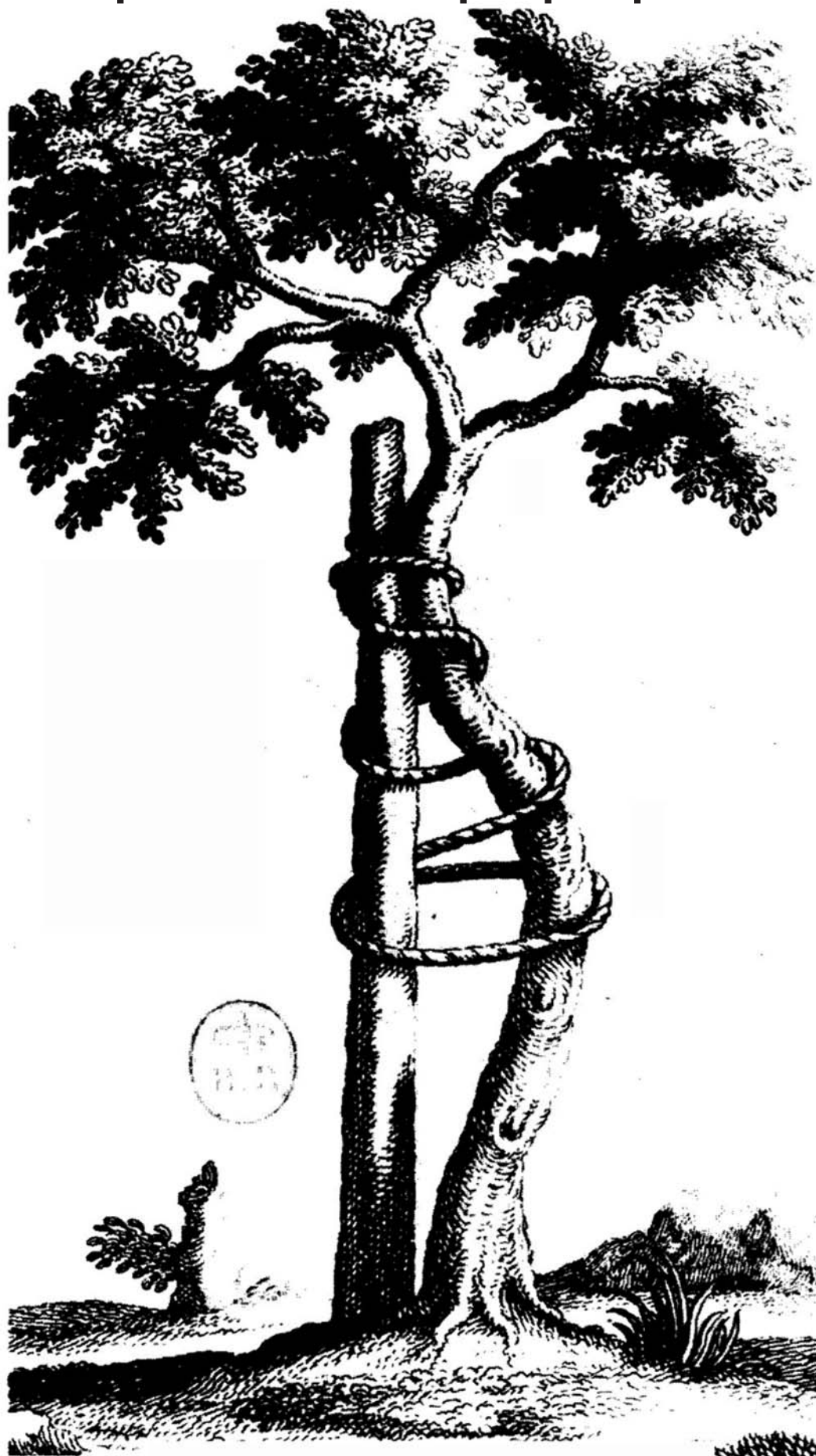


F
O
G
L
I
O
D
I
C
R
I
T
I
C
A
A
N
T
I
P
S
I
C
H
I
A
T
R
I
C
A

IL FOLLETTO



ANNO 1
N. 0

redazione_ilfolletto@yahoo.com

INDICE

- 
- 3 Cimitero abbandonato
- 6 Basta un poco di zucchero
- 7 La casa dell'ascolto
- 8 Perseguitati a vita
- 9 Critica alla psichiatria sul Web
- 10 Potere e non potere
- 11 Tanto scappo lo stesso
Sorvegliato mentale
(recensioni libri)
- 12 Foglietti illustrativi
- 14 Si può fare,
ma non si è fatto
- 15 Stravolgimento dell'anima
- 17 Sulla medicalizzazione del
piacere e ciò che ne sottende
- 21 TSO: uno strumento di controllo
- 23 Aboliamo l'elettroshock

NON-EDITORIALE

Poco prima di andare in stampa ci siamo interrogati sul tema da trattare nel primo editoriale di questo giornale.

Abbiam pensato: "Ma un editoriale dovrebbe contenere la linea in comune di tutta la redazione, e rispecchiarne le idee!", mentre noi invece ancora non sappiamo esattamente quale sia la nostra "linea"...

Questo giornale nasce infatti dal bisogno di conoscenza e coordinamento tra diverse realtà d'opposizione alla psichiatria, aventi ognuna pratiche diverse, ma fini comuni.

In questo numero zero quindi (un numero cosiddetto "di prova") cercheremo di capire un po meglio quali sono le basi che ci accomunano, cercando di offrire al lettore quante più indicazioni pratiche possibili per difendersi dalla malsana pseudo-scienza psichiatrica.

CIMITERO ABBANDONATO

Sembra un cimitero abbandonato, effettivamente vi lavorano dei necrofori.

Sembra un cinema dismesso, effettivamente usano sempre la stessa pellicola.

Sembra un ufficio del catasto, effettivamente ti misurano il perimetro (hanno competenza territoriale).

Sembra un ufficio delle imposte, effettivamente la tassa te la fanno pagare.

Entri e incontri 007, ma ti accorgi subito che non ha le sembianze di Sean Connery, ha le sembianze di un insignificante psichiatra di provincia.

E' lui che indaga nella tua anima.

Un tempo davanti alla parola psichiatra accostavo quella di luminare, ora non riesco ad andare oltre all'abat-jour.

E' proprio lì, dal comodino, protervo, che ti guarda con i suoi occhi illuminati da anni di sapere, un alchimista del ventesimo secolo, lui che si aggira armato di Colt per il corridoio. Nella fondina le sue pallottole sono conservate in un piccolo astuccio di cartone. I suoi speroni brillano nel grigiore. Il saloon è pieno di gente che sta male.

E' Mezzogiorno di fuoco?

No, è il Centro di Igiene Mentale.



Ridente località turistico balneare.

Quando rinfoderano la Colt, cominciano a fare i bagnini.

Prima ti sparano, poi organizzano metodicamente il tuo soccorso.

E' consigliato un piano strategico per misurare il Q.I. e il grado culturale delle abat-jour durante il colloquio al Centro.

Prima c'è la fase di riscaldamento e ti chiedono come va con la moglie, con la famiglia, con il lavoro e se hai pensieri strani (suicidio), poi se assumi regolarmente i farmaci. Se c'è un avvenimento significativo o una diminuzione o un aumento di un farmaco segnano tutto diligentemente sulla loro cartellina. Poi c'è il colloquio (che dura 20 minuti, durante i quali dovete dare prova della vostra idoneità di esseri terrestri, non di esseri umani) ed è allora che si può procedere con il test. Mentre parlate infilate ogni tanto una citazione colta (possono andare bene Marx, Mark Twain, Sinclair Lewis, ma probabilmente potete scendere più in basso fino ad arrivare a Topo Gigio) e osservate le reazioni. Posso personalmente testimoniare che non vi è nessuna reazione: ti verrebbe voglia di rifilargli un bel tre in letteratura. Io ho letto centinaia di libri, ma mi guardo bene dal dirlo poiché ho capito che ogni libro che ho letto può essere usato contro di me. La lettura mi ha aiutato ad essere un maniaco depressivo.

Poi evitate le citazioni, ma usate parole complesse per descrivere la vostra situazione, termini desueti per contestualizzarla in un ambito storico, sociale e culturale.

Non occorrerà nemmeno ripetere, non capirà e farà finta di avere capito, con nonchalance lascerà cadere il discorso e lo indirizzerà verso lidi più sicuri.

Dunque non ha avuto l'intelligenza di dotarsi degli strumenti necessari per affrontare le tue problematiche nella loro globalità, ha una conoscenza specifica, settorializzata, rinchiusa in un piccolo ambito. Potrebbe vendere ammortizzatori, peccato che si diverta a falciadiare il cervello delle persone.

Alla fine del test cominciate a pensare, servirà in futuro.

Un giorno la mia psichiatra mi ha chiesto per l'ennesima volta se avevo avuto pensieri strani e io le ho chiesto di essere più esplicita: l'ho invitata in futuro a chiedermi se desideravo impiccarmi, gettarmi sotto a un treno, lanciarmi da un viadotto, spararmi.....

Uno psichiatra che ti chiede se hai pensieri strani. Una domanda assurda.

Se sono pazzo è chiaro che ho pensieri strani, altrimenti che pazzo sarei?

Una volta mi sono presentato al Centro con una maglietta su cui era stampata a caratteri cubitali la scritta Pazzo Scatenato e ho proposto a tutti gli psichiatri presenti di acquistarne una uguale.

Hanno tutti declinato e io mi sono spinto fino al punto di procurarla gratis, non volevo nemmeno il rimborso della benzina. Hanno declinato di nuovo.

Tempo sprecato. E' gente priva di fantasia.

La fantasia sicuramente non manca all'arredatore del Centro, fare quattro passi in una catacomba metterebbe più allegria. Il solito corridoio del cazzo che immagino non manchi mai, le porte che danno negli studi spersonalizzati, il pavimento è rimasto quello dei tempi in cui trasmettevano la pubblicità della Carmencita, il portone è da verniciare, le pareti sono gialline, un giallo così vivo che ti viene da pensare che l'imbianchino abbia macinato le piume di Titti aggiungendoci un pizzico di terra d'ombra, il cancello all'esterno è grigio, la struttura nel suo complesso è talmente tetra che quando l'hanno proposta in affitto alla Piccola fiammiferaria lei ha preferito sfidare il gelo e cercare la morte.

Poi c'è la materia prima: i matti, a volte arrivano da soli, altre volte accompagnati, a volte non arrivano più. Sono tanti i matti

che arrivano al Cim, le agende sono sempre piene.

Un criminale è un problema di ordine pubblico, cento criminali sono un problema politico, scrisse qualcuno.

Un pazzo è un caso di ordine personale, cento pazzi sono un problema politico, si può tranquillamente continuare ad asserire. Ma le ragioni umane e sociali che hanno causato le indicibili sofferenze delle persone che entrano nel Cim rimangono nei portaombrelli, se le ritrovano intatte quando ne escono. Possono anche ambire ad un traguardo finale, visita dopo visita, colloquio dopo colloquio, farmaco dopo farmaco.

Si chiama discinesia tardiva, arriverà il giorno in cui i loro movimenti saranno determinati da spasmi involontari.

Al Cim sono distratti: si dimenticano sempre di informarti che puoi arrivare a questo traguardo così come si dimenticano di informarti delle disfunzioni ai reni che ti può provocare il litio, non ti dicono mai quali effetti collaterali possono avere i farmaci che usi. Certo, si trovano davanti dei deficienti e loro non perdono certo il loro prezioso tempo ad informare un essere umano dei danni che gli possono provocare, non si può certo informare il pazzo che anche lui ha dei diritti.

Mi è capitato di passare due mesi terrificanti, la chiamano depressione, io mi rifiuto di farlo, trovo più congeniale parlare di dolore. La depressione viene considerata uno stato patologico e come tale viene trattata, il dolore è l'espressione di uno stato d'animo e implica che alla sua origine vi sia un sentimento. Due mesi, vari colloqui.

Psic! Sto male! -.

Lei non sta male-.

Ogni volta la stessa storia, aveva deciso che non stavo male. E io mi sono incazzato.

All'ennesimo colloquio mi sono presentato con l'aria devastata, ho parlato liberamente di suicidio, ho detto che lo zainetto era pronto e che sarei andato a fare il barbone. Agitato, scomposto.

Ha capito che stavo male, ma non ha capito che mi stavo prendendo gioco di lei. La volta successiva, con un certo aplomb, l'ho informata che non avevo mai avuto intenzione di uccidermi o di fare il barbone. Aveva bisogno di una scrollata, al Cim sono così impegnati che può capitare che per fare capire che stai male devi presentarti con una rivoltella puntata sulla tempia.

La cosa più agghiacciante è che quando ha parlato con la mia compagna si è inventata un termine scientifico per coprire la sua inettitudine, praticamente non se ne era accorta perché ero "ciclotimico".

Boh! Ma loro li capiranno i termini che usano?

C'è un termine che definisce la tua malattia.

Nel mio caso il termine è bipolare o maniaco depressivo.

Personalmente preferisco maniaco depressivo, così posso immaginare di essere un personaggio di un racconto di Edgar Allan Poe. Poi ci sono gli accessori. Se ridi sei in ipomania, se piangi sei depresso, se non piangi e non ridi sei in eutimia, se la tua percezione della realtà cambia e vedi ciò che gli altri non vedono sei in mania..... A volte per fare una diagnosi sfogliano la margherita: bipolare o schizofrenico, bipolare o schizofrenico, bipolare o schizofrenico.....

Così finisce che è un petalo a scegliere l'etichetta che ti cuciranno addosso per tutta la vita.

Anche gli psichiatri avranno una vita, o esistono solo quando sono al Cim o in ospedale?

Ma che vita personale avranno gli psichiatri? E' una domanda che vale la pena di porsi.

Certo se hanno davvero una vita personale non possono essere che dei dissociati. Forse da bambini hanno preso troppi ceffoni, o forse il biberon era difettato. O sono caduti dal seggiolone?

Io una volta sono caduto con la testa da un letto a castello chiuso dentro ad un sacco a pelo e forse è quella la radice della mia crisi maniacale. Ma loro? Loro! Da dove sono caduti?

Erano gli assistenti del comandante Spock dentro all'Enterprise? E quando è finita la serie di Star Trek qualcuno li ha sganciati dicendo: - Andate e riproducetevi ? - .

