioramenti du-

rante la sua permanenza nella casa. La durata media delle permanenze negli alloggi del MPA è di sette mesi³.

Ora che abbiamo descritto l'organizzazione del MPA, possiamo confrontare questo centro con il modello positivo di struttura alternativa, proposto precedentemente.

1. *Il servizio deve fornire assistenza nel soddisfare i bisogni indicati dai clienti.* L'organizzazione del MPA risponde perfettamente a questa descrizione. Infatti essa è stata fondata da ex-pazienti che hanno riconosciuto che i loro bisogni non venivano soddisfatti dal sistema mentale esistente. Credo che soltanto un servizio gestito dai clienti possa soddisfare pienamente questo criterio. Quando il servizio viene formulato senza il contributo dei clienti, i bisogni di questi verranno stabiliti a priori e i clienti si troveranno a doversi adattare alle caratteristiche di quella struttura per poter usufruire o beneficiare del servizio. Una delle caratteristiche del MPA consiste nel fatto che l'organizzazione cresce con il crescere dei bisogni che vengono espressi dai clienti. Sono stati tentati degli esperimenti — alcuni hanno avuto successo, altri no. Ad un certo punto si presentò l'occasione di una residenza di **campagna**, ma per dirla con la parole di uno dei membri, «in quella fattoria... non c'erano da parte della comunità per un gruppo di auto-aiuto. Rinunciammo all'idea che l'aria pulita e la vita di campagna avessero un magico potere curativo»⁴. Il gruppo ha avuto la libertà di cambiare in risposta alle necessità perché non c'era un piano prestabilito da seguire. I difetti possono essere riconosciuti e affrontati perché non c'è burocrazia per difendere un piano che non ha successo. L'unico criterio per stabilire se le idee falliscono o ottengono successo, consiste nel vedere se queste funzionano oppure no.

La struttura non burocratica e non gerarchica del MPA costituisce un elemento essenziale grazie al quale possiamo dire che l'organizzazione soddisfa i criteri del modello positivo di alternativa proposto. La compartecipazione democratica lavora assicurando che i bisogni vengano articolati e che siano fatti piani per soddisfarli. Ovviamente, il modello non funziona sempre come dovrebbe. Di tanto in tanto, persone dalla personalità forte e irresistibile hanno fatto in modo di ottenere un certo grado di potere personale. Ci sono delle volte in cui l'indifferenza tra i membri ha costituito un serio problema. Ma è importante il fatto che l'organizzazione cerchi di affrontare questi pro-

3. Residence Program — A History of Residents at the Mental Patients' Association, (novembre, 1976), fornito dal MPA.

4. Residence No Longer MPA Orphans (dicembre 1973), In a *Nutshell* 4, ne. 3, p.

blemi. La struttura stessa dell'organizzazione incoraggia la discussione aperta. Qualunque argomento uno dei membri voglia affrontare può venire inserito liberamente nell'ordine del giorno di ogni riunione. Tutte le riunioni (e sono molte) sono aperte a tutti i membri dell'organizzazione. Anche quando si forma una commissione incaricata di affrontare un particolare soggetto o problema, i membri che fanno parte della commissione possono partecipare alle riunioni. Questa struttura aiuta l'organizzazione a superare situazioni nelle quali il controllo dell'associazione è temporaneamente mancato.

2. *La partecipazione al servizio deve essere completamente volontaria.* L'associazione MPA soddisfa questo criterio in pieno. Di solito, il contatto iniziale con il centro d'incontro è instaurato dall'aspirante-socio. Negli alloggi è talvolta un operatore sociale dell'ospedale che fa la prima richiesta, ma l'aspirante residente prende tutti gli accordi. Nessuno può «sistemare» una persona al MPA. Credo che l'adesione completamente volontaria sia una delle chiavi del successo dell'organizzazione. Le persone che sono state negli ospedali psichiatrici sono abituate al fatto che qualcuno organizza le cose per loro, senza che essi abbiano la possibilità di dire alcunché. Il loro atteggiamento nei confronti della loro «sistemazione» (che siano ospedali, cliniche per pazienti esterni, case-ostello o altre strutture similari) riflette questa mancanza di controllo sulla propria vita. L'organizzazione del MPA, al contrario, è veramente tutto ciò che i membri la fanno essere. Se non sono soddisfatti essi possono o smettere di farne parte o mettersi al lavoro per cambiarla. La volontarietà e il controllo affidato ai membri sono due aspetti strettamente legati. Le persone che sono implicate in un'attività obbligatoria fanno di non avere alcun controllo su di questa, indipendentemente da quanto sia stato loro detto.

Un incidente accaduto diversi anni or sono dimostra che cosa è successo quando la partecipazione al MPA fu resa obbligatoria per un membro. Marilyn, un membro del MPA, finì in galera per un reato minore. Fu fatto un accordo con Marilyn, l'associazione del MPA, il Tribunale e un sorvegliante di condannati in libertà condizionata. Secondo l'accordo, le accuse contro di lei sarebbero state fatte cadere ed essa sarebbe stata messa in libertà condizionata, a patto che diventasse residente in un alloggio del MPA. Comprensibilmente, Marilyn non aveva la sensazione di vivere in casa sua, come accadeva per gli altri residenti. Essa aveva trascorso gran parte della sua vita in istituzioni — prigioni, orfanotrofi e ospedali psichiatrici — e considerò la casa come la sua ultima prigionia. I principi del MPA, che erano validi per gli altri residenti non avevano valore per lei. Marilyn non aveva il controllo della propria vita. Anche se l'associazione tentò di evitare di «diventare responsabile» per la sua vita — ad esempio Marilyn parte-

cipava alla stesura dei rapporti che l'associazione era tenuta a presentare al suo ufficiale di sorveglianza — Marilyn non riuscì ad accettare la situazione e decise di andarsene. In una dichiarazione successiva, l'associazione decideva che l'esperimento era stato un fallimento. I principi del MPA non funzionano quando l'organizzazione assume il controllo della vita di un membro.

3. *I clienti devono poter scegliere di partecipare ad alcuni aspetti del servizio, senza essere costretti a partecipare ad altri.* Nessuno nel MPA ha un programma da rispettare. Ogni membro sceglie da solo a quali aspetti dell'organizzazione partecipare. Alcuni membri prendono parte soltanto ad aspetti del «servizio» senza farsi coinvolgere nel processo decisionale. Molti residenti non si recano mai al centro d'incontro. Alcuni membri non si sognerebbero mai di mancare ad una riunione amministrativa o ad un'assemblea generale, altri partecipano soltanto di rado. Alcuni si vedono raramente, fatta eccezione per le cene gratuite del venerdì e la prima colazione del sabato. *L'associazione del MPA non tiene cartelle cliniche dei suoi membri.* Nessuno tiene registrazioni del modo in cui un socio utilizza le attività o i servizi del centro. I membri sono considerati persone responsabili che devono essere costrette a fare cose «per il loro bene». Un membro che si lamenta di non avere nulla da fare può venire incoraggiato a partecipare ad una attività di particolare interesse. Qualcuno può suggerire ad un membro che sia solo ed in cerca di amici di trascorrere più tempo nel centro d'incontro. Ma questi sono suggerimenti, non pretese. Un'organizzazione non è veramente volontaria se i membri *devono* partecipare alle riunioni per poter andare in piscina (o vice versa). Pretendere che le persone facciano qualcosa «per il loro bene» significa che deve esserci una figura autoritaria, una persona che decide che cosa devono fare gli altri. Quando una persona è costretta a fare qualcosa e poi le si dice che questo è quanto essa vuole «veramente», il potere della figura autoritaria è mistificato. Questo è quanto avviene comunemente alle persone nelle istituzioni psichiatriche e in altri tipi di istituzioni che controllano la vita delle persone. Spesso, ciò che ad una persona si dice essere quanto «veramente» essa vuole, è qualcosa di chiaramente indesiderabile. Invece, l'associazione del MPA insiste sul fatto che le persone, che sono state ricoverate in ospedali psichiatrici, mentre vivono nella comunità, possano compiere i cambiamenti necessari per amministrare le proprie vite, prendersi la responsabilità del loro benessere ed essere parte della propria guarigione⁵. I principi del MPA costituiscono un tentativo di rovesciare il processo di misti-

5. Mental Patients' Association, Application for Project Grant. 1976, p. 2.

ficazione. I membri prendono le decisioni tutti insieme e apertamente.

Durante la mia visita al MPA, alcuni membri protestavano nei confronti di una piccola cricca che prendeva autonomamente molte delle decisioni. L'esistenza di una tale cricca è antitetica con i principi del MPA e questo è un aspetto che l'organizzazione dovrà combattere.

4. *L'aiuto viene fornito reciprocamente dai clienti e può anche essere fornito da altre persone scelte dai clienti. La capacità di prestare aiuto è considerata come un attributo umano e non come qualcosa di acquisito attraverso l'educazione o il grado di formazione professionale.* Le origini del MPA sono legate al problema dell'auto-aiuto. Si tratta di un'organizzazione nella quale le persone si rivolgono le une alle altre e tutte sono alla pari. Una differenza importante e significativa tra MPA e molte altre organizzazioni di auto-aiuto consiste nel fatto che la prima associazione non si è sviluppata sotto la protezione degli operatori professionali e nemmeno impiega o consulta «esperti» esterni. I fondatori del MPA erano fortemente scettici circa le capacità degli operatori professionali nel campo della salute mentale. Decisioni del tipo se fosse o no il caso di consultare degli specialisti erano considerate puramente personali. L'associazione *in quanto organizzazione* non prende alcuna posizione né a favore né contro la psichiatria. Alcuni membri considerano utili e vantaggiosi gli operatori professionali psichiatrici, altri non sono dello stesso avviso.

Personalmente attribuisco la mancanza di una posizione precisa nei confronti della psichiatria ad una sorta di corto circuito nel processo di auto-aiuto che ha condotto alla formazione dell'associazione. Poiché questa è stata coinvolta nella erogazione di servizi così presto nel corso della sua esistenza, l'attenzione principale doveva necessariamente essere indirizzata verso problemi di tipo pratico piuttosto che teorico (o personale). Durante le riunioni, l'attenzione viene necessariamente concentrata sugli aspetti di interesse immediato. Poiché l'erogazione dei servizi costa denaro, un'enorme quantità di energie vengono concentrate sulla raccolta di fondi. I membri potrebbero facilmente trovarsi d'accordo sull'importanza della raccolta di fondi, gestendo il centro d'incontro e organizzando gli alloggi. Cercare di arrivare a prendere una posizione nei confronti della psichiatria implicava un dispendio di tempo, non soddisfaceva pratiche immediate e rappresentava un potenziale per la coesione del gruppo. Le opinioni nei confronti della psichiatria variano ampiamente all'interno del MPA. Alcuni membri hanno fiducia negli psichiatri e nell'istituzione ospedaliera, altri si rivolgono a loro con riluttanza in situazioni di estremo disagio ed altri ancora non vogliono avere nulla a che fare con loro.

Alcuni si sentono fortemente coinvolti nei principi dell'auto-aiuto, mentre altri ritengono che la competenza professionale sia di solito necessaria. Quando un membro cade in una situazione di estremo disagio, c'è la tendenza ad incoraggiarlo a cercare aiuto presso un operatore professionale, *anche se, in passato, questo aiuto si è dimostrato infruttuoso per quella persona.*

Idealmente, un servizio alternativo gestito dai clienti presterebbe maggiore attenzione allo sviluppo dell'auto-aiuto, di quanto non sia stato fatto al MPA, creando, ad esempio, più spazi per le riunioni sull'auto-coscienza.

5. *La direzione totale del servizio, inclusa la responsabilità per decisioni di tipo finanziario o politico, è nelle mani di coloro che ricevono i servizi.* L'associazione del MPA ha evitato di demandare alcuni processi decisionali ad un piccolo gruppo all'interno dell'organizzazione. Questo costituisce uno dei suoi maggiori punti di forza. Il controllo dei membri è insignificante, se la politica decisionale viene dall'alto. È impressionante osservare la democrazia partecipata in azione. Ci sono più di venti coordinatori da eleggere o, nel caso dei coordinatori degli alloggi, da ratificare da parte dell'assemblea generale. Non c'è un comitato per le nomine — le persone mettono da sole i loro nomi sulla scheda di votazione. La stanza di soggiorno è affollata da cinquanta o sessanta membri, molti dei quali siedono sul pavimento o si accalcano sulla soglia. Ci sono di solito circa quindici concorrenti per sei posti di coordinatore del centro d'incontro. Ogni candidato ha a disposizione cinque minuti di tempo per parlare e cinque per rispondere alle domande. Poi le schede vengono segnate e raccolte. Subito dopo vengono eletti i coordinatori per l'ufficio, per la ricerca e per i trasporti. Una volta conteggiate le schede, viene dato l'annuncio dei vincitori. Poi vengono annunciate e sottoposte a ratifica le scelte delle varie case. Nessuno ha la garanzia di ottenere un lavoro. Pochi sono rimasti con l'organizzazione per anni, ma soltanto perché continuavano a rielegerli. Tutto il procedimento dura fino a notte; un procedimento stancante ma eccitante.

Un altro esempio del processo democratico del MPA è rappresentato dalla crisi di fondi del 1976. L'organizzazione, che precedentemente era stata finanziata con diverse concessioni da fondi del governo federale, era in procinto di passare a forme di finanziamento di enti locali e provinciali. Il programma degli alloggi doveva entrare a far parte di un nuovo programma che avrebbe imposto una regolamentazione della durata di soggiorno e avrebbe soppresso l'indipendenza finanziaria dei residenti. I residenti delle case votarono contro il finanziamento ed in favore della ricerca di un'altra fonte di risorse meno restrittiva. Quando non fu possibile trovare altra fonte, i resi-

denti, messi di fronte alla possibilità di perdere le loro case completamente, votarono di accettare il finanziamento su base temporanea (questa situazione verrà descritta più esaurientemente nel settimo capitolo). Qualunque soluzione, che costituisce una scorciatoia rispetto a quella descritta, non rappresenta una iniziativa posta realmente sotto il controllo dei membri.

6. *I clienti del servizio devono decidere se limitare la partecipazione agli ex-pazienti, oppure se aprirla a tutti. Se si decide per una politica di apertura, occorre fare particolare attenzione che i non-pazienti non agiscano in maniera da opprimere gli ex-pazienti. In altre parole, tale servizio deve essere particolarmente sensibile ai problemi del mentalismo.* L'associazione del MPA è stata, fin dal suo inizio, aperta a chiunque volesse partecipare. Questa posizione possiede significativi punti di forza e di debolezza. Un effetto positivo di una politica di apertura nei confronti dell'associazione è costituito dal fatto che l'organizzazione non definisce in modo diverso i bisogni di ex-pazienti da quelli dei non-pazienti. Si considera che ognuno possa trarre beneficio dalla partecipazione. Tuttavia, alcuni membri hanno la sensazione che l'organizzazione non sia stata particolarmente attenta nei confronti del mentalismo, che deve essere affrontato come un problema in atto. Sebbene una politica associativa aperta non sia stata instaurata avendo come fine questo risultato, ciò che si è venuto a creare è il fatto che la maggior parte dei non-pazienti del MPA sono coordinatori: persone stipendiate dall'organizzazione. Uno dei risultati non intenzionali è che i non pazienti sono visti come persone più capaci e meno bisognose, dal momento che il loro ruolo consiste molto di più nel dare che nel ricevere aiuto. Idealmente, la libertà di associazione dovrebbe portare a riconoscere che *tutti*, e non soltanto coloro che sono stati etichettati come malati di mente, ottengono benefici grazie al sostegno ed alla partecipazione emotiva, ma per poter raggiungere questo ideale credo che sia indispensabile un crescente processo di auto-coscienza. questo non è avvenuto al MPA.

7. *La responsabilità del servizio ricade sul cliente e non sui suoi familiari, sulle istituzioni terapeutiche o sul governo. Informazioni sul cliente non devono essere trasmesse a terzi senza il consenso del cliente e tale informazione deve essere accessibile al cliente stesso. È significativa, a questo proposito, la politica del MPA di non tenere cartelle cliniche dei membri. La conservazione di cartelle cliniche, in un servizio alternativo, crea problemi sia di confidenzialità (nei confronti di terzi esterni) sia di accesso (da parte dei membri ai dati che li riguardano), che sono probabilmente insormontabili. Conservare dati clinici implica il principio che alcuni hanno bisogno di tenere sotto controllo altre si viene a creare un sistema a due classi. Nel MPA, quando sono*

necessari dei resoconti sull'utilizzazione di strutture per le agenzie governative (ad esempio per ottenere finanziamenti), vengono preparati rapporti sull'associazione. Questo è un altro esempio dell'importanza di svalutare il mito dell'efficienza. Mentre potrebbe essere più facile scrivere un rapporto se si tenessero registri sulla partecipazione di ciascun membro, questa pratica distruggerebbe il carattere dell'organizzazione.

