

Erving Goffman.

ASYLUMS.

Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza.

Edizioni di Comunità, Torino 2001.

Prefazione di Alessandro Dal Lago.

Postfazione di Franco e Franca Basaglia.

Titolo originale: "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates".

Copyright 1961 by Erving Goffman.

Published by arrangement with Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc.

"La carriera morale del malato mentale" è tratto da «Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes», vol. 22, n. 2, maggio 1959. Copyright 1959 by the William Alanson White Psychiatric Foundation, Inc.

Copyright 1968 Giulio Einaudi editore s.p.a., Torino.

Traduzione di Franca Basaglia.

Erving Goffman è nato in Canada nel 1922 ed è scomparso nel 1982. Si laureò all'Università di Toronto, quindi passò a Chicago dove si addottorò in filosofia. Condusse per un anno una ricerca in una delle isole Shetland, raccogliendo materiale per un lavoro sulle comunità. Fece parte, in qualità di ricercatore, del National Institute of Mental Health. Ha insegnato, tra altri prestigiosi incarichi, al Dipartimento di Sociologia dell'Università di California, a Berkeley. Tra gli scritti di Goffman tradotti in italiano ricordiamo: "Il comportamento in pubblico" (Einaudi, 1971), "Modelli di interazione" (il Mulino, 1982) e "Il rituale dell'interazione" (il Mulino, 1988).

«Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato. Prenderemo come esempio esplicativo le prigioni nella misura in cui il loro carattere più tipico è riscontrabile anche in istituzioni i cui membri non hanno violato alcuna legge. Questo libro tratta il problema delle istituzioni sociali in generale, e degli ospedali psichiatrici in particolare, con lo scopo precipuo di mettere a fuoco il mondo dell'internato». Così scrive Goffman in apertura di "Asylums". Egli realizza una descrizione impressionante di «ciò che realmente succede» in un'istituzione totale, al di là delle retoriche scientifiche, terapeutiche o morali con cui chi detiene il potere nell'istituzione giustifica le degradazioni degli esseri umani che solitamente avvengono. Ciò che Goffman compie, in "Asylums", è una sorta di esercizio morale: rovesciare la pretesa che le istituzioni dettino la loro logica alle scienze sociali, far «parlare» attraverso la rievocazione sociologica di semplici gesti la dimensione tipicamente umana della resistenza all'oppressione. Pubblicato da Einaudi, per la prima volta più di trent'anni fa, con un'introduzione di Franco e Franca Basaglia, questo libro esce ora da Edizioni di Comunità con una nuova prefazione di Alessandro Dal Lago. L'introduzione dei Basaglia compare qui come postfazione.

INDICE.

Prefazione di Alessandro Dal Lago.

Asylums. Le istituzioni totali.

Prefazione.

Premessa.

Sulle caratteristiche delle istituzioni totali.

- Introduzione.
- Il mondo dell'internato.
- Il mondo dello staff.
- Cerimonie istituzionali.
- Precisazioni e conclusioni.

La carriera morale del malato mentale.

- La fase del predegente.
- La fase del degente.

La vita sotterranea di un'istituzione pubblica.

- Parte prima: Introduzione.
- Parte seconda: La vita sotterranea dell'ospedale.
- Parte terza: Conclusioni.

Il modello medico e il ricovero psichiatrico.

Postfazione di Franco e Franca Basaglia.

Note.

PREFAZIONE

di Alessandro Dal Lago.

1. Ci sono libri che trascendono il proprio ambito disciplinare e contrassegnano una tendenza, se non un'epoca, della cultura. Questo è il caso di "Asylums", un'opera che richiama inevitabilmente i movimenti di critica e di riforma delle istituzioni psichiatriche negli anni Sessanta e Settanta. In effetti, questo riferimento non è illegittimo. Al momento della sua pubblicazione in italiano, più di trent'anni fa, questo libro fu letto come una descrizione (tanto più efficace quanto più «neutrale», estranea cioè ai presupposti impliciti ed espliciti della psichiatria) delle dinamiche sociali dell'internamento psichiatrico. Dopo aver analizzato le caratteristiche distintive delle istituzioni totali, Goffman descriveva il carattere collusivo delle «carriere» (1) psichiatriche (i percorsi di istituzionalizzazione degli internati), il mondo dello staff, le cerimonie istituzionali e infine gli adattamenti degli internati alla cultura istituzionale, ovvero la loro lotta di resistenza per mantenere spazi di dignità. Per sollevare il velo su una dimensione così complessa, e solitamente celata sia all'opinione pubblica sia alla ricerca sociale, era necessaria una sensibilità particolare. Fin dalla breve prefazione, Goffman presenta questa ricerca sul campo, condotta principalmente in un ospedale psichiatrico di Washington, al di fuori del canone (o della retorica) della neutralità scientifica. Con l'ironia che gli è consueta, l'autore chiarisce subito che una ricerca sulla situazione dei degenti psichiatrici non può che collocarsi, in qualche modo, dalla loro parte:

"Il mio metodo ha anche altri limiti. Se si vuole descrivere fedelmente il mondo del paziente non si può essere obiettivi. (Di questo mi scuso - entro certi limiti - affermando che lo squilibrio è però dal giusto piatto della bilancia, poiché quasi tutta la letteratura professionale sui pazienti mentali è scritta dal punto di vista dello psichiatra, ed egli è - socialmente parlando - dall'altra parte). [...] Infine, diversamente da quanto accade in alcuni pazienti, io arrivai in ospedale animato da ben scarso rispetto della psichiatria in quanto scienza, e per le altre entità ad essa collegate" (2).

Ciò non significa per Goffman vantare qualche variante di soggettivismo o di parzialità nella ricerca sociale (come è stato osservato (3), egli aveva una

concezione naturalistica della sociologia). Goffman parte piuttosto dal presupposto che la ricerca ha spesso luogo in situazioni preventivamente squilibrate, e che quindi l'obiettività è il punto d'arrivo e non di partenza della ricerca. Nulla sarebbe più distorto che analizzare l'interazione tra un giudice e un imputato o tra un maestro e uno scolaro come se questi attori sociali si trovassero su un piano di parità. L'obiettività si può raggiungere, almeno in sociologia, riconoscendo le asimmetrie di ruolo, di posizione sociale o, se si vuole, di potere che danno una certa impronta all'interazione sociale. Questa posizione non è isolata nella sociologia di Goffman. Vent'anni dopo la pubblicazione di "Asylums", egli tornerà sullo stesso problema nelle battute finali del discorso presidenziale scritto in occasione del convegno del 1982 della American Sociological Association, un discorso che non poté tenere perché già colpito dalla malattia che l'avrebbe condotto di lì a poco alla morte:

"Questa è la nostra eredità e questo è finora ciò che abbiamo da tramandare. Se si deve per forza avere una giustificazione del nostro studio motivata da bisogni sociali, facciamo sì che essa consista nell'analisi non sponsorizzata della situazione sociale di cui godono coloro che hanno autorità istituzionale - sacerdoti, psichiatri, insegnanti, poliziotti, generali, capi di governo, genitori, maschi, bianchi, cittadini, operatori dei media e tutte le altre persone con una posizione che permette loro di dare un imprimatur ufficiale a versioni della realtà" (4).

Si comprende allora perché, a partire da premesse di questo tipo, "Asylums" potesse essere letto, trent'anni fa, come una ricerca anti-psichiatria (5). Nel descrivere la situazione degli internati psichiatrici, e in generale delle «istituzioni totali», Goffman era consapevole che lo staff deteneva una posizione capace di produrre una «versione ufficiale della realtà». Si trattava allora, per un ricercatore obiettivo, di mettere da parte questa versione e di analizzare la cultura e la struttura istituzionali che regolano l'interazione sociale. Così, come il lettore si accorge subito, Goffman realizza una descrizione impressionante di «ciò che veramente succede» in un'istituzione totale, al di là delle retoriche scientifiche, terapeutiche o morali con cui chi detiene il potere nell'istituzione giustifica le pratiche di degradazione degli esseri umani che solitamente vi avvengono. Si pensi, solo per fare un esempio, alla sobria ma definitiva confutazione della giustificazione terapeutica dell'elettroshock:

"L'uso dell'elettroshock, su raccomandazione del sorvegliante, come mezzo per costringere gli internati alla disciplina, e per calmare quelli che non ascoltano minacce, offre un esempio, in qualche modo più moderato ma più largamente diffuso, del medesimo processo. In tutti questi casi, l'attenzione medica è presentata al paziente e ai suoi parenti come un servizio individuale, ma ciò che viene servita qui è l'istituzione, dato che l'azione specifica si inserisce in ciò che ridurrà i problemi della conduzione amministrativa. In breve, sotto l'apparenza di un modello di servizio medico, si può trovare talvolta la pratica di una manutenzione medica" (7).

Sono passi come questo, insieme alle realistiche e obiettive descrizioni della vita dell'istituzione e delle manovre degli internati per mantenere spazi di autonomia, ad aver conferito a Goffman la fama di sociologo antiistituzionale e, in un certo senso, di punto di riferimento di quella controcultura che andava diffondendosi, a partire dalla metà degli anni Sessanta, nelle università americane ed europee (8). Tuttavia, questo giudizio, fatto proprio una trentina d'anni fa anche da critici delle nuove tendenze della sociologia (9), è alla base di una ricezione complessivamente parziale della sua produzione, anche e soprattutto in Italia. Per alcuni anni, e in cerchie abbastanza ampie, Goffman è stato letto e conosciuto soprattutto per il libro qui presentato e come sociologo della devianza e della stigmatizzazione (10). Se si escludono alcuni sporadici interventi critici, al di fuori della sociologia di lingua inglese Goffman è stato per molto tempo un autore molto citato ma scarsamente utilizzato (11). E' vero che, come tutti i pensatori veramente originali, la sua opera è in qualche misura irripetibile e refrattaria a una collocazione scolastica e

accademica (in questo senso lo si potrebbe accostare a un classico atipico della sociologia come Georg Simmel). Ma è indubbio che il vero lascito di Goffman è altrove e non è stato ancora adeguatamente sfruttato.

2. Bisogna dire, per cominciare, che il suo lavoro di ricerca si ricollega a una tradizione assai ricca: quella che, negli Stati Uniti, si è contrapposta di fatto, dagli anni Trenta in poi, alle tendenze più formaliste della teoria sociale rappresentate in primo luogo da Talcott Parsons. Si noti che Goffman rifuggiva, per quanto possibile, dall'inclinazione tipicamente europea alla teorizzazione e alla critica secondaria (12). La sua contrapposizione alle costruzioni teoriche struttural-funzionaliste era fattuale, basata sulla scelta metodologica dell'osservazione diretta (ciò che ne fa un sociologo empirico, anche se, come vedremo, di tipo molto particolare) e sull'interesse per un campo specifico di lavoro, "l'interazione faccia-a-faccia". Al di là delle situazioni e dei contesti studiati (dal traffico ai teatri, dalle organizzazioni professionali al gioco d'azzardo, dagli ospedali psichiatrici alle conversazioni quotidiane) questi sono rimasti, fin dalla sua tesi di dottorato (13), gli aspetti principali e distintivi del suo lavoro sociologico. Anche se Goffman ha avuto dei predecessori, dei maestri, degli affini e dei compagni di strada (penso soprattutto a un sociologo atipico del lavoro come Everett C. Hughes, ai sociologi della scuola di Chicago, agli interazionisti simbolici, agli esponenti dell'antropologia sociale americana (14), ai "labelling theorists" e così via), il suo contributo è sicuramente imponente e isolato. Non so se, come qualcuno ha affermato, egli possa essere considerato il sociologo più importante del secolo. Ma, indubbiamente, la sua opera spicca, oggi forse più di ieri, in un panorama di sostanziale livellamento della teoria sociale.

Per quanto riguarda il suo oggetto privilegiato di indagine, l'interazione faccia-a-faccia, la critica è ormai orientata a considerarlo come un territorio in gran parte scoperto da Goffman. Naturalmente, esiste una sterminata letteratura sull'interazione, in psicologia sociale, sociologia, antropologia, eccetera. Il contributo di Goffman, tuttavia, consiste nell'aver individuato il campo dell'interazione come una realtà "autonoma", non coincidente con le macrostrutture sociali e nemmeno con le motivazioni individuali. In particolare, egli non ritiene, come i teorici struttural-funzionalisti, che nella struttura dell'interazione si manifesti una corrispondenza con quella della cultura e della personalità. Ciò non significa tuttavia che Goffman, come si è spesso affermato in passato, abbia misconosciuto l'esistenza, o la rilevanza sociologica, delle strutture sociali. Si tratta piuttosto di due dimensioni diverse, dotate di regole e poste specifiche:

"Quando il vostro agente di borsa vi informa che deve svendere le vostre azioni o quando il vostro datore di lavoro o la vostra consorte vi informano che i vostri servizi non sono più richiesti, la cattiva notizia può essere data in una conversazione riservata che gentilmente e delicatamente umanizza l'occasione. Questo tatto appartiene alle risorse dell'ordine dell'interazione. Sul momento potete essere molto riconoscenti per il loro utilizzo. Ma il mattino dopo che differenza fa aver avuto la notizia al telefono, al computer, da un foglio blu dove timbrate il cartellino o da una nota succinta lasciata sulla vostra scrivania? La maggiore o minore delicatezza con cui si è trattati quando vengono comunicate cattive notizie non ha nulla a che vedere con il significato strutturale delle notizie stesse" (15).