Purtroppo lo hanno fatto: si sono riprodotti. Il caso vuole che si riproducano anche gli utenti. Sugli psicofarmaci sorvoliamo, i baristi hanno richiesto di poterli esporre tra i Baci Perugina e le caramelle al Mou.

Un coltello piantato in una mela, è un'immagine di Sartre. La mela non si poteva difendere.

Quante persone non riescono a difendersi. Un pazzo di nome Calvino ha scritto di uno strano tizio che ha passato la sua vita sugli alberi, per fortuna nel suo racconto non ha inserito un Cim nelle vicinanze, altrimenti il Tso era sicuro. Un evento drammatico è accaduto: si è interrotta la produzione di santi. O servivano solo per riempire il calendario e anche uno in più era di troppo o i visionari fanno paura. Propendo per la seconda tesi. San Francesco parlava con gli uccellini, ma siamo sicuri che gli uccellini parlavano con lui? Perché se San Francesco parlava con gli uccellini è una cosa, ma se gli uccellini non gli rispondevano è un'altra: vuole dire che San Francesco parlava da solo. Era matto. Suo padre, disperato, cercò nell'elenco telefonico il reparto di psichiatria, il Centro di Igiene Mentale. Si adoperò in tutti i modi per quel figliolo disgraziato che si era strafatto di stramonio, ma scoprì amaramente che la psichiatria era di là da venire e si rassegnò consolandosi che nei tempi futuri qualcuno avrebbe posto rimedio alla situazione.

E' sì! Lo hanno posto il rimedio.

Ora San Francesco se hai fortuna lo trovi in un reparto psichiatrico. Non parla più con gli uccellini, ha la bocca stranamente impastata e ti capita di vederlo sbavare.

Al Cim ne passano di crocifissi, ognuno con il suo calvario sulle spalle, ma hanno una sfiga: mancano loro i documenti di beatificazione.

Tutto è organico al Centro: assomigliano alla disfunzione del tuo cervello.

C'è addirittura un manifesto contro lo stigma. Lo guardi, lo riguardi e non ci credi.

Ti convinci di avere una visione. Poi la psi ti chiama: - Venga, è il suo turno - .

Mancano solo i bigliettini, poi potrebbe essere una macelleria. Tranquilli, arriveranno.

Le attese sono snervanti, avresti tutto il tempo di suicidarti.

Durante l'attesa mi capitava di pensare a Melquiades, lo zingaro che porta il ghiaccio nel paese di Macondo, a Silvia, alle vie dorate e agli orti, o a quel poeta turco che ti insegna che La vita non è uno scherzo. Questo non l'ho mai raccontato: solo un pazzo può subire il fascino e farsi avvolgere dalla potenza evocativa della letteratura e ripetersi mentalmente una poesia di Leopardi mentre attende che lo psichiatra lo chiami. Ma quanto avrei voluto parlarne, quanto avrei voluto spiegare che anch'io ho un mondo interiore, avrei voluto gridarlo, avrei voluto urlare.

Nel reparto psichiatrico vi era un quadro ed io mi soffermavo a guardarlo, loro lo chiamano stato alterato, sicuramente mentre io osservavo il quadro loro osservavano me che rimanevo a fissare l'immagine e mi spostavo leggermente per poterne cogliere un'altra angolazione. Era bellissimo, era una delle poche cose che mi alleggerivano la pena di essere rinchiuso lì dentro, oltre alla conoscenza degli altri detenuti. Riuscivo ad entrare nella profondità del dipinto, anche se era una riproduzione, ad apprezzarne i colori, a coglierne la potenza espressiva. Non ci sarebbe stato niente di strano se lo stesso atteggiamento lo avessi avuto in un museo, ma quando vivi un profondo disagio esistenziale, quando sei diventato così fragile e non sei riuscito a reggere gli stimoli e le pressioni che ti arrivavano dall'esterno, quando ci sono dei nodi irrisolti nella tua vita ed esplodi, quando ti hanno ormai catalogato, anche la percezione che puoi avere della bellezza viene interpretata come una manifestazione patologica.

Poi ti accorgi che il collante di questo sistema è la paura ed è sulla paura che il sistema poggia le sue basi per autoalimentare il proprio potere.

E capisci di non essere un pazzo.

Ma una scheggia impazzita.

E tu, piccola, insignificante, scheggia impazzita, ti infili nella coscienza comune che ti rifiuta e si organizza per trasformarti in un rottame umano.

Il Vagabondo delle stelle di Jack London, Darrel Standing, ce l'ha fatta. Ha continuato a sognare. Tutti possiamo farcela.

Ma le abat-jour sapranno chi è Darrel Standing ?

In fondo le loro misere e puerili verità che continuano a amplificare il dolore di una moltitudine di persone contano sul fatto che nessuno trovi l'interruttore.

Credo che sia attraverso la propria vita, le proprie esperienze che lo si debba cercare.

E quando lo si è trovato basta un piccolo gesto, un gesto della mano.

Click.

E l'abat-jour si spegne.

Sembra un cimitero abbandonato. Non lo è.

Lo sperone continua a brillare nel grigiore, il saloon è pieno di gente che sta male.

L'odore di polvere da sparo non riuscirà mai a mitigare il dolore.

Ma forse c'è chi ci può aiutare.

Qualcuno ha il numero di cellulare di Tex Willer?

A proposito.

Cosa scrisse quello stonato di Nazim Hikmet ubriaco fradicio di Porto sotto una pensilina della stazione di Coimbra dopo avere perso il treno per Lisbona e avere scoperto che in Portogallo la vigilia di Natale non trovi un ristorante aperto?

In pieno delirio sognò il diretto Ankara-Istanbul, poi:



“La vita non è uno scherzo,
seriamente devi prenderla.
Come fa lo scoiattolo, ad esempio.

(...)

Solo una cosa devi fare.

Vivere.

Ma devi farlo così intensamente,

da trovarti davanti ad un muro,

Con le mani legate.

O dentro un laboratorio con degli occhiali spessi.

Così salverai altre vite,

persone che forse non avrai mai conosciuto,

Ma morrai sapendo che non c'è nulla di più bello e vero della vita.”

Un pensiero per un ragazzo che mi ha aiutato.

A lui ci ha pensato il monossido di carbonio.

Avrebbe salutato così.

Relax.

Tex Willer

BASTA UN POCO DI ZUCCHERO

Metilfenidato ... Modafinil ... AnfetaminA...

Un nuovo mix di farmaci per “curare” una nuova “malattia mentale”?

No, semplicemente si tratta della ricetta dello STUDENTE MODELLO ...

Ebbene sì, da adesso in poi, dopare il proprio cervello per aumentare le proprie capacità mentali non è più un tabù, neanche per gli stessi scienziati, i quali dalle colonne di uno dei più famosi e diffusi giornali scientifici del mondo (il Nature) hanno definitivamente abbracciato la teoria delle PILLOLE DELL'INTELLIGENZA.

Stiamo parlando di farmaci che promettono voti più alti agli esami, ma che in realtà altro non sono che stimolanti analoghi alle anfetamine usate per il cosiddetto “disturbo da deficit dell' attenzione e iperattività” (Ritalin e Adderall, che secondo le dichiarazioni delle cause farmaceutiche sarebbero capaci di accrescere le capacità di concentrazione). Oltre a questi, nella categoria delle pillole miracolose, troviamo un farmaco che fa passare la voglia di dormire (Provigil), un preparato contro l'Alzheimer (Aricept) che aumenta nel cervello i livelli di acetilcolina, e diversi farmaci beta-bloccanti, usati normalmente per combattere le aritmie cardiache e che consentirebbero quindi agli studenti di arrivare più “tranquilli” al momento dell' esame.

Tutti questi psicofarmaci sono nati per trattare quelle che gli psichiatri chiamano malattie mentali, ma si sono nati per trattare quelle che gli psichiatri chiamano malattie mentali, ma si sono poi diffusi un po' ovunque nella società, in particolare all' interno delle università, con finalità diverse da quelle originarie, ma non meno pericolose.

Lo stesso “Narcotic Control Board” delle Nazioni Unite ha registrato infatti un aumento del 300 per cento nell' uso di farmaci stimolanti negli USA tra il 1995 e il 2006; un sondaggio condotto dalla rivista inglese Nature poi, ha mostrato che il 7 per cento degli studenti americani (con picchi del 25 per cento in alcuni campus particolarmente competitivi) ha fatto uso di una o più di queste “medicine”.

Per evitare che il doping della mente alterasse i risultati degli esami di fine anno, a maggio l' Academy of medical sciences di Londra aveva perfino suggerito di estendere anche agli studenti l'esame delle urine usato per gli atleti, « ... ma il miglioramento di una prestazione sportiva non ha nessun effetto sul benessere del mondo. Il miglioramento delle prestazioni intellettuali invece sì».

Queste le parole dei “saggi” professori autori dell'articolo, giustificazione in base alla quale tutti dovremmo sentirci quindi sereni nell'uso delle pillole dell'intelligenza.

«Come tutte le tecnologie, anche i farmaci per il miglioramento delle performance intellettuali possono essere usati in modo positivo o negativo, ma dovremmo essere comunque contenti di avere nuovi metodi per rendere più efficiente il funzionamento del nostro cervello» scrivono gli statunitensi Henry Greely, Ronald Kessler, Michael Gazzaniga, Martha Jarah e Philip Campbell (direttore di Nature) e gli inglesi Barbara Sahakian e John Harris.

Secondo il sondaggio del Nature gli studenti si procaccerebbero le proprie pillole in modi diversi: il 54% presso il proprio medico, il 34% via internet, e il 14% semplicemente in farmacia.

Se pensiamo al fatto che usare queste pasticche al di fuori delle prescrizioni mediche negli Stati Uniti è un crimine punibile con la prigione, non possiamo fare a meno di ricordare che oggi i soldati americani ricevono anfetamine e Provigil nelle proprie caserme, e che negli Stati Uniti i militari, se ricevono l'ordine di un superiore, hanno l'obbligo di assumere farmaci per migliorare le loro performance.

E se qualcuno poi dovesse subire il torto di dover affrontare un esame o un concorso in cui il compagno di banco ha fatto ricorso all' aiuto della chimica?

Esiste una soluzione “democratica”, e ce la danno gli stessi autori dell'articolo: applicare un prezzo speciale per l'occasione e dare per un giorno a ogni candidato, anche il più povero, libero accesso alle pillole dell' intelligenza.

Insomma, cos'altro aggiungere?

Forse solo le conclusioni dello stesso articolo, probabilmente sufficienti a spiegare l'aberrazione di cui stiamo parlando:

“Come tutte le nuove tecnologie, l'accrescimento cognitivo può essere usato bene o male.

Dovremmo essere aperti a nuovi metodi per migliorare le nostre funzioni cerebrali. In un mondo in cui la portata del lavoro e della vita stanno aumentando, strumenti di accrescimento cognitivo - inclusi quelli farmacologici - saranno sempre più utili per migliorare la qualità della vita e la maggiore produttività lavorativa, oltre a evitare declini cognitivi legati all'età, normali o patologici. Accrescimenti cognitivi sicuri ed efficaci saranno utili sia agli individui che alla società.”

LA CASA DELL'ASCOLTO

Prefazione: questo breve racconto/testimonianza di Sabatino nasce da una lunga chiacchierata sulla psichiatria e sui metodi per contrastarla. Entrambi viviamo nella sperduta provincia salernitana, in piccole e diffidenti cittadine provinciali con dinamiche sociali profondamente diverse dalle città più grandi. Cosa che non facilita affatto il compito di cui parlavamo all'inizio. Uno dei tanti elementi in comune in questa discussione è l'idea che per fare breccia nel muro della psichiatria è necessario stabilire un contatto profondo sia con chi già è stato vittima della pratica psichiatrica sia con chi potrebbe esserlo (praticamente TUTTI). È necessario quindi riuscire a comunicare, imparare a parlare e soprattutto ad ascoltare, impiegare parte del proprio (prezioso) tempo per dare ascolto a chi ci circonda, a chi non riceve ascolto da nessuno perché coercitivamente o volutamente emarginato. In una società disgregante e disgregata come quella in cui viviamo i nostri pensieri, le nostre parole e le nostre orecchie sono costantemente rapiti da i-pod, schermi, dai tempi imposti dal lavoro e dal consumo. Non c'è più spazio per le parole e i nostri stessi pensieri, quelli più intimi e quindi più autentici, vengono soffocati dal mutismo o peggio ancora dalla banalità, dal discorso 'da mezzo pubblico', quello sulle mezze stagioni che non ci sono più, sul bel completo in vetrina o sul regalo di natale. Ovviamente prima o poi in tutti insorge il bisogno di comunicare, di parlare di sé, di dare una forma, un luogo, di manifestare ciò che ci passa per la testa... Ed ecco la soluzione: confessiamoci con il prete oppure con lo psicologo! E chi non crede o non ha i soldi o semplicemente questo non gli basta? Questo individuo si reprime, si soffoca, si annienta nel tacere fino all'esplosione, qualcuno direbbe fino ad impazzire. E va isolato, va represso, va messo a tacere non importa se con i farmaci o con l'internamento, lontano da tutti, dove non 'dà più fastidio'. Qualcuno in preda alle proprie emozioni e ai propri pensieri si auto-convince di non essere 'normale' e volutamente ricorre a qualcosa che gli eviti di pensare, qualcosa che lo faccia riposare, dormire, isolare... Alla luce di tutto questo si rafforza la nostra convinzione che COMUNICARE, esprimersi liberamente, parlare delle proprie sofferenze, dei propri disagi e delle proprie paure è giusto e soprattutto NECESSARIO. Abbiamo bisogno di luoghi liberati in cui questo si possa realizzare,

abbiamo bisogno di riappropriarci del nostro tempo per dedicarlo a noi stessi e agli altri, abbiamo bisogno insomma di una società liberata e solidale, dove ascoltare è piacere e arricchimento e non sforzo, noia e lavoro.

Racconto

“Per essere chiari, è necessario che io faccia una premessa: chi scrive ha vissuto sulla propria pelle le aberranti pratiche psichiatriche. Queste esperienze mi hanno aiutato a capire le metodologie nelle relazioni umane, hanno fatto sì che sviluppassi un forte senso di solidarietà verso chi soffre del disagio socio-culturale. Insomma ho semplicemente imparato a 'saper ascoltare'. Un aspetto fondamentale nei rapporti interpersonali, che negli ultimi anni ha trasformato casa mia nella 'Casa dell'Ascolto'.