Chiaramente, mentre il MPA non si adegua perfettamente al modello proposto, tale organizzazione fornisce un buon esempio di un servizio alternativo per ex-pazienti psichiatrici funzionante e attivo. Il MPA è in forte contrasto con i servizi «alternativi» improntati a criteri di professionalità psichiatrica che abbiamo esaminato nel capitolo quarto. Le differenze sono fondamentali: nel MPA i membri costituiscono l'organizzazione. Coloro che hanno avvertito i problemi sono anche coloro che hanno istituito la struttura ed usato i suoi servizi. Il controllo dei membri è essenziale per far sì che un servizio risponda veramente ai bisogni di coloro che dovrebbe servire per statuto. Inoltre, il controllo da parte dei membri fa sì che la gente consideri se stessa forte e competente piuttosto che debole e bisognosa.

La maggior parte dei problemi che gli ex-pazienti si trovano ad affrontare sono di natura puramente pratica: dove vivere, come trovare un lavoro o come ottenere i sussidi sociali. La gente che esce dagli ospedali ha molta poca fede nella propria capacità di confrontarsi con la vita. Quando essi si rivolgono ad una istituzione o ad un'organizzazione per aiuto questa percezione di se stessi viene ulteriormente rinforzata. All'opposto coloro che si rivolgono ad una struttura alternativa ricevono un aiuto che va di gran lunga al di là del problema immediato. Gli ex-pazienti scoprono un modo interamente nuovo di affrontare i problemi. Al posto di distaccare figure di esperti, essi vedono gente come loro che si aiuta reciprocamente per trovare delle soluzioni. Essi scoprono di avere anche loro la capacità di aiutare gli altri.

Credo che i servizi alternativi limitati agli ex-pazienti saranno in grado di raggiungere questo risultato anche meglio di quanto non abbia fatto il MPA. La presenza di non-pazienti rende difficile per alcuni l'essere completamente aperti sulle difficoltà che stanno vivendo, per la paura di essere considerati malati di mente da persone che non hanno mai vissuto le loro esperienze. La maggior parte hanno avuto esperienze che potrebbero essere etichettate come «pazze», ma il pregiudizio nei confronti dell'ex-paziente psichiatrico rende difficile vedere che le persone sono più simili tra loro di quanto non siano diverse. Questo rappresenta un altro esempio dell'invadenza del mentalismo. La presenza di non pazienti, inoltre, rende difficile per gli ex-

pazienti parlare francamente delle loro esperienze negative in ospedali psichiatrici senza essere considerati «paranoici».

Credo che lo sviluppo di un processo di autocoscienza sia indispensabile per stabilire la fiducia in se stesso e per compensare gli effetti del mentalismo. Come il razzismo e il sessismo, il mentalismo infetta le sue vittime con la convinzione della loro inferiorità, una convinzione che deve coscientemente essere sradicata. Lavorando insieme in organizzazioni di auto-aiuto, gli ex-pazienti possono fare esperienza aiutando loro stessi e gli altri. Ma la convinzione della propria inferiorità può perdurare, a meno che non siano compiuti degli sforzi per combatterla.

L'auto-coscienza aiuta gli ex-pazienti a demistificare le loro esperienze in ospedale e a riconoscere cosa sia stato d'aiuto oppure dannoso. In un gruppo di auto-coscienza, gli ex-pazienti possono confrontare le proprie esperienze con quelle degli altri e scoprire che possono veramente essere d'aiuto gli uni agli altri, spesso con migliori risultati di quelli ottenuti dagli operatori professionali.

Molti servizi per ex-pazienti sono pervasi di mentalismo. Il messaggio nascosto riguarda il fatto che gli ex-pazienti sono dei diversi. Questo punto è espresso molto bene da un membro del MPA:

Preferisco abitare in una casa del MPA piuttosto che in una pensione, dove tutto è troppo poco democratico. Ma in un alloggio del MPA, i residenti gestiscono la casa. Senti di essere stato messo in una pensione e questo è tutto. Ma in un alloggio del MPA, i residenti votano per decidere se sarai ammesso come residente. Mi piace il sistema del MPA.

In una pensione, ci sono pochi divertimenti. Tutto si riduce al fatto che vogliono controllare le tue uscite. Devi essere dentro per le 23. Non si o no o forse. Sei semplicemente là. Ma nel MPA, sei messo in condizione di dover socializzare. È questo che ritengo sia positivo. E non c'è il «coprifuoco».

Non mi piace come si mangia in una pensione. Per i pasti riuniscono la gente come bestiame. I pasti sono sempre serviti alla stessa ora, ogni giorno. Tutto diventa molto noioso. Se non firmi il foglio di presenza, semplicemente non ti danno nulla da mangiare. Nel MPA non ci sono restrizioni di nessun tipo riguardo ai pasti. Non devi firmare un maledetto foglio per i pasti. Mangi quando vuoi mangiare e questo è tutto.

Il supervisore deve sapere quando qualcuno riceve delle visite. I visitatori possono restare solo poco tempo perché il supervisore vuole che tu parli anche con gli altri clienti della pensione. Ma negli alloggi del MPA, puoi ricevere visite quando ti pare fintanto che non disturbino gli altri abitanti della casa. Non c'è un limite di tempo. Credo che questo sia un buon sistema perché è come una vera casa.

In un alloggio del MPA hai il controllo completo dei tuoi soldi.

Hai anche la possibilità di aprire un conto in banca. Ma in una pensione qualcuno preleva soldi ogni giorno dai tuoi venticinque dollari di indennità di sostentamento ed io penso che questo sia terribile⁶.

Vivere con queste restrizioni e regolamenti dimostra agli ex-pazienti che non sono considerati persone affidabili o responsabili. Anche se è stato loro detto che essere dimessi dall'ospedale significa stare di nuovo «bene», tuttavia essi vengono trattati come invalidi. Il messaggio è chiaro: «gli ex-pazienti psichiatrici sono persone inferiori».

I servizi alternativi combattono l'atteggiamento mentalista rifiutando di distinguere le persone in «malati» e «sani». Tutti sono considerati bisognosi di sostegno emotivo; avere bisogno non è considerato un segno di malattia mentale o tanto meno rende incapace la persona attualmente bisognosa di aiutare a sua volta gli altri. Quando il servizio è gestito interamente dagli ex-pazienti, esso dimostra drammaticamente che gli ex-pazienti possono riuscire senza bisogno di supervisori o controlli.

Un'obiezione frequentemente sollevata nei confronti del modello dell'auto-aiuto concerne il fatto che alcune persone siano considerate «troppo malate per avere cura di loro stesse». Questo è il medesimo ragionamento utilizzato per autorizzare il ricovero involontario. «Troppo malato» è un'espressione usata per dire che «qualcuno non vuole fare ciò che qualcun altro ha deciso essere cosa migliore per lui». Le persone malate di mente sono frequentemente considerate come individui che, a causa della loro malattia mentale, rifiutano servizi di cui hanno bisogno. Ovviamente le persone che hanno assorbito questo concetto di malattia mentale saranno scettiche di un servizio gestito da clienti. L'associazione del MPA, tuttavia, «crede che dare potere decisionale ai membri, costituisca un aspetto basilare per una organizzazione mentale sana. Se le persone non hanno controllo sulle decisioni più importanti che riguardano la loro vita, non sarà possibile alcuna crescita di auto-stima: solo controllo della mente e adattamento⁷».

Ogni servizio alternativo deve decidere quali relazioni stabilire con i servizi tradizionali nel campo della salute mentale. Un gruppo deve decidere se tentare di gestire tutte le situazioni da solo o se c'è un momento in cui si rivolgerà alla psichiatria. Il modo in cui si risolve questo problema, sarà ampiamente determinante ai fini della natura del servizio. Il modo migliore per affrontare questa decisione è lo sviluppo di un processo di auto-coscienza, in cui ogni membro del

6. Funding Problems. In a *Nutshell* 4, nr. 3, (luglio 1976), p. 2.

7. MPA, Application for Project Grant, p. 2.

gruppo ha sempre la possibilità di esprimere i suoi sentimenti nei riguardi del fatto di essere un ex-paziente e di che cosa questo significhi in termini di essere capace e valido. Sentimenti di inferiorità hanno pluralità di origine; per molti ex-pazienti, tale sentimento spesso deriva dalle denigrazioni costanti che sono costretti a ricevere dagli altri e dai «mass media». In un gruppo di auto-coscienza, i membri hanno un posto dove discutere delle loro reazioni nei confronti di tali incontri con l'atteggiamento mentalista. Sentimenti di forza e di auto-stima possono crescere con questo tipo di sostegno. Problemi che il gruppo possa essersi allo stesso tempo trovati nell'incapacità di risolvere, diventano meno frequenti man mano che il senso di capacità si sviluppa. Diventa sempre meno necessario rivolgersi agli «esperti» della psichiatria, man mano che sempre meno membri del gruppo vengono considerati come persone «troppo **malate**» per aiutare loro stesse.

Quando membri del gruppo hanno l'opportunità di discutere e confrontare le loro esperienze ospedaliere, sono capaci di guardare più chiaramente nel modo di funzionare della psichiatria. Molte esperienze vissute diventano comprensibili quando non sono nascoste dalla terminologia psichiatrica. Ho visto persone, in gruppi di auto-coscienza, fare l'eccitante scoperta di poter dare un significato a quanto è stato liquidato con termini quali «allucinazioni» o «deliri». Man mano che i propri sintomi psichiatrici diventavano comprensibili, il comportamento «pazzo» di altri diventava meno temibile. I professionisti della salute mentale hanno solitamente atteggiamenti distaccati e lontani nei confronti delle persone che ritengono «pazzi» (o qualunque altro termine possano usare); ma persone che sono in grado di riconoscere aspetti del proprio comportamento in quello di un «pazzo» possono offrire affetto e sostegno. Dal momento che una persona in crisi può essere molto spaventata dal proprio comportamento, può essere estremamente rassicurante sapere da altri membri del gruppo che essi pure hanno vissuto esperienze simili. Questo è esattamente il tipo di sostegno che è quasi impossibile trovare nei servizi psichiatrici tradizionali.

Il servizio alternativo è destinato ad essere un aspetto costitutivo del sistema di salute mentale o dovrà svolgersi al di fuori ed in opposizione a questo? Ogni gruppo deve sviluppare le proprie risposte a questa domanda attraverso un proprio processo di gruppo. Questa posizione dipenderà dagli atteggiamenti e dalle esperienze dei membri.

Uno dei problemi del MPA riguarda il fatto che l'organizzazione non ha una posizione di gruppo su questi temi di base. Alcuni membri hanno una fede smisurata nella psichiatria (spesso nonostante le esperienze negative avute) e considerano il gruppo come un aspetto

estremo in un «continuum» di servizi. Altri ritengono che l'organizzazione dovrebbe porsi in forte contrasto con il sistema della salute mentale, che considerano fondamentalmente disumanizzante e inutile. Altri assumono posizioni intermedie ed, infine, altri ancora non hanno preso affatto in considerazione la questione. Questa mancanza di prospettive rende più difficile affrontare la situazione di un membro che attraversa una crisi, di quanto non sarebbe altrimenti. Nessuno è veramente sicuro di cosa fare.

Occorre tenere in mente che l'associazione del MPA non è stata fondata per fronteggiare situazioni di crisi, ma per risolvere i problemi del vivere quotidiano dei membri. Uno spiacevole risultato è che, quando un membro si trova ad affrontare una crisi, spesso l'organizzazione può fornirgli soltanto un aiuto limitato. Tuttavia, c'è da chiedersi se crisi e problemi del vivere quotidiano possano essere affrontati insieme. Le persone in crisi di solito richiedono molta attenzione personale e possono essere distruttive nei confronti dello sviluppo dei programmi. D'altra parte, respingere una persona in crisi può aumentare la quantità di disagio e il senso di alienazione che questa prova.

Idealmente, un servizio alternativo manterrà una crescente autovalutazione che sarà d'aiuto al gruppo per affrontare questi problemi, man mano che essi si affacciano. È molto più facile mantenere la flessibilità con questo tipo di struttura di gruppo che in un'organizzazione burocratica, con le sue categorie predeterminate e con le sue procedure. Infatti, una volontà di cambiare in risposta ai bisogni, rappresenta uno dei tratti distintivi dei gruppi alternativi.

Gli ex-pazienti non sono tutti uguali e non hanno tutti gli stessi problemi e difficoltà. Per alcuni, il ricovero in ospedale psichiatrico rappresenta un incidente occasionale, mentre per altri si ripete più volte. Inoltre, le difficoltà che qualcuno affronta quando esce da un'istituzione, dopo esservi stato per molti anni, sono diverse da quelle che derivano da un breve periodo di ospedalizzazione. Spesso, i tradizionali servizi «dopo la cura» distinguono le persone in base alla durata del tempo di ospedalizzazione subito. Ci sono minori aspettative nei confronti dei pazienti a lungo-termine circa le loro capacità di sopravvivere «fuori» senza servizi intensivi. Questa potrebbe essere una profezia che si auto adempie. Il MPA ha dimostrato che c'è un altro modo di trattare i pazienti a lungo termine.

L'associazione del MPA comprende persone con una sola ospedalizzazione e con molte persone che possono essere state in istituzioni per diverse settimane o per molti anni. Piuttosto che segregare i pazienti a lungo-termine in gruppi speciali con minori aspettative, l'organizzazione fornisce un posto dove tutti i membri possano stabilire da soli quale sarà il loro coinvolgimento. Ad esempio, una persona in-

timidita dalle riunioni può scegliere di non parteciparvi. Anche quando una riunione occupa il soggiorno del centro d'incontro, ci sono molti posti nel centro nei quali un membro possa rifugiarsi. Alla fine, questo membro può avere occasione di osservare che le riunioni del MPA non sono poi così spaventose, dal momento che può verosimilmente assistere a parti di un certo numero di riunioni che si svolgono nel centro d'incontro. I membri possono scegliere, senza timore di punizioni, di non partecipare al processo decisionale. L'organizzazione non richiede la partecipazione di ogni membro in tutte le decisioni. C'è posto anche per le persone che desiderino soltanto usufruire dei servizi, ma nessuno viene mai arbitrariamente definito «troppo malato» o «troppo istituzionalizzato» per partecipare.

Ovviamente, possono sorgere difficoltà di ordine pratico. Un membro che faccia dei tentativi per parlare, durante un incontro, uno che non sia abile nel presentare con vigore il proprio punto di vista, può essere ignorato o non preso sul serio. Le riunioni tendono ad essere dominate dai membri più esperti (ovviamente questo avviene in tutti i tipi di gruppo e non rappresenta un problema esclusivo degli ex-pazienti psichiatrici). I gruppi che credono nel controllo da parte dei membri devono esercitare sforzi continui per assicurare che la direzione non si accentri nelle mani di una piccola cricca. Ciò che accade praticamente al MPA è che la maggior parte dei membri partecipano alle riunioni di tanto in tanto, ma solo una minoranza prende attiva parte nella gestione dell'organizzazione giorno per giorno. È un impegno ad essere aperti per nuovi suggerimenti, un impegno che talvolta viene meno. È un posto per le persone che le agenzie convenzionali definirebbero «troppo malate» per un gruppo di auto-aiuto.

L'organizzazione del MPA, recentemente, ha iniziato a compiere sforzi per raggiungere un altro tipo di paziente a lungo-termine: quello che si trova in ospedale. Verso la fine del 1976, l'organizzazione ha stabilito una branca del centro d'incontro presso il «Riverview Hospital», nei pressi di Vancouver, che rappresenta l'unico ospedale psichiatrico nella provincia della Columbia Britannica. Molti dei pazienti che fanno uso del centro d'incontro sono persone che sono state nell'ospedale per anni e che sono diventate del tutto istituzionalizzate. Il centro d'incontro del MPA costituisce il solo posto nell'istituzione in cui i pazienti possono andare senza essere sottoposti alla sorveglianza e al controllo del personale. I cinque membri del personale del progetto vengono eletti tra i soci del MPA e stipendiati; quattro di questi sono ex-pazienti del «Riverview». Viene stabilito il programma di estensione al Riverview del MPA:

Per sviluppare rapporti con pazienti classificati come «cronici», pazienti chiusi a chiave nei reparti e pazienti con privilegi di libero movi-

mento all'interno e con lasciapassare giornalieri, per aiutarli nel processo direintegrazione nella comunità. I membri del personale del progetto saranno disponibili per accompagnare i pazienti a loro richiesta. Provvederemo a fornire un collegamento tra i pazienti ed il personale appropriato del locale servizio di comunità. Aiuteremo i pazienti che stanno per essere dimessi dall'ospedale ad ottenere un'adeguata sistemazione abitativa all'interno delle comunità e cercheremo di fornire mezzi di trasporto per questo scopo, quando sia necessario.

Forniremo un centro d'incontro nell'ospedale perché i pazienti abbiano la possibilità di socializzare, per sviluppare nuove relazioni, per assicurare-assistenza nelle questioni legali e per ottenere il diritto di difesa nelle questioni reattive all'ospedale.