Per Goffman, l'interazione ha regole sue proprie e soprattutto una posta specifica. In breve, l'ordine dell'interazione è di tipo "rituale". Con ciò non si intendono, diversamente dall'etologia, sequenze di comportamento più o meno ripetitive innescate da esigenze specifiche o il dispiegarsi di «pacchetti» istintuali, e nemmeno cerimonie formalizzate o no, centrate sulla celebrazione della solidarietà o della struttura dei gruppi sociali (come quelle studiate dall'antropologia classica). Benché Goffman utilizzi ampiamente, a fini di illustrazione e di documentazione, materiali di tipo etologico e antropologico, egli sottolinea l'autonomia dell'ordine rituale che governa le interazioni ordinarie, colloquiali, apparentemente banali della vita quotidiana. Qui la ritualità ha propriamente la funzione di proteggere il "self" dell'attore

sociale, nelle sue declinazioni più sottili e delicate: il rispetto di sé, la protezione della «faccia», in una parola la sua sacralità. Si tratta di una dimensione estremamente complessa, di cui Goffman ha lasciato analisi dettagliatissime, esplorandone il funzionamento, le lacerazioni, le riparazioni, le vie di fuga, eccetera. Al di là del tecnicismo di questo tipo di analisi (insuperato, in quanto molti hanno sviluppato i suoi campi di analisi e ripreso i suoi concetti, senza però la sua straordinaria capacità analitica e descrittiva), è fuori discussione che Goffman ha contribuito, nonostante la modestia con cui si attribuiva il semplice ruolo di ricercatore, a un decisivo progresso della teoria sociologica.

Per Goffman, l'attore sociale non è un individuo esclusivamente impegnato in calcoli razionali, né un puro e semplice esecutore di precetti culturali, né una mera espressione di istanze profonde, come pretenderebbero le teorie sociali più in voga nel ventesimo secolo, come il marxismo o la psicoanalisi (o le loro versioni caricaturali). O, meglio, è un po' di tutto questo, e insieme molto di più: è soprattutto un virtuoso della sopravvivenza in un mondo quotidiano irto di pericoli potenziali per il suo rispetto di sé o, ciò che è la stessa cosa, per il rispetto "del suo sé". In questo senso, è stato notato come Goffman applichi al campo dell'interazione sociale l'intuizione durkheimiana della sacralità della società (16). Il sacro non va cercato oggi nelle grandi cerimonie collettive, la «religione civile» a cui pensava Durkheim (cerimonie che già Max Weber, all'inizio del ventesimo secolo, considerava grottesche, e che oggi, a maggior ragione, sono inevitabilmente condizionate dall'artificialità della loro natura mediale) (17). Il sacro è piuttosto la posta dei rituali di interazione a cui l'attore sociale partecipa creativamente tentando sempre di affermare la supremazia del suo "self" contro le pretese del formalismo delle organizzazioni, dei ruoli artificiali che gli vengono assegnati dalla divisione del lavoro, delle istituzioni del controllo sociale. Questo è il filo che collega le ricerche di Goffman sul lavoro cooperativo, sulla teoria dei ruoli, fino alle ultime ricerche sugli schemi cognitivi che governano l'interazione sociale e sulle conversazioni quotidiane (18). E questo è precisamente il senso di "Asylums", in cui la descrizione delle pratiche di controllo e disumanizzazione degli internati è complementare al riconoscimento della loro lotta di «resistenza» per l'identità.

3. Come il lettore vedrà in questo libro, non si tratta di una semplice metafora o di una drammatizzazione romantica. Il mondo delle istituzioni totali viene anche descritto dalla capacità degli internati o dei pazienti (e in generale dei «clienti» delle organizzazioni che pretendono di disciplinare la vita) di «resistere» alle mortificazioni e alle pratiche di spoliazione che vi sono abituali. Così, ritagliarsi degli spazi personali, escogitare canali di comunicazione alternativi a quelli ufficiali, creare delle reti di solidarietà, in breve mantenere in vita un altro tipo di socialità, è la risposta paziente, anche se sommessa, che gli internati danno alle pretese totalitarie dell'istituzione. Si leggano, per esempio, le descrizioni delle tecniche con cui gli internati proteggono o mantengono rapporti personali o affettivi non ammessi dalla cultura ufficiale dell'istituzione:

"Quando uno dei due componenti di una coppia veniva rinchiuso, l'altro poteva effettuare la consegna di messaggi, sigarette, caramelle, con l'aiuto di un compagno di reparto dell'amico segregato che potesse invece muoversi liberamente. Inoltre, entrando di nascosto in un edificio adiacente a quello dell'amico, era talvolta possibile vederlo dalla finestra di un fabbricato alla finestra dell'altro. Sapendo che l'amico rinchiuso avrebbe avuto il permesso di uscire in gruppo, era qualche volta possibile camminargli al fianco, mentre lui o lei, veniva accompagnato al reparto di un altro edificio. Ma quando entrambi perdevano il privilegio di muoversi liberamente all'interno dell'ospedale, o non lo avevano ancora ottenuto, si assisteva a una serie di rapporti veramente complicati. Per esempio, una volta ho visto un paziente in un reparto chiuso usare la tecnica, ormai standardizzata, di far cadere un po' di soldi in un sacchetto di carta fuori dalla finestra, ad un amico libero di circolare che stava lì sotto. Secondo le istruzioni, l'amico portò i soldi al bar interno, comprò patatine fritte al caffè e le portò a una finestra del pianterreno dove

la ragazza, amica dell'autore del piano, li poteva ritirare. Come si può vedere, per i pochi pazienti in questa situazione, l'ospedale forniva una sorta di situazione scherzosa nella quale ci si poteva mettere contro l'autorità, e alcuni dei rapporti che ne nascevano sembravano nascere, in parte dal divertimento che traeva colui che li metteva in atto, nell'intrigo di sostenerli" (19).

Sono esempi come questi, insieme a innumerevoli altri offerti dal libro, ad aver conferito a Goffman la fama di virtuoso della descrizione sociologica, capace di ricostruire un mondo in base ai dettagli più banali e modesti. Sulla «modestia» delle sue descrizioni è necessaria però una precisazione. Il tono dimesso di passi come quello citato non ne nasconde il carattere anti-autoritario, e quindi, se vogliamo, la profonda preoccupazione etica. La semplice analisi delle relazioni tra staff e internati - «semplice» nel senso che è accuratamente depurata dall'ideologia terapeutica, e quindi in questo senso «obiettiva», naturalistica - mette in luce come nel microcosmo dell'istituzione si svolgano conflitti sordi, disperati pur nel loro carattere «scherzoso», anche se la loro posta è costituita dalla difesa di spazi minimi di autonomia: la libertà di fumare, il cenno di intesa tra due internati che si incrociano in un corridoio, le patatine fritte donate all'amica, l'attaccamento a una coperta che permette a un paziente di isolarsi dalla vita dell'istituzione. Ciò che Goffman compie, in "Asylums", non è una mera esercitazione empirica, la fenomenologia di un microcosmo sociale, ma una sorta di esercizio morale: rovesciare la pretesa che le istituzioni dettino la loro logica alle scienze sociali, far «parlare» attraverso la rievocazione sociologica di semplici gesti la dimensione tipicamente umana della resistenza all'oppressione, anche quando questa si manifesta nelle forme più neutrali, organizzate, scientifiche. Alcune considerazioni sullo stile di "Asylums" potranno confermare questa impressione e soprattutto un'immagine del lavoro di Goffman alternativa sia alla semplificazione anti-psichiatrica, diffusa una ventina d'anni fa, sia alla tendenza oggi più in voga che ne fa un «virtuoso» della descrizione. Se il lettore presta la necessaria attenzione ai materiali utilizzati da Goffman, si accorge facilmente che essi sono costituiti, oltre che dalle sue descrizioni empiriche, da una letteratura assai varia: certamente da quella scientifica, sociologica e in parte «psichiatrica», ma anche memorialistica e romanzesca. In questo libro, "White Racket" di Melville o "The Mint" di T. E. Lawrence assumono la dignità di veri e propri materiali empirici (20). Si tratta di una scelta metodologica in qualche misura deviante (rispetto almeno ai canoni prosaici della metodologia qualitativa, per non parlare di quella quantitativa) che Goffman ha mantenuto in tutte le sue opere, ma che qui assume un sapore particolare. Da una parte, si può parlare certamente di una scelta stilistica, capace di conferire al testo sociologico gradevolezza e leggibilità. Dall'altra, l'uso di questi materiali permette a Goffman di inserire le sue osservazioni empiriche (raccolte dopotutto per un certo periodo di tempo su un terreno specifico e circoscritto) in un contesto più ampio, la condizione umana e personale in luoghi oggettivamente disumani, quelli in cui la società confina per tempi più o meno lunghi i propri scarti. Se Goffman usa autobiografie più o meno romanzate, resoconti di prigionia e descrizioni letterarie (e non si limita, nel reperimento e nell'uso di tali testi, al mondo delle istituzioni psichiatriche), è perché sta facendo qualcosa di più di una descrizione sociologica. Il saggio più rilevante di questo libro, almeno da un punto di vista teorico, "Sulle caratteristiche delle istituzioni totali", vale in un certo senso anche per il mondo delle prigioni e delle caserme (e in una misura diversa, ma significativa, anche per quello di istituzioni più morbide come un collegio o una scuola), per non parlare dei campi di concentramento. Con ciò Goffman non intende tanto eliminare le differenze tra queste istituzioni più o meno «totali» o totalitarie, quanto portare alla luce i tratti comuni delle pratiche che vi sono all'opera. E' vero che Goffman ha in mente soprattutto gli ospedali psichiatrici, ma l'uso di materiali relativi alla disciplina nelle accademie militari o alla vita nelle prigioni non può essere semplicemente liquidato come un ulteriore esempio di virtuosismo o di pratica sociologica «ironica». Con l'uso di termini come «recluta» per definire il novizio, l'internato psichiatrico appena giunto in ospedale, Goffman mette in

luce, per esempio, logiche di gestione dell'ordine e pratiche di assoggettamento che vanno al di là del contesto manicomiale. Appare qui insomma il grande problema dell'istituzionalizzazione nella società moderna. E' alla luce di questo libro che dovrebbe essere ridiscussa, per esempio, la celebre tesi durkheimiana del declino del diritto repressivo nelle società governate dalla solidarietà organica, cioè quelle complesse, le nostre. Se non ci si ferma alle diverse letture più o meno convenzionali dell'opera di Goffman, si avverte che la sua importanza teorico-critica va molto al di là della modestia dichiarata dall'autore.

Riprendere "Asylums" è naturalmente indispensabile per chi voglia lavorare, nello stesso spirito obiettivo e con la stessa moralità, sulla condizione "attuale" degli internati psichiatrici, anche se le condizioni, le pratiche e le istituzioni di internamento sono radicalmente cambiate negli ultimi trent'anni. Ma dovrebbe essere alla base anche di qualsiasi riflessione sulle pratiche di esclusione repressiva praticate nella società contemporanea, in campo penale per cominciare. E' stato Michel Foucault a notare, in un testo tradotto recentemente, che lo sviluppo delle scienze umane in senso lato (medicina, psichiatria, criminologia, eccetera) si accompagna, negli ultimi due secoli, a una trasformazione creativa delle pratiche di internamento degli esclusi (21). Questo riferimento a un illustre esponente di una disciplina lontana dalla sociologia, la storia dei sistemi di pensiero, non sembri forzato. Credo infatti che il miglior modo per onorare un classico della sociologia contemporanea come Goffman sia utilizzarne l'opera con la stessa libertà che egli manifestava verso la propria tradizione di ricerca.

Ottobre 2000

ASYLUMS.

Le istituzioni totali.

PREFAZIONE DELL'AUTORE.

Dall'autunno 1954 fino alla fine del 1957 sono stato membro visitatore al Laboratory of Socio-environmental Studies del National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland. In quegli anni feci alcuni brevi studi sul comportamento di reparto nel National Institute of Health Clinical Center. Nel 1955-56 feci un anno di lavoro sul campo nell'ospedale St. Elizabeths, a Washington (D.C.), un'istituzione federale di circa settemila internati, dove convergono tre quarti dei pazienti del distretto della Columbia. Mi fu possibile raccogliere il materiale, in seguito alla concessione di una borsa di studio del National Institute of Mental Health, M-4111 (A) e con la partecipazione del Center for the Integration of Social Science Theory dell'Università di California, Berkeley.