L'attitudine che dovrebbe distinguerci è la disponibilità verso i più deboli, verso chi subisce ogni sorta di abusi e violenze gratuite, verso chi, soffocato dal potere psichiatrico, assume montagne di psicofarmaci nocivi, deleteri, a volte mortali. Di fronte a queste persone, mi chiedevo continuamente cosa fare, io, da solo, un individuo contro quel mostro che è la psichiatria. Senza mezzi, né contributi esterni, scelsi la strada dell'ascolto; in tanti, quotidianamente, venivano a casa mia con il bisogno di parlare, di comunicare le loro sofferenze soffocate, le loro ragioni. A volte era un accavallarsi di voci, di parole, che si sovrapponevano. Restavamo lì fino a tarda sera, ci si scaricava della propria rabbia per gli abusi subiti; io spesso restavo semplicemente ad ascoltare anche quando era chiaro che loro non ascoltavano affatto me. Le loro facce sorridenti, i loro sorrisi e gli occhi splendenti però mi dimostravano che stavo facendo qualcosa di utile. Spesso mi chiedevo: è troppo poco quello che sto facendo? Non penso di aver sconfitto la psichiatria, ma di averle assestato un colpo mortale. Avevo colpito nel segno, avevo sconfitto la loro pratica disumanizzante proponendo semplicemente la mia disponibilità umana, la mia solidarietà basata sull'amore per la libertà...



PERSEGUITATI A VITA

Sono davvero strani gli strumenti di diagnosi (per non parlare di “cura”) della psichiatria.

Io faccio una denuncia per un furto, ed opla': diventa psicosi paranoidea.

Perseguitato dopo essere uscito dall'insano circuito anche dopo 10 anni!

Ma veniamo ai fatti.

Sono Vito Romanazzi, un ex utente della psichiatria da circa dieci anni (sono riuscito a diventare ex, ovviamente, senza il loro aiuto; anzi, col loro dissenso). Ma per fortuna ce l'ho fatta e ho continuato la mia vita, lavorando come tecnico radiologo presso il Poclinico di Bari.

Il periodo da utente, comunque, mi aveva arrecato tali danni da “convincermi” ad effettuare una serie di “atti di fiducia” nei confronti di alcuni miei familiari quali mio fratello e mio cognato.

Avevo, infatti, dato potere di firma a loro relativamente al mio conto corrente e a quello della mia dolce mamma.

Dopo tanti anni di lenta ricostruzione della mia esistenza scopro, con mio grande stupore, che dai famosi conti correnti su citati, mancavano cifre consistenti.

Si parla di quasi centomila euro.

Chiedo allora spiegazioni ai miei “cari” familiari, unici che avevano oltre me il potere di erodere denaro dai conti.

Intravedo subito rigidità e nervosismo come risposta alle mie domande. Ma ciò può sembrare più che accettabile. Ciò che non riesco proprio a capire e ad accettare è quello che è avvenuto dopo.

Premetto che abito in un piccolo paesino della Provincia di Bari, Sammichele.

Il Maresciallo del paese, intimo amico del Sindaco tra l'altro medico, di mio fratello e di mio cognato, redige una relazione sul sottoscritto in cui afferma una mia eventuale pericolosità (si tenga presente che sono incensurato, non ho mai avuto problemi giudiziari nella mia vita).

La dottoressa (cugina di mio cognato nonché Assessore alla Sanità) del paese redige certificati medici a mio carico, dichiarando un mio notevole malessere (senza avermi mai visitato).

Il sindaco del paesotto, anche lui intimo amico dei miei due teneri familiari in questione, vista la dichiarazione del maresciallo e della dottoressa (il tutto, probabilmente, a cena a casa di uno di loro, visto che sono molto amici e soliti incontrarsi per arrostitire il maiale), firma un “A.S.O.” nei miei confronti.

Azzo!

In quei giorni la mia vita diventa infernale.

La paura dell'A.S.O. e, quel che è peggio, il simpatico atteggiamento del maresciallo che, incontrandomi più volte per strada, con tono provocatorio, pretendeva saluto e cortesia, pena l'arresto del sottoscritto, mi rendevano la vita non certo facile.

L'unico strumento che intravedo per venir fuori illeso dalla persecuzione in atto, è una denuncia alla Procura della Repubblica. Parlo col mio avvocato e parte l'esposto.

Dopo soli pochi giorni l'assedio si fa incalzante.

Il maresciallo e la psichiatra del C.S.M., incontrandomi (è un piccolo paesotto, ci si incontra facilmente) mi invitano, con una strana eleganza, a sottopormi a visita psichiatrica nello stesso C.S.M.

A questo punto, verificato che la giustizia legale per il sottoscritto non risultava un buon aiuto (chissà quando sarebbe iniziata la causa), mi viene l'ingenua e malsana idea di rivolgermi all'istituzione psichiatrica di Bari (presso il Policlinico di Bari), per ottenere un certificato di “normotomia” (termine tecnico psichiatrico per indicare uno stato di “normalità”) che si contrapponesse e negasse quello emesso dalla psichiatra del mio paese.

Decido così (non l'avessi mai fatto...) di andare io stesso, con le mie gambe, nell'S.P.D.C. di Bari e chiedere loro una visita ed un eventuale certificato in cui si dichiarava il mio stato di “salute mentale”, da contrapporre alle pretese di accertamenti vari che stavo subendo.

Mi reco così in psichiatria in compagnia di mia sorella Emilia ed un'amica, guidando e chiacchierando tranquillamente con loro, e lì incontro uno psichiatra a cui racconto le mie vicissitudini e necessità. Questi esordisce dicendomi che “mi trovavo bene” e mi invita a tornare il primo giorno lavorativo utile per esporre nuovamente il mio caso.

Così faccio e il lunedì successivo ritorno, sempre in compagnia di mia sorella e di una mia amica. Mi presento agli psichiatri di guardia, espongo i fatti e questi ridendo, schernendo e offendendo mi obbligano ad un ricovero volontario, che di volontario non aveva nulla, praticamente OBBLIGATORIO.

Malmenato con farmaci inutili che mi provocarono solo seri danni di ritenzione liquidi (sono un soggetto cardiopatico).

Obbligato al sonno in ambiente lercio, sotto chiave, in ambiente senza uscita di sicurezza dove tutti fumavano e senza rispetto di dieta alimentare per cardiopatici.

Ma non finisce qui...

Chiedendo dopo tre giorni, sempre in presenza di amici di poter uscire, trasformano il ricovero volontario in T.S.O.

Recluso per venticinque giorni in T.S.O durante i quali, per non perdere la calma, mi ripetevo costantemente: “ Faccio finta d’essere in ferie” e sognavo di essere fuori da quell’inferno, ove è prassi solita punturare pazienti come se fossero belve malvagie e legarli ai letti. Certamente loro pensavano: “Prima o poi esploderà e lo legheremo al letto bombardandolo di farmaci”.



Ma io ho resistito, facendo intervenire anche i miei amici, ed alla fine si realizza il vero Miracolo: “mi chiedono di partecipare ad una riunione familiare, sempre nel reparto, per risolvere i problemi economici familiari (il tutto con i cari fratello e cognato contro i quali avevo fatto l’esposto). Tutto ciò è stato denunciato alla Procura della Repubblica, denuncia che coinvolge mio fratello e mio cognato (autori dei furti bancari), il Sindaco, il Maresciallo dei Carabinieri, lo psichiatra di Sammichele e alcuni psichiatri dell’S.P.D.C. di Bari.

MI liberano ma nulla è cambiato, così come stavo (bene)... , sto tutt’ora! Certo, è un’esperienza che non auguro a nessuno!

Si tenga presente che, 10 anni fa, ho vissuto la spiacevole esperienza dell’infarto grazie alla somministrazione forzata di carbolithium, chia-

ramente controindicato per persone con problemi di colesterolo o patologie cardiologiche, quale ero io. Ma non bastava questo danno a vita, non bastava riuscire a sfuggire per dieci anni e rifarsi una vita.

Anche dopo dieci anni, non posso sentirmi LIBERO.

CRITICA ALLA PSICHIATRIA SUL WEB

INIZIAMO QUI UNA “RUBRICA” SUI SITI INTERNET CHE SI OCCUPANO DEI FATTI PSICHIATRICI. LA LISTA VERRÀ AGGIORNATA MAN MANO CHE LA PUBBLICAZIONE DE “IL FOLLETTO” ANDRÀ AVANTI, QUINDI CHIUNQUE VOGLIA SEGNALARE ALTRI LINK PUÒ FARLO ALL’INDIRIZZO:

redazione_ilfolletto@yahoogroups.com

Antipsichiatria Informa-Azione - www.informa-azione.info/antipsichiatria

Antipsichiatria Wikipedia - <http://it.wikipedia.org/wiki/Antipsichiatria>

Associazione Penelope (Giuseppe Bucalo, Casa di Hilde, L’eccezione, La Cura: Servizio emergenza sociale)
- www.associazionepenelope.it

Ass. Nuova Specie (dott. Mariano Loiacono) www.nuovaspecie.com – www.mariano-loiacono.oism.info

Centro di Relazioni Umane - www.antipsichiatria-bologna.net

Collettivo antipsichiatrico Artaud - www.artaudpisa.blogspot.com

Collettivo antipsichiatrico Bergamo - www.antipsichiatria.blogspot.com

Comitato d’iniziativa antipsichiatria - <http://isole.ecn.org/antipsichiatria>

Contraria-Mente - www.contraria-mente.org

ENUSP - European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry - www.enusp.org

Forum antipsichiatrico di NoPazzia - <http://nopazzia.anti-psiatria.com>

Guida all’uso e all’abuso degli psicofarmaci -

- <http://web.ticino.com/oasiblu/psicofarmaci/00corpopsicofarmaci.html>

IAAPA - International Association Against Psychiatric Assault - www.iaapa.de

Il nido del cuculo - www.club.it/cuculo/sommario.html

La psichiatria come falso scientifico - www.homolaicus.com/uomo-donna/psyco/index.htm

Luogo di comunicazione e documentazione antipsichiatrica - www.senzaragione.org

Metodo alla salute - <http://metodoallasalute.blogspot.com>

MindFreedom - www.mindfreedom.org

No Pazzia - www.nopazzia.it

OISM Osservatorio Italiano Salute Mentale - www.oism.info

Psicodissea - <http://psicodissea.altervista.org>

Quaderno di critica psichiatrica - <http://blog.libero.it/lamediseta>

Raccolta video sul tema antipsichiatrico - www.nopsichiatria.com

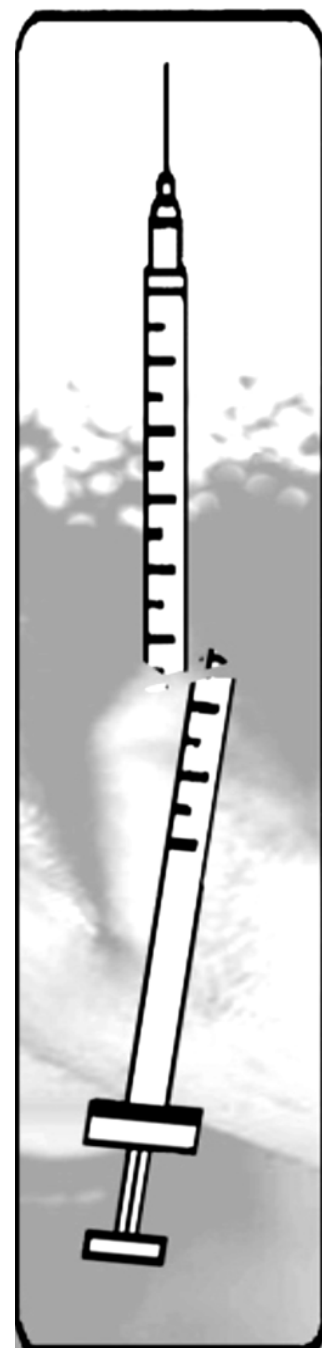
Ron Coleman - www.roncolemanvoices.co.uk - www.workingto recovery.co.uk

Senzaragione - www.senzaragione.org

Telefono Viola - <http://isole.ecn.org/telviola>

Telefono Violetta Van Gogh - <http://violetta.noblogs.org>

WNUSP - World Network of Users and Survivors of Psychiatry - www.wnusp.net



POTERE E NON POTERE

Mi trovavo davanti al grande portone in perfetto orario. Suonai il campanello come d'accordo con il coordinatore e attesi. Dopo almeno dieci minuti sentii finalmente la chiave nella toppa fare diversi giri.

Tante chiavi, ogni chiave una porta diversa, ogni stanza rigorosamente chiusa, tranne le camere da letto. Non c'era un giornale, non c'era un libro, nessuna possibilità di poter desiderare un tè o un caffè, prepararsi un dolce, lavarsi una maglia.

Dopo una breve presentazione un'infermiera mi condusse nella stanza degli armadietti per farmi indossare la divisa, lasciandomi lì senza altre parole.

Fu allora che sentii le prime urla stagliarsi sulle pareti e nel mio stomaco e in un attimo capii che quel posto non era ciò che immaginavo. Mi avventurai per il lungo corridoio non potendo fare a meno di notare l'assenza di tutti. Nessuno, non c'era nessuno, ma sentendo in lontananza il vociare di alcuni colleghi e lo stesso insistente lamento, capii che presto avrei compreso la verità.

Un signore sulla cinquantina giaceva disteso immobile sul pavimento con le braccia lungo schiena, un altro su una poltroncina sporca di urina asciugata dal tempo recitava ad alta voce la stessa frase della stessa preghiera, sul ciglio di una camera da letto un omone bloccato per mani e polsi dagli infermieri guardava impaurito l'altro infermiere di fronte che sguainava una di quelle sbarre di ferro di letti di ospedale.

"Non ci pensare", mi disse una collega notando la mia espressione. "Ti abituerai". Poi continuo' a scrivere parole crociate senza scomporsi davanti a tanto sconcerto.