Incoraggeremo i pazienti ad usare i servizi attualmente disponibili sia al «Riverview» che nella comunità. Inoltre, forniremo i necessari servizi, attualmente non esistenti, come un adeguato registro delle abitazioni. Faremo familiarizzare i pazienti con il sistema di trasporti del «Lower Midland» e cercheremo di provvedere o assicurare necessarie ed adeguate sistemazioni a breve termine, che consentono ai pazienti di utilizzare un lasciapassare per una notte o un fine settimana. In aggiunta, entro i limiti delle nostre possibilità e per tutta la durata del progetto, verrà fatto il tentativo di fornire qualunque altro servizio, che sia profondamente necessario, ma non reperibile⁸.

Il centro d'incontro del MPA al «Riverview» divenne presto un popolare luogo di raccolta per i pazienti. Il caffè era sempre pronto ed i pazienti riconoscevano che il centro forniva uno spazio libero da pressioni e dove potevano stare confortevolmente. Nelle prime settimane di vita, il centro trovò cinque pazienti che erano pronti per essere dimessi e diede loro assistenza per trovare alloggio in pensionati. Il progetto non è interamente gestito in accordo con i principi del MPA, sebbene ci siano piani di convertirlo quanto prima alla democrazia partecipata. Lavorare con pazienti che sono ancora in ospedale è completamente diverso dal vivere insieme agli ex-pazienti. Un membro del personale del progetto, egli stesso ex-paziente del «Riverview», disse di aver capito come le persone istituzionalizzate possano diventare, solo quando si rese conto che molti si rivolgevano a lui chiamandolo «signore»⁹. Distruggere la fiducia dei pazienti nelle figure autoritarie è difficile con i pazienti istituzionalizzati, che devono, di fatto, sottomettersi a figure autoritarie per tutto il giorno. Al

8. Richiesta di fondi, citazione da Beamish, David (ottobre 1976), MPA Riverview Extension Program, In a *Nutshell* 4, nr. 4. p. 5.

9. Intervista personale con Dave Beamish, 17 dicembre, 1976.

presente i pazienti sono esclusi dalla riunione giornaliera del personale del progetto. Un'innovazione eccitante introdotta dal programma di estensione al «Riverview» consiste in un incontro settimanale tra il personale dell'ospedale, il personale del progetto ed i pazienti. Nella riunione, ho notato che i pazienti avevano la possibilità di fare domande al direttore dell'ospedale in un'atmosfera democratica che non era disponibile da nessuna altra parte nell'istituzione.

Il Riverview Extension Program del MPA solleva un certo numero di domande sulla relazione tra un gruppo di auto-aiuto ed un ospedale psichiatrico autoritario. Il programma richiede di stabilire un consiglio di pazienti, in cui pazienti attuali ed ex-pazienti si incontrino regolarmente con il personale dell'ospedale per discutere aspetti dei diritti dei pazienti. I membri del personale del programma ritengono che i casi di maltrattamento dei pazienti ed altre violazioni dei diritti siano molti. L'ospedale ha reso difficile per il MPA visitare i reparti dei lungo-degenti, dove si suppone che si verifichino molti maltrattamenti. Durante una riunione tra il personale del programma e gli amministratori del «Riverview», un funzionario dell'ospedale ha asserito che gli ospedali non sono posti democratici¹⁰. Gli interessi dell'ospedale non sarebbero ovviamente tutelati da un consiglio dei pazienti indipendente ed è dubbio che un consiglio possa venire istituito seguendo le direttive proposte dal MPA. Dal momento che gli interessi dell'ospedale e del MPA non coincidono, è da domandarsi se i negoziati potrebbero arrivare ad un qualunque compromesso significativo e vi è da considerare che la possibilità di cooptazione è grande. Sarebbe vantaggioso per l'ospedale, se il programma del MPA diventasse più malleabile con le concessioni che sono state assegnate e decidesse di non spingere per ottenere di più a rischio di perdere il centro d'incontro. Al presente, il personale del programma è determinato a resistere alla cooptazione.

A Boston, il «Mental Patients' Liberation Front» ha scelto un approccio del tutto differente per organizzare gruppi sui diritti dei pazienti. Il MPLF ha iniziato visitando l'ospedale statale di Boston nel maggio 1974. Furono distribuiti ai pazienti copie di un opuscolo, scritto dal gruppo stesso, sui diritti dei pazienti, che portò ad una discussione tra pazienti e membri del MLPF (che erano tutti ex-pazienti). Il MLPF prese accordi con il direttore dei volontari per organizzare per i pazienti un gruppo di discussione settimanale su questioni di interesse attuale. Il gruppo, informalmente, si trasformò in un'assemblea sui diritti dei pazienti, dal momento che questo era l'ar-

10. Riunione al «Riverview Hospital», 17 dicembre, 1976.

gomento principale che ognuno voleva discutere. Dopo diversi mesi l'amministrazione dell'ospedale tentò di vietare al MLPF di organizzare riunioni con i pazienti. Diversi pazienti scrissero una petizione, che fu firmata da oltre l'ottanta per cento dei pazienti del reparto che era stato coinvolto nel gruppo. Messa di fronte a questa importante dimostrazione di sostegno, l'amministrazione dell'ospedale fu costretta a tornare sulle sue decisioni ed il gruppo, da allora in poi, si è sempre riunito regolarmente.

L'approccio usato dal MLPF consisteva nel prendere, per prima cosa, contatto con i pazienti. L'esistenza del gruppo sui diritti dei pazienti non era una concessione che era stata vinta dall'ospedale; era già un gruppo in fieri quando l'amministrazione si rese conto della sua esistenza. Con questa base di sostegno tra il paziente, il MLPF era in buona posizione per resistere agli sforzi fatti dall'ospedale per abolire il gruppo. Bisogna augurare che il programma di estensione del MPA al «Riverview» ottenga un simile sostegno da parte dei pazienti.

Ci sono altre organizzazioni alternative per ex-pazienti gestite dai pazienti stessi e che sono di minore entità. Il centro di comunità, «Project Release», è già descritto nel capitolo quarto. Vi sono differenze significative tra «Project Release» e MPA. Il primo ha respinto il concetto di erogare «servizi». Invece, i suoi membri definiscono il loro lavoro come organizzare una vera comunità, dove le persone non siano considerate come personale o clienti. Essi ritengono che i rapporti tra uguali rappresentino il modo migliore per rendere operativi programmi di auto-aiuto e che il fatto di designare qualcuno con l'appellativo di membro del personale agisca contro questo processo.

A Kitchner nell'Ontario, un'altro «Project Release» (non formalmente connesso con quello di New York) organizza un centro d'incontro aperto sei giorni la settimana, il cui personale è costituito da ex-pazienti. Il gruppo, che ha avuto inizio nel 1976, attualmente cerca di espandersi per fornire servizi di emergenza ed alloggi. A Cleveland, «Project Renaissance» fu fondato, nel 1975, dall'unione dei membri di «Patients' Rights organisation» e di «Legal Aid Society» ed opera cinque giorni alla settimana. Impegnato nella realizzazione di una struttura non gerarchica, «Project Renaissance» impiega un operatore sociale come suo coordinatore stipendiato, il cui ruolo consiste nel facilitare l'evoluzione di una struttura cooperativa. Tutti gli altri lavori vengono assolti da ex-pazienti volontari. Originariamente, le attività erano per la maggior parte di tipo artigianale, ma il gruppo ha esteso i suoi interessi ad argomenti quali l'auto-coscienza sulla pazzia, la storia dei pazzi, corsi di asservitività e di yoga. «Project Renaissance» ha anche in progetto di organizzare un'impresa commercia-

le per fornire lavoro ai membri e sostegno finanziario all'organizzazione¹¹. A Boston, il «Mental Patients Liberation Front» gestisce un centro d'incontro aperto una sera per settimana. Il centro, il cui personale è costituito da ex-pazienti, rappresenta un posto in cui gli ex-pazienti possono riunirsi e ottenere informazioni circa alloggi, sussidi sociali ed altri bisogni.

I servizi alternativi gestiti dai pazienti forniscono un'atmosfera che è completamente diversa da quella fornita dai servizi gestiti e sponsorizzati da operatori professionali. Rimpiazzando il paternalismo con la cooperazioni e le strutture gerarchiche con quelle democratiche, queste alternative forniscono posti nei quali gli ex-pazienti possono diventare forti, prestando aiuto a loro stessi ed agli altri.

11. Comunicazione personale di Kathy Palumbo, coordinatrice di «Project Renaissance», 14 aprile, 1977.

CAPITOLO 7

I soldi ed altri problemi di ordine pratico

Dopo aver deciso l'impostazione filosofica dell'alternativa che essi intendono adottare — un compito non facile — i membri del gruppo fondatore debbono dirigere la propria attenzione verso un certo numero di problemi pratici: il primo tra tutti è il problema dei finanziamenti. Il gruppo deve studiare delle proposte che intende avanzare, redigere un bilancio e trovare una fonte di finanziamento. Un'altra importante decisione da prendere riguarda la localizzazione della sede. Il gruppo si troverà a studiare gli edifici della zona ed i regolamenti comunali, a visitare agenzie immobiliari, ed a fronteggiare probabili opposizioni locali, quando sarà stato trovato un edificio adatto e a costi ragionevoli.

Tra i problemi pratici da affrontare vi sono anche questioni di ordine filosofico: ad esempio, quale organizzazione interna sia opportuno adottare. Si svilupperanno ben presto delle tendenze ad abbandonare il processo decisionale di gruppo, man mano che il gruppo si amplierà e si troverà sempre più impegnato ad erogare servizi. L'impegno a prendere decisioni collettivamente deve venire continuamente riaffermato, al fine di garantirsi contro uno scivolamento verso una gestione burocratica.

Un ulteriore problema, che il gruppo dovrà affrontare, è già stato discusso in precedenza: la convinzione (sia di persone esterne al gruppo, che degli stessi ex-pazienti) che i pazienti psichiatrici non siano in grado di gestire i propri affari. Il processo di auto-coscienza deve essere incorporato nell'organizzazione stessa del gruppo, affinché i membri siano in grado di combattere i loro stessi preconcetti. Il gruppo dovrebbe anche cercare di ottenere buone relazioni pubbliche (forse scegliendo un nome meno spiacevole), rivolgendosi alle organizza-

zioni locali, alle scuole, e prendendo parte a programmi radiofonici e televisivi locali. Dimostrando alla comunità locale che gli ex-pazienti psichiatrici sono in grado di gestire con successo le proprie strutture alternative, il gruppo contribuirà a combattere i preconcetti della comunità stessa.

Qualunque sia il tipo di struttura alternativa che il gruppo intende adottare, vi sarà sempre il problema di trovare il denaro per mandarla avanti. È difficile trovare fonti di finanziamento per programmi innovativi: la mancanza di denaro, più di ogni altro fattore, è responsabile del fatto che pochissime strutture alternative hanno superato la fase di pianificazione.

Non appena il gruppo avrà superato la fase in cui gli incontri avvengono nelle case dei vari membri, vi sarà bisogno di una fonte di finanziamento per trovare un posto in cui incontrarsi, per il telefono, la posta e altre spese di questo tipo. Nella fase iniziale, queste spese potranno anche essere sostenute dai membri stessi, ma l'approvvigionamento di risorse dovrà superare questa soluzione non appena il gruppo passerà dalla pianificazione all'azione. Le decisioni concernenti le questioni finanziarie sono strettamente connesse con il programma e le politiche che si intendono perseguire. Tutto il gruppo deve prendere parte a queste decisioni.

Alcuni progetti richiedono molto poco denaro. A New York, l'organizzazione «Project Release» gestisce un progetto che viene chiamato «case vere e proprie». I membri del gruppo Release hanno già attivato tre appartamenti comunitari e ne stanno progettando altri. I membri debbono solo incontrarsi e mettersi d'accordo, debbono trovare un appartamento adeguato e ripartire l'affitto e tutte le altre spese. La funzione del gruppo Release consisteva semplicemente nel fornire un posto in cui le persone si riunivano e si mettevano d'accordo tra di loro. Le case comunitarie per ex-pazienti, prive di qualunque funzione terapeutica e di personale, possono venire finanziate con i guadagni dei residenti o con i loro sussidi: non è necessaria alcuna risorsa esterna.

A Vancouver, anche l'organizzazione «Mental Patients' Association» fornisce alloggi comunitari ai suoi membri. Tuttavia, dal momento che ogni casa del MPA (descritta nel sesto capitolo) ha due coordinatori retribuiti, non-professionali e che vivono altrove, è necessario trovare finanziamenti. È importante osservare che i costi affrontati dal MPA sono notevolmente inferiori a quelli sostenuti dagli ostelli tipici, orientati in senso professionale.

Un centro di emergenza richiede un bilancio maggiore di quello di una casa, dal momento che coloro che si trovano in una situazione di crisi hanno bisogno di un intenso servizio di supporto. È ancora

necessario sottolineare che i costi di questi servizi intensivi sono molto più bassi di quelli richiesti dai servizi erogati dal sistema ospedaliero psichiatrico. Il «Vancouver Emotional Emergency Center», ad esempio, ha sostenuto nel 1975 un costo giornaliero di 65\$ per persona, mentre tre ospedali della zona assorbivano costi di 116.50\$, 89.50\$ e 101.40\$ rispettivamente¹.

Il vantaggio economico dei servizi alternativi rispetto a quelli tradizionali è uno degli aspetti più positivi da sottolineare quando si cercano dei finanziamenti. Il gruppo dovrà aver cura di appurare i costi dei servizi locali — l'ospedale psichiatrico più vicino, il locale centro di salute mentale, l'ala psichiatrica dell'ospedale, o altre strutture — e paragonarli ai costi che si son messi in bilancio. Un numero di fattori può contribuire ad abbassare i costi delle strutture alternative. Questi servizi sono di solito situati in case già esistenti o in appartamenti in zone relativamente poco costose, e spesso in aree in abbandono. La mobilità e gli elettrodomestici sono donati, o comprati di seconda mano. I membri del gruppo fanno le pulizie e provvedono alla gestione e alle riparazioni. È ovvio che il maggior risparmio si realizza nei salari. Le strutture alternative non impiegano professionisti e, se si pagano salari, questi sono di solito minimi. Il centro comunitario di «Project Release» a New York è completamente gestito con prestazioni volontarie dei membri, anche se questa è forse una soluzione utopica. Presso l'organizzazione «Mental Patients' Association», che retribuisce i suoi coordinatori, una politica di eguaglianza salariale rinforza la struttura collettiva. Quando il MPA venne istituito, i salari dei coordinatori erano agganciati ai parametri dei sussidi sociali, sebbene la quotidianità abbia ben presto scalzato l'idealismo, ed i salari siano stati aumentati diverse volte. La decisione venne naturalmente presa da tutti i membri del MPA. I salari dei coordinatori ammontano attualmente a circa 600 dollari il mese. Il tipo di persone che si prestano a lavorare in strutture alternative è solitamente disposto a lavorare per salari modesti.

I servizi tradizionali sono quasi invariabilmente organizzati gerarchicamente, in diversi strati di prestigio e di potere. Le organizzazioni gerarchiche tendono ad isolare i processi decisionali ai livelli più alti, mentre l'erogazione dei servizi giorno per giorno è affidata a lavoratori meno retribuiti. I clienti, va da sé, sono completamente esclusi dalle decisioni. Le organizzazioni gerarchiche sono intrinsecamente più costose delle strutture collettive, gestite democraticamente,

1. Vancouver Emotional Emergency Center, Funding Application, gennaio 1976, p. 2.

che non hanno bisogno di personale di controllo. Abbiamo già visto come le strutture di salute mentale gerarchizzate siano alienanti e disumanizzanti; l'alternativa non è solo migliore, ma è anche meno costosa.

La richiesta di fondi, sia presso enti governativi che presso privati, richiede una procedura piuttosto complessa. Se un membro del gruppo ha già qualche esperienza nello scrivere richieste di finanziamento, questa esperienza si rivelerà preziosa. Altrimenti, il gruppo cercherà di trovare un amico o un conoscente che abbia questa esperienza e che sia disposto ad operare come corisulente; il gruppo potrà anche consultare altre organizzazioni comunitarie locali, al fine di trovare qualcuno che possieda una certa esperienza nel redigere domande. Si possono anche consultare due utili libri, *The Art of Winning Government Grants* di Howard Hillman e Kathryn Natale, e *The Art of Winning Foundations Grants* di Howard Hillman e Karin Abarbanel². Mentre la maggior parte delle richieste di finanziamenti dovrebbe essere formulata dalle persone direttamente implicate nella elaborazione del progetto, è utile avere a disposizione una persona esperta che possa dare consigli e suggerimenti.

