

**Franco Basaglia**

# Conferenze brasiliane

Nuova edizione

a cura di Franca Ongaro Basaglia  
e Maria Grazia Giannichedda

*Raffaello Cortina Editore*



Foto di Claudio Ernè, Trieste 1975

In questo tavolo c'è una donna ma in un ruolo di inferiorità, perché tradurre non è un ruolo attivo ma passivo. Ma questo non è colpa mia... Io ho tentato di mettere in discussione me e tutti i presenti. Adesso, vorrei invitare la signora o signorina a intervenire. Lei vuole essere presente con la sua soggettività e la sua protesta. Bene, quando ci troveremo uno di fronte all'altra saremo in condizione di cominciare un dialogo. Se lei volesse sedersi qui con noi e intervenire...

*Nella psicoterapia non esiste forse oppressione del terapeuta verso il paziente?*

Penso che, indipendentemente dal problema della relazione medico-paziente, dalla rivolta dell'oppresso contro chi lo domina nasca un legame che prima non esisteva. Io non sono uno psicoterapeuta ma penso che la psicoterapia, per essere funzionale, necessiti continuamente di uno stato di tensione del terapeuta come del paziente. Non voglio entrare nel problema della psicoterapia, perché dovrei essere molto critico, e questo non mi sembra il momento. Penso del resto che, se non c'è tensione, nella relazione non c'è vita. Per esempio, abbiamo parlato di Moreno: penso che egli sia stato un grande manipolatore, ma è stato anche una figura importante perché ha stimolato molte contraddizioni, in parte soffocate probabilmente proprio da quella codificazione tecnica che io chiamo manipolatoria. Moreno, secondo me, era come un fuoco d'artificio che continuava a produrre contraddizioni. Di Moreno sono state importanti non tanto le tecniche che ha prodotto quanto le contraddizioni che ha aperto. È più complicato parlare di Freud, ma possiamo dire che, frequentemente, le persone che hanno un significato nella storia dell'uomo sono quelle che determinano le tensioni nelle contraddizioni, le

aperture. Io penso che l'umanità sia sempre stata divisa in due parti: gli inventori e i narratori. I narratori non fanno altro che studiare le tecniche di chi ha inventato le leggi delle contraddizioni. Probabilmente sono entrambi necessari, però l'importante è che entrino realmente in contraddizione. Questa almeno è la speranza...

*Ci parli un po' di più del suo ospedale a Trieste e della sua esperienza a Gorizia.*

Vi ringrazio molto di avermi fatto questa domanda. Io parlo sempre di questo, ma dopo, perché sono abbastanza schivo quando si tratta di ciò che mi riguarda direttamente.

Direi che Gorizia, Trieste e tutta la diaspora che si è verificata in Italia sono legate alla storia politica italiana dopo la Seconda guerra mondiale. So che ho già accennato a questo, e scusatemi se mi ripeto, ma non si può inventare una storia diversa...

Dopo la Seconda guerra mondiale l'Italia era ancora un paese contadino a livello economico e culturale. Negli anni Cinquanta cominciò un processo di cambiamento determinato dall'avvio della società industriale e, conseguentemente, da una classe operaia sempre più forte. Cominciarono così le lotte sindacali per un cambiamento nell'organizzazione dello Stato. In quegli anni iniziammo il lavoro a Gorizia, una piccola città alla frontiera con la Jugoslavia.

A Gorizia c'era un ospedale di cinquecento letti diretto in maniera del tutto tradizionale, dove erano usuali elettroshock e insulina, un ospedale dominato in primo luogo dalla miseria, la stessa che incontriamo in tutti i manicomi. Nel momento in cui vi entriamo dicemmo no, un no alla psichiatria, ma soprattutto un no alla miseria.

Vedemmo che, dal momento in cui davamo risposte alla povertà dell'internato, questi cambiava posizione totalmente, diventava non più un folle ma un uomo con il quale potevamo entrare in relazione. Avevamo già capito che un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia ma molte altre cose: ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche noi medici che lo curiamo abbiamo bisogno. Questa è stata la nostra scoperta. Il malato non è solamente un malato ma un uomo con tutte le sue necessità. Per esempio, io ricordo che dopo che aprimmo i padiglioni di Gorizia, nel 1963-1964, tutti ci aspettavamo di vedere cose terribili. Cosa mai poteva accadere? Non accadde nulla. Fu perfino triste, perché eravamo pronti, pronti a chissà cosa...

Avevamo visto che, in riunioni come questa che stiamo facendo ora, le persone si comportavano correttamente, chiedevano cose molto giuste, volevano cibo migliore, possibilità di relazioni uomo-donna, tempo libero, libertà di uscire ecc., cose che uno psichiatra nemmeno immagina che il malato possa chiedere.<sup>4</sup> Sarebbe lo stesso che, in una società fondata sul puritanesimo, una figlia chiedesse al padre di uscire di notte. Sarebbe una cosa terribile per il padre: come potrà sapere quando sua figlia farà ritorno a casa? Succede lo stesso con il malato mentale, perché lo psichiatra ha sempre confuso l'internamento del malato con la propria liber-

4. La lettura dei resoconti di alcune di quelle riunioni è tuttora molto interessante. Due riunioni sono riportate in Franco Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini & Castoldi, Milano 1997, pp. 47-163; un'assemblea è inclusa nell'"Introduzione documentaria" di Nino Vascon in Franco Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Baldini & Castoldi, Milano 1998, pp. 34-46. Diversi momenti di un'assemblea si vedono nel documentario di Pirikko Peltonen *La favola del serpente* (1967). Tutti questi documenti si riferiscono all'esperienza di Gorizia raccontata e analizzata nei due libri appena citati.

tà. Quando il malato è internato, il medico è in libertà; quando l'internato è in libertà, l'internato è il medico. Il medico non accetta questa situazione di parità per cui o il malato viene rinchiuso o è il medico a esserlo...