Si accorsero che ero là davanti quando ormai era troppo tardi per mollare la presa... Non ricordo altri particolari, ero troppo confusa, so solo che dalla gola mi uscì spontanea una frase di emergenza umana e rivolgendomi al paziente come se all'improvviso fossero scomparsi tutti dissi: "Andiamo a fumare una sigaretta? Hai preso il caffè?"

"No" disse lui stratonando gli infermieri, come farebbe qualunque essere umano stretto e costretto da tre energumeni. "Andiamo allora", ed allungai una mano, mentre con l'altra tiravo il bordo della manica del camice di un infermiere.

Lo liberarono sghignazzando, per la mia, secondo loro, incoscienza.

Uscimmo, prendemmo un caffè e fumammo tre sigarette. Lui era nervoso, incuriosito e drammaticamente sconfitto al tempo stesso. Fumammo le tre le sigarette dividendole da una bocca all'altra per suggellare la nostra complicità. Aveva i denti gialli e le labbra spaccate e inaridite dai neurolettici. Io volevo piangere.

Dopo due giorni di vicissitudini non meno eclatanti feci il mio primo turno di notte.

Mi ero appena appisolata su una poltroncina ricoperta di lenzuola pulite per isolarci dagli escrementi secchi, che un urlo assordante mi svegliò di soprassalto.

Un infermiere batteva ripetutamente la testa di un paziente contro il muro, mentre il corpo smagrito del poveretto si fletteva come un fuscello senza opporsi.

"Nu bbole la terapia!" (non vuole la terapia), mi riferì ad alta voce mollando la presa, come se questo bastasse per giustificare i suoi gesti atroci.

Nel frattempo l'altro paziente vicino di letto iniziò ad agitarsi, a rivoltare lenzuola, tirarsi schiaffi, urlare e bestemmiare e terrorizzato s'incammino' verso di me con i suoi passettini da cocktails da psicofarmaci. Il suo sguardo non era minaccioso. Aveva solo paura, ed eventualmente le mie gambe avrebbero saputo correre molto più in fretta delle sue.

Non ho mai saputo cosa volesse dirmi o fare. Non gliene dettero il tempo.

Lo presero in due, lo picchiarono prima con la sbarra del letto, poi con i calci, sferrati vigliaccamente con scarpe "rigide" indossate "al bisogno".

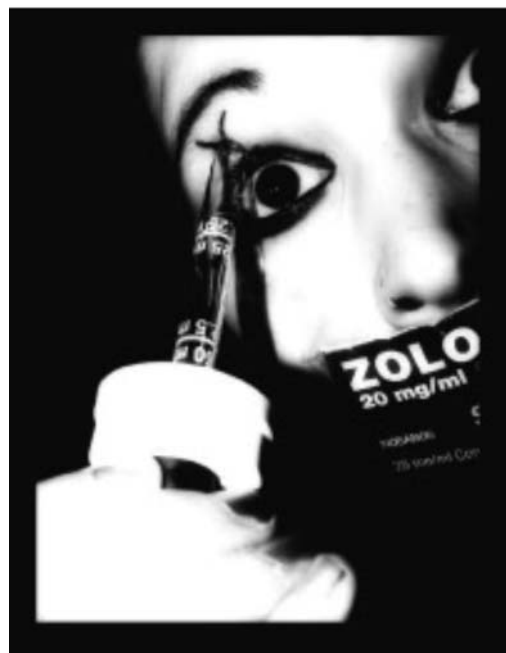
Afferrai la sbarra dal pavimento, corsi nella prima stanza vuota che riuscii a raggiungere e mi chiusi dentro.

Restai almeno un'ora accovacciata sotto una finestra e poi, a poco a poco, iniziai a desiderare con tutta me stessa il bisogno di scacciare quell'orribile sensazione di dolore, quelle urla, quei gesti, quei volti distrutti, quei corpi deformati dai farmaci, quelle mani tremanti, quelle anime legate.

Volevo scacciare la follia degli infermieri. La follia del potere. La follia VERA.

Presi la sbarra tra le mani e come un automa iniziai a sperimentare lo stesso dolore, le stesse spine lancinanti nelle braccia, poi sulle mani, i polsi, le dita. Volevo vedere se riuscivo a sopravvivere. Volevo capire se così si può vivere".

Ho provato a sporgere denuncia, cosa credete? Nessuno dei pazienti vuole testimoniare. Hanno paura. Una sana paura. Io invece sono stata minacciata. Direbbero che sono pazza e i pazzi non sono creduti. La mattina dopo, alle otto, mi trovarono con le braccia massaccate.



TANTO SCAPPO LO STESSO romanzo di una matta



Questo è il romanzo autobiografico di Alice Banfi, una pittrice che oggi lavora ed espone a Camogli vicino Genova. Infatti anche il dipinto in copertina è il suo. Alice ci racconta la sua storia con uno sguardo ironico ed amaro al tempo stesso. Ci porta con se nei suoi ricordi, nella sua infanzia, nella sua famiglia, nel suo mondo, che da mondo di bimba ingenua diventerà mondo di donna psichiatizzata. Alice ci conduce nel reparto di S.P.D.C. (servizio psichiatrico di diagnosi e cura), nel corridoio del reparto, e ci fa incontrare le persone che insieme a lei v'erano rinchiusi e popolavano quel triste corridoio.

Un romanzo che si fa leggere tutto d'un fiato, scritto con un linguaggio chiaro e diretto, che arriva subito, come arrivano subito gli orrori, le umiliazioni, le violenze, le privazioni inflitte da medici e infermieri che "lavorano" in questa malata psichiatria. Ma arriva subito anche l'amore, la tenerezza, una forza che i muri della psichiatria non hanno potuto reprimere, quella di un'Alice che è sempre riuscita a scappare.

Il libro è edito da "STAMPA ALTERNATIVA", all'interno della collana "ERETICA", ed è venduto al prezzo di 10.00 euro

SORVEGLIATO MENTALE effetti collaterali degli psicofarmaci

Un libro di Paola Minelli e Maria Rosaria D'Oronzo

Effetti collaterali degli psicofarmaci sulla società, sull'individuo, sul corpo, sulla sua esperienza e come difarsene Effetti collaterali di ogni psicofarmaco.

Gli psicofarmaci sono droghe commercializzate in farmacia che oltre che essere spacciate ipocritamente come "terapeutiche", sono spesso indotte coercitivamente nel corpo delle persone in difficoltà, del diverso, di chi non si adatta.

L'enorme diffusione sul mercato di molecole psicoattive, il dilagare della psicomedicalizzazione su fasce della popolazione sempre più ampie, la divulgazione di studi circa la gravità dei danni prodotti da alcuni psicofarmaci hanno reso urgente il rifacimento di Effetti Collaterali, testo originariamente curato dal Telefono Viola di Milano, ora rivisto e ampliato.

Il proposito è quello di fornire strumenti per l'autodifesa dalla psichiatria in un'ottica realista, in cui sarebbe di scarsa utilità parlare di psicofarmaci decontestualizzandoli dall'ambito in cui sono usati. Il libro si propone come una guida che suggerisce alcuni mezzi per l'autodifesa o l'uso consapevole degli psicofarmaci, in un'ottica di rifiuto della terminologia medico-psichiatrica e delle sue pratiche psico-poliziesche.

144 pagine 10 euro.

Per richiedere il libro in singola copia o per distribuzione scrivere alla casa editrice Nautilus: nautilus@ecn.org



Rubrica dedicata ai cosiddetti FOGLIETTI ILLUSTRATIVI o BUGIARDINI degli psicofarmaci. Abbiamo scelto di proporre il testo originale presente all'interno della confezione del medicinale, modificato in una parte fondamentale: le controindicazioni o altre parti a scelta del collaboratore. Di volta in volta prenderemo in considerazione un "prodotto dell'industria farmaceutico-psichiatrica", e chiederemo di riscriverne le effettive, reali controindicazioni o gli effetti collaterali come li si vive in concreto a chi li ha provati o prova sulla propria pelle.

© J.-C. 2005

IT - 23040A

RISPERDAL® 25 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato

RISPERDAL® 37,5 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato

RISPERDAL® 50 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato

N05AX08 Risperidone

COMPOSIZIONE

RISPERDAL 25 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato contiene 25 mg di risperidone.

RISPERDAL 37,5 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato contiene 37,5 mg di risperidone.

RISPERDAL 50 mg/2 ml polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato contiene 50 mg di risperidone.

Eccipienti

Polvere: Polimero 7525 DL JN1 poli-(d,1-Lattide-co-Glicolide).

Solvente: Polisorbato 20, carmellosa, disodio idrogeno fosfato diidrato, acido citrico anidro, sodio cloruro, sodio idrossido, acqua per preparazioni iniettabili.

FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO

Polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato

Fiaconcino con polvere

Polvere scorrevole di colore bianco/biancastro.

Siringa pre-riempita con il solvente per la ricostituzione

Soluzione acquosa chiara ed incolore.

Due aghi Hyoint™ 20G2™ TW per la ricostituzione.

Un ago Needle-Pro® per iniezione intramuscolare (ago di sicurezza 20G 2™ TW con dispositivo di protezione dell'ago).

Il prodotto dopo ricostituzione si presenta come una sospensione uniforme, densa e di colore lattiginoso.

CATEGORIA FARMACOTERAPEUTICA

RISPERDAL® è un antipsicotico.

TITOLARE AIC:

JANSSEN-CILAG SpA
Via M. Buonarroti, 23
20093 COLOGNO MONZESE (Milano)

OFFICINA DI PRODUZIONE

Officina	Fase di produzione
Alkermes Controlled Therapeutics II 265 Olinger Circle; Wilmington, Ohio (USA)	Produzione e controllo del fiaconcino
Vetter Pharma-Fertigung GmbH & Co.KG Schützenstrasse 87; 88212 Ravensburg (Germania)	Produzione e controllo del solvente
Janssen Pharmaceutica N.V. Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse (Belgio)	Controllo del fiaconcino e rilascio della confezione completa

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

RISPERDAL polvere e solvente per sospensione iniettabile a rilascio prolungato nei dosaggi 25 mg/2ml, 37,5 mg/2ml e 50 mg/2ml (di seguito indicato come RISPERDAL iniettabile) è indicato nel trattamento delle psicosi schizofreniche croniche e nella profilassi delle recidive (esacerbazioni acute) in soggetti che hanno dimostrato di tollerare le forme orali di risperidone e con accertati problemi di compliance. RISPERDAL iniettabile, inoltre, migliora i sintomi affettivi (come p.e. depressione, senso di colpa, ansia) associati alla schizofrenia.

CONTROINDICAZIONI (Riscontrate da chi usa il farmaco)

Aumento di peso, perdita di memoria, sia di fatti lontani nel tempo, sia di avvenimenti recenti; (... pianifico di fare qualcosa, una telefonata, che può essere pure importante, e dopo pochi secondi, minuti, ore, dimentico di farlo)
- fiacchezza (... ho poca resistenza al lavoro fisico, mi stanco presto, specie se fa caldo)
- riflessi rallentati (... scoperti grazie ai test per il rinnovo della patente C. Questi test consistevano in stimoli sonori e luminosi. Quando il avvertivo dovevo rispondere il più velocemente possibile, prendendo un pulsante. Da questi test è risultato che ho i riflessi lenti: un test l'ho dovuto rifare 4 volte, perché non lo superavo, ed ho rischiato di non veder rinnovare la mia patente".

PRECAUZIONI PER L'USO

Per i pazienti che non hanno mai assunto risperidone si raccomanda, prima di iniziare il trattamento con RISPERDAL iniettabile, di verificare la tollerabilità delle forme orali di RISPERDAL.

Attività alfa-bloccante

In relazione all'attività alfa-bloccante di risperidone possono manifestarsi fenomeni di ipotensione ortostatica, specialmente durante la fase iniziale di incremento della dose. In caso di ipotensione dovrebbe essere considerata la possibilità di ridurre il dosaggio. Risperidone dovrebbe essere somministrato con cautela in pazienti con malattie cardiovascolari (p.e. scompenso cardiaco, infarto miocardico, alterazioni della conduzione, disidratazione, ipovolemia o malattie cerebrovascolari), e il dosaggio dovrebbe essere gradualmente adattato come raccomandato.

Nel caso in cui persista un'ipotensione clinicamente rilevante, l'opportunità di proseguire il trattamento con RISPERDAL iniettabile deve essere valutata in base al rapporto rischio/beneficio.

Discinesia tardiva/Sintomi Extrapiramidali

I farmaci con proprietà antidopaminergiche possono indurre la comparsa di discinesia tardiva, prevalentemente caratterizzata da movimenti ritmici involontari della lingua e/o della faccia. È stato riportato che la comparsa di effetti extrapiramidali rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di discinesia tardiva. Poiché con Risperidone è stata riscontrata una minore incidenza di sintomi extrapiramidali rispetto alla terapia con i neurolettici classici, il rischio di comparsa di discinesia tardiva dovrebbe diminuire. Qualora si manifestassero i segni ed i sintomi di una discinesia tardiva, dovrebbe essere considerata la possibilità di interrompere ogni trattamento antipsicotico.

Altri

È opportuna una certa cautela nel somministrare Risperidone ai pazienti parkinsoniani, potendo in teoria verificarsi un deterioramento della malattia. I neurolettici classici possono abbassare la soglia convulsiva. Si consiglia prudenza nella somministrazione del farmaco in pazienti epilettici. I pazienti dovrebbero essere avvisati di astenersi da una assunzione esagerata di

cibo considerata la possibilità di un aumento di peso corporeo durante il trattamento. In caso di terapia prolungata effettuare periodici controlli della funzionalità epatica e renale.

L'uso di RISPERDAL nei pazienti anziani con demenza non è raccomandato in quanto potrebbe causare seri effetti collaterali avversi, quali ictus o attacchi ischemici transitori (TIA).

Il medico deve essere informato nel caso in cui il paziente abbia avuto in passato un ictus o attacchi ischemici transitori (TIA).

INTERAZIONI

Non sono stati valutati sistematicamente i rischi connessi con l'assunzione di risperidone in concomitanza con altri farmaci. Sulla base degli effetti primari di risperidone sul SNC, il farmaco dovrebbe essere somministrato con cautela in associazione con altri farmaci ad azione centrale.

Risperidone può potenziare gli effetti dell'alcol. Risperidone può antagonizzare gli effetti della levodopa e di altri agenti dopaminergici.