Tra le possibili fonti di finanziamento possiamo annoverare il governo, le fondazioni, le organizzazioni che erogano servizi comunitari locali. Le fonti governative possono includere agenzie federali, statali, provinciali e cittadine, dal momento che tutte hanno a che fare con i vari aspetti della salute mentale. I gruppi dovranno anche prendere in considerazione fondazioni caritatevoli che operano a livello locale, che solitamente limitano i propri finanziamenti a progetti gestiti localmente. Queste fondazioni potrebbero essere sconosciute, ma dal momento che operano in un'area geograficamente limitata, è importante saperne qualcosa. Altre possibili fonti di finanziamento nelle comunità locali includono il «Community Chest», i gruppi civici, le chiese. Qualunque sia o siano le fonti di finanziamento prescelte, i gruppi che si propongono di dar vita ad innovative strutture alternative di salute mentale andranno incontro a molti ostacoli. Il loro progetto sarà probabilmente, e drammaticamente, diverso da quelli noti alla fonte di finanziamento. Concetti quali quello di auto-aiuto, di struttura collettiva, di democrazia partecipata potranno venir considerati come radicali, ed impraticabili. La partecipazione di ex-pazienti al progetto

2. Hillman, Howard e Natale, Kathryn (1977) *The Art of Winning Government Grants*, Vanguard Press, New York; Hillman, Howard e Abarbanel, Karin (1975) *The Art of Foundation Grants*, Vanguard Press, New York.

susciterà scetticismo, al pari della mancanza di una direzione professionale. Si tratta di ostacoli concreti che non andranno sottovalutati.

Il gruppo dovrà tenere aperta la discussione sull'iter della richiesta di finanziamenti. L'ente finanziatore potrebbe chiedere dei cambiamenti nella domanda, ed è importante che il gruppo possa valutarli, per non trovarsi con una proposta che non ha riulla a che vedere con quella originale. Prima di cominciare l'iter della richiesta di finanziamenti, è opportuno assicurarsi che il gruppo sia d'accordo sui principi sui quali si intende fare concessioni. E del tutto inutile procurarsi dei fondi al prezzo di spogliare il progetto delle sue caratteristiche alternative nel corso del processo.

Nel 1975, facevo parte di un gruppo che cercava di mettere in piedi un centro di emergenza emotiva a Bellingham, Washington. Il nostro progetto ricalcava in larga misura il «Vancouver Emotional Emergency Center», ed abbiamo ricevuto un aiuto prezioso dal personale del VEEC nella redazione e nella presentazione della nostra proposta. Come nostro primo passo, dovevamo guadagnarci l'approvazione del «Mental Health Advisory Board» della contea, e preparammo una breve proposta ed un bilancio previsionale. Dal momento che i membri del Board seguivano un approccio piuttosto convenzionale ai servizi di salute mentale, essi giudicarono come punti deboli del progetto proprio quelli che noi ritenevamo i nostri punti di forza — la mancanza di operatori professionali, la nostra opposizione ai farmaci psicotici, e le nostre procedure di decisione collettiva. Il «Bellingham Emotiorial Emergency Center» non superò mai la fase progettuale. Racconto questo episodio solo per mostrare le difficoltà reali insite nella ricerca di finanziamenti per simili progetti.

Una delle ragioni, per cui due centri di servizi alternativi che hanno avuto successo (il Mental Patient's Association e il Vancouver Emotional Emergency Center) siano riusciti a partire, è rappresentata dalle liberali politiche di finanziamento del governo canadese. Sia il VEEC che il MPA ottennero i primi fondi dal Local Initiatives Project, un programma federale specificatamente destinato a finanziare progetti di servizi innovativi e a livello comunitario. È più facile ottenere l'approvazione per un servizio alternativo se l'ente che prende decisioni si occupa di servizi sociali, piuttosto che di salute mentale.

La storia della Mental Patient's Association illustra il nido in cui diverse fonti di finanziamento influenzano il tipo di servizi erogati. I finanziamenti iniziali per il MPA erano costituiti da una donazione di 1000\$ di una classe di laureandi dell'Università della British Columbia, che permise di affittare una casa che serviva da punto di riferimento e da ufficio. Venne poi un finanziamento di sei mesi dal «Local Initiatives Project», che permise al MPA di nominare

un coordinatore e di pagare dei salari. I finanziamenti di lunga durata vennero grazie al «Local Employment Assistance Project», una branca del governo federale che si preoccupa di reinserire nel mercato del lavoro persone disoccupate o non occupabili. Dopo aver ricevuto questo finanziamento per tre anni, venne detto al MPA di rivolgersi a fonti locali ed ora l'associazione riceve fondi da enti provinciali e municipali. È stato perciò necessario spezzettare i vari aspetti del programma del MPA presso diversi dipartimenti governativi, il che ha causato alcune difficoltà pratiche, come ad esempio una contabilità e delle procedure di rapporti periodici piuttosto complicate.

Una quasi-vittima del cambiamento nei finanziamenti fu il programma di residenza del MPA. L'associazione aveva pagato gli stipendi di dieci coordinatori residenti con fondi federali e tutte le altre spese delle case erano coperte tramite le rette mensili pagate dai residenti: il mutuo o l'affitto, i servizi, la manutenzione generale ed il cibo. La maggior parte dei residenti avevano diritto a sussidi e pagava la loro stanza ed il vitto con questi soldi. I residenti che avevano un impiego pagavano una retta mensile eguale a quella pagata da coloro che ricevevano sussidi. I residenti che avevano un impiego svolgevano all'importante funzione di fungere da modelli per coloro che non erano pronti ad affrontare il mercato del lavoro. Quando il MPA si rivolse al governo provinciale chiedendo che si accollasse i finanziamenti sulla stessa base, la sua richiesta venne respinta. Il governo propose invece di finanziare gli alloggi del MPA allo stesso modo in cui finanziava case albergo psichiatriche private. L'operatore della casa (in questo caso il MPA) avrebbe ricevuto un sussidio giornaliero per ogni persona che si trovasse nella residenza. I residenti non avrebbero ricevuto più i sussidi, ma una cifra mensile di 25\$ a titolo di «contributo di sostegno». I residenti che avevano un impiego dovevano pagare una retta mensile esorbitante o andarsene.

La decisione se si dovesse accettare il nuovo finanziamento venne presa dai residenti. Si tenne una votazione in tutte le case ed i residenti decisero di rifiutare il finanziamento giornaliero e di proseguire la ricerca di finanziamenti che avrebbero permesso ai membri del MPA di continuare ad avere il controllo del proprio denaro e delle proprie vite. I residenti espressero insoddisfazione per un sistema che li avrebbe ridotti a ricevere 25\$ al mese come «contributo di sostegno», un sistema che li avrebbe fatti sentire come in un ospedale o in un'altra simile istituzione. Diversi mesi dopo, quando fu chiaro che non erano in grado di trovare altri finanziamenti, i residenti votarono a malincuore l'accettazione del finanziamento governativo, piuttosto che chiudere le case.

Quando visitai il MPA nel dicembre del 1976, tra i membri sta-

va crescendo l'insoddisfazione per questo tipo di finanziamento. I residenti lamentavano di non sentire più la casa del MPA come loro propria, dal momento che erano ora invischiati in restrizioni burocratiche che non avevano mai subito. Ogni settimana era necessario comunicare i nomi dei residenti al «Vancouver Resource Board». I residenti si trovavano a dover fronteggiare regolamenti arbitrari che stabilivano per quanto tempo potevano restare nella casa, mentre prima questo dipendeva dalla scelta individuale dei residenti. Linda, che era un'inquilina del MPA da tre anni, si lamentava che:

Il nuovo tipo di finanziamento delle case è terribile. Preferirei avere denaro mio da spendere come voglio; ora devi aver sempre paura che ti sbattano fuori in nome di qualche regola. Abbiamo sempre detto che le residenze del MPA sono come casa nostra, ma a casa tua puoi stare quanto vuoi. Ora è come un servizio di baby-sitters. Dobbiamo fare continuamente riferimento al VRB. Se vuoi allontanarti per qualche settimana o se devi tornare in ospedale, rischi di perdere il tuo letto. Prima, sapevi che avevi un posto dove tornare. Nel '74, sono stata in ospedale per sette settimane, ma sapevo di avere un posto dove andare quando sarei uscita e questo rese le cose molto più facili. Il sistema di finanziamento ha arrecato danno ai nostri principi. I residenti non hanno più diritto di parola su certe questioni come una volta. Contrariamente a prima, dobbiamo tenere una quantità di documenti. Eravamo in grado di preparare dei bilanci come si fa nelle famiglie, mentre ora si tratta di una faccenda quasi a livello commerciale. Cosa si può fare con un «contributo di sostegno» di 25\$ il mese? Se fumi, ecco spesi i tuoi 25\$. Non godiamo di nessuna flessibilità. Prima, ognuno pagava l'affitto e questo aiuta a sentirsi a casa propria. Con questo sistema, è come essere in pensione. Se riusciranno a trasformarci in pensionati regolari, preferisco chiuder casa, piuttosto che accettare³.

In una richiesta attualmente in corso di valutazione per un finanziamento federale per un progetto dimostrativo di salute e sicurezza sociale, il MPA ha elencato le ragioni per cui il finanziamento giornaliero non è soddisfacente:

Sin dall'inizio del programma residenziale del MPA, si è posto l'accento sull'autosufficienza personale e fiscale, costituendo cinque famiglie comunitarie individuali, in cui ogni membro contribuiva a una parte dei costi di gestione delle case... Con un finanziamento per i salari dei coordinatori ed un piccolo sussidio per le spese di gestione, eravamo in grado di mantenere un gruppo composito di persone con diversi tipi di reddito. Alcuni ricevevano pensioni per handicappati, altri avevano redditi indi-

3. Conversazione personale con Linda, 21 dicembre 1976.

pendenti, altri ancora lavoravano o godevano di sussidi sociali. Questo gruppo composito offriva ai nostri residenti degli esempi viventi di alternative possibili. Nell'agosto del 1976, piuttosto che chiudere le nostre case, siamo stati costretti ad accettare un finanziamento per diem per il nostro programma residenziale. Il finanziamento giornaliero è diretto agli individui, non all'organizzazione ed ai suoi programmi, Le regole ed i regolamenti di questo finanziamento basato sulla suddivisione delle spese detta legge contro il nostro programma di amministrazione finanziaria; detta legge contro il fatto che i nostri membri partecipino alle decisioni economiche; detta legge contro il nostro composito ed, in breve, trasforma le case del MPA in pensionati molto costosi. I regolamenti stabiliscono anche che la durata della partecipazione al programma non possa superare i sei mesi. La nostra esperienza ci ha insegnato che i clienti debbono poter restare per quanto essi ritengono necessario, si tratti di un mese o di tre anni. È completamente irrealistico stabilire un limite di tempo entro cui individui enormemente diversi debbano acquisire elementari capacità di vita, un comportamento sociale accettabile, un sentirsi a proprio agio con se stessi e riacquistare la fiducia per poter vivere in modo indipendente nella comunità. Gli individui fragili possono regredire rapidamente quando vengono prematuramente rimossi da un ambiente di supporto. A causa delle restrizioni imposte dal sistema per diem, non saremo più in grado di dimostrare che l'auto-aiuto e il rovesciamento del potere sono metodi efficaci per riportare molti da uno stato di dipendenza ad una vita indipendente nella comunità⁴.

Questo racconto della storia dei finanziamenti del MPA mostra alcuni degli svantaggi del finanziamento governativo: programmi rigidi e controllo burocratico. L'idea di un servizio veramente innovativo non era comprensibile alla burocrazia, se non in termini più convenzionali. Il governo pose le case comunitarie del MPA, gestite dai residenti, alla stessa stregua dei pensionati psichiatrici privati, e pretese di finanziarle allo stesso modo. Ad esempio, quando i residenti appresero che avevano diritto ad un sussidio per il vestiario, essi chiamarono il «Vancouver Resource Board» per fare domanda. Il VRB chiese ai coordinatori delle case di redigere una lista dei residenti aventi diritto, come se i residenti fossero incapaci di arrangiarsi da soli. L'organizzazione MPA continua la sua ricerca per finanziamenti meno restrittivi.

Il «Project Release» di New York rappresenta un esempio di finanziamento privato. Per più di un anno il gruppo ha avuto un ufficio presso una chiesa universalista nell' Upper West Side di Manhat-

4. Mental Patient's Association (1976), Application for Project Grant, pp. 5-6.

tan. Quando i membri decisero di cercare una sede più grande, in modo da poter aprire il loro centro comunitario, la chiesa li aiutò a mettersi in contatto con una fondazione collegata ad una chiesa unitaria di Long Island. La fondazione si interessò al programma innovativo di «Project Release» e concesse loro un finanziamento di diecimila dollari, una cifra che fu sufficiente a mandare avanti il centro per un anno. La spesa principale è costituita dall'affitto; il denaro viene anche impiegato per le spese dell'ufficio. Nessun membro del «Project Release» riceve uno stipendio.

Una ulteriore possibile fonte di finanziamento è costituita dal locale «Community Chest» o dallo «United Fund». Questi gruppi erogano finanziamenti principalmente ad organizzazioni già esistenti e non è certo che siano disposti ad accogliere proposte per innovativi servizi alternativi, a seconda della composizione dei loro organismi decisionali. Nell'ambito della propria comunità, i gruppi alternativi dovranno esplorare la disponibilità di tali organizzazioni a finanziare servizi non tradizionali.

Un ulteriore approccio al problema dei finanziamenti è costituito dalla creazione di un'impresa o di un servizio che produrrà reddito, come pure impiego, per i membri del gruppo. Sia il «Project Release» di New York, che il «Project Renaissance» di Cleveland stanno esplorando questo sistema per raccogliere denaro. «Project Release» sta cercando di organizzare una tipografia, mentre «Project Renaissance» sta prendendo in considerazione diverse iniziative, compresa un'agenzia di trasporti a prezzi economici per i poveri e gli anziani. Si cerca di rendere questi servizi autosufficienti e di trovare al tempo stesso del lavoro per i membri del gruppo.

Quanto dovrebbe costare un servizio alternativo? I servizi che non si gravano di spese riguardanti il pagamento di stipendi possono essere incredibilmente economici. L'«Elizabeth Stone House» di Boston, e il «Project Release» di New York operano su di un bilancio annuo di circa diecimila dollari. Questi gruppi aiutano la gente a star fuori dalle strutture psichiatriche tradizionali, che non sono solo inefficaci, ma anche costose (per i contribuenti, se non vogliamo considerare i costi diretti). «Project Release», che ha concentrato la propria attenzione sul problema del recidivismo, fa notare che i tradizionali servizi dopo-cura, che nell'anno fiscale 1975 sono costati alla Stato di New York 39.018.200\$, incoraggiano la dipendenza emotiva, producono nel paziente una mancanza di stima in se stesso e danneggiano ulteriormente l'immagine che l'ex-paziente ha di sé, mentre l'aiutarsi da sé promuove fiducia in se stessi, la capacità di dirigersi, e la creati-

vità **individuale**⁵. Se i membri di un progetto decidono di pagare stipendi, i costi aumenteranno in modo considerevole. Vi sono argomenti sia a favore che contro il pagare stipendi. Quando tutti i lavori vengono svolti da volontari, si sottolinea con forza l'eguaglianza di tutti i membri. È innegabilmente vero che coloro che ricevono stipendi (sia che vengano chiamati coordinatori, personale o altro) occupano un ruolo diverso da quello degli altri membri: è possibile che divengano un gruppo che esercita controllo. D'altra parte, gli stipendi ribadiscono il principio che aiutare a gestire il servizio alternativo è un lavoro serio ed importante.

Se un gruppo decide di pagare stipendi, deve anche mettere in atto procedure che impediscano ai salariati di divenire «istituzione». Proprio per questa ragione il MPA ha cominciato a tenere elezioni semiannuali per le posizioni stipendiate. Un altro importante principio stabilito dal MPA è quello dell'eguaglianza degli stipendi. Tutti i coordinatori prendono la stessa cifra, con un'aggiunta a seconda del numero delle persone a carico. Il bilancio annuale del MPA supera i 200.000\$, e la maggior parte viene spesa in stipendi.

Non è un caso che la maggior parte delle agenzie alternative operi grazie a qualche tipo di struttura collettiva. La distribuzione delle distinzioni di ruolo è impossibile nelle strutture gerarchiche tipiche della maggior parte delle istituzioni per la salute mentale. Prendendo decisioni collettivamente, le strutture alternative offrono chiari esempi dei benefici che si ottengono operando **gerarchie**. I processi decisionali collettivi possono prendere molto tempo e risultare noiosi, ma i benefici che se ne ricavano sono enormi. I gruppi che operano collettivamente permettono ai propri membri di prendere parte ai processi decisionali. Le decisioni possono venire facilmente cambiate o modificate se all'atto pratico non funzionano bene, dal momento che le persone non sono divise in «operatori» e distanti «legislatori». Idealmente, la procedura decisionale collettiva dovrebbe coinvolgere tutti coloro che si occupano del servizio, siano essi lavoratori o clienti (nella misura in cui tale distinzione venga mantenuta). I gruppi che escludono i clienti dai processi decisionali non sono affatto delle alternative.