Lo scopo immediato del mio lavoro nell'ospedale St. Elizabeths era tentare di apprendere qualcosa sul mondo sociale dell'internato e su come egli viva soggettivamente la propria situazione. Iniziai con il ruolo di assistente al corso di ginnastica, precisando, quando mi veniva richiesto, di essere uno studioso della vita di comunità; passavo il giorno con i pazienti, evitando di intrattenere rapporti socievoli con lo staff e di disporre di chiavi. Non dormivo nei reparti e la direzione dell'ospedale conosceva lo scopo della mia presenza.

Era allora, ed è tuttora, mia opinione che qualsiasi gruppo di persone - detenuti, primitivi, piloti o pazienti - sviluppino una vita personale che diventa ricca di significato, razionale e normale quando ci si avvicini ad essa, e che un buon modo di apprendere qualcosa su questi mondi potesse essere partecipare al ciclo di vita quotidiana cui gli internati sono soggetti.

I limiti, sia del metodo da me adottato, che della sua applicazione sono ovvi: non mi sono lasciato coinvolgere neppure apparentemente e se lo avessi fatto, l'insieme dei miei movimenti e dei miei ruoli, quindi i miei dati, sarebbe stato ancora più limitato. Per ottenere un dettaglio etnografico degli aspetti

particolari della vita sociale dei pazienti, non mi sono riferito agli usuali sistemi di misura e di controllo. Pensavo che il ruolo e il tempo che mi sarebbero stati richiesti per raccogliere una statistica su alcune condizioni di base, mi avrebbero impedito di raccogliere i dati, nel tessuto stesso in cui si trova a costruirsi la vita dei pazienti. Il mio metodo ha anche altri limiti. Il modo di vedere il mondo da parte di un gruppo, funziona a sostegno di coloro che ne fanno parte offrendo una definizione autogiustificante della loro situazione, e la possibilità di giudicare ad una certa distanza quelli che non appartengono al gruppo - in questo caso medici, infermieri, sorveglianti e parenti. Se si vuole descrivere fedelmente la situazione del paziente non si può essere obiettivi. (Di questo mi scuso - entro certi limiti - affermando che lo squilibrio è però dal giusto piatto della bilancia, poiché quasi tutta la letteratura professionale sui pazienti mentali è scritta dal punto di vista dello psichiatra, ed egli è - socialmente parlando - dall'altra parte). Inoltre, devo premettere che è probabile che il mio giudizio risenta del fatto di essere un borghese: forse io ho sofferto per condizioni cui i pazienti di classe più povera sapevano far fronte con minor disagio. Infine, diversamente da quanto succede in alcuni pazienti, io arrivai in ospedale, animato da ben scarso rispetto per la psichiatria in quanto scienza, e per le altre entità ad essa collegate.

Vorrei qui riconoscere in modo particolare l'aiuto che mi è stato dato dalle autorità responsabili. Il permesso per intraprendere questo studio sull'ospedale St. Elizabeths, fu trattato con l'allora primo assistente medico, il defunto dottor Jay Hoffman. Ci accordammo sul fatto che l'ospedale si sarebbe riservato il diritto di controllare e criticare il testo prima della pubblicazione, ma che non avrebbe fatto alcuna censura finale né richiesto chiarimenti particolari, essendo questi di pertinenza del National Institute of Mental Health di Bethesda. Fu d'accordo sul fatto che nessuna osservazione su persone identificabili dello staff o sugli internati sarebbe stata riportata a lui o a chiunque altro e che, in qualità di osservatore, io non ero obbligato ad interferire su ciò che volevo osservare. Accettò di aprire per me tutte le porte dell'ospedale e, durante il periodo della ricerca, lo fece, quando glielo chiesi, con una cortesia, prontezza ed efficienza che non dimenticherò mai. Più tardi, quando il sovrintendente dell'ospedale, dottor Winifred Overholser, controllò la prima stesura del lavoro, fece alcune cortesie correzioni di qualche errato riferimento, critiche e suggerimenti di cui ho fatto esplicitamente uso nella mia interpretazione delle cose e nel metodo adottato. Durante la ricerca il Laboratory of Socio-environmental Studies, allora diretto da John Clausen, mi fornì stipendi, segretari, critiche professionali ed aiuto, in modo da affrontare la realtà ospedaliera da un'angolazione sociologica e non dal punto di vista di una psichiatria velleitaria. Furono richiesti chiarimenti dal Laboratory e dal suo corpo dirigente, il National Institute of Mental Health ma il tutto si limitò all'invito a formulare un'espressione diversa in sostituzione di uno o due aggettivi villani.

Ciò che devo aggiungere è che la libertà e l'opportunità di dedicarmi ad una ricerca pura mi venne data da un ente governativo, per mezzo dell'aiuto economico di un altro ente governativo, entrambi incaricati di operare nella delicata area di Washington; il che è stato attuato in un momento in cui alcune università del nostro paese - tradizionali roccaforti della ricerca libera - avrebbero imposto maggiori limiti al mio lavoro. Per questo devo ringraziare l'apertura culturale degli psichiatri e degli scienziati sociali al governo.

Berkeley (Cal.) 1961.

PREMESSA DELL'AUTORE.

Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato. Prenderemo come esempio esplicativo le prigioni nella misura in cui il loro carattere più

tipico è riscontrabile anche in istituzioni i cui membri non hanno violato alcuna legge. Questo libro tratta il problema delle istituzioni totali in generale e degli ospedali psichiatrici in particolare, con lo scopo precipuo di mettere a fuoco il mondo dell'internato e non quello dello staff. Interesse primo è presentare un'interpretazione sociologica della struttura del "sé" ("self").

L'opera comprende quattro saggi, originariamente scritti separatamente, dei quali i primi due sono già stati pubblicati. Tutti tendono a puntualizzare il medesimo problema: la situazione dell'internato. Si risconteranno quindi delle ripetizioni. Ogni saggio tuttavia avvicina il problema centrale da un punto di partenza diverso, prendendo l'avvio da una diversa fonte sociologica, e non presenta quindi che qualche elemento in comune con gli altri.

Mi rendo conto che questo modo di presentare l'argomento può infastidire il lettore. Esso mi permette, tuttavia, di seguire analiticamente il tema centrale svolto in ciascun saggio e di confrontarne le diverse interpretazioni, uscendo dai limiti che mi sarebbero consentiti dalla suddivisione in capitoli di un libro costruito come un insieme organico. Adduco a pretesto il punto in cui si trova la nostra disciplina. Io credo che, per il momento, se si riconosce ai concetti sociologici una certa validità, si deve risalire per ciascuno di essi fino al punto in cui la sua applicazione si sia dimostrata utile e da qui lo si deve seguire ovunque porti, fino a costringerlo a rivelare l'intera disciplina cui appartiene. Per vestire dei bambini, è probabile risultino più utili numerosi cappotti, che non un'unica, magnifica tenda, dove tutti tremano di freddo.

Il primo lavoro "Sulle caratteristiche delle istituzioni totali" è un'indagine generale sulla vita sociale che si svolge in queste organizzazioni, indagine ottenuta attraverso l'analisi di due situazioni limite che comportano una partecipazione coatta di coloro che da esse dipendono - gli ospedali psichiatrici e le prigioni. Vi sono inoltre già precisati i temi che saranno svolti dettagliatamente negli altri saggi e ne è suggerita la collocazione nell'insieme del lavoro. Il secondo saggio "La carriera morale del malato mentale" analizza gli effetti iniziali dell'istituzionalizzazione sulle relazioni sociali tipiche di un individuo, prima che si trovi a diventare un «internato». Il terzo "La vita sotterranea di un'istituzione pubblica" si riferisce al tipo di legame che si presume l'internato abbia con l'istituto che lo tiene rinchiuso e, in particolare, al modo in cui egli può interporre una distanza fra sé e ciò che ci si aspetta da lui. L'ultimo saggio "Il modello medico e il ricovero psichiatrico" riporta l'attenzione sullo staff professionale per considerare - nel caso degli ospedali psichiatrici - il ruolo delle prospettive mediche nel presentare al malato la realtà della sua situazione.

SULLE CARATTERISTICHE DELLE ISTITUZIONI TOTALI.

Una versione più breve di questo saggio appare in "Symposium on Preventive and Social Psychiatry", Walter Reed Army Institute of Research, Washington (D.C.), 15-17 aprile 1957, p.p. 43-84. L'attuale versione è tratta da DONALD R. CRESSEY (a cura di), "The Prison", copyright 1961, Holt, Rinehart and Winston, Inc.

INTRODUZIONE.

1.

Le organizzazioni sociali - o istituzioni nel senso comune del termine - sono luoghi, locali o insiemi di locali, edifici, costruzioni, dove si svolge con regolarità una certa attività. In sociologia non esiste un modo particolare di classificarle. Alcune istituzioni, come la stazione centrale, sono accessibili a chiunque si comporti in modo decente; altre, come l'Union Club di New York, o i laboratori di Los Alamos sembrano più esclusive e rigorose circa il livello dei loro partecipanti; altre ancora, come negozi o uffici postali, sono costituite

da alcuni membri fissi che vi svolgono un certo servizio, e da un continuo fluire di persone che lo richiedono. Altre, come case e fabbriche, coinvolgono un gruppo meno fluttuante di partecipanti. In alcune istituzioni si svolgono attività dalle quali viene sancita la condizione sociale di coloro che ne fanno parte, il che può essere più o meno gradito. Altre invece consentono il raggrupparsi di persone allo scopo di svolgere un tipo di attività ricreative da loro scelte, sfruttando il tempo rimasto libero da attività impegnative. In questo saggio viene isolata e riconosciuta come naturale e ricca di possibilità di indagine, un'altra categoria di istituzioni, i cui membri sembrano avere tanti elementi in comune con quelli delle altre che, per studiarne una, risulterebbe utile esaminarle tutte.

2.

Ogni istituzione si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante. Nella nostra società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune delle quali agiscono con un potere inglobante - seppur discontinuo - più penetrante di altre. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste o brughiere. Questo tipo di istituzioni io lo chiamo «istituzioni totali» ed è appunto il loro carattere generale che intendo qui analizzare (1). Le istituzioni totali nella nostra società possono essere raggruppate - grosso modo - in cinque categorie. Primo, le istituzioni nate a tutela di incapaci non pericolosi (istituti per ciechi, vecchi, orfani o indigenti). Secondo, luoghi istituiti a tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi, rappresentano un pericolo - anche se non intenzionale - per la comunità (sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici e lebbrosari). Il terzo tipo di istituzioni totali serve a proteggere la società da ciò che si rivela come un pericolo intenzionale nei suoi confronti, nel qual caso il benessere delle persone segregate non risulta la finalità immediata dell'istituzione che li segrega (prigioni, penitenziari, campi per prigionieri di guerra, campi di concentramento). Quarto, le istituzioni create al solo scopo di svolgervi una certa attività, che trovano la loro giustificazione sul piano strumentale (furerie militari, navi, collegi, campi di lavoro, piantagioni coloniali e grandi fattorie, queste ultime guardate naturalmente dalla parte di coloro che vivono nello spazio riservato ai servi). Infine vi sono le organizzazioni definite come «staccate dal mondo» che però hanno anche la funzione di servire come luoghi di preparazione per religiosi (abbazie, monasteri, conventi ed altri tipi di chiostri). Una suddivisione delle istituzioni totali così formulata non è né chiara, né esauriente, né può servire di base per uno studio analitico dell'argomento. Essa risulta tuttavia capace di darci una definizione significativa della categoria, come punto di partenza concreto. Fissando in tal senso la definizione iniziale delle istituzioni totali, spero di riuscire ad analizzarne le caratteristiche, senza cadere nel pericolo di essere tautologico. Prima di tracciare un profilo generale da questo insieme di organizzazioni istituzionali, vorrei qui fare una precisazione di carattere concettuale: nessuno degli elementi che descriverò sembra tipicamente peculiare delle istituzioni totali, né può essere condiviso da tutte. Ciò che è tipico nelle istituzioni totali è che ciascuna di esse rivela, ad un altissimo grado, molti elementi in comune in questo tipo di caratteristiche. Parlando di «caratteristiche» userò dunque il termine in senso piuttosto restrittivo ma, penso, logicamente comprensibile. Ciò mi consente - contemporaneamente - di seguire il metodo della tipologia ideale, stabilendone i fattori comuni, con la speranza di poter evidenziare in seguito differenze significative.

3.