È stato osservato che la carbamazepina riduce i livelli plasmatici della frazione antipsicotica di risperidone. Effetti simili sono stati osservati con altri induttori degli enzimi epatici. Pertanto, il dosaggio di risperidone dovrebbe essere riconsiderato ed eventualmente ridotto qualora venga sospeso il trattamento con la carbamazepina o con altri induttori degli enzimi epatici.

Le fenotiazine, gli antidepressivi triciclici e alcuni beta-bloccanti possono aumentare le concentrazioni plasmatiche di risperidone, ma non quelle della frazione antipsicotica. La fluoxetina può aumentare la concentrazione plasmatica di Risperidone, ma in maniera inferiore quella della frazione antipsicotica.

Quando risperidone viene assunto insieme ad altri farmaci che si legano fortemente alle proteine, non si verifica uno spiazzamento clinicamente rilevante di alcuno dei farmaci dalle proteine plasmatiche.

Risperidone non ha effetto sui parametri farmacocinetici di litio e valproato.

Il cibo non influenza l'assorbimento di risperidone.

AVVERTENZE SPECIALI

Sindrome Neurolettica Maligna

In corso di trattamento con farmaci antipsicotici è stato riportato un complesso di sintomi, potenzialmente fatale, denominato **Sindrome Neurolettica Maligna (S.N.M.)**. Manifestazioni cliniche della S.N.M. sono: iperpiressia, rigidità muscolare, acinesia, disturbi vegetativi, alterazioni dello stato di coscienza che possono progredire fino allo stupor e al coma, e livelli elevati della creatinofosfo-chinasi (CPK). Il trattamento della S.N.M. consiste nel sospendere immediatamente la somministrazione dei farmaci antipsicotici e di altri farmaci non essenziali e nell'istituire una terapia sintomatica intensiva; particolare cura deve essere posta nel ridurre l'ipertermia e nel correggere la disidratazione. Qualora venisse ritenuta indispensabile la ripresa del trattamento con antipsicotici, il paziente deve essere attentamente monitorato. Per quanto sopra, è importante tenere presente che, dopo l'ultima somministrazione di RISPERDAL iniettabile, i livelli plasmatici di risperidone permangono per almeno 6 settimane.

Gravidanza e allattamento

La sicurezza di impiego di risperidone durante la gravidanza non è stata definita. Pertanto, a causa delle sue caratteristiche farmacocinetiche (livelli plasmatici di risperidone persistenti per almeno 6 settimane dopo l'ultima somministrazione), RISPERDAL iniettabile non deve essere somministrato in caso di gravidanza accertata o presunta.

È stato dimostrato che risperidone viene escreto con il latte materno nella donna. Pertanto è necessario decidere se interrompere l'allattamento o il trattamento con il medicinale, tenendo in considerazione l'importanza del farmaco per la madre.

Capacità di guidare autoveicoli o usare macchinari

Risperidone può interferire con quelle attività che richiedono piena capacità di attenzione. Pertanto, i pazienti dovrebbero essere avvisati di non guidare o adoperare macchinari finché non sia nota la sensibilità individuale a tale effetto.

DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE

RISPERDAL iniettabile deve essere somministrato ogni 2 settimane per iniezione intramuscolare profonda nel gluteo utilizzando l'ago di sicurezza presente nella confezione.

Alternare le iniezioni tra i due glutei.

Non somministrare per via endovenosa.

RISPERDAL polvere e solvente per sospensione iniettabile non deve essere miscelato o diluito con altri prodotti.

Si veda il paragrafo "Istruzioni per l'uso".

Adulti

La dose raccomandata è di 25 mg per via intramuscolare ogni 2 settimane. Alcuni pazienti potranno trarre beneficio dalle dosi più elevate di 37,5 o 50 mg. La dose massima non deve superare i 50 mg ogni 2 settimane.

Durante la fase di latenza di 3 settimane dopo la prima iniezione di RISPERDAL iniettabile, deve essere assicurata sufficiente copertura con antipsicotico.

Il passaggio da una dose a quella più elevata non può essere effettuato prima che siano trascorse almeno 4 settimane.

L'effetto di questo aggiustamento della dose non può essere previsto prima di 3 settimane dalla prima iniezione con la dose più alta.

Anziani

La dose raccomandata è di 25 mg per via intramuscolare ogni 2 settimane.

Durante la fase di latenza di 3 settimane dopo la prima iniezione di RISPERDAL iniettabile, deve essere assicurata sufficiente copertura con antipsicotico.

Insufficienza renale ed epatica

RISPERDAL iniettabile non è stato studiato nei pazienti con funzionalità epatica e renale ridotta. Pertanto, se ne sconsiglia l'impiego in queste categorie di pazienti.

Bambini

RISPERDAL iniettabile non è stato studiato nei soggetti al di sotto dei 18 anni.

Nel caso in cui ci si dimentichi un'iniezione, informare subito il medico o il personale infermieristico, in modo da riceverla nel più breve tempo possibile.

SI PUÒ FARE... MA NON S'É FATTO



Alle volte capita di scambiare per “buono” ciò che altre volte si potrebbe considerare “il male minore”.

Altre volte invece capita addirittura di scambiare per “il meglio possibile” ciò che in altre condizioni si valuterebbe appena passabile.

E' quello (sintetizzando e semplificando) che è accaduto in Italia subito dopo il l'approvazione della cosiddetta legge 180, il provvedimento legislativo cioè che nel 1978 modificò la legislazione in materia di psichiatria.

Cosa “si diceva” di quella legge in quegli anni?

Cosa “si dice” ancora oggi?

Sostanzialmente che i manicomi da quel momento erano chiusi, che “i pazzi” non erano più chiusi nelle sicure strutture manicomiali, e che quindi una sorta di RIVOLUZIONE era appena accaduta.

Cosa effettivamente era accaduto dopo quella legge?

Cosa accade ancora oggi?

Accade oggi come allora che i vecchi manicomi si sono adattati al contesto storico in cui sono stati calati, diventando così cliniche private della follia, e che le antiche pratiche di coercizione seguitano ad essere legittimate anche nei reparti psichiatrici PUBBLICI degli ospedali.

Come è possibile che si sia caduti nell'errore di considerare “RIVOLUZIONARIA” una psichiatria che, unica tra le scienze mediche, aveva (ed ha) bisogno della COSTRIZIONE per avere i propri ammalati?

Probabilmente la risposta sta nel fatto che la cosiddetta “legge Basaglia” non aveva alle sue spalle una reale onda rivoluzionaria a sostenerla, ma solo la paura del governo italiano della proposta del partito radicale di indire un referendum per la chiusura dei manicomi.

Questo è a grandi linee la cornice storica e culturale a cui si riferisce il film “SI PUÒ FARE “ (2008. La storia che il regista Giulio Manfredonia racconta è quella di un sindacalista fallito, e del suo ricollocamento professionale in una cooperativa di ex pazienti di ospedali psichiatrici di Milano. Calato in questa nuova realtà lavorativa, il sindacalista Nello riuscirà ad ottenere la gestione della cooperativa, trasformando tutti “i pazzi” suoi ospiti in provetti operai specializzati in messa in opera di parquet. Da questa grande innovazione nella gestione della “forza lavoro” tutti i pazzi/operai partiranno per un percorso di emancipazione personale, chi in un modo chi in un altro.

Il fatto è però che ognuno di loro fallirà in questo intento.

Tutti i personaggi del film infatti, compreso il protagonista (Nello), proveranno a diventare ognuno più indipendente dall'altro, ognuno più protagonista della propria vita, facendo scelte anche molto differenti tra loro ma sempre tese a diventare un po più “normali”; ognuno di loro però perderà questa scommessa con la psichiatria, perché l'unico luogo in cui riusciranno ad essere felici sarà quello chiuso dei cantieri in cui lavoreranno.

La prima cosa che può venire in mente è la parola ERGOTERAPIA, ancora così definita nel 1997 dal ministero della sanità italiano in un suo decreto:

“...Che opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici, sia con disabilità temporanee che permanenti ...”

La pellicola di Manfredonia può rappresentare un buon esempio di come la psichiatria si è reinventata nella società contemporanea, dopo cioè l'approvazione della legge 180, di cui “SI PUÒ FARE” è manifesto.

Vediamo come.

I degenti della cooperativa passavano le proprie giornate appiccicando francobolli su buste da lettera vuote, come attività lavorativa da svolgere, appunto, terapeuticamente. L'arrivo del sindacalista Nello esalta al massimo questa propensione al “lavoro curativo” del presidio psichiatrico, trasformandolo in una vera e propria azienda. Ognuno dei suoi operai/degenti però trova una propria dignità solo nell'ambito lavorativo protetto che la cooperativa di volta in volta procurerà. Fuori di lì, nella vita REALE, nei rapporti con la gente COMUNE, per i personaggi del film, sarà solo fallimento e tristezza.

Questo è ciò che ha fatto la riforma Basaglia alla fine degli anni '70: ricostruire una pantomima della realtà nelle vite dei “pazzi”, coprire con una maschera umanitaria la reale aspirazione al controllo delle vite dei “malati mentali”.

Coprire con una maschera cosa significa praticamente?

Praticamente significa che ancora oggi nelle cliniche psichiatriche non sono vietate le tecniche utilizzate come tortura nelle carceri, e che a queste tecniche se ne sono aggiunte altre di recente (elettroconvulsive, farmacologiche...), che risultano agli stessi SCIENZIATI non curative.

Perché allora CURARE senza riuscirci una MALATTIA della cui stessa esistenza la SCIENZA non ci da ancora oggi un spiegazione SCIENTIFICA? Ed anche se una spiegazione ci fosse, sarebbe abbastanza per legittimare la tortura? In qualunque modo si guardi la cosa, sia dal punto di vista di uno psichiatra lombrosiano, sia dal punto di vista di un riformista basagliano, la PSICHIATRIA appare un controsenso, anzi, un NON-SENSO.

STRAVOLGIMENTO DELL'ANIMA

Ho subito 7 Trattamenti Sanitari Obbligatori in psichiatria. Nei due articoli che leggerete (“Stravolgimento dell’anima” e “Tornerò un giorno a casa mia?”), articoli strettamente attinenti l’uno all’altro (di cui il secondo è il proseguimento e completamento del primo), descriverò alcune delle cose provocate dall’impatto violento, e non voluto, con la bieca, brutale e truce psichiatria e con i distruttivi, macinanti, sconvolgenti, dolorosissimi e micidiali psicofarmaci. Sappiamoci capire. Io ho subito sulla mia pelle ben 7 TSO, ma per ciò che descrivo, ne basta uno, basta il primo. Ciò che leggerete è, infatti, ciò che mi è sempre accaduto fin dal primo TSO.

Natale Adornetto

Ogni persona ha la sua vita, la sua storia. E questa storia ha una continuità; c’è un nesso, un legame fra il prima e il dopo, fra ciò che è stato ieri e ciò che succede oggi. Dopo l’impatto con la psichiatria, non c’è più continuità, la storia della persona viene spezzata. E la storia stessa scompare, e la persona viene pure essa spezzata, pure essa scompare.

Non c’è continuità. Da un attimo all’altro si viene sbalzati in un altro tempo, in un’altra dimensione, in un’altra realtà. Come se adesso io fossi qui e tra un secondo mi ritrovassi su Marte o su Giove, su un pianeta sconosciuto, senza capire dove sono, come ci sono arrivato e perché.

Tutto viene stravolto, sconvolto e rimescolato nell’anima. Anche quando tutti gli elementi dell’anima dovessero rimanere tali e quali, la loro collocazione ed interazione dinamica non potrà mai più essere quella di prima. Se a questo poi si aggiunge che tutti i singoli elementi perdono le loro caratteristiche, o ne acquistano altre, la frittata non poteva risultare “migliore”.

È come se nella perfetta armonia dei corpi celesti e dell’universo, ci fosse uno sconvolgimento che farebbe schizzare all’impazzata da un momento all’altro tutti i corpi celesti. Ci sarebbero collisioni tremende, esplosioni più potenti di quella di centomila milioni di miliardi di bombe atomiche, ogni corpo celeste non solo viaggerebbe alla velocità della luce ma rimbalzerebbe da una direzione all’altra in continuazione. Ammesso che l’universo ritrovasse una sua armonia, passerebbero miliardi e miliardi di anni, e in ogni caso la costellazione e l’interazione dinamica non sarà mai la stessa di prima. E la realtà è che non solo l’universo non riuscirebbe più a ritrovare una sua perfetta e piacevole armonia e un suo perfetto e gradevole movimento, ma rimarrebbe quasi totalmente distrutto da tutte le collisioni e le esplosioni, collisioni ed esplosioni che continuano a verificarsi.

E queste non sono semplici metafore.

Nel mio libro (“Vengo dalla piccola valle”) scrivo: “Mi hanno fatto radicalmente a pezzi, mi hanno procurato più danni della bomba atomica”.

E in un altro punto: “Poi viene risucchiato in un vortice, un vortice infernale, un vortice senza fine, un vortice massacrante. Un vortice così veloce e vertiginoso che farebbe perdere l’orientamento e l’equilibrio anche al più esperto astronauta. Natale gira e rigira fino a quando viene catapultato per aria. Non capisce più dov’è, quanti migliaia di anni son passati; e si ritrova in un deserto. È completamente stremato, riesce solamente a respirare. Sa però che l’unica sua speranza è quella di arrivare al Mare. Non riesce più ad alzarsi, per cui si trascina nella sabbia”.

E non si vede più il mondo, e la vita, e le persone, con gli stessi occhi di prima.



TORNERÒ UN GIORNO A CASA MIA?

La mia odissea ancora non è finita, e non so neppure a che punto sia. Io non sono ancora tornato a casa, né so se mai ci tornerò. Una donna che ha letto il mio libro, mi ha detto che esprimo in tanti modi lo stesso concetto, cioè cosa mi è successo e il trauma da me riportato. Quella di dire in tante salse la stessa cosa, è fatta appositamente. Se le persone non lo capiscono in un modo, può darsi che lo capiscano in un altro. Se necessario, ripeterò anche milioni di volte la stessa cosa, fino a quando il mondo intero capirà, o quando non avrò più fiato. Adesso dirò con altre parole e con un parallelo inequivocabile e capibile da chiunque, una delle cose che mi son capitate, la principale. Esempio migliore e più calzante di quello che farò, NON NE ESISTONO. Se qualcuno non capirà così, dovrebbero venirgli dei dubbi sulla sua capacità di comprensione; e, consentitemelo, sulla sua intelligenza.

