

COMUNICAZIONE BREVE

DENTRO LA FOLLIA E FUORI DAL MANICOMIO!

Basaglia: tra stereotipo e pregiudizio

INSIDE THE MADNESS AND OUT OF THE MENTAL HOSPITAL!

Basaglia: between stereotype and prejudice

GIULIA BALERCI¹, CHIARA BARTOLETTI², STEFANO GIULIODORO³

¹Psicologa, Ancona; ²Dott.ssa in Psicologia Clinica, Ancona; ³ASUR Marche Area Vasta 2, educatore professionale, responsabile Centro Studi e Documentazione di Ancona

Riassunto

L'impegno di Basaglia per l'abolizione dei manicomi ha permesso di mettere in discussione l'approccio alla malattia mentale, mettendo in luce gli stereotipi e i pregiudizi che l'accompagnano e il bisogno di utilizzarli al fine di razionalizzare la realtà.

Attraverso le parole dello stesso psichiatra si apre una riflessione sulla percezione sociale della follia e su come questa si ripercuota nell'interazione con la diversità, sull'importanza di considerare la persona in quanto tale a prescindere dal suo stato di salute mentale.

Costruire una società responsabile e accogliente, vuol dire lavorare per superare stigma e pregiudizi, questo è un percorso non privo di ostacoli, primo fra tutti la resistenza al progresso verso una riduzione dello stigma.

Parole chiave: Salute mentale, Stereotipo, Pregiudizio, Narrativa.

Abstract

Inside the madness and out of the mental hospital! *Basaglia: between stereotype and prejudice*

Basaglia's commitment to the abolition of mental hospitals changed the approach to mental illness and it put the attention to the stereotypes and prejudices linked to mental disease.

Moreover, it shown the need to use this stereotype to rationalize the reality.

A reflection on the social perception of madness was open by the Basaglia's words, he pointed out how madness affects the interaction with diversity and he highlighted the importance of considering the person as such, regardless of his state of mental health.

Building a responsible and welcoming society means working to overcome stigma and prejudices, this is a path not without obstacles, first of all resistance to progress towards a reduction in stigma.

Key words: Mental Health, Stereotype, Prejudice, Narrative.

Basaglia: tra stereotipo e pregiudizio

Basaglia ci ha lasciato scritti che, pur lontani nel tempo, ci aiutano ancora oggi a riflettere sulla follia:

“Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale”.⁽²⁾

L'angoscia generata dall'incertezza di ciò che viene percepito come irrazionale suscita il bisogno di semplificare la realtà attraverso stereotipi e pregiudizi, strumenti attraverso cui vengono colmati dubbi e incertezze, dalle quali ci si difende istintivamente. È fondamentalmente una risposta cognitiva e affettiva che dà un senso di sicurezza semplificando realtà al di là degli schemi mentali dominanti.

“Come si esprime la follia? Non si potrebbe presumere che essa nasca e si alimenti in un mondo indifferenziato di bisogni che non riceve risposta e che sia la non risposta a questi bisogni a tradurre l'impotenza che ne deriva in ciò che chiamiamo follia?”⁽⁶⁾ (Figura 1a, 1b, 1c).



1a



1b



1c

Figura 1a, 1b, 1c. Come si esprime la follia?

Figure 1a, 1b, 1c. How is madness expressed?

Il pregiudizio può rispecchiare la necessità di proiettare sull'altro parti inaccettabili di sé, in modo da scaricare la tensione generata dal conflitto intrapsichico che esse comportano.

Il termine disturbo mentale comunica esplicitamente che “mentale” è qualcosa di diverso da un disturbo “fisico”, quest'ultimo è accettato e compreso, è qualcosa di ben definito che spinge all'aiuto e al sostegno dell'altro. Al contrario il concetto di malattia mentale rimanda a qualcosa di misterioso, che deve essere decifrato e categorizzato all'interno di uno schema di senso comune condiviso fra i membri della società.

“La malattia ha perduto il suo significato originale, diventa solo asocialità, pericolosità, oscenità e come tale, viene ridotta a puro oggetto di esclusione sociale che deve essere organizzato e gestito”.⁽¹⁰⁾

In termini di malattia mentale, i pregiudizi veicolati dalla paura per il diverso, possono portare alla sospensione dell'aiuto e all'isolamento. Inoltre, la persona affetta da malattia mentale può sviluppare un forma di pregiudizio verso se stessa inducendola all'autodiscriminazione.

“Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita”.⁽²⁾

La paura del rifiuto da parte di altri impedisce alla persona di cogliere le opportunità nei vari contesti di vita, trovare lavoro, essere in una relazione stabile ed essere inclusi nella società.

La stigmatizzazione e la discriminazione possono aggravare i problemi di salute mentale e ritardare, o addirittura impedire, l'accesso al trattamento e conseguentemente il loro recupero.

Il manicomio era considerato il luogo in cui il malato poteva essere difeso e salvato. Tuttavia invece di trovare un ambiente in cui rielaborare il proprio mondo intrapsichico lontano dalla società di appartenenza, “il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale”⁽⁸⁾ in cui trova un contesto estremamente direttivo e strutturato che induce all’alienazione e all’oggettivazione del sé.

“Anni fa era in uso un sistema elaboratissimo per mezzo del quale l’infermiere di turno notturno si garantiva di essere svegliato ogni mezz’ora da un malato, per poter timbrare la sua scheda di presenza, così com’era d’obbligo. La tecnica consisteva nell’incaricare un malato (che fra l’altro non poteva dormire) di dividere il tabacco di una sigaretta dalle briciole di pane che vi erano state mescolate: L’esperienza aveva dimostrato che per questo lavoro di smistamento, occorreva appunto mezz’ora, dopo di che il malato svegliava l’infermiere e riceveva in premio il tabacco. L’infermiere timbrava la sua scheda (era necessario che testimoniassse ogni mezz’ora di essere sveglio) e riprendeva a dormire, incaricando un altro malato o lo stesso malato di ricominciare - nuova clessidra umana - il suo lavoro alienante” (Figura 2).⁽¹⁾

L’apparato istituzionale psichiatrico agiva esclusivamente allo scopo di contenere il malato attraverso tecniche quali isolamento, elettroshock, abuso psicofarmacologico e reparto chiuso che portavano all’annullamento della persona.



Figura 2. Rappresentazione della clessidra umana.
Figure 2. Representation of the human hourglass.

“Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell’individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell’internamento” (Figura 3).⁽⁸⁾



Figura 3. Rappresentazione della perdita dell’individualità, della libertà.

Figure 3. Representation of the loss of individuality, of freedom.

Dunque il manicomio, creato come luogo per curare il malato e renderlo inoffensivo, comporta piuttosto l’annientamento dell’individualità e la sua oggettivazione. Oggi dovremmo essere orientati al reinserimento dell’individuo nella società al fine di valorizzare le capacità e le potenzialità latenti, o dimenticate, del malato per lo sviluppo dell’autonomia e la riattivazione delle opportunità di relazione e di realizzazione nel proprio contesto familiare e sociale.

“Per poter veramente affrontare la “malattia”, dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dall’istituzione psichiatrica, ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono”.⁽⁷⁾

Per far sì che il reinserimento nella società rispecchi il suo reale obiettivo è importante che questo avvenga su più livelli, andando oltre i confini delle istituzioni.

“Ciò che si tenta di puntualizzare è il modo in cui la psichiatria tradizionale ha codificato il problema in una dimensio-

ne che riesce a malapena a contenerlo; rendendo evidente come i <<devianti>> risultino doppiamente misfits, cioè disadattati sia nella realtà cui non si adeguano e nella quale non trovano posto, sia nell'ideologia che di volta in volta li definisce".⁽⁹⁾

Costruire una società responsabile e accogliente, vuol dire lavorare per superare stigma e pregiudizi, questo è un percorso non privo di ostacoli, primo fra tutti la resistenza al progresso verso una riduzione dello stigma. Se oggi la società apparentemente rifiuta l'etichettamento negativo di tale categoria, a livello implicito questo è ancora presente. Se la vita in società può essere paragonata ad un palcoscenico in cui ognuno recita un ruolo, quello del malato mentale assume un valore esclusivo.