Delle necessità esterne (come ad esempio si richiede un finanziamento o si assume uno statuto legale) spesso richiedono che alcuni individui vengano indicati come «responsabili». Questo è possibile all'interno della struttura collettiva, chiarendo bene all'interno del

5. Project Release (1976), Proposal for One Year Grant to Operate a Community Center, pp. 3-4.

gruppo che si tratta di posizioni puramente «cerimoniali». Analogamente, la richiesta che si costituisca un comitato direttivo può venire accolta affidando un potere decisionale assoluto al gruppo e un potere consultivo al comitato direttivo. Come abbiamo precedentemente indicato, il MPA decise con una votazione di abolire il comitato direttivo, e di fare della assemblea **generale** l'organismo direttivo legale dell'organizzazione.

Il lavoro collettivo può essere difficile, specialmente agli inizi. Tuttavia, con una genuina dedizione alle procedure collettive e alla discussione aperta dei motivi di disaccordo, la gestione collettiva del gruppo può raggiungere livelli di flessibilità e di trasparenza impossibili in qualunque altro tipo di organizzazione interna.

La ricerca di finanziamenti non cessa una volta che se ne siano ottenuti. Il gruppo deve guardare avanti, alla fine del periodo di finanziamento. Occorre ricercare fonti alternative di finanziamento molto prima della fine di una sovvenzione, perché il gruppo non si trovi a dover fronteggiare una crisi finanziaria. Inoltre, il gruppo dovrebbe anche preoccuparsi di controllare costantemente la propria utilità, per non divenire un'altra istituzione auto-perpetuantesi.

I problemi di finanziamento non sono i soli ostacoli che si possano frapporre dinanzi d'istituzione di organizzazioni alternative. Un'ulteriore, grande difficoltà è rappresentata dal problema di trovare un luogo adatto per una residenza, per un punto di incontro, per un centro di emergenza. I gruppi scopriranno che molti quartieri non li vogliono. Spesso, le restrizioni di quartiere renderanno impossibile la loro esistenza. I proprietari di case potrebbero aver paura ad affittare loro una casa.

Il gruppo dovrebbe considerare con attenzione il tipo di locali di cui ha bisogno; diversi tipi di struttura fisica possono rispondere d'uopo. I punti d'incontro, ad esempio, sono stati doggiati in case (MPA), negozi (MPA e «Mental Patient's Liberation Association»), in locali industriali («Project Release», «Kitchener») o appartamenti («Project Release» di New York). Un centro di emergenza o una residenza, richiedono un'atmosfera casalinga e dovrebbero idealmente venir alloggiati in una casetta unifamiliare o in uno spazioso appartamento. È questo l'aspetto che può fare incorrere in difficoltà coi regolamenti di quartiere o con i vicini.

I regolamenti che impongono l'occupazione di case da parte di singole famiglie sono stati messi in discussione dal punto di vista legale da parte di coloro che decidono di vivere in comunità, da studenti e da coloro che non possono permettersi di pagare affitti in certe zone, senza suddividere le spese. Alcuni tribunali hanno affermato il diritto delle comunità a limitare l'occupazione di case a persone impa-

rentate, mentre altri hanno dichiarato che coloro che vivono come una famiglia debbono venire considerati come famiglie dai regolamenti zonali. La designazione di «Community Residential Facility» ottenuta dal MPA di Vancouver, che permette di occupare residenze in quartieri unifamiliari, dovrebbe venire introdotta nei regolamenti di altre città. Un gruppo che cerchi di istituire una struttura alternativa potrebbe trovarsi invischiato in questioni di politica locale, a dover partecipare alle riunioni del comitato zonale e del consiglio comunale, a combattere per regolamenti zonali meno restrittivi, prima di poter persino aprire la porta o impedire la chiusura di un centro appena aperto.

Tali questioni hanno rilevanza legale, come pure etica. Può una comunità escludere degli ex-pazienti psichiatrici dal vivere al suo interno? Ritengo che una comunità non abbia questo diritto, così come non ha il diritto di escludere minoranze etniche, un'azione ora illegale. Il cambiamento che consentiva a gente di tutte le razze di vivere dove preferivano non venne ottenuto da una minoranza che attendeva passivamente che la maggioranza decidesse di lasciarli vivere nella propria comunità. Al contrario, le minoranze hanno combattuto la discriminazione su diversi fronti — acquistando case in aree precedentemente riservate esclusivamente ai bianchi, portando in tribunale individui (o anche intere comunità) per esigere il rispetto dei propri diritti. Gli ex-pazienti psichiatrici, che vengono in modo analogo discriminati per quel che concerne le abitazioni, dovrebbero imitare le stesse tattiche. A Vancouver, per esempio, l'organizzazione «Mental Patient's Association» ritiene che, dal momento che i suoi membri «rappresentano individui provenienti da tutte le aree della società»), i cittadini abbiano «la responsabilità di facilitare il ritorno di questa gente nei quartieri da cui è venuta»⁶. La politica del MPA è stata quella di assumere il diritto di installarsi in qualunque quartiere e di fronteggiare qualunque opposizione dovesse insorgere. In un caso particolare, l'organizzazione venne costretta a lasciare una casa che aveva affittato, quando i bambini del quartiere presero a perseguire i residenti; tuttavia, la maggior parte delle residenze del MPA hanno continuato ad esistere pacificamente nei quartieri prescelti.

Un altro metodo per fronteggiare l'opposizione dei vicini (un metodo specificamente escluso dal MPA) è quello di cercare l'appoggio prima di installarsi. Ciò implica riconoscere che gli ex-pazienti non hanno il diritto di vivere dove vogliono, ma possono vivere solo dove

6. Phillips, Fran (ottobre, 1976), Housing Designation. In *a Nutshell: Mental Patient's Association Newsletter* 4, nr. 4, p. 10.

altre persone decidono sia permesso. Al pari delle minoranze etniche, gli ex-pazienti che aspettano il permesso dei vicini prima di andare a vivere in una zona stanno dando una mano alla loro propria oppressione. La questione non è se il vicinato vuole escludere negri o ex-pazienti, ma se abbia il diritto di farlo.

Vi sono forti argomenti da addurre a favore della tesi che le persone che vivono come in una famiglia debbono venire considerate come famiglie vere e proprie ai fini dei regolamenti zonali. Il bisogno legittimo di una città di stabilire criteri residenziali per famiglie e per alberghi, per pensioni o altro, risponde ad esigenze di ordine sanitario e di sicurezza. I posti in cui si vive come estranei hanno bisogno di speciali requisiti strutturali come scale antincendio, cucine per ristorazione, segnali d'uscita illuminati e così via, in quanto persone estranee non possono assumersi responsabilità di gruppo. Quando si vive invece come in una famiglia, questi requisiti divengono restrizioni pesanti e inutili. Un gruppo di persone prive di rapporti di parentela, che vivono come in una famiglia, non dovrebbe, al pari di una famiglia vera e propria, venire assoggettato a queste restrizioni. Dal momento che i regolamenti di quartiere sono posti in discussione in diverse aree, i gruppi che intendono istituire strutture alternative dovranno studiarli attentamente i regolamenti zonali locali, e darsi da fare per cambiare quelli che sono ragionevoli. Un certo numero di stati, che comprendono la California, il Colorado, il Minnesota e la Virginia, hanno recentemente adottato delle leggi che permettono case di gruppo in aree destinate all'uso di famiglie singole.

A Boston, lo «Elizabeth Stone House» ricevette molto presto una visita degli ispettori edilizi della città. «Essi ci dissero che eravamo in una zona residenziale*, racconta un membro del personale. «Dicemmo loro che era proprio quanto stavamo facendo — risiedevamo». Quando il gruppo sentì dire che i vicini erano scontenti di averli intorno, i membri del personale visitarono le famiglie della strada. La voce non era solo falsa, ma i residenti locali si offrirono anche di inviare una dichiarazione al Comune, per attestare che lo «Elizabeth Stone House» era «un buon vicino»⁷. Questo approccio al problema è certamente destinato ad ottenere migliori risultati che non il tentativo di preparare i vicini all'arrivo della struttura alternativa. Il mentalismo — l'irragionevole paura dei malati di mente — influenzerà molto probabilmente le persone che si avvicinano per chiedere il permesso di installare un servizio residenziale alternativo nella loro comunità. Il

7. Lindsey, Kar (4 marzo, 1976), *Creating a Communal — and Feminist — Therapy*. *Boston Phoenix*.

chiedere permessi suggerisce implicitamente che vi sono ragioni per cui la struttura in questione non sia desiderabile. Un qualunque vicino non deve guadagnarsi l'approvazione della comunità prima di prendere possesso della sua casa.

È chiaro che la struttura alternativa ha il dovere di comportarsi da vicino responsabile. È necessario rispettare gli standards di pulizia del vicinato, la casa non dovrà essere rumorosa, e se verrà visitata da molte persone (come in un centro d'incontro) occorrerà evitare di sporcare l'area, perché questo infastidirebbe i vicini. Comportandosi da buoni vicini, i membri della struttura alternative possono alleviare le paure della comunità per gli strani, matti pazienti psichiatrici che vivono al suo interno.

In New York, la «Upper West Side Community», che si è spesso trovata unita nell'opposizione ai tradizionali ostelli psichiatrici e alle strutture post-cura, ha decisamente appoggiato il «Project Release». Essi sono convinti che la ragione del loro appoggio risieda nel fatto che la comunità vede che i membri del gruppo agiscono come adulti responsabili, mentre i clienti delle strutture tradizionali di salute mentale sono tenuti per lungo tempo in un rapporto di dipendenza. Come essi stessi sottolineano, «Viviamo qui, ci sentiamo membri della comunità, e non facciamo alcuna distinzione tra i nostri bisogni e quelli di tutti gli altri»⁸.

Un ulteriore problema pratico che i gruppi si troveranno ad affrontare è costituito dal rapporto con i professionisti della salute mentale: si tratta di un problema di ordine filosofico e anche pratico. Una struttura alternativa gestita dai pazienti non è semplicemente una parte del sistema della salute mentale. D'altro canto, la struttura alternativa cercherà probabilmente di mantenere qualche forma di comunicazione con i servizi psichiatrici tradizionali. Cercherà di far conoscere la propria esistenza agli attuali pazienti psichiatrici e vorrà trovare degli operatori professionali simpatizzanti, che indirizzeranno alcuni dei loro pazienti verso la struttura alternativa. Cercherà infine di mantenere i contatti con quelli, tra i suoi membri, che si troveranno a dover tornare temporaneamente in una istituzione psichiatrica.

I professionisti della salute mentale rimangono veramente perplessi dinanzi alle strutture alternative. Sono così abituati a pensare ai pazienti come persone che debbono essere accudite, che potrebbero avere difficoltà ad ammettere che degli ex-pazienti sono gli amministratori e al tempo stesso i clienti della struttura alternativa. **Tutta-**

8. Harp, Howie T. (s.d.) Project Release and the Community. *Silent No Longer! The Newsletter of Project Release*, nr. 4, p. 10.

via, posti di fronte alle alternative concrete e funzionanti, i professionisti della salute mentale saranno costretti ad ammettere che gli ex-pazienti stanno facendo ciò che si ritiene non siano in grado di fare. Questa potrebbe rivelarsi un'esperienza di crescita di coscienza anche per gli operatori professionali.

Un altro problema che potrebbe porsi è rappresentato dalla possibilità che qualche professionista cerchi di scaricare sull'alternativa qualche paziente particolarmente difficile o indesiderabile. Le strutture alternative controllate dai pazienti dovrebbero avere come membri tutti coloro che lo desiderano e non solo coloro che vengono respinti dal sistema psichiatrico. Come abbiamo già visto nel caso del MPA, i gruppi debbono elaborare come parte del proprio programma delle modalità di interazione con persone difficili.

In un certo senso, la designazione di alcune questioni come puramente pratiche è artificiale. I problemi relativi ai finanziamenti, all'organizzazione della struttura interna, alla gestione di relazioni con la comunità locale, sono questioni di ordine filosofico oltre che pratico. Un gruppo che gestisce — o cerca di organizzare — una struttura alternativa rappresenta una sfida ad alcune delle idee di fondo con cui la società vede «il malato di mente»: si tratta di un atto profondamente politico.

CAPITOLO 8

Coercizione o cooperazione?

Il sistema alternativo che abbiamo sin qui descritto è completamente volontario: esso viene realizzato per servire i bisogni della gente, così come vengono percepiti, e non per imporre metri arbitrari di comportamento corretto. Le istituzioni alternative sono diverse dagli ospedali psichiatrici — e non solo in apparenza, ma anche nella filosofia che le sottende; esistono per i bisogni dei loro clienti, e reagiscono ai mutamenti che questi bisogni possono subire. Per il fatto che non si può costringere nessuno a partecipare a programmi alternativi, e che la coercizione è invece parte integrante del sistema tradizionale di salute mentale, l'obiezione più comune sollevata contro le strutture alternative è che queste non raggiungono la massa delle persone che hanno bisogno di servizi psichiatrici, persone che si suppone siano così «malati di mente» da non sapere di aver bisogno di aiuto. L'*ospedalizzazione coatta*, si assume, esiste al fine di prendersi cura di questa gente. Senza un trattamento coatto, si argomenta, il mondo sarebbe pieno di «matti» che girano per le strade, spaventando la gente e commettendo crimini.

In diversi periodi storici, i «matti» sono stati banditi, frustrati, o rinchiusi in cantine e soffitte. Nell'Europa del diciassettesimo secolo, si prese a confinarli in grandi istituzioni, non tanto per curarli, quanto per rimuoverli dalla società'.

È solo negli ultimi duecento anni che si è ritenuto che l'incarcer-

1. Per un resoconto della storia del confinamento del malato di mente in Europa si veda Foucault, Michel (1975), *Madness and Civilization*. Pantheon Books, New York; per gli Stati Uniti, si veda Rothman, J. David (1971), *The Discovery of the Asylum*. Little Brown 7 Co, Boston.

razione dei malati di mente fosse una forma di trattamento. Quelle istituzioni che erano esistite per confinare i malati, vennero trasformate in ospedali che offrivano cure: non grazie a dei cambiamenti nelle istituzioni, ma a un cambiamento di nome. I reclusi divennero pazienti, i direttori diventarono dei sovrintendenti medici ed i vari metodi per imporre la disciplina (bagni freddi, confinamento solitario, e le camicie di forza) divennero forme di trattamento medico².

Questi atteggiamenti nei confronti della malattia mentale non sono solo parte del passato: esistono anche oggi a fianco della contemporanea ideologia della salute mentale che dichiara che la malattia mentale è una malattia come un'altra. Nonostante ciò, un sospetto di malattia mentale non viene considerato semplicemente alla stregua di un sospetto di polmonite, o di malattia cardiaca. Persino gli ex-pazienti che sono stati dichiarati guariti da psichiatri vengono guardati con sospetto, come Thomas Eagleton ebbe a scoprire quando cercò di aspirare alla vice-presidenza degli Stati Uniti. La malattia mentale non è solo un concetto medico: il giudizio che una persona è «matta» viene di solito formulato da gente comune, e poi confermato dall'opinione medica. La paura collettiva della malattia mentale include la paura nei confronti degli ex-pazienti.

I professionisti della salute mentale non sono immuni da questo pregiudizio. Anche essi tendono a considerare i malati di mente come esseri strani, incapaci di comunicare direttamente, sempre bisognosi di cure e dei quali è meglio non fidarsi mai. Uno studio sugli «schizofrenici» dichiara che «lo schizofrenico cronico rende perplessi in quanto invalida molti dei criteri che sono stati impiegati per distinguere gli uomini dagli altri animali... Lo schizofrenico cronico... viola talmente tante definizioni funzionali di uomo (che) vi è un valore euristico nello studiarlo con un approccio simile a quello che adotteremo per studiare una qualunque altra creatura aliena»³.

Oltre a considerare i propri pazienti come strani esseri, di frequente gli psichiatri non li ascoltano neppure. Essi sono propensi ad interpretare chiare espressioni verbali dei loro pazienti come messaggi dal significato nascosto, specialmente quando il paziente dice qualcosa che lo psichiatra non vuole sentire. Lo psichiatra Philip Morgolis ha presentato il caso di una paziente della sua «comunità psichiatrica»: le dichiarazioni della paziente sono affiancate dai commenti di Margolis,

2. Foucault, *Madness and Civilisation*, pp. 226-267.

3. Schooler e D. Parkle, *The Overt Behaviour of Chronic Schizophrenics and its Relationship to Their Internal States and Personal History*. Cit. in Braginsky, Benjamin M., Braginsky, Dorothea D. e Ring, Kenneth (1969) *Methods of Madness* Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 32.

che compaiono tra parentesi. *Sfondai la porta. Diedi fiato alla mia collera. Me ne stavo lì seduta sulle spine. Loro stavano aspettando di decidere come disporre di me (l'uso della parola «disporre» è significativa: la paziente era riuscita a far arrabbiare tutti). Stanno pensando ad ospedalizzarmi per un lungo periodo (vero). Ieri sera ho chiesto che mi lasciassero andare. Nessuno mi prese sul serio (vero). Ero molto seria. Non vi è nessuna ragione legale per tenermi qui — nessuna, tranne la forza bruta e le porte chiuse (in sostanza, anche questo era vero). Non mi piace stare qui (falso)*⁴.