Ogni essere vivente è immerso nel suo ambiente naturale; fuori da questo vive male. I casi in cui degli animali si adattano in ambienti non loro, sono casi rari ed eccezionali, e valgono come tali. Su (poniamo) un miliardo di specie viventi, solo 4 o 5 vivono bene fuori dai loro siti, e su questa inconsistente base, non si può assolutamente dire che è così per tutte le specie; a meno che non si vogliano negare miriadi di miliardi di casi, di dati di fatto. E non parlo solo delle situazioni climatiche ma di tutto. Credo che un leopardo non potrebbe vivere in sud-America e un giaguaro non potrebbe vivere in Africa. Quando la tigre o il leone sono in gabbia, quando vengono presi dalla frenesia di muoversi, stanno ore a vagare irregolarmente nella gabbia. Ovvio, si dirà, sono nella gabbia, e non potendo camminare in modo normale, vagano in quel modo. Appunto, dico io, sono fuori dal loro ambiente naturale. Nella savana c'è mai stato un leone che si comporta così? Come si suol dire, sembra un leone in gabbia. La gabbia è appariscente e visibile, ma fuori dal proprio ambiente vitale è la stessa cosa e si è peggio che essere in gabbia. Gli esempi potrebbero moltiplicarsi all'infinito, ma veniamo al nostro, al caso del pesce fuori dall'acqua.

Qualsiasi pesce sano come un pesce, quando si trova immerso nell'acqua del mare, è tranquillo, vive bene, si muove come vuole, va dove vuole, non ha preoccupazione alcuna; e non ne ha perché non ha motivo di averne.

Non c'è bisogno di un lungo percorso o di un lungo periodo di tempo; è questione di un attimo, e un pesce può ritrovarsi fuori dall'acqua senza possibilità alcuna di farvi ritorno. E non si può nemmeno dire che gli è successo perché era a filo d'acqua o nei pressi di questa, infatti, se così fosse, i pesci morti non si potrebbero contare. Quando un pesce con un salto, e per sua volontà, esce per pochi secondi dall'acqua e poi vi fa ritorno, non ci fa nemmeno caso, non soffre per la mancanza d'acqua di pochi secondi.

Se per lo stesso periodo di tempo un pesce viene tirato fuori dall'acqua da un uomo, la reazione del pesce è molto diversa. E adesso arriviamo al clou, il pesce ancora vivo nella sabbia.

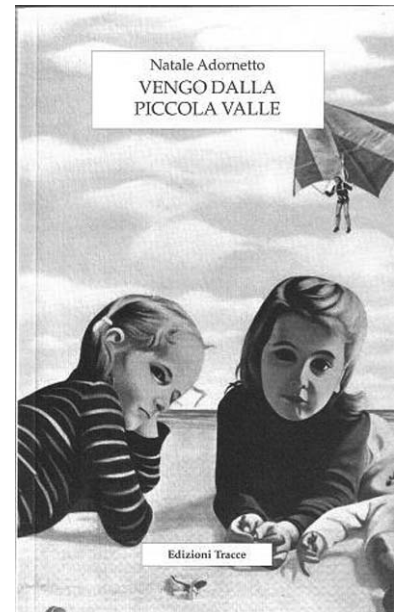
Lo avete mai visto?

Avete mai visto il suo sgomento, il suo terrore, il suo non capire cosa gli è successo, il suo non capire dove si trova, il suo non potersi più muovere e respirare, avete mai visto i suoi occhi?

E fino a pochi attimi prima nuotava nel mare senza nessuna pena, preoccupazione e dolore.

È un'agonia straziante, ogni istante di sofferenza è immane ed eterna, e l'unica cosa che si può augurare al pesce è che muoia il prima possibile.

Einstein ha parlato della relatività del tempo fisico. Altre persone hanno giustamente detto che la percezione psicologica del tempo è relativa, può aumentare o diminuire in determinate situazioni, e capita che un'ora passi in "cinque minuti" mentre un secondo può sembrare 50 ore, un secondo interminabile, eterno. Penso che i sopravvissuti alle torture siano alcune delle tante persone che capiscono anche fin troppo bene ciò che voglio dire.



Nel mio, veramente mio, "Vengo dalla piccola valle", in un passo così scrivo: "Nei giorni susseguenti Natale vaga in casa come uno zombie, e spesso sta seduto sul divano a pensare e a ricordare e a vedersi per quello che è. Un uomo che involontariamente (anche perché ha perduto la sua homing, la sua capacità di ritorno a casa e si è sperduto) vaga (allontanandosi sempre più dall'orbita del suo milieu, dalla linfa vitale che lo sosteneva) roteando nello spazio senz'aria e che per la mancanza d'attrito provocato dall'aria non può fermarsi; e non esiste nulla su cui possa appigliarsi".

Io sono stato posto nella situazione del pesce fuori dall'acqua ("Gira e rigira fino a quando viene catapultato per aria; non capisce più dov'è, quanti migliaia di anni son passati. E si ritrova in un deserto"). Solo che ho continuato a vivere, non sono morto.

E la distanza effettiva dal proprio ambiente vitale non conta per niente, infatti, il pesce è nella stessa atroce situazione sia che si trovi ad un chilometro distante dall'acqua del mare sia che si trovi ad un millimetro dalle acque ("Inutilmente il Sole continua a scaldarlo e il Mare a bagnarlo").

Questi ultimi 10 e più anni, tranne un brevissimo periodo, sono stati per me miliardi e miliardi di anni di indicibile e parossisticamente dilaniante sofferenza.

Io non vi perdonerò mai, non perdonerò mai nessuno di voi. Non vi perdonerò per quello che mi avete fatto e che ancora adesso devo patire, il patimento eterno del pesce sulla prometeica roccia. Non vi perdonerò mai per ciò che avete fatto a me e ad altre migliaia e milioni di persone. Potrei perdonare Satana e tutti gli altri demoni ma voi no. [Il tutto, naturalmente, è rivolto agli psichiatri e alle psichiatre].

SULLA MEDICALIZZAZIONE DEL PIACERE

E CIÒ CHE NE CONSEGUE

“Un essere umano privato della libertà emozionale trasforma sempre e troppo facilmente la sua capacità creativa in servitù volontaria”

Sergio Ghirardi “Lettera Aperta ai Sopravvissuti, dall’economia della catastrofe alla società del dono” Nautilus ed. 2007

Quello che seguirà non è solo un punto di vista antipsichiatrico, nel calderone “antipsichiatria” infatti vivono molte specie aliene alla sensibilità di chi scrive. La pratica antipsichiatrica che qui s’intende è solo uno dei tanti aspetti della pratica liberataria inseparabile dalla critica radicale all’esistente, critica necessaria se si sceglie di essere liberi o di lottare perché ciò avvenga. Tutto ciò implica un continuo riflettere, osservare e svincolarsi dalle trappole culturali, politiche e sociali e dai ruoli che esse impongono, una lotta senza tregua contro le istituzioni e la schiavitù che impongono su vari livelli, attuata con la mercificazione dell’esistente.



Cos’è la droga? In sé nulla di speciale. Un prodotto, una merce come tante altre attualmente interessata dal valore aggiunto con la sua “criminalizzazione”. Tale delegittimazione l’ha resa capace di creare un “fenomeno” che si concretizza in un giro di denaro favorendo anche l’assoggettamento alle istituzioni. La sua legalizzazione o meno sono solo variabili e adattamenti che non scalfiscono questo potere che le è stato attribuito.

Cos’è il “drogato”? Una persona come le altre con una connotazione negativa che le viene data dal contesto culturale. *“Ancorché ‘deviante’ il ‘drogato’ esprime e rappresenta un modello, si tratta di un modello che sta a cavallo tra la normalità e la trasgressione. La sua normalità consiste nella ripetizione insaziabile del consumo, la sua trasgressione nell’aver scelto come merce principale una merce illegale”.*

Inutile mistificare o farsi illusioni, il consumatore stabile di sostanze non autoprodotte (escluso quindi chi si coltiva l’erba, si raccoglie i funghetti o si autoproduce altre sostanze), è parte integrante e fondamentale di un formidabile e ben produttivo circuito di mercificazione, è anche il soggetto principale della spettacolarizzazione: l’uso spettacolare che di lui si fa a tutto vantaggio degli organi repressivi si avvale dell’identificazione di un nemico da cui difendersi, aumentando la richiesta e l’ampliamento dell’istituzione che difende dal “delinquente”, istituzione che contemporaneamente produce il “delinquente” proprio con la criminalizzazione dell’uso della sostanza. Il meccanismo è clonato negli interventi “di recupero” di cui parleremo dopo. Il cosiddetto “drogato” rimane uno degli esempi più eclatanti del prodotto-merce-umano, schiavitù imposta dalla società stessa che perpetua all’infinito l’attività di isolare gli individui per meglio sfruttarli, controllarli e assuefarli con i vari prodotti di consumo, autoperpetuandosi fino all’attuale “società della catastrofe” ... e oltre... Il cosiddetto “drogato” è molto redditizio per tutti, produce un enorme giro d’affari e di spettacolarizzazione, ci campano politici, trafficanti su vari livelli, organi repressivi (carceri e sbirraglia varia), pubblica sanità, multinazionali del farmaco, drogologi di tutte le razze e risme (psichiatri, medici, educatori, privato sociale con associazioni e comunità terapeutiche), giornalisti e quant’altro.

Cos’è il vizio, l’uso della sostanza “stupefacente”? “Perché si consuma”? Seguiranno alcune osservazioni-ipotesi parziali:

1) In positivo un piacere, una libertà che ci si prende. Se è un piacere o una libera scelta non vediamo perché collegarlo a un contesto medico o problematizzare la cosa. Non approfondiremo qua aspetti ludici e liberi dell’uso di sostanze, cosa che ci trova in pieno accordo. Accenniamo solo al fatto che chi usa sostanze con tale motivazione difficilmente finisce stabilmente sotto le “cure” di un Ser.T e tanto meno di un centro di salute mentale per sua libera scelta, se ci finisce è a causa della consuetudine criminalizzante e del moralismo im-





perante che non ammette il piacere e l'ozio (rinominati moralisticamente vizi) che sono poco produttivi ma utili come pretesto all'incremento del controllo sociale. Sappiamo che il moralismo è funzionale al controllo sociale, partorito ed esercitato dagli organi religiosi, adottato in seguito dalle varie classi dirigenti, e, permetteteci, raramente praticato soggettivamente ma imposto agli "altri" da entrambi. In questo caso, se ci beccano in castagna, gli organismi repressivi si sono ben organizzati "imponendo, con le buone o le cattive le cosiddette terapia e risocializzazione".

2) Ma l'uso della sostanza ad oggi è soprattutto una soluzione virtuale alla sofferenza esistenziale, un tentativo di appropriarsi di spazi mentali vivibili: quando l'uso è abituale diviene generalmente fallimentare per varie ragioni, molte delle quali vanno al di là della sostanza stessa, tra esse l'identificazione in un ruolo e il valore che si dà alla sostanza. "La droga, nel suo consumo e nella sua diffusione, nasce da bisogni individuali e collettivi frustrati, irrealizzati e costretti in una strada a senso unico" ovvero, dall'impossibilità oggettiva di creare e attuare la propria esistenza. In sintesi (e ci scusino i lettori per l'analisi parziale, incompiuta e schematica) ecco come può, la sostanza psicoattiva, sostituire virtualmente questa impossibilità: Anestetizzando dall'insopportabile (oppia-

cei e sostanze rincoglianti varie tra le quali mettiamo anche gli psicofarmaci sedativi), il problema è quindi l'inaccettabilità dell'esistente. Potenziano virtualmente la persona che finalmente può sentirsi qualcuno e "rappresentarsi", per "illudersi d'essere", ubbidendo al postulato dell'attuale società che si nutre del "sembrare", dell'essere produttivi e "vincenti" per farla franca al vuoto relazionale e di senso all'esistenza (coca e psicostimolanti vari), il problema è quindi rappresentato dalla spettacolarizzazione di sé e dall'iperproduttività richieste dall'esistente. Offendo mondi alternativi, (vacanze o "trip") al vuoto che impera dentro e fuori ampliando fantasie, colorandolo e trasportando in un viaggio lontano dalle miserie quotidiane (LSD, keta e sostanze psichedeliche varie), il problema è quindi l'insufficienza prodotta dall'esistente.

Le stesse funzioni sono svolte da molti altri prodotti offerti dal mercato ma socialmente accettati (non necessariamente sostanze psicoattive ma anche oggetti, persone, ruoli). Nell'attuale cultura la funzione di isolare i membri per renderli "schiavi di bisogni indotti" e di conseguenza "consumatori abituali" non viene a mancare mai, l'unica differenza è che il cosiddetto "drogato" è più redditizio.

Cosa sono l'istituzione psichiatrica e la medicalizzazione?

Le istituzioni totali sono attualmente rappresentate da ospizi, carcere e psichiatria, e implicano la privazione del potere dell'individuo sulla propria vita. Anche quando esse si presentano "necessarie" e dal volto umanitario la loro anima rimane la coercizione in difesa del potere istituito e quindi della proprietà privata e del privilegio di pochi. Sappiamo che la psichiatria è erede diretta, in metodi e intenti, della santa inquisizione, esemplare nell'imprigionare, torturare e se necessario uccidere l'individuo deviante per costringerlo al "bene" (o alla "ragione", o conversione a un'idea collettiva), per eliminare il "maligno" dall'anima (guarigione comportamentale). Entrambe sono esecutrici del ruolo di "controllo sociale", aliene alla molteplicità irrispettosa dell'individuo, nemiche della libertà. Il controllo della cosiddetta "follia" (e il non ascolto delle sue ragioni d'essere), così come il controllo dell'abitudine a "farsi" (in cui le vere ragioni del perché ci si fa non vengono contemplate correttamente) include l'annullamento della persona (rieducazione e interdizione farmacologica o giuridica). L'essenza totalizzante si esprime nel sequestrare l'individuo proprio quando, non riuscendo più a trovare sbocchi relazionali in situazioni oggettive insostenibili, struttura il proprio pensiero e le proprie azioni secondo i bisogni del momento, etichettandola con la "diagnosi" (schizofrenico, tossicodipendente, borderline) e interrompendone l'esistenza autonoma che da quel momento sarà assoggettata al nuovo ruolo imposto e probabilmente controllata in tutti i suoi aspetti. Il riconoscersi malati non è diverso dal riconoscersi "indemoniati, peccatori, tossicodipendenti". Tutto gioca sul senso di colpa indotto. La psichiatrizzazione permette di rendere funzionale chi è scomodo e trasformarlo in merce (anche sociale e ideologica) annullandone in prima istanza l'individualità. Tutto ciò avviene sotto sembianze umanitarie e paternaliste: la santa inquisizione prometteva il paradiso con il rogo, e il consenso pubblico non mancava.