Così, quando noi cominciamo a organizzare qualcosa di tendenzialmente egualitario, vedemmo, per esempio, che un uomo incontrava una donna e non succedeva alcuna violenza. Si innamoravano. Naturalmente, dopo potevano avere una relazione sessuale, ma questo succede nelle migliori famiglie, e perché non nel manicomio liberato? Qui accadevano molte cose e questo era uno scandalo. Cominciammo a divulgare queste cose per mostrare che era possibile gestire il manicomio in modo diverso. Tutto questo ci portò anche a una riflessione politica: gli internati appartenevano alle classi oppresse e l'ospedale era un mezzo di controllo sociale.

Organizzammo a Gorizia una comunità con l'obiettivo di curare e di mostrare come era possibile una vita diversa. La cosa sorprendente fu che molti giovani, molta gente veniva da noi e percepiva che la vita dentro quella comunità era migliore di quella fuori. Il punto è che dentro quella comunità l'egoismo che domina la nostra vita era affrontato diversamente: la mia sofferenza era la sofferenza dell'altro. Cominciammo con questo tipo di logica.

Questo succedeva a Gorizia. Successivamente, la maggioranza delle persone che avevano lavorato a Gorizia andarono a dirigere altre istituzioni psichiatriche, e così cominciarono a formarsi quattro, cinque, sei esperienze differenti. Ma tutti noi che avevamo fatto questo lavoro sapevamo che il manicomio, anche diretto in modo alternativo, era sempre una forma di controllo sociale perché la gestione non poteva che restare nelle mani del medico, e la mano del medico è la mano del potere.

Così, quando nel 1971 abbiamo iniziato a lavorare a Trieste, abbiamo proseguito l'esperienza di Gorizia avendo in mente fin dall'inizio la prospettiva di eliminare il manicomio e di sostituirlo con un'organizzazione molto più agile, per poter affrontare la malattia dove essa si produceva, dove nasceva. Cominciammo da un manicomio di 1200 persone e oggi, dopo otto anni di lavoro, non c'è quasi più nessuno in questa struttura. Non pensate che li abbiamo uccisi... Il fatto è che queste persone hanno tentato la reintegrazione sociale insieme con noi, con la società, con la comunità.

Potremmo dire che siamo persone che trasformano in oro quello che toccano, ma nella realtà il nostro lavoro è stato molto semplice. Come dicevo prima, la nostra scoperta nell'esperienza di Gorizia era stata che la classe lavoratrice era destinata al manicomio in caso di malattia. Pensammo allora che questa classe dovesse avere responsabilità, potere nella gestione del problema della salute e che questo potesse cambiare le cose.

Abbiamo cominciato, per esempio, discutendo quando si poteva dimettere un paziente. La discussione non era più solo tra noi, i medici, ma con le persone del quartiere dove il malato sarebbe andato ad abitare. Così il cittadino del quartiere si rendeva conto che le necessità del paziente non erano diverse dalle sue. Quando c'era il problema di dimettere una persona povera, che non aveva denaro, né casa né famiglia, in molti percepivano che erano o che avrebbero potuto essere nelle stesse condizioni. Cominciava così l'identificazione tra il sano e il malato, e l'inizio dell'integrazione del malato. Allora, giorno dopo giorno, anno dopo anno, passo dopo passo, disperatamente, trovavamo la maniera di portare chi stava dentro fuori e chi stava fuori dentro. Così, a mano a mano che il numero degli internati diminuiva comin-

ciavamo a creare in città i centri di salute mentale. Avevamo una struttura esterna molto agile, nella quale era affrontata la malattia fuori dal manicomio. Vedevamo che i problemi riferiti alla pericolosità del malato cominciavano a diminuire, cominciammo ad avere di fronte a noi non più una "malattia" ma una "crisi".

Noi oggi mettiamo in evidenza che ogni situazione che ci viene portata è una "crisi vitale" e non una "schizofrenia", ovvero una situazione istituzionalizzata, una diagnosi. Allora noi vedevamo che quella schizofrenia era espressione di una crisi, esistenziale, sociale, familiare, non importa, era comunque una "crisi". Una cosa è considerare il problema una crisi e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, soggettività che pone in crisi il medico, creando quella tensione di cui abbiamo parlato prima.

Ho parlato in modo molto generale del cammino che abbiamo dovuto fare per cercare di eliminare l'ospedale psichiatrico e creare una situazione tendenzialmente terapeutica. Non posso dire che tendenzialmente terapeutica, perché non può essere pienamente terapeutica: io tento di curare una persona, ma non sono certo se la curo o no. È la stessa cosa quando dico che amo una donna. È molto facile dire questo, persino falso... È falso perché l'uomo tende a un tipo di relazione e la donna a un altro. Quando si crea una relazione, questa non è più che una crisi, una crisi in cui c'è vita se non c'è dominio, dell'uomo sulla donna o della donna sull'uomo. Allora, in questa situazione che è tendenzialmente di amore, si può creare una relazione molto libera...

*All'interno dell'ospedale dove voi siete arrivati nel 1963-1964 c'erano persone che prima dell'internamen-*