"In questa prospettiva, il primo passo indispensabile è il raccorciamento della distanza che lo separa dagli altri ruoli, raccorciamento che agisca su di lui come il simbolo del riconoscimento del proprio valore. Su questa base può essere instaurato con il malato un rapporto reale che parta da una reciprocità finora negatagli".⁽⁴⁾

Si deve fare attenzione a non dimenticare che una persona con psicopatologia non è solo patologica, ma innanzitutto è una Persona, che ha bisogni affettivi, d'appartenenza, d'autorealizzazione ed ha necessità di essere riconosciuta in quanto tale.

Dunque si dovrà rispondere non solo alla sua patologia bensì all'essere uomo nella sua totalità.

"Non possono essere i tecnici i soli protagonisti della riabilitazione e della cura del malato, ma i soggetti di questa riabilitazione devono essere il malato e il sano che, solo diventando protagonisti della trasformazione della società in cui vivono, possono diventare i protagonisti di una scienza le cui tecniche siano usate a loro difesa e non a loro danno".⁽¹¹⁾

L'importanza di abbattere il muro che separa il "folle" dal sano è ben rappresentata da un episodio che ha visto coinvolta la città di Ancona:

"Era stata bombardata una piccola provincia, Ancona, in cui c'era un manicomio. Una bomba era caduta sul manicomio e non lo aveva distrutto ma la maggior parte dei malati era fuggita (Figura 4). Si era nel pieno della guerra e nessuno aveva il tempo di pensare dove stavano i matti e non matti, c'erano problemi ben più urgenti, altri pazzi si sparavano l'un l'altro [...] Dopo la guerra, quando si tornò alla normalità, la gente cominciò a doman-

darsi dove stavano i malati di mente. Molti non furono trovati, ma alla fine si scoprì che alcuni di loro stavano vicino al manicomio, vivendo e lavorando come qualsiasi altra persona".⁽³⁾

Nonostante la salute e la malattia possedo-



Figura 4. Manicomio bombardato.

Figure 4. Bombed asylum.

no un'apparente impenetrabilità reciproca esse condividono la stessa origine, come il teorico e il pratico, due facce della stessa medaglia. Vengono fatte vivere separatamente a causa di una organizzazione sociale imposta e assunta come naturale.

Sulla base di questa organizzazione viene definito quello che è da considerarsi un comportamento normale, cioè coerente con l'insieme dei valori stabiliti dalla classe dominante, altresì il comportamento anormale è quello che non trova in questi valori la risposta ai suoi bisogni.

"La follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire. La psichiatria non è stata che il segno del sovrapporsi della razionalità dominante su questa parola che le sfuggiva e la conferma - necessaria a questa razionalità - di una comunicazione impossibile. Dal razionalismo illuminista al positivismo si tratta sempre di una razionalità che definisce, suddivide e controlla ciò che non comprende e non può comprendere, perché lo ha oggettivato nel linguaggio della malattia, che è il linguaggio di una razionalità che "constata"⁽⁵⁾.

Dichiarazione di conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento per il seguente studio e di non aver alcun interesse finanziario nell'argomento trattato o nei risultati ottenuti.

Bibliografia

1. Basaglia, (1968) Le istituzioni della violenza, in L'istituzione negata, pp 114.
2. Basaglia, F., Ongaro, F. B., & Giannichedda, M. G. (2000). Conferenze brasiliane, R. Cortina, pp. 8.
3. Basaglia, F., Ongaro, F. B., & Giannichedda, M. G. (2000). Conferenze brasiliane, R. Cortina, pp. 44.
4. Che cos'è la psichiatria? In Basaglia (1982) Scritti I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologia all'esperienza di Gorizia pp. 387.
5. Follia/Delirio in Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, (1982) pp.430.
6. Follia|delirio, Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, (1982) pp. 441.
7. Il problema della gestione, in Basaglia (1982) Scritti I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologia all'esperienza di Gorizia pp. 516.
8. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione in Basaglia (1982) Scritti I 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologia all'esperienza di Gorizia pp. 250.
9. La malattia e il suo doppio, in Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, (1982) pp. 441.
10. Riabilitazione e controllo sociale in Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, (1982) pp. 207.
11. Riabilitazione e controllo sociale in Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, (1982) pp. 208.