Quali sono le sorti di coloro di cui la psichiatria "si prende cura"? Sa davvero risolvere la sofferenza psichica, relazionale, esistenziale (derivazioni dirette della catastrofe sociale) restituendo l'individuo a se stesso? I risultati, sempre che vogliamo vederli, sono sotto gli occhi di tutti: l'assoggettamento a nuove dipendenze-subordinanze disumanizzanti e ben più subdole crea umani emozionalmente e intellettualmente disinnescati, impossibilitati ad agire profondamente sulla propria vita e sull'esistente. La psichiatria è come un ragno, paralizza e digerisce la sua vittima nella sua stessa pelle succhiandone interamente l'esistenza.

La psichiatria droga le persone con sostanze di pessima qualità e più dannose all'organismo (metadone e psicofarmaci) per togliere droghe più piacevoli, ma soprattutto per togliere ogni potere autogestionario: quando la persona si rivolge allo specialista, la delega da volontaria di-



viene coatta. Le droghe le decide il “dottore”, le chiama “medicine” e quando ci si sottrae dall’assunzione vengono imposte con la forza con trattamenti sanitari obbligatori (TSO), accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e se ci si rifiuta di prendere le loro droghe si viene sottoposti a depot coatti (iniezioni a lento rilascio di neurolettici, ovvero farmaci con effetti lobotomici e paralizzatori del sistema nervoso e quindi del cervello). Le recenti proposte di riforma della 180 chiedono alla psichiatria maggiore iniziativa nei confronti dei consumatori di sostanze, ma anche l’inasprimento di lunghezza e modalità del TSO che potrebbe durare 6 mesi rinnovabili di 6 mesi in 6 mesi su giudizio dello psichiatra (come la “stecca” degli OPG), ed essere effettuato anche fuori dagli ospedali, ovvero cliniche e comunità private (cfr privatizzazione delle carceri...) e a domicilio (ovvero arresti domiciliari...). Questo è il rischio che corre chiunque entra in un centro di salute mentale a chiedere aiuto: basta un attimo di smarrimento emozionale o relazionale per ritrovarsi appioppata da doppia diagnosi e il neurolettico coatto con tutto ciò che ne consegue. Una via eletta a tali medicalizzazioni passa proprio attraverso le comunità dove si entra pieni di roba e si esce pieni di neurolettici o alla meglio di antiepilettici (stabilizzatori dell’umore). L’istituzione psichiatrica si è sempre occupata di medicalizzazione delle problematiche sociali, prime fra tutte il vizio e le abitudini socialmente sconvenienti. Tra essi particolarmente appetibile, il “drogato”. Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, bibbia della psichiatria, cataloga i vizi, i piaceri, le differenze in quanto malattie. Totalmente comprato dal mercato e funzionalmente ad esso, la psichiatria trasforma i vizi (o piaceri) in merce favorendo farmaceutiche, lobby specialistiche e mercato del lavoro a discapito dei malcapitati ex-viziosi.

Prendere il metadone è medicalizzazione di un piacere, è delega, perché non si sceglie la sostanza, la quantità tutt’al più si contratta, i tempi sono imposti: una schiavitù volontaria sovrapposta alla schiavitù della spinta a ripetere a consumare. Il metadone è molto più difficile da dismettere, coprire un mantenimento di 300 mg di metadone con la “roba” è pressoché economicamente impossibile, se questa non è schiavitù correggetemi. Il metadone può apparire comodo, può apparire necessario, sicuramente lo è al sistema che cerca pubblico consenso, diminuendo la cosiddetta “delinquenza” che le sue stesse leggi ha creato, rafforzandosi. Ma comodo anche perché la medicalizzazione inaugura l’entrata del “vizioso” in nuovi circuiti di mercato (anche del lavoro), comodo infine all’inerzia intellettuale che è l’unica assuefazione che dovrebbe preoccuparci: *“la delinquenza, dopo esser stata opportunamente utilizzata e spettacolarizzata, deve trasformarsi in devianza istituzionalizzabile. La devianza in progressiva demenza, onde concludere il ciclo”*.

Se qualcuno si avvicina a un servizio sociale o alla psichiatria di sua spontanea volontà è per chiedere aiuto, l’istituzione sotto un’apparente contrattazione e con maschera benevola accetta di aiutare solo se si delega a lei, e solo a lei, la gestione del problema. Infatti le risposte sono rieducative, socializzanti e medicalizzanti, si parla di reinserimento sociale (ma in quale società?), per nascondere le uniche cose che premono: la mercificazione e il controllo sociale. Da libero consumatore di sostanze o “delinquente” si diventa “malati”, l’esperienza viene colpevolizzata, banalizzata, l’individuo dev’essere “corretto”. La comprensione e l’attenzione sulle mostruosità prodotte sugli individui da catastrofiche politiche economiche e sociali viene sviata con la colpevolizzazione dell’individuo stesso: non è il conte sto che è invivibile, ma l’individuo che è difettoso. Ed ecco apparire sul mercato del lavoro innumerevoli “comunità” e orde di educatori. Una società di adulti da “normalizzare e “ri-educare” (piegare al sistema) è segno inequivocabile del fallimento della comprensione dell’esistente e del totalitarismo onnipervadente. Dittatura che si vuole continuare a ignorare e da cui ci si anestetizza con una nuova ideologia di ispirazione cattolica, quindi assistenzialista e di salvazione dalla sofferenza. Ecco apparire ex “peccatori” (da criminali a redenti) pieni di speranza per i loro simili. Da soggetto controllato e creatore di capitale “sporco” (ma funzionale) qual’era nell’illegalità, ora l’ex-drogato diviene creatore e spesso motore di un altro tipo di mercificazione e di controllo nuovamente funzionale: quello del lavoro “riabilitativo”, “reintegrante”, “risocializzante”, insomma tutti quei circuiti di addomesticamento sociale in cui la persona passa da una falsa ideologia (il diverso) a un’altra falsa ideologia (l’integrato). Ecco infine tutta la sua vita ruotare attorno ad un’unico fuorviante tema: la DROGA. La schiavitù volontaria spesso di gioca sull’urgenza che non permette la creazione di autogestione, occorre ad esempio riuscire ad uscire dal carcere, e lo si fa entrando nel carcere sociale, il carcere oltre le sbarre, in cui si è al contempo carcerati e carcerieri.

Il privato sociale non ha arriciato il naso nell’offrirsi come alternativa al carcere, anzi si è sviluppato e ha ingrassato le sue tasche appiccicose, molti educatori, tra cui ex-consumatori sono asserviti al ruolo di carcerieri domiciliari presso le comunità “adottando in maniere più o meno falsamente blande o sfacciatamente dure i teoremi della rieducazione e del reinserimento sociale” scegliendo il meno peggio e non schierandosi come avrebbero dovuto fare, il perché è proprio nella cultura del “sociale” che si è sviluppata capillarmente con funzioni pacificatorie, anestetizzanti, fuorvianti.

Un’analisi approfondita svela che il cosiddetto fenomeno “droga” e “drogologi” è a tutti gli effetti utile, molto utile al mantenimento dello status quo sociale e dei gruppi di potere, economico o repressivo che sia, col consenso da parte del “popolo” ecco sorgere la necessità (mito) per una ri-educazione di massa in cui l’individuo scompare per lasciar posto all’automa sociale.

“Chiunque parli di liberazione dalla dipendenza delle droghe senza parlare della necessità della liberazione dalla società presente, parla con lingua biforcuta (...) Chiunque parli, invece, della riscoperta della stupefazione, come moto irrinunciabile dell’animo lanciato nei difficili percorsi dell’avventura e della fondazione della comunità umana e lo colleghi con la critica radicale di tutti gli aspetti della società capitalista neomoderna e del suo Stato, parla con la lingua diritta, ed è sostenitore della più ampia delle “cure” che si possano ipotizzare. (...) Ed è in questo percorso, e solo in esso, che la materia prima, cioè il cosiddetto drogato, deve ricostituirsi come soggetto, rifiutandosi di essere materia prima, negandosi al senso della colpa, impedendosi di funzionare realmente come materia prima. Sabotando gli architetti ed i muratori che, usandola come mattone, edificano quell’orrore che la droga da sé sola non potrebbe mai costruire”.

Alcuni suggerimenti e accortezze molto importanti

Incontrare lo psichiatra nel circuito Ser.T e strutture collegate è sempre più facile, la loro presenza è sempre più invadente.

Lo stesso vale all'interno delle comunità. Il termine migliore che abbiamo coniato per definire lo psichiatra è "psicopoliziotto in camice", anche se si mostrasse vostro amico sapete che ha un grosso potere sugli altri, maggiore di quello di un giudice, in soli 5 minuti (tempo necessario per scrivere una diagnosi e una terapia) può modificare la vostra vita radicalmente, sempre in peggio. Tirarsi fuori dalla psichiatria è molto difficile.

- Anche se state male sapete che l'aiuto psichiatrico è l'aiuto che dà alla società presto o tardi annullandovi (galera farmacologica, manganello chimico, contenzione fisica legati al letto). Voi non starete meglio e grazie alle loro pessime droghe e ai problemi connessi al ruolo di malati che affibbiano, in breve tempo è possibile non essere neanche più in grado di rendersi conto di cosa si subisce (effetti lobotomici anche permanenti).

- Se dovete essere sottoposti a una visita (colloquio) non andateci in momenti in cui vi sentite particolarmente strani (tipo dopo una notte in bianco o dopo aver assunto sostanze eccitanti o psichedeliche).

- Lo psichiatra vi vede sempre malati, quindi se state male, state bene o siete a metà strada per loro questo è sempre diagnosticabile: se costretti a colloqui con psichiatri (o psicologi che lavorano con loro) più vi saprete controllare e non rivelare aspetti del vostro carattere e della vostra vita relazionale, interiore e privata che potrebbero essere utilizzati contro di voi, più sarà difficile appiccicarvi addosso una diagnosi. Potete eventualmente farvi accompagnare alle "visite". Durante questi incontri

evitate sempre di fare confidenze, di parlare di convinzioni personali storiche, scientifiche, religiose, di sesso, suicidio, autolesionismo, cose che possano ricordare la violenza o il pericolo, gente che vi fa del male, anche per fare esempi o per scherzo. L'esperienza rivela che può essere necessario recitare una parte accondiscendente o addirittura allontanarsi per non rendersi rintracciabili.

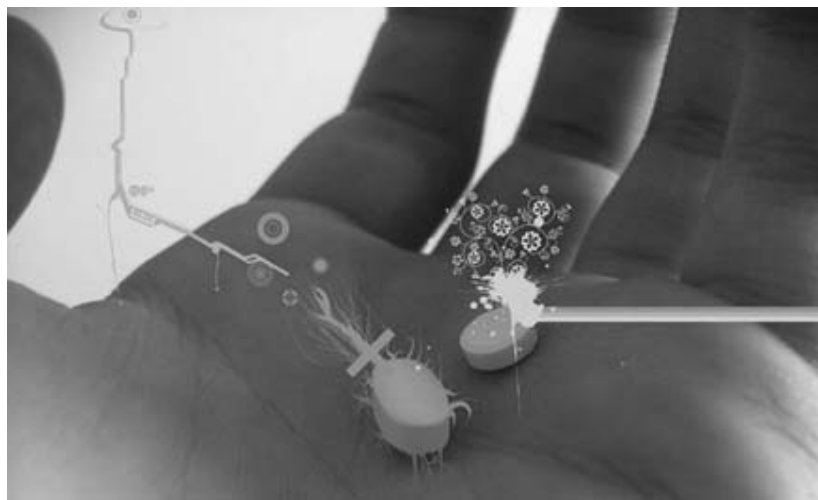
- Se vi blindano mostratevi compiacenti e non ribellatevi, loro hanno droghe e metodi di contenzione capaci di piegare chiunque, per sfuggire occorre essere furbi e informati.

- Gli effetti di lenimento della sofferenza che vi propongono durano ancor meno di quelli dell'oppiaceo, mentre l'oppiaceo anestetizza i neurolettici "legano", "paralizzano", "disattivano", se ve li impongono sapete che c'è chi fa finta di prenderli e li sputa o vomita, se vi rifiutate di prenderli sarete sottoposti a iniezione depot a lento rilascio e sarà molto difficile sottrarsi. Smettere i neurolettici molto spesso significa andare fuori di testa, è un circuito chiuso, una trappola.

- Quando si dismettono le droghe, soprattutto oppiacei, è normale avere "svarioni", le emozioni si riattivano potentemente, e i pensieri aumentano e con essi possibili confusioni. In quel momento è molto facile essere diagnosticati "borderline", la stessa cosa vale quando esagerate con pasticche, coca e droghe psichedeliche, potete andare fuori di testa, in quei momenti state alla larga dagli psichiatri.

Se "fuori di testa" ci va qualche vostro amico state vicino a lui da subito e non portatelo in un centro di salute mentale o in un ospedale. Se non vengono medicalizzati tali episodi sono destinati a sparire in pochi giorni, a volte qualche mese, contattate piuttosto qualche attivista dell'antipsichiatria per ottenere informazioni.

NOTA: I corsivi tra virgolette sono frammenti tratti (e in parte modificati) da Riccardo d'Este e Gabriele Pagella "Quel ramo nell'ago di Narco", quattrocentoquindici edizioni, 1993.