Margolis, che vuole convincersi che la corsia che dirige è umana, ignora le chiare espressioni di rabbia della paziente per il trattamento cui è sottoposta, e preferisce invece definire il suo comportamento come «recitazione»⁵. Sebbene risulti chiaro dal racconto di Margolis che la paziente veniva trattenuta in violazione dei suoi diritti legali, l'azione viene giustificata con l'affermazione che quello era quanto la paziente «realmente» voleva, e di cui aveva bisogno.

Nelle istituzioni psichiatriche, l'enorme distanza tra pazienti e personale rende difficili o impossibili dei contatti umani significativi. Non vi è vera EGUAGLIANZA. I pazienti sono sotto il controllo del personale, il cui lavoro prevede che essi riferiscano sulle conversazioni e sulle attività dei pazienti. I pazienti che si lamentano di sentirsi spiati sono spesso etichettati come paranoici. Si chiede ai pazienti di non nascondere i propri pensieri ed i propri sentimenti, ma le domande di tipo personale rivolte agli operatori trovano raramente risposta diretta, ed il solo fatto di porle può persino far sospettare tutta una serie di motivi patologici. Durante il suo soggiorno in un ospedale psichiatrico come «pseudopaziente», lo psicologo David Rosenheim vide un paziente picchiato da un sorvegliante, dopo avergli detto «mi piaci»⁶. Ci si rivolge spesso ai pazienti chiamandoli per nome, ma questi debbono usare il cognome ed il titolo quando parlano con il personale⁷.

La lunga storia del sistema coecitivo della salute mentale, con la sua enfasi sul controllo, rende difficile immaginare che un sistema veramente aperto possa funzionare. Siamo di fronte ad un circolo vizioso: i pazienti, considerati come pericolosi ed inaffidabili, sono tenuti

4. Margolis, Philip M. (1973), *Patient Power*, Charles C. Thomas, Springfield, Ill., p. 49.

5. Ibid., p. 50.

6. Rosenhan, D. L. (19 gennaio, 1973), On Being Sane in Insane Places, *Science* 179, p. 256.

7. per un esempio si veda Perrucci, Robert (1974), *Circle of Madness*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., p.60.

sotto stretto controllo, il che fa crescere ancora il sospetto nei loro confronti. Si comincia col credere che solo col controllo si riesce ad impedire ai malati di mente di «compiere disastri») e l'immagine viene così perpetuata. Anche se i pazienti sono raramente violenti, questo fatto viene attribuito all'efficienza del controllo. Diviene pertanto impossibile pensare ad un sistema non coercitivo.

La convinzione che i malati di mente siano esseri strani si collega strettamente alla convinzione che essi siano anche pericolosi. La «National Association for Mental Health» (USA), che è solita ripetere che la malattia mentale non è diversa da ogni altra malattia e non costituisce uno stigma, ha pubblicato un opuscolo per gli agenti di polizia, per insegnare loro come mettere sotto chiave i malati di mente. La gente non viene di solito rinchiusa dalla polizia perché soffre di cuore, di diabete, o di cancro — è chiaro che la malattia mentale non è una malattia come le altre. Il libretto della NAMH dà consigli agli agenti su come applicare blocchi alla braccia, o «restrizioni quali manette di cuoio per braccia e caviglie, del tipo usato negli ospedali psichiatrici», quando debbono arrestare persone che sono «disturbate in modo violento»⁸. La possibilità che sia proprio l'essere bloccati a viva forza a causare le espressioni di rabbia non viene presa in considerazione. È questo solo un altro esempio di come un comportamento che viene considerato normale (come ad esempio difendersi quando si viene attaccati) diviene anormale quando si viene considerati malati di mente. Ci si aspetta che il «paziente» accetti di buon grado un trattamento che gli altri combatteranno, e la lotta del paziente viene vista come un «sintomo».

Il mito della pericolosità viene continuamente perpetuato. I programmi televisivi «gialli» chiuderebbero bottega senza il «killer psicopatico», i cui attacchi omicidi vengono attribuiti alla malattia mentale⁹. I film gialli vengono spesso costruiti sullo stesso soggetto. Sebbene siano pochi i malati di mente che commettono omicidi, questi casi sono ampiamente pubblicizzati. Ex-pazienti che conducono una vita nel rispetto della legge non fanno notizia. Come lo psicologo Thomas Scheff ha osservato, «Un fatto come quello che segue sarebbe pressoché inconcepibile: "Nella riunione di giovedì scorso, la Signora Ralph Jones, una ex-malata di mente, è stata eletta presidentes-

8. Matthews, Robert A. e Rowland, Loyd W. (1975), *How to Recognise and Handle Abnormal People*. National Association for Mental Health, Arlington, Va, pp. 13-14.

9. Wahl, Otto (marzo, 1976), *Six TV Myths About Mental Illness*. TV Guide, pp. 4-8.

sa della Fairview Home end Garden Society'»¹⁰. I media non si riferiscono sulla situazione di ex-paziente di una persona in nome dell'obiettività: «ex-paziente psichiatrico» è una parola che sta per violento, pericoloso, imprevedibile.

Le persone malate di mente non sono affatto particolarmente pericolose. Non solo, ma molti studi hanno mostrato come gli psichiatri non siano in grado di fare pregiudizi sulla pericolosità: ed è proprio la valutazione psichiatrica di pericolosità che conduce alla ospedalizzazione forzata. Per qualche ragione, gli psichiatri non hanno mai compiuto ricerche sul fatto che essi siano o meno in grado di effettuare predizioni accurate sul grado di pericolosità. Dopo aver esaminato accuratamente la bibliografia psichiatrica, l'avvocato Alan M. Dershowitz ha trovato meno di una dozziana di studi sull'argomento, e gli studi che esistevano mostravano come gli psichiatri tendevano sempre a predire la pericolosità in eccesso¹¹. Lo studio di Dershowitz concluse che «per ogni corretta predizione psichiatrica di violenza, ve ne sono diverse errate. Il che significa che in ogni gruppo i reclusi attualmente confinati sulla base di una predizione psichiatrica di violenza, vi sono pochi individui che si darebbero ad un tale comportamento se rilasciati, e molti di più che non lo farebbero»¹².

Thomas Scheff ha fatto notare che «i medici apprendono presto nel corso della loro preparazione che è molto più consapavole di mettere un paziente malato che trattenerne uno che sta bene. Questa regola è così pervasiva e fondamentale che non viene neppure scritta nei libri di testo di diagnostica»¹³. Mentre una simile pratica può andare a beneficio del paziente in molte aree della medicina, in psichiatria «l'assunto che la diagnosi medica può causare alcun danno irreversibile per il paziente, non si rivela dubbio»¹⁴.

L'ospedalizzazione coatta è divenuta una forma sostitutiva di detenzione preventiva. Negli Stati Uniti, è illegale rinchiudere qualcuno in carcere o in penitenziario perché si teme che quella persona commetterà un crimine se rimarrà in libertà. Questo principio costituisce uno dei fondamenti del sistema legale americano. Tuttavia, una volta che il potenziale criminale viene ritenuto malato di mente, è possibile applicare un diverso sistema di criteri. Una dichiarazione psichiatrica

10. Schreff, Thomas J. (1966), *Being mentally Ill*. Aldine Publishing Company, Chicago, p. 72.

11. Dershowitz, Alan M. (febbraio, 1969), *The Psychiatrist's Power in Civil Commitment: a Knife That Cuts Both Ways*. *Psychology today* 2, nr. 9, pp. 43-47.

12. Ibid., p. 47.

13. Scheff, *Being mentally Ill*, p. 110.

14. Ibid., p. 114.

di pericolosità potenziale può portare al confinamento (chiamato «trattamento») in un ospedale psichiatrico. In queste circostanze, e giustamente, i pazienti considerano il loro confinamento come una punizione, non come un trattamento.

L'aumentata presenza della psichiatria nel sistema criminale costituisce, a mio avviso, una tendenza pericolosa negli Stati Uniti¹⁵. Alcuni psichiatri sono giunti a sostenere che il crimine è un prodotto della malattia mentale e che i criminali hanno bisogno di un trattamento psichiatrico¹⁶. Gli psichiatri hanno conquistato un potere enorme all'interno del sistema carcerario, e le prigioni stanno sempre più assomigliando a degli ospedali psichiatrici. Farmaci psicoattivi e programmi di modifica del comportamento sono le forme più comuni del «trattamento» psichiatrico nelle prigioni. L'aumentata presenza della psichiatria nel sistema della giustizia criminale non ha portato quel calo nelle statistiche del crimine che degli ottimisti psichiatri penali avevano predetto.

La prigione che è forse più simile ad un ospedale psichiatrico è la «Patuxent Institution for defective Delinquents» a Jessup, nel Maryland. I «pazienti» della Patuxent sono criminali già condannati, che sono stati definiti «delinquenti difettivi». Ogni prigioniero del Maryland può venire inviato alla Patuxent per un esame; quei prigionieri che il personale della Patuxent ritiene abbiano tendenze criminali compulsive vengono trasferiti nell'istituzione e le loro sentenze vengono trasferite in detenzione a tempo indeterminato. I «pazienti» della Patuxent, qualunque sia stata la lunghezza della loro sentenza, rimangono in prigione fino a quando non si ritiene che siano stati «curati». I prigionieri che sono giudicati «pazzi criminali» non vanno alla Patuxent, ma negli ospedali statali. I pazienti della Patuxent sono prigionieri che vengono giudicati abbastanza sani per restare al di fuori della categoria del «pazzi criminali», ma non abbastanza sani da sfuggire all'attenzione compulsiva degli psichiatri.

Una volta affidati alla Patuxent, i pazienti si troveranno in un ambiente rigidamente strutturato, che punisce ogni forma di non-conformismo. Solo se parteciperà alle terapie di gruppo obbligatorie, se obbedirà alle regole dell'istituzione, e se darà dimostrazione di un

15. Szasz, Thomas S. è autore di numerosi scritti su questo argomento. Si veda, ad esempio (1963), *Law, Liberty and Psychiatry*. Macmillan, New York; (1965), *Psychiatric Justice*. Macmillan, New York.

16. Si veda, ad esempio, Menninger, Karl (1968), *The Crime of Punishment*. Viking Press, New York, o Halleck, Seymour L. (1967), *Psychiatry and the Dilemmas of Crime*. Harper & Row, New York.

atteggiamento corretto, il «paziente» potrà guadagnare privilegi quali l'andare a letto più tardi, o l'accedere alle strutture ricreative.

Non sorprende constatare che molti psichiatri approvino questo sistema. Il Dr. Karl Menninger, ad esempio, suggerisce che i cittadini del Maryland dovrebbero «essere fieri della loro egregia Patuxent, come lo sono della loro Johns Hopkins» ed esprime sorpresa che vi siano cause in corso contro l'istituzione¹⁷. Le opinioni di Menninger rappresentano il pensiero psichiatrico: egli ha ricevuto il premio Isaac Ray per i suoi contributi al diritto e alla psichiatria.

I non-psichiatri che hanno studiato la Patuxent riportano un'impressione alquanto diversa. Il giornalista Phil Stanford intervistò un «paziente» della Patuxent che a diciassette anni aveva ricevuto una condanna a quattro anni per furto d'automobile e dopo quattordici anni era ancora nell'istituzione, senza speranza di venire rilasciato. Il suo rifiuto di cooperare con il trattamento cui veniva sottoposto, in quanto riteneva fosse oppressivo, era considerato patologico dal personale¹⁸.

Nel suo libro *Kind and Usual Punishment*, Jessica Mitford ha intervistato un insegnante volontario che aveva lavorato alla Patuxent per nove anni. Sebbene all'inizio questi approvasse l'istituzione, egli scoprì ben presto che la definizione di «delinquente difettivo» era così vaga, che in pratica quasi tutti i prigionieri potevano rientrarvi. Egli scoprì anche che il cosiddetto internamento umanitario a tempo indeterminato demoralizzava severamente i prigionieri, che lo consideravano, e giustamente, «il potere nudo e assoluto dello stato»¹⁹.

La Mitford narra la storia drammatica di un «paziente» della Patuxent che passò sei anni appellandosi contro la sentenza, rifiutò il trattamento obbligatorio e venne tenuto per sei anni nella sezione più bassa. In questa sezione, i pazienti vengono tenuti chiusi nelle loro celle per quasi ventiquattro ore al giorno, possono farsi una sola doccia alla settimana e non possono ricevere né posta né visite. La maggior parte dei «pazienti» della Patuxent rimangono nella sezione inferiore per un periodo che va dai trenta ai sessanta giorni, ma il personale continuò a tenere il nostro paziente in quella sezione per il fatto che si rifiutava di accettare il «trattamento». Quando il suo caso venne dinanzi alla Corte Suprema, il giudice, inorridito, ordinò il rilascio immediato, ritenendo che le interviste psichiatriche obbligatorie

17. Menninger, *Crime of Punishment*, p. 243.

18. Stanford, Phil (17 settembre, 1972), A model, Clockwork-Orange prison, *New York Times Magazine*, p. 80.

19. Mitford, Jessica (1973), *Kind and Usual Punishment*. Alfred A. Knopf, New York, pp. 110-11.

costituissero una violazione del Quinto Emendamento e cioè del suo diritto a rimanere zitto²⁰.

Come lo psichiatra Thomas Szasz ha dichiarato, «la Patuxent è peggio di come vengono usate le istituzioni psichiatriche in Russia, con la sola differenza che quando qualcuno da quelle parti vi viene gettato dentro, tutti qui da noi si arrabbiano molto»²¹. La preoccupazione degli Americani per i dissidenti politici sovietici non si estende ai dissidenti sociali e culturali che si trovano nelle istituzioni psichiatriche americane.

Per gli psichiatri che hanno progettato la Patuxent e altri programmi analoghi, la coattazione è una procedura benigna, dal momento che ha per scopo la «cura» del recluso. Tuttavia, la coercizione preclude spesso la possibilità di porgere un qualunque aiuto. Come Szasz ha sottolineato con insistenza, il combinare i ruoli di aiuto e di carceriere significa che è solo la definizione di aiuto data dal carceriere che diviene accettabile. In una nota legale che difendeva le procedure adottate alla Patuxent, i rappresentanti dello Stato dichiaravano che l'istituzione aveva il diritto «di imporre la cooperazione» tramite «un soggiorno indeterminato nell'area diagnostica (la sezione più bassa) della Patuxent fino a quando non si ottiene cooperazione»²². Pratiche simili violano il comune significato di parole come «aiuto» e («cooperazione»).

Qual'è stata l'efficacia del programma della Patuxent? Nel 1972, dopo diciotto anni di attività, l'istituzione aveva ospitato un totale di 985 prigionieri in giudizio (oltre a quelli trattenuti per esami prima di venire rispediti nelle prigioni ordinarie). Di questi, solo 115 sono stati dichiarati curati e rilasciati. Il 33% di tutti i «pazienti» della Patuxent vengono trattenuti oltre la decorrenza della loro sentenza²³. Un ulteriore approfondimento statistico mostra che nel 1972 solo il 38% dei «pazienti» della Patuxent espriavano sentenze per omicidio volontario, omicidio preterintenzionale, aggressione con intenzione di uccidere e stupro (o tentato stupro). Il 51% era colpevole di furti, rapine a mano armata, scasso, furti in appartamenti, furto di automobili e crimini di questo tipo, compresi due «vagabondi e scapestrati», due falsari, e due trafficanti in assegni falsi. L'11% espriava sentenze per delitti sessuali, comprese «pratiche perverse» (29 casi), esibizionismo, e «tentativo di perversione».

Gli psichiatri esprimono spesso il desiderio di trattare «i soggetti

20. Ibid., pp. 109-112.

21. Stanford, *A Model Prison*, p. 71.

22. Cit. in Mitford, *Kind and Usual Punishment*, p. 112.

23. Stanford, *A Model Prison*, pp. 78-80.

potenzialmente pericolosi» prima che commettano un crimine, in modo da evitare incidenti volenti. Ad esempio, lo psichiatra Rhenatus Hartogs ha scritto un libro in cui sosteneva che un trattamento psichiatrico precoce avrebbe evitato sia l'uccisione del Presidente Kennedy da parte di Lee Harvey Oswald, che il successivo omicidio di Oswald stesso per mano di Jack Ruby²⁴. Hartogs era il primario psichiatrico della Youth House di New York City quando ebbe occasione di conoscere Oswald, che era stato mandato in quella istituzione per le troppe assenze ingiustificate da scuola. Sulla base di una singola intervista psichiatrica, Hartogs diagnosticò che il tredicenne Oswald aveva «un disturbo della personalità con aspetti schizoidi e tendenze passivo-aggressive», e raccomandò un trattamento psichiatrico come paziente esterno o residente²⁵. Sia Oswald che sua madre opposero resistenza contro questa intrusione psichiatrica nelle loro vite, e lasciarono infine la città. Hartogs è chiaramente convinto che se Lee Oswald si fosse sottoposto ad un trattamento psichiatrico, l'assassino del Presidente Kennedy potrebbe non essersi verificato. Hartogs attribuisce l'uccisione di Oswald da parte di Ruby al fatto che anche quest'ultimo non ricevette un opportuno trattamento psichiatrico quando era adolescente.