Uno degli assetti sociali fondamentali nella società moderna è che l'uomo tende a dormire, a divertirsi e a lavorare in luoghi diversi, con compagni diversi, sotto diverse autorità o senza alcuno schema razionale di carattere globale. Caratteristica principale delle istituzioni totali può essere appunto ritenuta

la rottura delle barriere che abitualmente separano queste tre sfere di vita. Primo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito che le porta dall'una all'altra, dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione. Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione.

Queste caratteristiche possono essere riscontrate, isolatamente, anche in luoghi che non hanno niente a che fare con le istituzioni totali. Ad esempio le nostre grandi organizzazioni commerciali, industriali e culturali vanno sempre più fornendo luoghi di ristoro e svaghi ricreativi per il tempo libero dei loro dipendenti. Tuttavia il fatto di poter godere di una più vasta gamma di possibilità, conserva - sotto molti aspetti - un carattere volontario e ci si preoccupa, anzi, di non far estendere il potere usuale dell'autorità fino a questo territorio. Analogamente le «casalinghe» o le famiglie che vivono nelle fattorie di campagna possono svolgere le loro attività vitali più importanti all'interno di una medesima area recintata, senza tuttavia essere irreggimentate collettivamente, dato che non svolgono le loro attività giornaliere a stretto contatto di gruppi di persone nelle loro medesime condizioni.

Il fatto cruciale delle istituzioni totali è dunque il dover «manipolare» molti bisogni umani per mezzo dell'organizzazione burocratica di intere masse di persone - sia che si tratti di un fatto necessario o di mezzi efficaci cui l'organizzazione sociale ricorre in particolari circostanze. Ne conseguono alcune importanti implicazioni.

Quando si agisce su gruppi di individui, accade che essi siano controllati da un personale la cui principale attività non risulta la guida o il controllo periodico (come può essere in molti rapporti fra datore di lavoro e lavoratore), quanto piuttosto un tipo di sorveglianza particolare, quale quella di chi controlla che ciascun membro faccia ciò che gli è stato chiesto di fare, in una situazione dove si tenderà a puntualizzare l'infrazione dell'uno contrapponendola all'evidente zelo dell'altro che, per questo, verrà costantemente messo in evidenza. Che sia il gruppo di persone controllate a precedere il costituirsi del piccolo staff controllore o viceversa, non è questo il problema; ciò che conta è che l'uno è fatto per l'altro.

Nelle istituzioni totali c'è una distinzione fondamentale fra un grande gruppo di persone controllate, chiamate opportunamente «internati», e un piccolo staff che controlla. Gli internati vivono generalmente nell'istituzione con limitati contatti con il mondo da cui sono separati, mentre lo staff presta un servizio giornaliero di otto ore ed è socialmente integrato nel mondo esterno (2). Ogni gruppo tende a farsi un'immagine dell'altro secondo stereotipi limitati e ostili: lo staff spesso giudica gli internati malevoli, diffidenti e non degni di fiducia; mentre gli internati ritengono spesso che il personale si conceda dall'alto, che sia di mano lesta e spregevole. Lo staff tende a sentirsi superiore e a pensare di aver sempre ragione; mentre gli internati, almeno in parte, tendono a ritenersi inferiori, deboli, degni di biasimo e colpevoli (3). La mobilità sociale fra le due classi è molto limitata: la distanza sociale è generalmente notevole e spesso formalmente prescritta. Perfino il colloquio fra l'una e l'altra «sfera» può svolgersi con un tono particolare di voce, così come risulta dal racconto romanzato di un'esperienza reale, vissuta durante un soggiorno in un ospedale psichiatrico:

«Stammi bene a sentire, - disse la signorina Hart mentre attraversavano la sala di soggiorno. - Cerca di fare quello che ti dice la signorina Davis. Non pensarci, fallo soltanto. Vedrai che andrà tutto bene».

Non appena ne sentì pronunciare il nome, Virginia capì ciò che vi era di terribile al reparto Uno. La signorina Davis. «E' la capo-infermiera?» «Certo!» mormorò la signorina Hart. Fu allora che alzò la voce. Le infermiere si comportavano con le pazienti come se non fossero in grado di sentire se non si rivolgevano loro urlando. Spesso parlavano fra loro con voce normale per dirsi

cose che le «ammalate» non dovevano sentire; se non fossero state infermiere, avresti detto che parlassero sole. «Una persona molto competente ed efficiente, la signorina Davis», annunciò la signorina Hart (4).

Benché un certo grado di comunicazione fra i ricoverati e lo staff che li sorveglia sia necessario, una delle funzioni del sorvegliante è il controllo del rapporto fra ricoverati e lo staff più qualificato. Uno studioso di problemi di ospedali psichiatrici ne dà un esempio:

"Dato che molti pazienti sono ansiosi di vedere il medico nel suo giro di visita, gli infermieri devono agire da mediatori fra i pazienti e il medico, qualora quest'ultimo non voglia farsi sopraffare da loro. Al reparto n. 30, sembra che al paziente senza sintomi fisici particolari che fosse caduto tanto in basso da non godere più alcun privilegio, non venisse mai permesso di rivolgere la parola al medico, se non era lo stesso dottor Baker a chiedere di lui. Il gruppo insistente, brontolone e delirante - che nel gergo degli infermieri era definito come «gli scocciatori», «le seccature» o «i cani da punta» - spesso tentava di passare oltre il sorvegliante-mediatore, ma quando qualcuno riusciva a farlo, veniva trattato piuttosto male" (5).

Così com'è ridotta la possibilità di comunicare fra un livello e l'altro, è altrettanto limitato il passaggio di informazioni, in particolare quelle che riguardano i piani dello staff nei confronti dei ricoverati. Il ricoverato è escluso, in particolare, dalla possibilità di conoscere le decisioni prese nei riguardi del suo destino. Che ciò accada nel campo militare (viene allora nascosta agli arruolati la destinazione del loro viaggio) o medico (si nasconde la diagnosi, il trattamento e la lunghezza della degenza prevista per i pazienti tubercolotici) (6), questa esclusione pone lo staff ad un particolare punto di distanza dagli internati, conservando una possibilità di controllo su di loro. Queste limitazioni di rapporto è probabile contribuiscano a mantenere gli stereotipi di tipo antagonistico (7). Due mondi sociali e culturali diversi procedono fianco a fianco, urtandosi l'un l'altro con qualche punto di contatto di carattere ufficiale, ma con ben poche possibilità di penetrazione reciproca. Inoltre l'ordinamento e l'istituzione stessa vengono identificati, in modo significativo, sia dallo staff che dagli internati come appartenenti in qualche modo allo staff, tanto che qualora l'uno o l'altro gruppo si riferisca alla finalità o agli interessi della «istituzione», risulta implicito che si stanno riferendo (come del resto io stesso farò) alla finalità e agli interessi dello staff.

La frattura fra staff e internati è una delle più gravi implicazioni della manipolazione burocratica di grandi gruppi di persone; una seconda implicazione concerne il problema del lavoro.

Negli ordinamenti usuali del vivere sociale, l'autorità del posto di lavoro si arresta nel momento in cui il lavoratore riceve il compenso per la propria attività svolta; il fatto di spenderlo nell'ambiente familiare e in occasioni ricreative, resta una sua questione privata, il che costituisce un mezzo per circoscrivere e delimitare l'autorità del luogo di lavoro. Ma affermare che agli internati delle istituzioni totali viene pianificata l'intera giornata, significa riconoscere che si dovrà organizzare la soddisfazione di tutti i loro bisogni primari. Qualunque sia l'incentivo al lavoro, esso non avrà il significato strutturale che ha nel mondo esterno. Ci saranno motivazioni diverse e diversi modi di considerarlo. Questo è un adattamento basilare richiesto agli internati e a coloro che devono indurli a lavorare.

Talvolta viene loro richiesta un'attività così limitata che gli internati, non abituati a lavori tanto leggeri, si annoiano enormemente. Il lavoro richiesto potrebbe essere svolto ad un ritmo molto lento o essere inserito in un sistema di pagamento che non corrisponde al valore dell'attività prestata ed è spesso di natura rituale, come la razione settimanale di tabacco e i regali di Natale che stimolano alcuni pazienti mentali a dedicarsi a certe attività. Naturalmente accade che, in altri casi, venga invece richiesto un orario di lavoro che supera quello di una normale giornata lavorativa; il che viene ottenuto, non tanto attraverso l'incentivo al guadagno, quanto piuttosto per la paura di una punizione fisica. In alcune istituzioni totali, come ad esempio campi per lavori

stagionali e navi mercantili, la pratica del risparmio forzato pospone l'usuale rapporto con ciò che il denaro può acquistare; l'istituzione si occupa di tutti i bisogni di coloro che ne fanno parte ed il pagamento è effettuato soltanto quando il periodo di lavoro è finito ed i lavoratori se ne vanno. In alcune istituzioni vige una sorta di schiavismo, nel senso che tutto il tempo dell'internato viene messo a completa disposizione dello staff; qui il senso del "sé" dell'internato e del suo possesso possono venirgli alienati dalla sua stessa capacità lavorativa. T. E. Lawrence ne dà un esempio nel suo racconto sul servizio prestato in un centro addestramento della RAF.

"I militari con un'anzianità di sei settimane che incontriamo sul lavoro feriscono il nostro senso morale incitandoci al menefreghismo: «Siete dei cretini, voi reclute, a scannarvi così», ci dicono. Che dipenda dal nostro entusiasmo per un'esperienza nuova, o è da ritenersi un residuo di civiltà che si conserva in noi? La RAF ci pagherà tutte le ventiquattro ore del giorno a tre mezzi penny all'ora; pagati per lavorare, per mangiare, per dormire: quei mezzi penny continuano ad accumularsi. E' dunque impossibile nobilitare una attività facendola bene. Bisogna perdere quanto più tempo possibile, dato che, alla fine del lavoro, non c'è ad aspettarci la casa e la famiglia, ma un altro lavoro" (8).

Che ci sia troppo da fare o troppo poco, colui che, nel mondo esterno, era un buon lavoratore, nell'istituzione totale viene corrotto a causa del sistema lavorativo vigente. Un esempio di un tal tipo di scadimento morale è la pratica, in uso in ospedali psichiatrici di stato, di «mendicare» o di «lavorarsi qualcuno» per un soldo da spendere al bar. Ciò viene fatto - seppure spesso con qualche riluttanza - da persone che nel mondo esterno lo considererebbero un comportamento al di sotto del loro rispetto di sé. (I membri dello staff, interpretando l'accattonaggio secondo i loro stereotipi civili nei confronti del guadagno, tendono a vederlo come un sintomo di malattia mentale e come un'ulteriore prova che li conferma nella convinzione che i ricoverati sono malati).

Vi è, dunque, un'incompatibilità fra le istituzioni totali e la struttura di base del pagamento del lavoro così com'è inteso nella nostra società. Le istituzioni totali sono incompatibili anche con un altro elemento fondamentale nella nostra società, la famiglia. La vita familiare è talvolta in contrasto con la vita del singolo; tuttavia i conflitti più reali si evidenziano nella vita di gruppo, dato che coloro che vivono, mangiano e dormono nel luogo di lavoro con un gruppo di compagni, difficilmente possono avere una vita familiare particolarmente significativa (9). Al contrario, invece, il fatto di avere la famiglia separata dal luogo di lavoro, consente ai membri dello staff di mantenersi integrati nella comunità esterna e di sfuggire alla tendenza inglobante della istituzione totale.

Che una particolare istituzione totale agisca nella società civile come una forza positiva o negativa, si tratta sempre di una «forza» che si avvalorerà, in parte, della soppressione di un intero cerchio di gruppi familiari, attuali o potenziali. Al contrario, l'esistenza di nuclei familiari offre la garanzia strutturale che le istituzioni totali troveranno qualche resistenza.

L'incompatibilità di queste due forme di organizzazione sociale dovrebbe quindi dirci qualcosa sulle loro più ampie funzioni sociali.

L'istituzione totale è un ibrido sociale, in parte comunità residenziale, in parte organizzazione formale; qui sta appunto il suo particolare interesse sociologico. Inoltre vi sono altre ragioni di interesse in questo tipo di organizzazioni. Nella nostra società esse sono luoghi in cui si forzano alcune persone a diventare diverse: si tratta di un esperimento naturale su ciò che può essere fatto del sé.

Sono state qui proposte alcune caratteristiche cruciali delle istituzioni totali. Ora vorrei prendere in esame queste organizzazioni da due prospettive diverse: primo, il mondo dell'internato; secondo, il mondo dello staff. Per poi parlare sui contatti fra l'uno e l'altro.

1.