TSO: UNO STRUMENTO DI CONTROLLO



La riforma del sistema psichiatrico italiano, che, con la legge 180 del 1978, ha visto l'abolizione dei Manicomi, si è rivelata più verbale che materiale, riguardando solo i luoghi della psichiatria, non i trattamenti e le logiche sottostanti. Con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici si è verificata una trasformazione che ha visto sorgere tutta una serie di piccole strutture preposte all'accoglienza dei vecchi e nuovi utenti della psichiatria, quali case famiglia, Centri di Salute Mentale (CSM), centri diurni, reparti ospedalieri, comunità terapeutiche, ecc, all'interno dei quali continuano a perpetuarsi sia l'etichetta di "malato mentale" sia i metodi coercitivi e violenti della psichiatria. Si sono conservati dispositivi e strumenti propri dei manicomi, quali la gestione del tempo quotidiano, dei soldi, l'obbligo delle cure e il ricorso alla contenzione fisica.

La legge Basaglia non ha intaccato il fenomeno dell'internamento, mantenendo inalterato il principio di manicomialità in base al quale chiunque può essere arbitrariamente etichettato come "malato mentale" e rinchiuso. Mentre l'articolo 32 della Costituzione sancisce il diritto alla libera scelta del luogo di cura e la volontarietà delle cure mediche, con la legge 180 e la successiva 833 si sono stabiliti dei casi in cui il ricovero può essere effettuato indipendentemente dalla volontà dell'individuo: è il caso del TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e dell'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio).

Nel 1892 la popolazione dei degenti psichiatrici era calcolata intorno ai 24.118 persone. Nel 1914 tale cifra raggiunse i 54.311 individui, per impennare ancora toccando, nel 1934, gli 80.000 internati. Su queste stime si mantenne fino al 1971, anno in cui cominciò a decrescere gradualmente fino a raggiungere nel 1978 i 54.000 internati, con

un movimento annuo di ricoverati che ammontava a circa 190.000 persone. Nel 1978 esistevano in Italia un centinaio di istituti (Ospedali Psichiatrici Provinciali) con una capacità di circa 80.000 posti letto.

Oggi il numero degli internati nel sistema post-manicomiale è difficilmente calcolabile perché con l'introduzione del TSO il flusso in entrata ed in uscita dai reparti nell'arco dell'anno si è fortemente accelerato, mentre la diffusione dei trattamenti psichiatrici extra-ospedalieri è enorme e riguarda ormai più di 600.000 persone.

Il regime terapeutico imposto dal TSO ha una durata di 7 giorni e può essere effettuato solo all'interno di reparti psichiatrici di ospedali pubblici. Deve essere disposto con provvedimento del Sindaco del Comune di residenza su proposta motivata da un medico e convalidata da uno psichiatra operante nella struttura sanitaria pubblica. Dopo aver firmato la richiesta di TSO, il Sindaco deve inviare il provvedimento e le certificazioni mediche al Giudice Tutelare operante sul territorio il quale deve notificare il provvedimento e decidere se convalidarlo o meno entro 48 ore. Lo stesso procedimento deve essere seguito nel caso in cui il TSO sia rinnovato oltre i 7 giorni.

La legge stabilisce che il ricovero coatto può essere eseguito solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni: l'individuo presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, l'individuo rifiuta la terapia psichiatrica, l'individuo non può essere assistito in altro modo rispetto al ricovero ospedaliero. Subito ci troviamo di fronte ad un problema: chi determina lo "stato di necessità" e l'urgenza dell'intervento terapeutico? E, in che modo si dimostra che il ricovero ospedaliero è l'unica soluzione possibile? Risulta evidente che le condizioni di attuazione di un TSO rimandano, di fatto, al giudizio esclusivo ed arbitrario di uno psichiatra, giudizio al quale il Sindaco, che dovrebbe insieme al Giudice Tutelare agire da garante del paziente, di norma non si oppone.



Per la persona coinvolta l'unica possibilità di sottrarsi al TSO sta nell'accettazione della terapia al fine di far decadere una delle tre condizioni, ma è frequente che il provvedimento sia mantenuto anche se il paziente non rifiuta la terapia.

Se, in teoria, la legge prevede il ricovero coatto solo in casi limitati e dietro il rispetto rigoroso di alcune condizioni, la realtà testimoniata da chi la psichiatria la subisce è ben diversa. Con grande facilità le procedure giuridiche e mediche vengono aggirate: nella maggior parte dei casi i ricoveri coatti sono eseguiti senza rispettare le norme che li regolano e seguono il loro corso semplicemente per il fatto che quasi nessuno è a conoscenza delle normative e dei diritti del ricoverato.

Spesso il paziente non viene informato di poter lasciare il reparto dopo lo scadere dei sette giorni ed è trattenuto inconsapevolmente in regime di TSV (Trattamento Sanitario Volontario). Persone che si recano in reparto in regime di TSV sono poi trattenute in TSO al momento in cui richiedono di andarsene. Diffusa è la pratica di far passare, tramite pressioni e ricatti, quelli che sarebbero ricoveri obbligati per ricoveri volontari: si spinge cioè l'individuo a ricoverarsi volontariamente minacciandolo di intervenire altrimenti con un TSO. La funzione dell'ASO è generalmente quella di portare la persona in reparto, dove sarà poi trattenuta in regime di TSV o TSO secondo la propria accondiscendenza agli psichiatri. Esemplicativa la vicenda di M. R., condotto al CSM di Livorno per un ASO il 30 Gennaio 2008: M. in quella

occasione accettò il ricovero volontario per non incorrere in un TSO, ma il 6 Febbraio, alla sua richiesta di uscire, gli venne notificato un TSO che lo costrinse a rimanere in reparto per altre due settimane.

L'obbligo di cura oggi non si limita più alla reclusione in una struttura, ma si trasforma nell'impossibilità effettiva di modificare o sospendere il trattamento psichiatrico per la costante minaccia di ricorso al ricovero coatto cui ci si avvale alla stregua di strumento di oppressione e punizione.

L'attuale situazione è frutto non solo del potere psichiatrico e della totale mancanza di informazioni in merito all'istituzione psichiatrica, ma anche delle pressioni e intimidazioni più o meno dirette che le persone finiscono per subire in ambito familiare e sociale.

Un altro dato non può essere tralasciato: il grado di spersonalizzazione ed alienazione che si raggiunge durante una settimana di TSO ha pochi eguali. Il ricovero coatto rimane un atto di violenza e rappresenta un grande trauma per chi lo subisce. Insieme al bombardamento farmacologico che mira ad annullare la coscienza di sé della persona e a renderla docile ai ritmi e alle regole ospedaliere, per i pazienti considerati "agitati" si ricorre ancora all'isolamento e alla contenzione fisica. Riprovevole la vicenda del Giugno 2006 che vide G. Casu, un venditore ambulante ricoverato in TSO a Cagliari, morire dopo sette giorni di contenzione fisica e farmacologia. A seguito di questo tragico episodio il primario del reparto è stato sospeso dall'incarico e rinviato a giudizio per omicidio colposo insieme ad una collega psichiatra.

Purtroppo i casi di morte in TSO non sono pochi. Volendone citare alcuni ricordiamo E. Idehen, morto nel Maggio 2007 a Bologna: l'uomo si era sottoposto volontariamente alle cure, ma alla richiesta di andare a casa i medici decisero per il TSO facendo intervenire la polizia alle sue insistenze; la versione ufficiale sul decesso parla di una crisi cardiaca avvenuta mentre infermieri e poliziotti tentavano di portare l'uomo nel letto di contenzione. Nel Giugno 2007 a Empoli segue la morte per arresto cardiocircolatorio di Roberto Melino, un ragazzo di 24 anni: il giovane era entrato in reparto in TSV, tramutato, come nel caso precedente, in TSO alla richiesta di andare a casa; resta da chiarire se il decesso sia avvenuto per cause naturali o in seguito alla somministrazione di qualche farmaco.



ABOLIAMO L'ELETTROSHOCK



È del 17 marzo 2009 un articolo uscito su La Repubblica in cui si mette in risalto come in merito all'applicazione della terapia elettroconvulsivante la Regione Toscana applichi «regole più severe» a tutela del paziente.

Effettivamente la Regione Toscana si è distinta, insieme ad altre, nella volontà di porre un limite all'uso della TEC. Con la legge regionale n.39 del 18 ottobre 2002 «in materia di applicazione della terapia elettroconvulsivante, la transorbitale e altri simili interventi di psichirurgia» venivano, infatti, poste alcune restrizioni all'uso dell'elettroshock. Nell'articolo 3 commi 2 e 3 si stabiliva che la TEC può essere praticata solo con il «consenso libero, consapevole, attuale e manifesto» del paziente e che a tale fine lo psichiatra deve fornire esaurienti informazioni sugli effetti collaterali e sui possibili metodi alternativi. Se ne sconsigliava inoltre l'utilizzo su minori, anziani oltre i sessantacinque anni e donne in stato di gravidanza e si vietava l'uso di lobotomia prefrontale e transorbitale e di altri simili interventi di psichirurgia. Al comma 4 si stabilivano inoltre apposite linee guida sull'utilizzo dell'elettroshock e le procedure relative al consenso e all'autorizzazione adottate dalla Giunta regionale. La Corte Costituzionale ha abolito nel dicembre 2002 questi passaggi (commi 2 e 3 perché la Giunta Regionale non ha il diritto di dare indicazioni su singole terapie, comma 4 per illegittimità costituzionale). Rimanevano gli articoli 1 e 2 e l'articolo 4 in cui, «considerata la non univocità dei dati di letteratura e le discordanze che caratterizzano il dibattito sulla TEC nella comunità scientifica», si avviava una Commissione Consiliare competente a svolgere un'azione di monitoraggio, sorveglianza e valutazione.

Il fatto che la Regione operi un monitoraggio sulla terapia elettroconvulsivante e sottolinei l'esigenza di un maggiore consenso informato è sicuramente apprezzabile, ma la spinosa questione dell'elettroshock rimane tutt'altro che risolta.

Da anni lottiamo affinché il consenso informato, previsto legalmente in materia psichiatrica, venga effettivamente garantito al paziente - che ha il diritto di sapere gli effetti collaterali ed i rischi in cui incorre sottoponendosi a tale trattamento. Problema che si ripropone in tutti gli ambiti dell'istituzione psichiatrica, primo fra tutti quello delle terapie farmacologiche nel quale vige la più totale disinformazione.

Ma soprattutto, al di là del consenso informato, rimangono la brutalità di questa tecnica, la sua totale mancanza di validità scientifica e l'assenza di un valore terapeutico comprovato.

I meccanismi di azione della TEC non sono noti. Per la psichiatria «rimane irrisolto il problema di come la convulsione cerebrale provochi le modificazioni psichiche» e «non è chiaro quali e in che modo queste modificazioni (dei neurotrasmettitori e dei meccanismi recettoriali) siano correlate all'effetto terapeutico» (G. B. Cassano, Manuale di Psichiatria). Ma per chi subisce tale trattamento i danni cerebrali sono ben evidenti e possono essere rilevati attraverso autopsie e variazioni elettroencefalografiche anche dopo dieci o venti anni dallo shock.

Migliorandone le garanzie burocratiche, così come introducendo alcune modifiche nel trattamento (anestesia totale e farmaci miorilassanti che impediscono le contrazioni muscolari in precedenza diffuse a tutto il corpo con la conseguente rottura di denti ed ossa) non si cambia la sostanza della TEC. L'elettroshock deve essere abolito!

Ricordiamo inoltre che, al di là dei buoni propositi di alcune singole regioni, la situazione a livello nazionale verte su tutt'altre posizioni. Se nel 1996 una circolare dell'allora Ministro della Sanità R. Bindi definiva l'elettroshock «presidio terapeutico di provata efficacia», nel mese di marzo dello scorso anno usciva una petizione del Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, appoggiata dall'AITEC (Associazione Italiana Terapia Elettroconvulsivante) per aumentare i centri clinici autorizzati a praticare la TEC con l'obiettivo di arrivare ad almeno un servizio per ogni milione di abitante in tutte le regioni d'Italia. È inoltre di ieri un allucinante articolo, pubblicato al corriere della sera, che pubblicizza uno studio del Policlinico di Milano in cui si paragona il cervello ad una pila: «se il cervello fosse come una pila, la depressione potrebbe essere vista come se il livello della batteria fosse basso. Perché allora non ricaricare un cervello gravemente depresso con la corrente?»

Ci teniamo a ribadire che l'elettroshock è una disumana violenza e un attacco all'integrità psicologica e culturale dell'individuo che lo subisce. Insieme ad altre comuni pratiche della psichiatria come il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), la terapia elettroconvulsivante è un esempio se non l'icona della coercizione e dell'arbitrio esercitato dalla psichiatria e dalla società nei confronti di chi non vuole normalizzarsi alle sue regole.

“Il folletto” è un giornale autoprodotta sul quale scrivono sopravvissuti, utenti loro malgrado e individui contrari alla psichiatria.

È un foglio di comunicazione anti-psichiatrica.... “anti” nel senso di “opposizione” alla pseudoscienza psichiatrica e alle sue forme di “prevenzione” che implicano pratiche autoritarie. In questo momento storico in cui lo stato “previene” creando pattuglie miste di polizia ed esercito, la psichiatria continua a sequestrare le persone scomode e chi è giudicato “pericoloso per sé o per gli altri”.

“Il folletto” vuole essere uno strumento di informazione atto a evitare di rimanere ingabbiati nelle menzogne e nelle barbarie della psichiatria, denunciarne le torture mascherate da “cura medica”, creare una cultura di comprensione del problema e di solidarietà. Uno strumento di contro-prevenzione, un foglio dove condividere la propria esperienza d’opposizione... nel tentativo di mettere a disposizione di tutti le esperienze di ognuno.

La diffusione del giornale si vale del sistema autogestionario. Semplicemente stampando e fotocopiando ognuno le copie da distribuire localmente, questa condivisione può passare da questa pagina alle strade.

A questo scopo abbiamo preparato due versioni del giornale scaricabili dalla rete, una per la stampa in formato A3 da piegare e pinzare, adatta alla stampa fronte e retro in fotocopisteria o in tipografia, e l’altra è adatta ad essere letta sul computer o stampata in formato A4 sulla stampante di casa.

Si scarica dal sito www.senzaragione.org nella sezione DOWNLOAD.

Chiunque abbia voglia di partecipare al progetto, non solo è il benvenuto, ma necessario. Oltre che nella diffusione si può collaborare con articoli, informazioni, immagini.

Contatto: redazione_ilfolletto@yahoogroups.com



STAMPA E DIFFONDI