A causa del suo vagabondare, venne imposto ad Oswald di vedere periodicamente un ufficiale giudiziario. Dopo l'assassinio di Kennedy, anche l'ufficiale espresse il rincrescimento a proposito della «tragedia» che Oswald non avesse subito un trattamento psichiatrico²⁶. Non esiste assolutamente alcuna prova per suffragare questa fede nell'efficacia dell'istituzionalizzazione e del «trattamento». Vi sono al contrario alcuni indizi che mostrano come i bambini affidati a strutture psichiatriche residenziali diventino anche più asociali: nelle strutture giovanili, il recidivismo tocca l'80%²⁷. Nonostante questo, l'ufficiale giudiziario cui era stato affidato, ed il suo psichiatra, raccomandarono che Oswald venisse sottoposto a questo trattamento. L'ufficiale giudiziario dipinge un quadro quasi idilliaco delle condizioni di vita in queste strutture: «Vi sono casette per giovani disturbati, sotto la supervisione di «madri», e, soprattutto, c'è

24. Hartogs, Rhenatus e Freeman, Lucy (1965), *The two Assassins*. Thomas Y. Crowell company, New York.

25. Ibid., pp. 229-231.

26. Intervista giornalistica con l'ufficiale giudiziario di Oswald, ristampata in Sites Paul (1967) *Lee Harvey Oswald and the American Dream*. Pageant Press, New York, pp. 72-76.

27. Wooden, Kenneth (1976), *Weeping in the Playtime of Othen*. Mc Graw-Hill Book Company, New York, p. 25.

28. Cit. in Sites, *Lee Harvey Oswald*, p. 74.

il trattamento e la terapia dopo-cura²⁸. Di fatto, le strutture che vanno sotto il nome di scuole di avviamento o altro, sono posti squallidi, in cui l'accento è posto con forza sull'aspetto detentivo e caratterizzati da frequenti esempi di brutalità.

L'educatore Kenneth Wooden, che ha visitato i centri di detenzione giovanili in tutto il paese, ha trovato che in quasi tutti gli stati prevale un modello caratterizzato dalla violenza del personale e dall'abbandono²⁹. Molte istituzioni sono carceri in miniatura, con alte barriere protette da filo spinato, finestre sbarrate e celle d'isolamento. Le punizioni corporali sono frequenti e severe, mentre l'istruzione è rara, o, in molti casi, non esiste affatto. È questo il sistema che avrebbe «salvato» Lee Harvey Oswald?

Charles Manson costituisce un buon esempio dei risultati ottenuti dal sistema della giustizia giovanile. Al contrario di Oswald, Manson non riuscì ad evitare l'incarcerazione a tredici anni. Il suo «crimine» consisteva nel fatto che la madre non lo voleva³⁰. Da allora in poi, egli fu raramente fuori dalle istituzioni carcerarie ed i suoi brevi periodi di libertà finivano di solito con un crimine e l'internamento in un'altra istituzione. (Manson non aveva commesso delitti prima di venire istituzionalizzato). Wooden ritiene che «Manson era il prodotto di troppe istituzioni impersonali, troppi giorni senza fine in cella d'isolamento, troppe aggressioni sessuali da parte dei ragazzi più grandi, e troppi pestaggi da parte del personale e dei guardiani»³¹. Mentre gli psichiatri potrebbero sostenere che le scuole di avviamento statali non sono strutture terapeutiche, e che con più denaro e con più terapie le condizioni potrebbero migliorare, abbiamo già visto come il «trattamento» psichiatrico implica spesso disumanizzazioni e celle d'isolamento e che oggi negli ospedali psichiatrici la brutalità è purtroppo molto comune. La confusione storica tra trattamento e reclusione ha avuto, e continua ad avere tragiche conseguenze. Si considera «umano» mettere la gente in strutture detentive chiamate «ospedali psichiatrici»; il miglioramento degli ospedali psichiatrici diviene così una questione di aumentare le terapie. Il fatto che i pazienti le considerino delle torture non ha alcuna importanza.

Nel 1960 Morton Birnbaum, medico e avvocato, pubblicò un ar-

28. Cit. in Sites, *Lee Harvey Oswald*, p. 74.

29. L'opera di Wooden, *Weeping in the Playtime for Others*, non costituisce uno studio obiettivo. Rappresenta uno sguardo orripilato (e orripilante) gettato sul modo in cui la società americana tratta i bambini non desiderati.

30. Ibid., p. 48.

31. Ibid.

ticolo in cui sosteneva che i pazienti psichiatrici hanno un diritto costituzionale al trattamento. Secondo Birnbaum, «se una persona viene involontariamente istituzionalizzata in un ospedale psichiatrico perchè è abbastanza malata da richiedere il ricovero per un aiuto e per un trattamento, questa persona ha bisogno ed ha il diritto ad un trattamento medico adeguato³². Birnbaum credeva chiaramente che vi fossero forme sicure ed efficaci di trattamento psichiatrico e che, con dovuti ampliamenti dei finanziamenti, si sarebbe potuto trasformare gli ospedali statali da istituzioni di custodia a centri attivi di trattamento. I due assunti sono quanto meno discutibili. Mentre Birnbaum sosteneva che un paziente cui veniva negato un trattamento doveva venire rilasciato, egli non contemplava il caso in cui i pazienti avessero obiezioni contro il trattamento che subivano. Spinto da ragioni umanitarie, Birnbaum parla dei pazienti psichiatrici come di persone malate che hanno bisogno di un trattamento psichiatrico, ma al tempo stesso egli non pone mai in dubbio la situazione di coercizione in cui molte persone divengono pazienti psichiatrici. Se, come Birnbaum sostiene, i pazienti psichiatrici hanno un diritto costituzionale al trattamento, perchè non possono esercitare questo diritto nello stesso modo degli altri pazienti — andando cioè dal proprio medico ogni qualvolta si sentono male? Il diritto al trattamento non è uno strumento per proteggere i pazienti dalla coercizione. Al contrario, fino a quando il paziente viene sottoposto ad un trattamento attivo, anche contro le sue pretese, il diritto al trattamento difende espressamente il diritto dello stato a trattenere il paziente.

Il diritto al trattamento ha costituito la base per molti importanti casi giudiziari concernenti i diritti dei pazienti psichiatrici. In Alabama, i pazienti dell'ospedale statale e della scuola per ritardati fecero causa allo stato, sostenendo che la totale inadeguatezza delle condizioni di quelle istituzioni violava il loro diritto costituzionale a ricevere un trattamento. Il 13 aprile 1972, il tribunale federale distrettuale sentenziò che i pazienti avevano il diritto al trattamento e, che col fornire solo una custodia, lo stato violava il loro diritto. Al fine di garantire il rispetto dei diritti del paziente, il tribunale stabilì delle norme concernenti il numero minimo di personale, fece costruire dei comitati di diritti umani in ogni ospedale, richiese che ogni paziente avesse un piano dettagliato di trattamento, e stabilì anche tutta una

32. Birnbaum, Morton (maggio, 1960), The Right to Treatment. *American Bar Association Journal* 46, nr. 5, p. 503.

serie di altre regole. L'8 novembre del 1974, la decisione venne confermata dalla Corte d'Appello³³.

Bruce Ennis, un legale del «Mental Health Law Project» che difendeva i pazienti, aveva asperso le sue riserve a proposito del diritto al trattamento. Egli aveva rifiutato di difendere in precedenza dei casi concernenti il diritto al trattamento in quanto egli considerava questo diritto come «una legittimizzazione della ospedalizzazione coatta, un altro strumento per privare la gente della sua libertà»³⁴. Nel caso discusso di Alabama, egli utilizzava il diritto al trattamento dal punto di vista tattico:

Ebbi a che fare con il caso del «diritto al trattamento», discusso in Alabama, in quanto avevamo ottenuto delle informazioni riservate secondo cui il giudice, cui era stato affidato il caso, avrebbe non solo sostenuto che vi era un qualcosa di astratto chiamato «diritto al trattamento»), ma che avrebbe anche stabilito dei criteri così avanzati e severi, che lo stato dell'Alabama non sarebbe stato in grado di adeguarvisi. Ad esempio, egli avrebbe chiesto che vi fosse almeno un Ph. D. in psicologia ogni sessanta bambini «mentalmente ritardati» ricoverati: non vi erano semplicemente abbastanza psicologi nello Stato dell'Alabama per coprire le esigenze di personale richieste dalla popolazione allora residente nelle istituzioni psichiatriche. I criteri imposti dal giudice avrebbero significato che lo Stato, invece di assumere psicologi, avrebbe finito per dimettere molti dei residenti delle proprie istituzioni»³⁵.

Secondo l'interpretazione di Ennis, il diritto al trattamento non avrebbe significato un incremento del trattamento psichiatrico a pazienti spesso riluttanti, ma avrebbe bensì costretto i vari stati a liberare migliaia di pazienti.

Un ulteriore importante caso di diritto al trattamento venne provocato da Kenneth Donaldson, un paziente ospedalizzato contro la sua volontà, che era stato detenuto in un ospedale statale della Florida per quindici anni. Donaldson cominciò a lottare contro il ricovero appena venne istituzionalizzato, ma le sue numerose richieste di godere del diritto all'«habeas corpus» vennero ignorate dalla corte. Quando egli lesse su un giornale della teoria del diritto al trattamento, egli scrisse al Dr. Birenbaum, che divenne il suo consulente legale. In se-

33. Informazione riguardante *Wyatt v Stickney* da The Docket Test Case Litigation, *Mental Health Law project Summary of Activities*, marzo, 1975, pp. 2-3.

34. Frank, Leonard Roy (febbraio, 1974), Intervista con Bruce Ennis. *Madness Network News* 2, nr. 2, p. 10. Ristampato in Hirsch, Sherry et al. (a cura di, 1974) *Madness Network News Reader*, Glide Publications, San Francisco, pp. 162-167.

35. Ibid.

guito, Bruce Ennis si unì al gruppo di consulenti legali di Donaldson. Questi non voleva certo un trattamento, ma la libertà. Tuttavia, Donaldson vide nella teoria del diritto al trattamento una scappatoia per costringere l'ospedale a rilasciarlo, in quanto **non** forniva alcun trattamento e garantiva solo una custodia estremamente carente. Il caso di Donaldson giunse infine dinanzi alla Corte Suprema degli Stati Uniti, che, il 26 giugno 1975, sentenziò che «**uno** Stato può legalmente rinchiodare senza trattamento un individuo non pericoloso, che sia in **grado** di sopravvivere senza pericolo in libertà, per proprio conto o con l'aiuto di membri della famiglia o amici consenzienti e responsabili». La Corte Suprema non si espresse in termini espliciti se vi fosse o meno un diritto costituzionale al trattamento. Tuttavia, Donaldson si era battuto per «il diritto al trattamento o al **rilascio**»³⁷.

L'organizzazione «**Mental Health Law Project**» si è data da fare per promuovere un nuovo diritto per i pazienti psichiatrici. Il «**diritto all'alternativa meno costruttiva**» venne richiesto nel 1973 in un caso contro il Distretto di Columbia e il «**Department of Health, Education and Welfare**» che amministra il Saint Elizabeth's, l'ospedale di stato del Distretto. Sebbene uno studio del 1970 condotto dal «**National Institute of Mental Health**» (una branca dell'**HEW**) aveva concluso che più della metà dei pazienti poteva venire dimessa ed affidata a strutture di comunità, non vi erano di fatto strutture presso cui i pazienti potessero recarsi, col risultato che essi dovevano restare in ospedale. Il processo, iniziato in nome di diversi pazienti, si basava sulla tesi secondo la quale essi avevano il diritto a venire curati in strutture di **comunità** e che il fatto di essere trattenuti nell'atmosfera eccessivamente limitante dell'ospedale costituiva una violazione del loro diritto al trattamento. Il 23 dicembre 1975, il tribunale distrettuale federale emise una sentenza in favore dei pazienti e **stabilì** l'istituzione di centri **comunitari**³⁸.

I gruppi degli ex-pazienti hanno sostenuto che non si tratta tanto di un diritto al trattamento, che molti pazienti non vogliono, o di cui non hanno bisogno, ma piuttosto di un diritto al rifiuto del trattamento. Un caso giudiziario di notevole importanza venne iniziato da sette pazienti dell'ospedale di Boston, molti dei quali avevano preso parte alle riunioni settimanali di un gruppo sui diritti dei pazienti

36. Cit. in Donaldson, Kenneth (1976), *Insanity Inside Out*. Crown Publishers, New York, p. 327.

37. *Ibid.*, p. 330.

38. Informazioni su *Dixon v Weinberger* da Friedman, Paul R. (marzo 1976), *Beyond Dixon: The Principle of the Least Restrictive Alternative, Mental Health Law Project Summary of Activities 2*, nr. 1, pp. 1-3.

che si riuniva nell'ospedale con l'aiuto del «Mental Patient's Liberation Front». Il caso denominato *Rogers* contro Macht, verrà discusso nell'estate del 1977 presso il tribunale distrettuale federale di Boston. Dal momento che entrambe le parti hanno dichiarato che presenteranno appello contro una decisione avversa, dovranno probabilmente passare molti anni prima che si possa ottenere un verdetto definitivo sulla questione se i pazienti abbiano effettivamente il diritto di rifiutare il trattamento. Se la posizione dei pazienti verrà approvata, e verrà riconosciuto il diritto a rifiutare il trattamento, gli ospedali psichiatrici non potranno più costringere i pazienti a prendere dei medicinali, o rimanere in isolamento tranne che in situazioni di emergenza strettamente definite.

I processi sul diritto al trattamento mettono in luce la distinzione tra coercizione e trattamento, una distinzione che è oggi alquanto sfumata. Il diritto a rifiutare il trattamento consentirà ai pazienti di giocare lo stesso ruolo ora riconosciuto ai pazienti normali nel decidere del proprio trattamento. I pazienti ordinari consultano un dottore quando sono convinti di star male, vien fatta loro una diagnosi e vengono loro consigliati dei medicinali, dopo di che i pazienti scelgono il trattamento cui sottoporsi (o scelgono di non farsi curare affatto, o di recarsi da un altro dottore). Quando i pazienti psichiatrici potranno scegliere se accettare un trattamento e di quale tipo, non sarà più possibile far passare per trattamento l'instupidirli con medicine o il rinchiuderli in isolamento. Se la psichiatria è veramente in grado di offrire dei trattamenti validi, dei trattamenti che recano beneficio al paziente (dal punto di vista del paziente stesso), allora coloro che soffrono saranno veramente serviti dagli ospedali psichiatrici. La psichiatria non ha mai affrontato una simile prova.

Nel frattempo, coloro che hanno bisogno di un vero aiuto sono malamente accuditi da un sistema di coercizione travestito da trattamento. Le persone che vanno volontariamente in un ospedale psichiatrico, attendendosi di ricevere attenzione e cure, vanno incontro ad un duro risveglio. Lo so bene: ero una di quelle persone. Una volta entrai nelle istituzioni, i pazienti, volontari ed involontari, coloro che cercano aiuto per i loro problemi e coloro che cercano solo la libertà, sono tutti trattati esattamente allo stesso modo. I pazienti che si aspettano aiuto e consigli ricevono invece tranquillanti. I pazienti che non cooperano sono spesso considerati dei «piantagrane», anche se la loro non-cooperazione è in realtà un tentativo di trovare quell'aiuto che l'ideologia della salute mentale sostiene essere prontamente disponibile negli ospedali psichiatrici.

È proprio questo gruppo di malati di mente — coloro che hanno problemi e che cercano un modo per mettere ordine nella propria vita

— che può trovare un servizio migliore nelle strutture alternative che non nel sistema psichiatrico tradizionale. Coloro che sono decisi a cambiare la propria vita non hanno bisogno della vuota routine degli ospedali psichiatrici tipici, dove si premia l'obbedienza agli ordini e il non creare problemi. Costoro non hanno bisogno di porte chiuse o di porte aperte che è vietato varcare. Lo shock di trovarsi in un'atmosfera simile a quella di una prigione, quando invece ci si aspetta di trovare l'appoggio di un caldo contatto umano, aumenta spesso i problemi che il paziente ha portato con sé all'ospedale. E lo stigma che lo segue quando viene dimesso aggiunge un ulteriore svantaggio.