Quando l'internato entra nell'istituzione, abitualmente presenta (per parafrasare un'espressione psichiatrica) la cultura del proprio ambiente familiare, un tipo di vita ed un insieme di attività presi per garantiti fino al momento della sua ammissione nell'istituto. E' quindi il caso di escludere dalla lista delle istituzioni totali gli orfanotrofi e gli istituti per trovatelli, se si eccettua il fatto che l'orfano viene socializzato nel mondo esterno per mezzo di processi di osmosi culturale, pur continuando questo mondo a negarlo sistematicamente. Qualunque sia il livello di stabilità nell'organizzazione personale della recluta, essa fa sempre parte del sistema più vasto nel quale il suo ambiente civile è inglobato: un insieme cioè di esperienze che conferma un concetto di sé tollerabile e consente una serie di manovre difensive, esercitate a propria discrezione, per far fronte a conflitti, accuse screditanti e fallimenti.

E' chiaro dunque che le istituzioni totali non sostituiscono la loro cultura univoca a qualche cosa di già formato; qui si ha a che fare con qualcosa di più limitato del processo di acculturazione o di assimilazione. Se avviene un cambiamento culturale, esso è legato - probabilmente - alla rimozione di certe possibilità di comportamento e al mancato tenersi al passo con gli ultimi mutamenti sociali che avvengono nel mondo esterno. Così, qualora la permanenza dell'internato si protragga, si potrebbe assistere a ciò che viene definito come un processo di «disculturazione» (10), vale a dire ad una mancanza di «allenamento» che lo rende incapace - temporaneamente - di maneggiare alcune situazioni tipiche della vita quotidiana del mondo esterno, se e quando egli vi faccia ritorno.

Per l'internato il significato dell'essere «dentro» o «all'interno» non esiste se non nella accezione particolare che assume per lui il riuscire ad «andar fuori» o uscire nel «mondo esterno». In questo senso, le istituzioni totali non tendono ad una sopraffazione culturale. Esse si limitano a creare e sostenere un tipo particolare di tensione fra il mondo familiare e quello istituzionale, che usano come leva strategica nel manipolamento degli uomini.

2.

La recluta entra nell'istituzione con un concetto di sé, reso possibile dall'insieme dei solidi ordinamenti sociali su cui fonda il suo mondo familiare. Ma, non appena entrata, viene immediatamente privata del sostegno che un tal tipo di ordinamenti gli offriva. Secondo il linguaggio preciso di alcune delle nostre più vecchie istituzioni totali, la recluta è sottoposta ad una serie di umiliazioni, degradazioni e profanazioni del sé che viene sistematicamente, anche se spesso non intenzionalmente, mortificato. Hanno inizio così alcuni cambiamenti radicali nella sua "carriera morale", carriera determinata dal progressivo mutare del tipo di credenze che l'individuo ha su di sé e su coloro che gli sono vicini.

I processi attraverso i quali il "sé" di una persona viene mortificato sono alquanto standardizzati nelle istituzioni totali (11); l'analisi di questi processi può aiutarci a vedere il tipo di ordinamenti che una comune istituzione deve garantire ai suoi membri, se intende mantenerne il sé civile.

La prima riduzione del "sé" viene segnata dalla barriera che le istituzioni totali erigono fra l'internato e il mondo esterno. Nella vita civile lo schema del susseguirsi dei ruoli di un individuo - sia nell'intero ciclo di vita che nello svolgersi delle attività quotidiane - gli assicura che nessun ruolo da lui giocato ostacolerà il suo agire e i suoi rapporti con un altro ruolo. Nelle istituzioni totali, invece, il fatto di farne parte rompe automaticamente lo schema dei ruoli, dato che la separazione dal mondo esterno perdura e può continuare per anni. E' per questo che avviene la spoliazione dei ruoli. In molte istituzioni totali il privilegio di ricevere visite o di uscire dall'istituto per andare a trovare qualcuno, è all'inizio totalmente negato, il che produce nella nuova recluta una prima profonda frattura con i propri ruoli passati, con conseguente percezione di spoliazione dei ruoli. Un rapporto sulla vita dei cadetti di un'accademia militare ce ne dà un esempio:

"Questo taglio netto con il passato deve essere attuato in un periodo relativamente breve. Per due mesi il nuovo arruolato non ha il permesso di lasciare la base o di stabilire rapporti con i non cadetti. Questo isolamento completo aiuta a creare un gruppo unito di nuovi arruolati e non un insieme eterogeneo di persone di condizioni diverse. Le uniformi sono consegnate il primo giorno e i riferimenti alla ricchezza e all'ambiente familiare sono proibiti. Sebbene la paga del cadetto sia molto bassa, non gli è permesso ricevere soldi da casa. Il ruolo del cadetto deve sostituire ogni altro ruolo giocato in precedenza; poche tracce riveleranno la sua condizione sociale nel mondo esterno" (12).

Potrei aggiungere che quando l'ingresso è volontario, la recluta si è già parzialmente ritirata dal mondo familiare; ciò che viene chiaramente proibito dall'istituzione, aveva già incominciato a perdere il suo significato. Quantunque alcuni ruoli possano essere ricostruiti dall'internato se e quando egli faccia ritorno al mondo, è chiaro che altre perdite risultano irreversibili e come tali possono venire dolorosamente esperite. Può non essere possibile rifarsi - ad una fase più tarda della vita - del tempo che non si è potuto spendere nel coltivarsi, nel far carriera, nel far la corte a qualcuno, nell'educare i propri figli. Un aspetto legale di questa spoliazione permanente è evidente nel concetto di «morte civile»: i detenuti possono trovarsi non soltanto a perdere i diritti sul denaro lasciato loro in testamento, o possibilità di firmare assegni, di contestare divorzi o pratiche di adozione, o di votare; ma parte di questi diritti possono venir loro definitivamente abrogati (13).

L'internato si trova dunque a perdere alcuni ruoli a causa della barriera che lo separa dal mondo esterno. Il processo d'"ammissione" porta generalmente altri tipi di perdite e di mortificazioni. Molto spesso si trova il personale degli istituti occupato in quelle che sono definite le procedure d'ammissione: «fare la storia, fotografare, pesare, prendere le impronte, assegnare numeri, indagare, fare la lista di ciò che la recluta possiede per depositarlo, spogliare, lavare, disinfettare, tagliare i capelli, consegnare i vestiti all'istituto, istruendo il nuovo entrato sulle regole della comunità e assegnandogli l'alloggio» (14). Le procedure di ammissione potrebbero meglio essere definite come un'azione di «smussamento» o una «programmazione» dato che in seguito ad un tale procedimento, il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione, per essere lavorato e smussato dalle azioni di routine. Molte di queste procedure si basano su attributi come il peso e le impronte digitali che l'individuo possiede, semplicemente per il fatto di essere membro della più grande e più astratta delle categorie sociali: quella degli esseri umani. L'azione intrapresa sulla base di questi attributi ignora, inevitabilmente, la maggior parte dei fondamenti su cui si basa l'identificazione del "sé".

Dato che l'istituzione totale ha a che fare con un numero così grande di aspetti relativi alla vita degli internati - con il loro conseguente complesso smussamento al momento dell'ammissione - occorre ottenere una certa attitudine collaborativa da parte della recluta. Lo staff ritiene, spesso, che la prontezza con cui la recluta mostra un atteggiamento appropriatamente deferente nei suoi confronti alle prime occasioni d'incontro, significa che è disposta a giocare il ruolo del ricoverato facilmente adattabile alla situazione. L'occasione nella quale i membri dello staff chiariscono all'internato il suo obbligo al rispetto e alla deferenza, può rivelarsi nello sfidarlo a scegliere fra perdere o mantenere la pace per sempre. E' così che queste prime occasioni di socializzazione potrebbero comportare una sorta di «test di obbedienza» e perfino una lotta il cui scopo è fiaccare la volontà: un internato che si rivela provocatorio riceve immediatamente un'evidente punizione che andrà aumentando fino a quando non si arrenderà apertamente, umiliandosi.

Un esempio interessante è dato da Brendan Behan a proposito della sua contesa con due guardiani, al momento del suo ingresso nella prigione di Walton:

"«E tieni su la testa quando ti parlo».

«Tieni su la testa quando il signor Whitbread ti parla», disse il signor Holmes. Guardai verso Charlie. I suoi occhi incontrarono i miei e subito li abbassò verso terra.

«Che cosa stai guardando, Behan? Guardami».

.
Guardai il signor Whitbread. «La sto guardando», dissi. «Stai guardando il signor Whitbread - e allora?» disse il signor Holmes.

«Sto guardando il signor Whitbread».

Il signor Holmes guardò gravemente Whitbread, tirò fuori la mano aperta e mi colpì sulla faccia, mi prese con l'altra mano e mi colpì di nuovo.

La testa mi girava, mi bruciava, mi faceva male e mi domandavo se l'avrebbe fatto ancora. Non ricordavo più nulla e sentii un altro schiaffo, ancora nulla e un altro schiaffo. Mi mossi, ma fui trattenuto da una mano ferma e quasi gentile - e un altro schiaffo - e davanti ai miei occhi c'era rosso e bianco e lampi di luce colorata.

«Stai guardando il signor Whitbread, vero, Behan?»

Inghiottii, raccolsi la voce e provai ancora finché riuscii a tirarla fuori.

«Signore, la prego signore, sto guardandola, - dico, - io sto guardando il signor Whitbread»" (15).

La procedura d'ammissione e i tests d'obbedienza possono essere elaborati in una forma di iniziazione detta il «benvenuto», dove staff, internati, o entrambi, escono dalla loro posizione abituale per offrire alla recluta una chiara nozione della sua situazione (16). In qualità di partecipante a questo rito d'iniziazione, il nuovo entrato può essere chiamato con nomignoli come «pesce» o «novellino», che lo informano di essere solo un internato e - ciò che più conta - che la sua condizione è particolarmente spregevole, anche in questo contesto, già di per sé spregevole.

La procedura d'ammissione può essere definita come una sorta di perdita e di acquisto, dove il punto centrale sia fissato sulla nudità fisica. La perdita implica naturalmente una spoliazione di ciò che si possiede - importante nella misura in cui le persone investono un sentimento del sé in ciò che posseggono. Forse il più significativo di questi possessi è qualcosa che non è affatto fisico: si tratta del proprio nome; in qualunque modo si venga poi chiamati, la perdita del proprio nome può significare una notevole riduzione del "sé" (17). Una volta che l'internato sia spogliato di ciò che possiede, l'istituzione deve provvederne un rimpiazzamento, che tuttavia consiste in oggetti standardizzati, uniformi nel carattere ed uniformemente distribuiti. Questo tipo di beni sostitutivi è chiaramente indicato come appartenente all'istituzione e, in alcuni casi, essi vengono ritirati - ad intervalli regolari - per essere "disinfettati" della possibilità di venire identificati come beni personali. Nel caso di oggetti che si consumano - ad esempio matite - può venire richiesto all'internato di consegnare ciò che resta della prima per poterne ottenere una seconda (18). Il fatto che non forniscano agli internati armadietti personali e che essi siano soggetti a periodiche perquisizioni e confische delle eventuali proprietà personali accumulate (19) rinforza il sentimento di spoliazione. Gli ordini religiosi hanno ben individuate le implicazioni per il "sé" presenti nell'imposizione della rinuncia ad ogni proprietà. I monaci sono costretti a cambiare cella ogni anno, così da non legarsi ad essa. La regola benedettina è in questo senso esplicita:

"Per dormire bastano un materasso, una coperta, un copriletto e un cuscino. I letti devono essere frequentemente ispezionati dall'abate, in vista di proprietà private che potrebbero esservi rinvenute. Se si scopre qualcuno in possesso di oggetti che non gli sono stati dati dall'abate, sia severamente punito. E perché questo vizio della proprietà privata possa essere completamente sradicato, l'abate fornisca tutto ciò che è necessario: tonaca, tunica, calze, scarpe, coltello, penna, ago, fazzoletto e medicine, così che ogni bisogno venga soddisfatto. E che l'abate ricordi sempre quel passo degli Atti degli Apostoli: «Fu distribuito a ciascuno secondo i propri bisogni»" (20).

L'insieme delle proprietà personali ha un particolare rapporto con il "sé". L'individuo ritiene, di solito, di esercitare un controllo sul modo in cui

appare agli occhi degli altri. Per questo ha bisogno di cosmetici, vestiti, e di strumenti per adattarli, aggiustarli e renderli più belli; di un luogo accessibile, sicuro, dove poter conservare queste scorte e gli strumenti di lavoro - in breve, l'uomo ha bisogno di un "corredo per la propria identità" per mezzo del quale poter manipolare la propria facciata personale. Avrà inoltre bisogno di ricorrere a specialisti del caso, come barbieri e sarti. Ma, al momento dell'ammissione nelle istituzioni totali, l'individuo viene privato del suo aspetto abituale e del corredo e degli strumenti con cui conservarlo, soffrendo così di una mutilazione personale. Abiti, pettini, ago e filo, cosmetici, asciugamani, sapone, rasoi da barba, servizi da bagno - tutto ciò può essergli tolto e rifiutato, anche se alcuni di questi oggetti saranno conservati in un ripostiglio inaccessibile, per essergli restituiti, se e quando lascerà l'istituto. La regola di san Benedetto dice:

"Subito, nell'oratorio, egli sarà spogliato degli abiti di cui è ricoperto, e rivestito con quelli del monastero. I suoi abiti saranno custoditi nel guardaroba cosicché - nel caso sia convinto dal diavolo ad abbandonare il monastero (il che è proibito da Dio) - sarà spogliato dell'abito monacale e cacciato fuori" (21).

Come ho già accennato, quello che l'istituzione offre in cambio di ciò di cui la recluta viene privata, è abitualmente di un genere molto grossolano, mal fatto, vecchio, e identico per un gran numero di internati. Lo shock di questa sostituzione è descritto in un rapporto da una prigioniera per prostitute:

"Per prima cosa l'addeito alle docce le costringe a spogliarsi, porta via i loro vestiti, le obbliga a fare la doccia e consegna le uniformi del carcere - un paio di scarpe nere senza tacchi, due paia di calzini rammendati, tre vestiti di cotone, due sottovesti di cotone, due paia di mutande e un paio di reggiseni. I reggiseni sono praticamente piatti e del tutto inutili. Non sono consegnati né busti né cinture. Non c'è niente di più triste che vedere alcune di queste grasse detenute che - quand'erano «fuori» - riuscivano, se non altro, ad apparire decenti, quando si trovano, per la prima volta, a guardarsi infagottate negli abiti della prigioniera" (22).

In aggiunta alla mutilazione personale che deriva dall'essere privati del "corredo per la propria identità", vi può essere la deturpazione fisica dovuta ad una mutilazione reale nel corpo, come nel caso di marchi a fuoco o di amputazione di arti. Sebbene questa mortificazione corporea del sé sia riscontrabile in poche istituzioni totali, la perdita del senso di sicurezza personale è tuttavia molto comune, ed è la base di uno stato di ansietà circa la propria integrità fisica. Le punizioni, la terapia di shock, o, negli ospedali psichiatrici, un'operazione chirurgica - qualunque sia il motivo per cui lo staff ritiene necessario tale intervento - possono dare l'impressione ai ricoverati di trovarsi in un ambiente che non garantisce la loro integrità fisica.

Al momento dell'ammissione, la perdita di ciò che è la propria identità, può impedire all'individuo di presentare agli altri la sua usuale immagine di "sé". Dopo l'ammissione l'immagine di sé che egli propone viene "attaccata" in altro modo. Dato il linguaggio espressivo di una particolare società civile, alcune espressioni, atteggiamenti o gesti comportano, come conseguenza, un'immagine sgradevole dell'individuo, così che sarà evitato come persona degna di poca considerazione. Ogni regola, imposizione o ordine che spinga l'individuo ad adottare queste espressioni o questi atteggiamenti, può mortificare il suo sé. Nelle istituzioni totali sono numerosissime simili costrizioni di carattere fisico. Negli ospedali psichiatrici, per esempio, i pazienti possono essere costretti a mangiare solo con il cucchiaio (23). Nelle carceri militari i detenuti sono obbligati a mettersi sull'attenti ogni qualvolta un ufficiale entra nella prigioniera (24). Nelle istituzioni religiose ci sono alcuni gesti di penitenza come il baciare i piedi (25) e la posizione obbligatoria per un monaco colpevole che deve

"... portarsi sulla porta dell'oratorio in silenzio, gettandosi col volto a terra ed il corpo piegato, ai piedi di tutti coloro che escono dall'oratorio" (26).

In alcune case penali si trova l'umiliazione del piegarsi in avanti per ricevere le vergate di punizione (27).

Così come può essere richiesto di mettersi in posizioni umilianti, possono venire imposte reazioni verbali altrettanto umilianti. Ne è un esempio il tipo di deferenza e di rispetto che si esige nelle istituzioni totali; gli internati sono spesso obbligati a definire il tipo di rapporto sociale che li lega allo staff con espressioni di deferenza, come quella del rivolgersi loro chiamandoli «signore». Altro esempio è il dover implorare, importunare o domandare umilmente per poter ottenere piccole cose, come accendere una sigaretta, un bicchiere d'acqua o il permesso di usare il telefono. In corrispondenza alle umiliazioni verbali o alle imposizioni di atteggiamenti particolari fatte all'internato, vi sono anche umiliazioni prodotte dal modo in cui gli altri lo trattano. Gli esempi classici sono espressioni verbali o gesti di dispregio: lo staff o i compagni chiamano l'internato con nomi osceni, lo maledicono, mettono a fuoco i suoi lati negativi, lo prendono in giro, parlano di lui o di qualche amico come se non fosse presente alla conversazione.

Qualunque sia la forma o l'origine di questi diversi tipi di umiliazione, l'individuo deve sempre impegnarsi in attività le cui implicazioni simboliche sono incompatibili con il concetto che egli ha di se stesso. Un esempio più frequente di questo tipo di mortificazione, lo si vede quando viene imposto all'individuo un ciclo di vita giornaliera che egli considera estraneo - ciò per poter fargli assumere un ruolo in cui non abbia ad identificarsi. Nelle prigioni, l'impossibilità di aver rapporti eterosessuali può indurre la paura di perdere la propria mascolinità (28). Nelle istituzioni militari il lavoro apertamente senza senso che i soldati sono costretti a fare con enormi fatiche, può far sentire che il loro tempo e i loro sforzi sono del tutto privi di valore (29). Nelle istituzioni religiose vi sono regole particolari tendenti a garantire che tutti gli internati assolvano, a turno le mansioni più servili del loro ruolo di servi (30). Un caso limite è l'abitudine - tipica dei campi di concentramento - di richiedere ai prigionieri stessi di occuparsi delle frustate da dare agli altri prigionieri (31).

Esiste inoltre un'altra forma di mortificazione nelle istituzioni totali: una sorta di «esposizione contaminante» che incomincia al momento dell'ammissione. Nel mondo esterno l'individuo può contare su oggetti che gli danno un sentimento di sé - il suo corpo, le sue azioni immediate, i suoi pensieri, ciò che possiede - il tutto libero da contatti con elementi estranei e contaminanti. Ma nelle istituzioni totali questi territori appartenenti al "sé" sono violati, la frontiera che l'individuo edifica fra ciò che è e ciò che lo circonda è invasa e la incorporazione del "sé" profanata.

Per prima la violazione della difesa del proprio mondo privato. Al momento dell'ammissione sono raccolti e trascritti in un dossier accessibile allo staff, i riferimenti alla condizione sociale dell'internato, al suo comportamento passato e in particolare i fatti più screditanti. Successivamente, nella misura in cui la esplicita finalità dell'istituzione consiste nell'alterare le tendenze alla propria determinazione personale dell'internato, vi possono essere confessioni di gruppo o individuali - di carattere psichiatrico, politico, militare o religioso a seconda della natura dell'istituzione. In queste occasioni l'internato è costretto ad esporre fatti e sentimenti relativi al sé ad un pubblico che gli è estraneo. Gli esempi più clamorosi di queste costrizioni ad «esporsi» vengono forniti dai campi di confessione comunisti e dalle riunioni con denunce di colpa nelle istituzioni religiose cattoliche (32). Le dinamiche di questi processi sono state esplicitamente considerate da coloro che lavorano nella cosiddetta «socioterapia d'ambiente».

Un pubblico in un certo senso estraneo, non soltanto viene a conoscenza di fatti che abitualmente si tende a nascondere, ma si trova nella possibilità di percepirli direttamente. I detenuti e i malati mentali non possono impedire che i loro visitatori li colgano in circostanze umilianti (33). Un altro esempio è la targhetta per l'identificazione del luogo di provenienza, applicata sulle spalle dei prigionieri nei campi di concentramento (34). Durante le visite

mediche e di controllo l'internato è spesso obbligato a denudarsi, talvolta di fronte a persone di entrambi i sessi; un'umiliazione simile viene imposta quando si è costretti a dormire in dormitori collettivi o a servirsi di gabinetti senza porte (35). Forse un caso limite può essere quello del malato mentale autodistruttivo che viene completamente denudato, in vista di ciò che è ritenuto il suo «bene», e rinchiuso in una cella con la luce costantemente accesa, dove chiunque passi nel reparto può spiarlo attraverso la grata. Naturalmente l'internato non è mai, in genere, completamente solo; è sempre a portata d'occhio o di orecchio di qualcuno, anche se si tratta soltanto di un altro ricoverato (36). Le celle in uso nelle carceri, con sbarre al posto del muro, sono un perfetto esempio di questo genere di esposizione.

Forse il tipo più ovvio di questo esporsi contaminante è di natura fisica - la contaminazione e la violazione del proprio corpo o di qualcosa di strettamente identificabile con il sé. A volte ciò implica una rottura degli ordinamenti che servono abitualmente a distanziare la fonte della propria contaminazione, così come il dover vuotare i propri bisogni (37) o dover subordinare la propria evacuazione ad un orario stabilito, come per esempio nelle carceri politiche cinesi.

"Un aspetto del regime di isolamento particolarmente penoso per i prigionieri occidentali, è tutto ciò che riguarda l'eliminazione di urina e feci. Il «vaso» che c'è sempre nelle celle russe, spesso non c'è in quelle cinesi. E' usanza cinese permettere la defecazione e l'urinazione soltanto una o due volte al giorno - abitualmente al mattino, dopo colazione. Il detenuto è spinto fuori dalla cella da un guardiano e costretto ad accelerare i tempi nel lungo corridoio; gli vengono dati approssimativamente due minuti per accovacciarsi e fare i suoi bisogni, su una latrina cinese aperta. La fretta e il fatto di essere esposte agli occhi di tutti rendono la cosa particolarmente difficile alle donne. Se i prigionieri non riescono a finire nei due minuti concessi, sono brutalmente trascinati via e respinti nelle loro celle" (38).

Una forma molto diffusa di contaminazione fisica è evidente nei reclami su cibo sporco, alloggiamenti disordinati, asciugamani sudici, scarpe e vestiti impregnati del sudore di chi li ha usati in precedenza, gabinetti senza sedili, bagni sporchi (39). I commenti di Orwell sul suo collegio ne possono dare un esempio:

"Le fondine di stagno in cui si mangiava il porridge, avevano i bordi sporgenti, sotto i quali i residui di porridge acido potevano venire sfaldati in lunghe strisce compatte. Il porridge stesso conteneva una tale quantità di grumi, capelli, cose nere indefinibili da non potersi immaginare, ammenocché qualcuno non si occupasse di metterli intenzionalmente. Non era mai il caso di incominciare a mangiare prima di aver fatto un'investigazione preventiva. Poi c'era l'acqua limacciosa della vasca - era lunga circa 12 o 15 piedi, ogni mattina tutta la scuola sarebbe dovuta entrarci ed io dubito che l'acqua fosse cambiata spesso - e gli asciugamani sempre umidi, con il loro odore di formaggio... E l'odore di sudore dello spogliatoio con i lavandini unti e - di fronte - la fila di gabinetti decrepiti che non avevano chiavistelli o chiusure di alcun genere, così quando te ne stavi lì seduto, eri certo che qualcuno si sarebbe precipitato dentro. Non è facile per me pensare al periodo della scuola senza avere l'impressione di respirare un'aria fredda e maleodorante - una mescolanza di calze sudice, asciugamani sporchi, tanfo da gabinetto lungo i corridoi, forchette con il cibo vecchio rimasto fra i denti, arrosto di collo di montone, porte di gabinetti che sbattono e il rumore dei vasi da notte nei dormitori" (40).

Vi sono ancora altre fonti di contaminazione fisica, come ci viene suggerito dalla descrizione di un ospedale in un campo di concentramento:

"Eravamo in due in ogni letto. Il che era veramente orribile. Per esempio, se qualcuno moriva non si poteva smuoverlo prima che fossero passate ventiquattr'ore perché il «capo» voleva ottenere la sua razione di pane e la minestra. Per questa ragione si comunicava ventiquattr'ore dopo la morte di un

compagno, in modo che la sua razione potesse venir prima distribuita. Così si doveva dormire nello stesso letto con un morto per tutto quel tempo" (41).

"Noi eravamo sulla fila di mezzo. La cosa era veramente macabra, specialmente la notte. Prima di tutto, gli uomini morti erano terribilmente emaciati e orribili. In molti casi si sporcavano al momento della morte e non si trattava certo di una cosa estetica. Ho visto di frequente casi del genere nel Lager, nelle baracche dei malati. Gente che moriva di flemmoni, piaghe in suppurazione, con i letti inondati di pus, doveva dividere il letto con qualcuno la cui malattia poteva avere un esito più favorevole o che aveva una piccola piaga che si sarebbe ora infettata" (42).