Nelle strutture alternative, verso cui le persone si indirizzeranno volontariamente, dal momento che sono turbate e cercano aiuto, non troveranno la routine istituzionale che uccide, né il nudo esercizio del potere. Se i clienti non riterranno soddisfacente l'aiuto che riceveranno, essi potranno chiedere che le cose cambino (una richiesta che in una struttura alternativa deve essere presa sul serio), oppure potranno andarsene e cercare un'altra fonte di aiuto. Le strutture che i clienti trovano insoddisfacenti debbono cambiare o chiudere, dal momento che, al contrario delle istituzioni psichiatriche, i loro clienti sono sempre liberi di andarsene.

E cosa dire dell'altro gruppo di reclusi negli ospedali psichiatrici, coloro che sono lì contro la loro volontà, che non ritengono di aver bisogno di aiuto? Cosa accadrebbe loro in un sistema di salute mentale veramente volontario e coercitivo? È ovvio che costoro non verrebbero nelle strutture alternative, dal momento che essi ritengono di avere dei problemi e non cercano alcun aiuto. La mia risposta è semplice, sebbene non sarà tale da soddisfare coloro che pensano che le diagnosi psichiatriche giustifichino la detenzione coatta per fini di «trattamento». Le persone che altri ritengono essere «malate di mente», che non vogliono essere sottoposte a trattamento, dovrebbero essere libere di vivere la vita che preferiscono, almeno che non commettano dei crimini (un fatto statisticamente improbabile). Secondo quanto stabilito dalla Corte Suprema nel caso Donaldson, «la sola presenza della malattia mentale non preclude ad una persona di preferire la scelta della propria casa ai comforts di una istituzione»³⁹. Dal momento che questi «comforts» includono di solito un ambiente spoglio ed una totale impotenza, forse la scelta di non entrare in un ospedale psichiatrico dovrebbe in se stessa venire considerata come un indice di «sanità».

La paura della malattia mentale non costituisce una ragione suffi-

39. Cit. in Donaldson, *Insanity Inside Out*, p. 328.

ciente per giustificare l'ospedalizzazione coatta. La gente non ama i pazienti psichiatrici, le persone mentalmente ritardate, i disabili, i deformati o gli sfigurati: spesso costoro vengono incarcerati in istituzioni eufemisticamente chiamate ospedali, scuole e case. L'avvocato **Bruce Ennis**, che ha combattuto molte battaglie legali in favore dei ricoverati nelle istituzioni psichiatriche, riconosce che questi gruppi di persone non grate non possono dipendere dalla buona volontà dell'opinione pubblica:

Ritengo che la maggior parte della gente non ami i «pazienti psichiatrici» e non ami nessuno che non riesca a collocare con precisione in nicchie accettabili. Sono convinto che se si andasse ad un referendum, la maggioranza di questo paese voterebbe a favore dell'istituzione di enormi centri detentivi, dove la gente spazzata via dalle strade possa venir custodita per il resto della loro vita, drogata, tranquillizzata, sboccata, o qualunque cosa che permetta di tenerla lontana dalle strade. Sono letteralmente persuaso che sia questo il sentimento prevalente⁴⁰.

L'avversione dell'opinione pubblica nei confronti di coloro che sono diversi non costituisce una ragione sufficiente per rinchiuderli. Quando le differenze sono espresse nei termini di un giudizio psichiatrico di patologia, allora viene creata una categoria che potrebbe includere, e di fatto include, chiunque.

Lo stato ha chiaramente il diritto di intervenire nella vita della gente, e forse ha il diritto di incarcerarla se si violano i diritti degli altri. La gente che parla tra sé e sé, che si veste in modo strano, che non mangia in modo appropriato, o che mostra simili sintomi «patologici» non è affatto criminale. L'essere bizzarri o strani non significa essere aggressivi. La gente che attacca altre persone dovrebbe venire rinchiusa, ed esistono leggi sufficienti per farlo senza rincorrere ad una giustificazione psichiatrica (la discussione dei molti difetti del sistema di giustizia criminale non rientra negli scopi di questo libro). La gente che viene sottoposta ad un internamento coatto è spesso gente che sarebbe libera se lo stato fosse nella necessità di provare che ha commesso azioni criminali, o che si è comportata in modo veramente, e non solo potenzialmente, pericoloso.

Milioni di persone vengono incarcerate in istituzioni psichiatriche pur non avendo commesso alcun crimine, se non il «crimine» di essere offensivi agli occhi degli altri, e di essere di conseguenza stati diagnosticati come «malati di mente». L'opinione pubblica americana non si vergogna di ciò. Un giorno forse si vergognerà.

40. Frank, Interview with Bruce Ennis, p.10.

CAPITOLO 9

Persone, non pazienti

Le mie esperienze nelle istituzioni psichiatriche non sono uniche. Sono stata fortunata — non venni rinchiusa per molto tempo (sebbene allora mi sia sembrata un'eternità), e al contrario di molte persone disturbate, alla fine riuscii a trovare una struttura alternativa che mi aiutò e si prese cura di me. Mentre milioni di Americani hanno provato gli orrori e la desolazione delle istituzioni psichiatriche (e molti hanno avuto esperienze ben peggiori delle mie), solo una piccola percentuale ha avuto la fortuna di imbattersi nel vero aiuto da istituzioni realmente alternative. Se non si introducono mutamenti drastici nel modo in cui questa società tratta coloro che soffrono a livello emotivo, si continuerà a trovare più spesso indifferenza e abbandono (come pure vera e propria brutalità) che non attenzioni e benevolenza.

Dobbiamo rivedere le nostre concezioni di «salute» mentale e di «malattia» mentale e di sfatare i miti psichiatrici che pervadono la nostra cultura. Quando delle persone disturbate vengono definite come «malati di mente», queste si trovano a dover soffrire la pena ulteriore del «trattamento» psichiatrico e lo stigma di divenire dei pazienti psichiatrici. E i pazienti non sono i soli a soffrire. Il fatto che l'ideologia psichiatrica mistifica la difficoltà della gente, trasformandole in una «malattia» che solo gli esperti sono capaci di trattare, ci rende tutti un po' meno umani. Nel momento in cui affidiamo i nostri amici, i nostri parenti e noi stessi alla psichiatria, noi abbandoniamo ed isoliamo coloro che hanno più bisogno di amore e di cure. La continua ridefinizione di diversi tipi di problemi come problemi di natura psichiatrica che richiedono l'intervento di esperti, tende continuamente a limitare la tendenza della gente ad aprirsi verso gli altri ed aumenta

l'isolamento in cui noi Americani del ventesimo secolo ci troviamo sempre più costretti a vivere. Invece di occuparci gli uni degli altri, noi ci rivolgiamo ad esperti e a remote forme di autorità, rinforzando cod l'idea che occorrono titoli professionali per arrecare danni irreparabili a coloro che sono disturbati. E quando il sistema non funziona, quando le nostre istituzioni psichiatriche producono gente più disturbata e più spaventata di prima, non chiediamo l'intervento di ancora altri esperti, per nuovi trattamenti, senza avere la capacità (o la volontà) di riconoscere che il sistema di salute mentale è un mostro che danneggia, degrada e spesso distrugge coloro che professa di voler aiutare.

Si tratta di un problema che non investe solo i pazienti e gli ex-pazienti, ma tutti noi, perché tutti possiamo diventare pazienti psichiatrici. Come abbiamo visto, coloro che non si adattano tranquillamente ai ruoli sociali loro assegnati, coloro che sono disturbati o infelici (o «**eccessivamente**» felici) possono facilmente vedersi attribuire un'etichetta psichiatrica e diventare soggetti (o forse si dovrebbe dire «oggetti») di un trattamento coatto. Oppure, le persone disturbate potrebbero entrare volontariamente in un ospedale psichiatrico per scoprire spesso o troppo tardi, che non verrà loro offerto alcun aiuto e che non verrà loro permesso di andarsene.

C'è ancora molto da fare per costruire un sistema di valide alternative. Non è un compito che si possa affidare agli «esperti», che hanno già fallito: dobbiamo occuparcene tutti, noi cittadini, lavorando insieme. Quelli tra di noi che sono ex-pazienti debbono giocare un ruolo vitale, dal momento che conosciamo di prima mano il modo di operare del sistema attuale e che sappiamo quanto questo sia in realtà diverso dal modo in cui si presenta all'opinione pubblica. Sperimentando insieme l'auto-coscienza, possiamo imparare a vedere chiaramente il modo in cui il sistema psichiatrico ci ha danneggiato tutti, ed il tipo di servizi che saranno in grado di fornire vere alternative al paternalismo ed all'oppressione. Lavorando insieme per costruire delle alternative che si occupino veramente dei nostri bisogni, quelli che una volta erano i pazienti possono aiutarci ed aiutare l'un l'altro a divenire forti.

Come ho cercato di mostrare, la creazione di una struttura alternativa richiede molte e diverse attività. Il gruppo deve definire i propri bisogni e le proprie regole di comportamento. Si tratta di compiti, ai quali si assolve meglio mettendo in atto un processo di auto-coscienza, che escluda i non-pazienti. Gli ex-pazienti debbono confrontarsi con il proprio mentalismo prima di mettere in crisi quello degli altri.

Tutti, ex-pazienti e non, possono cominciare a mettere in crisi

gli atteggiamenti mentalistici dovunque essi si annidino. Cosa intendiamo quando chiamiamo una persona «malata» perché non ci piace il suo comportamento? Non intendiamo veramente dire che quella persona soffre di una malattia: si tratta di un modo facile per screditare o metter da parte le idee e le azioni di quella persona, un modo per non ascoltare quello che dice. È un modo per passare il problema agli «esperti» — gli psichiatri — anche se sappiamo bene che non vorremmo succedesse a noi. Usiamo parole che suonano sterili e neutre, come «malattia mentale» e «ospedali psichiatrici», quando sappiamo bene che significano «matto» e «fossa di serpenti». Noi ci allontaniamo da chiunque sappiamo essere un paziente psichiatrico e sfuggiamo gli aspetti sconosciuti e misteriosi che sono dentro di noi. Il mentalismo ci colpisce tutti.

Dobbiamo cominciare a prenderci cura delle persone che ora isoliamo — quei parenti e quegli amici che sono disturbati (e che disturbano) e che amiamo e temiamo allo stesso tempo. Non sarà facile. Il sistema ospedaliero psichiatrico si è sviluppato proprio perché vi è un compito da assolvere che preferiamo demandare ad altri. Dobbiamo incoraggiare ed aiutare quelle alternative che permettono a coloro che sono disturbati ed infelici di crescere, sebbene ciò significhi che non potremo più scacciare i problemi dalla nostra vista. Dobbiamo appoggiare l'istituzione di centri di emergenza di quartiere, centri d'incontro, residenze comunitarie, e case per gruppi — nei nostri quartieri, non solo da qualche altra parte, possibilmente lontana e al sicuro. E dobbiamo anche accogliere nuovamente **nelle** nostre comunità coloro, che anni di incarcerazione psichiatrica hanno danneggiato a tal punto, che resteranno per sempre un po' diversi, un po' strani. Solo mettendo fine al sistema ospedaliero psichiatrico noi saremo in **grado** di impedire la creazione di una nuova generazione di questi pazienti cronici, gente che si è persa dietro quelle mura che troppo a lungo hanno nascosto gli errori della psichiatria. Solo costruendo una rete di reali alternative, **radicate** nella comunità, saremo in grado di fare in modo che coloro che sono oggi disturbati vengano danneggiati e storpiati in modo analogo.

Nel momento in cui lottiamo per creare reali alternative, dobbiamo anche stare in guardia contro ciò che Thomas Szasz ed altri hanno chiamato «**imperialismo psichiatrico**» — la crescita del potere e del controllo psichiatrico in tutta la società. Dobbiamo distinguere le vere alternative dalle mini-istituzioni psichiatriche e lavorare affinché le strutture di comunità siano controllate dalle comunità stesse e dai loro clienti e non da una burocrazia psichiatrica centralizzata. Anche i servizi di «comunità» possono avere porte chiuse e strutture rigide e gerarchiche, capaci di disumanizzare ed esercitare il controllo. Dob-

biamo richiedere solo servizi che rispondono alle comunità che li organizzano ed ai loro clienti; alternative che differiscano l'una dall'altra a seconda dei bisogni individuali e delle esigenze locali. Altrimenti, non avremo risolto il problema: avremo solo cambiato la terminologia e continueremo a disumanizzare la gente che soffre.

Comunità è divenuto un termine importante in psichiatria. Centri di salute mentale «di comunità» sono stati istituiti in tutto il paese e molti operatori professionali si fanno oggi chiamare psichiatri «di comunità». Ma il tipico centro di salute mentale di comunità non fa parte della comunità in cui viene costruito più di quanto non ne faccia parte un tipico ospedale statale. Molti centri di salute mentale di comunità sono diretti da psichiatri o altri operatori della salute mentale, e vengono scelti dalla burocrazia statale, seguendo le politiche stabilite da quella burocrazia. Gli operatori professionali tendono a categorizzare i residenti delle comunità solo come pazienti o pazienti potenziali o, al meglio, come «paraprofessionali», che lavorano nei posti meno pagati o meno considerati. Non si crea nessuna comunità, ma si perpetuano solo le vecchie gerarchie. Se queste strutture diventeranno le sole «alternative» agli ospedali psichiatrici, nulla di essenziale sarà cambiato.

I centri di salute mentale di comunità non stanno rimpiazzando gli ospedali psichiatrici statali; sono una crescente burocrazia parallela. I centri di salute mentale di comunità **hanno bisogno** degli ospedali statali come armi con cui minacciare i loro pazienti «difficili». E le burocrazie degli ospedali statali, che per più di cento anni hanno esercitato il potere in ogni stato, non stanno piegando le loro tende per scomparire nella notte. In molti stati, si stanno costruendo (e riempiendo) nuovi ospedali statali. E in quasi ogni stato continuano gli scandali degli abusi e dei maltrattamenti ai pazienti, la maggior parte delle volte in silenzio, anche se a volte prorompono alla luce, dando vita ad inchieste che di solito muoiono rapidamente e senza provocare alcun reale cambiamento.

Un cambiamento reale è impossibile in un sistema che continua a trasformare la gente in pazienti psichiatrici, sia che il sistema sia o no «radicato nella comunità». Solo quando saremo in **grado** di fornire strutture alternative, **nelle** quali la gente si presta aiuto reciprocamente, noi riusciremo a spezzare il ciclo con cui priviamo della loro umanità le persone disturbate e poi ce ne allontaniamo con paura. Solo quando sapremo aiutarci l'uno con l'altro, sostituendo «la competenza» professionale con la simpatia umana e mettendo al posto delle etichette psichiatriche il riconoscimento di un'umanità che condividiamo, noi potremo creare le condizioni per uno sviluppo ed una crescita di tutti.

Non potremo mai eliminare i «problemi», ma possiamo eliminare un sistema che stigmatizza coloro che ne hanno e che ci rende tutti timorosi di riconoscere le difficoltà che sono dentro di noi. Il sistema psichiatrico ci danneggia tutti, perché ci insegna (falsamente) che quel tipo di problemi che pretende di trattare costituiscono una malattia e che coloro che ne soffrono sono essenzialmente diversi dagli altri, la gente «normale». Solo quando faremo crescere delle vere alternative potremo dimostrare di essere in **grado** di aiutarci l'un l'altro, molto meglio di quanto la psichiatria si sia «presa cura» dei suoi pazienti, che troppo a lungo hanno sofferto il suo controllo.

Delle seguenti opere esiste una traduzione italiana:

Alexander, Franz G. e Selesnick, Sheldon T. (The History of Psychiatry) tr. it di G. Mancuso, 1975, *Storia della psichiatria*. Newton Compton, Roma.

Cooper, David (Psychiatry and Anti-psychiatry) tr. it di G. Acuti, 1969, *Psichiatria e antipsichiatria*. A. Armando, Roma.

Goffman Erving (Asylum) tr. it. con introd. di Franco e Franca Bagaglia, 1968, *Asylums: Le istituzioni totali*. G. Einaudi, Torino.

Szasz, Thomas S. (*The Myth of Mental Illness*), tr. it. di Francesco Saba Sardi, 1966, *Il mito della malattia mentale*. Il saggiatore, Milano.

Szasz, Thomas S. (The Manufacture of Madness), tr. it. con pref. di Max Beluffi, 1972, *I manipolatori della pazzia*. Feltrinelli, Milano.

Zilboorg, Gregory (A History of Medical Psychology), tr. it. di M. Edward, 1963, *Storia della Psichiatria*, G. Feltrinelli, Milano.

STAMPATO IL MESE DI APRILE 1990
PRESSO LA LITOTIPOGRAFIA "a.p."
VIA UGO NIUTTA, 2
TEL. 27.03.52/27.39.93
FAX 24.11.356
00177 ROMA