La contaminazione relativa al dover giacere vicino ai moribondi è stata citata in rapporti presentati dagli ospedali psichiatrici (43), mentre la contaminazione chirurgica è stata riferita nei documenti delle prigioni:

"Gli strumenti chirurgici e le garze sono esposte all'aria e alla polvere nello spogliatoio. George aspettava gli fosse tolto - da un inserviente - un foruncolo sul collo; gli fu inciso con un bisturi che era stato usato un momento prima per il piede di un uomo, e non era stato sterilizzato dopo l'uso" (44).

Infine, in alcune istituzioni totali, l'internato è obbligato, che lo voglia o no, a prendere medicine, a fare iniezioni endovenose e a mangiare anche se il cibo è immangiabile. Se qualcuno rifiuta il pasto, può venirgli praticata una violenta contaminazione fisica per mezzo della «sonda».

Ho detto che l'internato è soggetto ad una mortificazione del "sé" prodotta da un'esposizione contaminante di carattere fisico, ma questo concetto deve essere ampliato: quando chi produce la contaminazione è un essere umano, l'internato è contaminato in sovrappiù da un contatto intenzionale imposto e, di conseguenza, da un rapporto sociale forzato. (Nello stesso modo, quando l'internato perde il controllo su chi sta esaminando la sua situazione o viene a conoscenza del suo passato, è contaminato da un tipo di rapporto forzato, dato che esso implica la percezione e la conoscenza dei suoi fatti privati).

Si presume che il modello delle contaminazioni interpersonali nella nostra società sia violento: benché casi di aggressione sessuale siano frequenti nelle istituzioni totali, vi sono molti altri esempi meno drammatici. Dopo l'ammissione, i propri beni personali vengono manipolati e palpati da un addetto, come se stesse facendone l'inventario per immagazzinarli. Lo stesso internato può venire frugato e perquisito fino al punto di praticargli - così come viene riportato nella letteratura - un'ispezione rettale (45).

Più tardi, durante il suo soggiorno, possono venirgli imposte perquisizioni personali o del proprio letto, sia come regola di routine che in occasione di incidenti particolari. In questi casi è colui che perquisisce, così come la perquisizione stessa, che penetra nelle riserve private dell'individuo e viola i territori del "sé". Perfino le ispezioni di routine possono avere un effetto analogo, secondo quanto suggerisce Lawrence:

"Nei tempi passati i soldati dovevano - settimanalmente - togliersi stivali e calze per sottoporre i piedi all'ispezione dell'ufficiale. Ti prendevano a calci sulla bocca se ti chinavi a guardare. Per il turno del bagno, un certificato del tuo sottufficiale testimoniava che lo avevi fatto durante la settimana. Un bagno! E le ispezioni del sacco, le ispezioni della stanza, le ispezioni dell'equipaggiamento, tutte scuse buone agli ufficiali per nascondere la loro stupidità sotto la maschera della rigidità, e ai pignoli per abbrutirsi. Oh, occorrerebbe il tatto più discreto per comandare un povero uomo senza offenderlo" (46).

Inoltre, l'abitudine di mescolare nelle prigioni e negli ospedali psichiatrici gruppi di età, provenienza etnica e razziale diversi, può far sentire all'internato di essere contaminato dal contatto con compagni indesiderabili. Un prigioniero - educato in una scuola privata - descrivendo il suo ingresso in prigione, ce ne dà un esempio:

"Un altro guardiano venne avanti con un paio di manette e, mi legò ad un piccolo ebreo, che continuava a lamentarsi sottovoce in yiddish..." (47).

"All'improvviso mi venne il pensiero che forse avrei dovuto dividere la cella con quel piccolo ebreo e fui preso dal panico. Quel pensiero mi ossessionò in modo tale da escludere dalla mente ogni altro" (48).

La vita di gruppo richiede, ovviamente, un rapporto reciproco ed un reciproco esporsi fra gli internati. Nel caso limite delle celle per i prigionieri politici cinesi questo rapporto può essere estremamente ravvicinato.

"Durante il periodo di detenzione, il carcerato può finire in una cella con più di otto prigionieri. Se all'inizio era stato isolato e interrogato, questo trasferimento potrebbe avvenire subito dopo la prima «confessione», ma molti detenuti sono messi in cella con gruppi di altri prigionieri, fin dal momento del loro ingresso. Le celle sono abitualmente spoglie, e grandi da poter a mala pena contenere il gruppo di persone che vi è rinchiuso. Vi può essere un posto per dormire, ma normalmente i detenuti dormono per terra, e quando sono tutti distesi, ogni centimetro di pavimento risulta occupato. L'atmosfera è terribilmente promiscua. Non esiste uno spazio personale" (49).

Lawrence ce ne offre un esempio di carattere militare, illustrando le difficoltà da lui incontrate nel legare con i compagni aviatori, con cui viveva nelle baracche:

"Vede, io non posso partecipare ai giochi degli altri: una timidezza innata mi impedisce di condividere il loro cameratismo da... quel loro continuo fare scherzi, dare pizzicotti, prender roba a prestito, parlar sporco: ciò, nonostante la mia simpatia per la spontaneità di espressione che li caratterizza. Nei nostri alloggi affollati, siamo inevitabilmente costretti a spartire anche quei piccoli pudori fisici che, nel mondo civile, si tende a tenere in ombra. L'ingenuo si vanta della propria attività sessuale, e ogni anomalia dell'appetito o di un organo viene stranamente ostentata. Le autorità incoraggiano questo modo di agire. Tutte le latrine hanno perso le porte. «Falli..., dormire e... mangiare in compagnia, - sogghignò il vecchio Jack Mackay, il più anziano degli istruttori, - e ce li troveremo addestrati insieme, in modo del tutto naturale»" (50).

Un esempio tipico di questo rapporto contaminante è il modo di rivolgersi agli internati. Lo staff e gli altri internati si assumono, automaticamente, il diritto di trattare intimamente, o comunque, senza la minima formalità, il nuovo internato; ad un borghese ciò inibisce il diritto di distanziarsi dagli altri, per mezzo di un tipo di rapporto formale (51). Quando qualcuno è costretto a mangiare del cibo che ritiene ripugnante e sporco, la contaminazione deriva talvolta dalla connessione che egli scopre fra il cibo e alcune persone; il che viene molto ben dimostrato dalla penitenza della «minestra mendicata», praticata in alcuni conventi:

"Posò la ciotola alla sinistra della Madre Superiora, s'inginocchiò, giunse le mani e attese finché le furono versati nella ciotola da mendicante due cucchiari di minestra, poi passò alla suora più vicina in ordine di età, poi alla successiva, finché la ciotola si riempì... Quando, alla fine, la ciotola fu colma, ritornò al suo posto e inghiottì la minestra - come sapeva di dover fare - giù fino all'ultima goccia; cercando di non pensare al modo in cui le era stata versata da una dozzina di altre ciotole, nelle quali altre persone avevano già mangiato" (52).

Un altro tipo di esposizione contaminante è il fatto che un estraneo venga a trovarsi in contatto con ciò che lega un individuo ad altri, a lui strettamente vicini. Ad esempio, può succedere che ad un internato si legga e si censuri la posta, e persino che lo si prenda in giro al proposito (53). Un altro esempio è il carattere forzatamente pubblico delle visite, così come lo si rileva da alcuni rapporti carcerari:

"Ma che tipo di organizzazione sadica hanno per queste visite! Un'ora al mese - o due mezz'ore - in una grande stanza con una ventina di altre coppie, i guardiani che vanno su e giù per assicurarsi che non ci si scambi pianti, o arnesi di fuga. Ci si incontrava da un capo all'altro di una tavola larga sei piedi, al centro della quale correva una specie di ringhiera alta sei pollici in grado di impedire che anche i nostri germi comunicassero fra di loro. Ci veniva concessa un'igienica stretta di mano all'inizio della visita e una alla fine; per il resto del tempo potevamo solo sedere e guardarci mentre urlavamo l'un l'altro al di là dell'enorme distanza che ci separava" (54).

"Le visite hanno luogo in una stanza presso l'entrata principale. C'è una tavola di legno, ad un lato della quale siede il detenuto, all'altro il visitatore. Il guardiano siede a capotavola e ascolta ogni parola pronunciata, vede ogni gesto ed ogni sfumatura nell'espressione. Il mondo privato è assolutamente inesistente e ciò anche quando un uomo incontra la moglie, che forse non vede da anni. Nessun contatto è concesso fra il detenuto e il visitatore e, ovviamente, nessun oggetto può passare da una mano all'altra" (55).

Una versione, ancora più penetrante, di questo tipo di esposizione contaminante» si verifica - come ho già detto - nel caso di confessioni istituzionalmente organizzate. Quando una persona che ci è cara viene denunciata (ciò soprattutto nel caso la persona sia fisicamente presente al momento della denuncia), il confessare ad estranei il rapporto che ci lega ad essa, può significare un'intensa contaminazione del rapporto stesso, e per suo tramite del "sé". La descrizione di ciò che accade in un convento di suore ce ne dà un esempio:

"Le più coraggiose fra quelle emotivamente vulnerabili, erano due sorelle che non esitavano ad incolparsi, accusandosi di essere state troppo vicine l'una all'altra, o di aver parlato fra loro durante la ricreazione, escludendo le altre compagne. Il fatto di aver riconosciuto la tormentata e chiaramente esplicita affinità che le univa, aveva dato il "colpo di grazia" che da sole non sarebbero state in grado di dare; l'intera comunità, infatti, si sarebbe incaricata da quel momento a far sì che l'una fosse tenuta lontana dall'altra. La coppia sarebbe stata così aiutata a staccarsi da uno di quegli affetti personali spontanei che spesso, all'interno di una comunità, crescono inaspettati come i fiori selvaggi che, di tanto in tanto, spuntano nelle aiuole, rigidamente disegnate a forma geometrica, dei giardini dei chiostri" (56).

Un esempio analogo può essere riscontrato negli ospedali psichiatrici imperniati su un'intensa terapia d'ambiente, dove coppie di pazienti legati da un rapporto affettivo, devono discuterlo nelle riunioni di gruppo. Nelle istituzioni totali, il dover esporre i legami che ci uniscono a qualcuno può verificarsi in forme ancor più drastiche, dato che vi possono essere occasioni nelle quali si è testimoni di una aggressione fisica, fatta ai danni di un amico, e si è costretti a continuare a soffrire la mortificazione di non averne preso le difese (essendo contemporaneamente contenti di non averlo fatto). E' ciò che si apprende da un ospedale psichiatrico:

"Questa conoscenza [della terapia di shock] è basata sul fatto che alcuni internati del reparto n. 30 assistevano i medici, che praticavano lo shock ai pazienti, tenendoli fermi, aiutandoli a legarli ai letti o sorvegliandoli dopo che si erano acquietati. Lo shock è spesso praticato nel reparto, sotto gli occhi di spettatori interessati. Le convulsioni del paziente somigliano sovente all'agonia della vittima di un incidente e sono accompagnate da sospiri soffocati, talvolta da uno sbocco schiumoso di saliva alla bocca. Il paziente a poco a poco si riprende, senza ricordare nulla dell'accaduto, ma intanto ha offerto agli altri una rappresentazione paurosa di ciò che può facilmente capitare anche a loro" (57).

Un racconto di Melville sulla fustigazione, a bordo di una nave da guerra dell'Ottocento, ce ne dà un altro esempio:

"Per quanto si desideri non assistere alla scena, si è obbligati a guardare, o comunque ad essere nei paraggi; il regolamento impone infatti la presenza di tutto l'equipaggio, dal capitano al più piccolo dei mozzi che suona la campana" (58).

L'inevitabilità della propria presenza allo spettacolo; il braccio che ti trascina di forza in vista della sferza e ti tiene lì, finché tutto è finito: e costringe i tuoi occhi disgustati e la tua anima davanti alle sofferenze e ai lamenti di uomini che hanno vissuto familiarmente con te, mangiato con te, fatto la guardia con te, uomini della tua stessa classe e grado, - tutto questo dà un terribile senso dell'autorità onnipotente sotto la quale si vive (59). Lawrence ce ne dà un esempio militare:

"Stanotte il rumore del bastone sulla porta della baracca, al momento dell'appello, fu terribile; la porta sbatté violentemente quasi uscendo dai cardini. A grandi passi entrò nella luce Baker (Victorial Cross), un caporalmaggiore che godeva nel campo di grande prestigio a causa della sua decorazione di guerra. Venne avanti dal lato della baracca dove mi trovavo io, controllando tutti i letti. Il piccolo Nobby, preso di sorpresa, aveva uno stivale su e uno no. Il caporalmaggiore Baker si fermò. «Che cosa succede?» «Sto tirando fuori un chiodo che mi fa male al piede». «Infila immediatamente lo stivale. Il tuo nome?» Passò oltre fino alla porta in fondo e si girò sbuffando, «Clarke». Nobby rispose «Caporale» e zoppicò correndo - bisogna sempre correre quando si è chiamati - nel corridoio che divideva i letti, per rimettersi sull'attenti davanti a lui. Una pausa e poi seccamente: «Torna al tuo letto». Il caporale era ancora lì che aspettava, e così dovevamo aspettare anche noi, allineati accanto ai nostri letti. Poi di nuovo la sua voce acuta «Clarke». La scena fu ripetuta ancora e ancora, mentre tutti noi eravamo lì a guardare, immobilizzati dalla vergogna e dalla disciplina. Eravamo uomini, ed un uomo era lì che stava degradando se stesso e la sua specie nel degradare un altro uomo. Baker cercava guai e tentava di provocare qualcuno di noi a reagire con atti o parole sui quali avrebbe poi potuto basare qualche accusa" (60).

Un esempio limite di questo tipo di esperienze mortificanti è riscontrabile ovviamente nella letteratura sui campi di concentramento:

"Un ebreo di Breslau di nome Silbermann dovette star lì, senza far niente, mentre il sergente Hone delle S.S. stava brutalmente torturandone a morte il fratello. Silbermann a quella vista impazzì, e la notte provocò il panico urlando fuori di sé che le baracche si stavano incendiando" (61).

3.

Ho considerato una delle aggressioni al "sé" più elementari e più dirette - forme diverse di profanazione e di contaminazione, per mezzo delle quali il significato simbolico degli eventi, nell'esistenza dell'internato, fallisce drammaticamente lo scopo di rinforzare il suo precedente concetto di sé. Vorrei ora considerare una fonte di mortificazione, meno diretta nei suoi effetti, il cui significato è meno facile da valutare: la rottura della relazione abituale fra l'individuo che agisce e i suoi atti.

Il primo fenomeno da considerare è il «circuito»: ciò che provoca una reazione difensiva da parte dell'internato, prende questa stessa reazione come bersaglio del suo attacco successivo. L'individuo prova così che la reazione difensiva agli assalti del sé cui è soggetto, viene divorata dalla situazione: nel senso che egli non può difendersi nel modo abituale, stabilendo una distanza fra sé e la situazione mortificante.

L'abitudine al rispetto imposta nelle istituzioni totali, ci offre un esempio dell'effetto del «circuito». In una società civile, quando un individuo è costretto ad accettare circostanze o imposizioni che contrastano con il concetto che ha di se stesso, gli è consentito un margine di reazioni espressive con cui difendersi: muso lungo, sospensione dei segni di deferenza abituali, parlar male degli altri sottovoce, o mostrare qualche fugace espressione di disprezzo, ironia o derisione. E' probabile allora che la remissività si accompagni ad

un'attitudine personale che non è soggetta allo stesso tipo di pressione cui è sottoposto colui che si vuole ridurre ad essa.

Sebbene nelle istituzioni totali sia usuale questo tipo di difesa del "sé" attraverso reazioni espressive e stimoli umilianti, il personale curante potrebbe punire direttamente l'internato, avvalendosi esplicitamente del «risentimento» o dell'arroganza, come occasioni per una successiva punizione. Per questo Kathryn Hulme, nel descrivere la contaminazione del "sé" che deriva dal dover mangiare la minestra nella ciotola da mendicante, così dice del suo personaggio:

"... Cancellò dalla faccia l'espressione di ripulsa che le era affiorata dal fondo del suo disgusto, mentre beveva la pozione. Sapeva che un solo sguardo di ribellione sarebbe bastato a farle ripetere quell'esperienza umiliante che, era certa, non sarebbe riuscita a sopportare una seconda volta, neppure per amore di Dio Santissimo" (62).

Il processo di unificazione crea, nelle istituzioni totali, altri esempi di circuito. Nella società civile, per quanto riguarda il normale svolgersi dei rapporti, la distanza fra il proprio ruolo e il pubblico di fronte al quale lo si recita, evita che le dichiarazioni o le implicite affermazioni fatte sul proprio conto in una particolare sfera di attività, vengano rapportate e confrontate al proprio comportamento in altre situazioni (63). Nelle istituzioni totali le diverse sfere d'azione sono unificate in modo che la condotta dell'internato in un particolare settore, gli viene ritorta dal personale curante, sotto forma di commento o di verifica del suo comportamento in un contesto diverso. Lo sforzo che un paziente fa per presentarsi, in modo ben orientato e non polemico, durante una consultazione diagnostica o un trattamento, potrebbe essere reso più difficile dall'essere confrontato all'apatia dimostrata durante la ricreazione; o dal fatto che gli vengano ricordati gli aspri commenti da lui fatti alla lettera di un fratello - lettera che avrà dovuto consegnare al direttore dell'ospedale, per essere inclusa nel suo dossier personale, e che verrà tirata fuori al momento della consultazione. Le organizzazioni psichiatriche di tipo avanzato ci offrono eccellenti esempi di questo "circuito", da quando l'invito alla confidenza può essere eretto a dottrina terapeutica di base. L'atmosfera permissiva può essere vissuta dall'internato come l'invito a «proiettare» o a esporre le proprie difficoltà personali, che saranno poi riproposte alla sua attenzione durante le sedute di terapia di gruppo (64).

Attraverso questo "circuito", la reazione dell'internato alla propria situazione personale, viene dunque a ribattersi sulla situazione stessa, e non gli è consentito mantenere la distanza usuale fra le diverse fasi d'azione. Si può ora citare un secondo tipo di aggressione ai danni dell'internato nel suo ruolo di «agente» - aggressione per lo più descritta sotto le categorie dell'irreggimentazione o del tiranneggiamento.

Nella società civile, quando l'individuo diventa adulto, ha già incorporato modelli di riferimento socialmente accettabili per la maggior parte delle sue attività: il risultato della correttezza delle sue azioni si evidenzia soltanto a certe scadenze, come, ad esempio, quando viene giudicata la sua produttività. A parte questo, può fare ciò che vuole. Non occorre continui a guardarsi alle spalle per vedere se è oggetto di critiche o di approvazioni. Inoltre, molte delle sue azioni saranno ritenute affari strettamente personali, con facoltà, da parte sua, di scegliere fra una gamma di possibilità specificatamente consentite. In molte attività il giudizio e l'azione dell'autorità sono mantenuti a distanza e la persona può starsene per suo conto (65). In queste occasioni l'individuo può programmare, in vista di un maggior profitto, le proprie attività, in modo che l'una si inserisca nell'altra. Si tratta qui di una sorta di «personale economia d'azione», come quando ad esempio si ritarda di qualche minuto il pranzo per finire ciò che si sta facendo, o si tralascia il lavoro per pranzare con un amico. In un'istituzione totale, invece, anche i più piccoli segmenti dell'attività di una persona, possono essere soggetti alle regole e ai giudizi del gruppo curante; la vita dell'internato è penetrata da una costante interazione dell'altro che tende ad una costante sanzione, ciò soprattutto nel periodo iniziale, quando l'internato non ha ancora

irriflessivamente accettato le regole dell'istituto. Ogni regola priva l'individuo dell'opportunità di equilibrare i suoi bisogni e i suoi obiettivi in un modo personalmente efficace, e lo fa entrare nel terreno delle sanzioni. E' in questo senso che l'autonomia dell'azione viene violata. Sebbene questo controllo sociale sia presente in ogni società organizzata, si tende a dimenticare quanto esso sia dettagliato e decisamente restrittivo nelle istituzioni totali. Il ritmo di vita riferito come abituale in un carcere per minorenni ce ne offre un esempio impressionante:

"Venivamo svegliati alle 5,30 e dovevamo saltar giù dal letto e metterci sull'attenti. Quando la guardia gridava «uno» ci si toglieva la camicia da notte, al «due» la si doveva piegare, al «tre» dovevi farti il letto. (Due minuti per farlo in modo difficile e complicatissimo). I tre guardiani intanto gridavano: «Presto», «Fate alla svelta». Anche per vestirsi lo si faceva a comando: la camicia all'«uno», le mutande al «due», le calze al «tre», le scarpe al «quattro». Qualsiasi rumore, una scarpa che cadeva o che strisciava sul pavimento, bastava per farti punire... Una volta giù tutti si mettevano sull'attenti di fronte al muro, mani ai fianchi, pollici sulle cuciture, testa in su, spalle indietro, stomaco in dentro, talloni uniti, occhi avanti, non ci si poteva grattare né portare le mani alla faccia, né sulla testa né si potevano muovere le dita" (66).

Una prigione per adulti ce ne dà un altro esempio:

"Il sistema del silenzio fu rinforzato. Non si poteva parlare fuori cella, né durante i pasti né sul lavoro. Non era permesso tenere fotografie in cella. Non si poteva guardarsi attorno durante i pasti. Si potevano lasciare le croste di pane solo alla sinistra del piatto. I detenuti erano obbligati a stare sull'attenti, il berretto in mano, finché qualsiasi ufficiale, visitatore o guardia, si fosse allontanato dalla vista" (67).

E un campo di concentramento:

"Nelle baracche un gran numero di nuove, confuse impressioni sopraffaceva i prigionieri. Fare i letti era un'occasione speciale per i cavilli delle S.S. Pagliericci arruffati senza forma dovevano essere tesi piatti come tavole, le lenzuola con i bordi paralleli, i cuscini tirati ad angolo retto" (68).

"Le S.S. prendevano la più piccola infrazione come occasione per punire: tenere le mani in tasca col freddo, alzare il bavero del cappotto sotto la pioggia e il vento, avere qualche bottone in meno, una piccola goccia o una macchiolina di sporco sul vestito, scarpe non lucidate... le scarpe troppo lucide indicavano che colui che le indossava schivava il lavoro, omissione di saluto, il che includeva anche la cosiddetta «posizione scomposta»... la più piccola irregolarità nel mettersi in fila e nel sistemarsi in ordine di grandezza, o una spinta, un colpo di tosse, uno starnuto: tutto ciò poteva provocare un eccesso selvaggio nelle S.S." (69).

Dall'ambiente militare proviene un esempio dei possibili ordini sulla sistemazione dell'equipaggiamento:

"La casacca doveva essere piegata in maniera che la cintura formasse una linea retta. Per coprirla, i calzonni, squadrati in modo da ricoprire l'esatta superficie della casacca, con le quattro pieghe a fisarmonica girate in avanti. Gli asciugamani dovevano essere piegati una, due, tre volte e messi di fianco a questa torre blu. Di fronte ad essa andava il maglione piegato a rettangolo. Ad ogni lato una fascia arrotolata, le camicie impaccate, e distese a due a due come mattoni di flanella. Di fronte le mutande. In mezzo, ordinate palle di calze, ben rimboccate. I nostri sacchi erano spalancati con coltello, forchetta, cucchiaio, rasoio, pettine, spazzolino da denti, pennello da barba, scorta di bottoni, tutti stesi in questo ordine" (70).

Un'ex suora riferisce di aver dovuto imparare a tenere le mani ferme (71), nascoste, e ad accettare il fatto che fosse permesso avere in tasca soltanto sei oggetti specificati (72). Un ex malato mentale parla dell'umiliazione di dover ricevere la carta igienica in quantità limitata, ad ogni richiesta (73). Come si è già detto, uno dei modi più espliciti di rompere l'economia d'azione di un individuo, è obbligarlo a chiedere il permesso o a domandare aiuto per attività minori che, fuori dalla istituzione, potrebbe portare a termine da solo: fumare, farsi la barba, andare al gabinetto, telefonare, spendere soldi o imbucare una lettera. Il dover chiedere, non soltanto mette l'individuo nel ruolo, «innaturale» per un adulto, di essere sempre sottomesso e supplice, ma mette anche le sue azioni in balia del personale curante. Invece di ottenere ciò che domanda e che la cosa gli sia automaticamente garantita, l'internato può essere preso in giro, gli può venire rifiutata la richiesta e può trovarsi a doverla ripetere più volte senza essere ascoltato o, come riferisce un ex malato mentale, può essere semplicemente mandato via:

"Forse chi non ha vissuto una simile situazione di impotenza non può rendersi conto delle umiliazioni cui va incontro una persona, per altro sana, una volta privata dell'autorizzazione a fare il più piccolo passo da sola, costretta a chiedere continuamente, anche per le più piccole necessità come avere biancheria pulita, fuoco per la sigaretta, ad un'infermiera che la scosta dicendo «te la do subito, cara» e se ne va lasciandola a mani vuote. Gli stessi inservienti del bar sembravano dell'opinione che fosse inutile essere cortesi con dei «matti» e li lasciavano aspettare indefinitamente mentre chiacchieravano fra loro" (74).

Ho accennato che nelle istituzioni totali l'autorità agisce su un gran numero di elementi - aspetto, comportamento, forma - che si verificano costantemente e che costantemente si trovano sottoposti a giudizio. L'internato non può sfuggire facilmente alla pressione del giudizio ufficiale e all'azione inglobante della situazione. Un'istituzione totale è come una scuola di alta classe, che abbia molti perfezionamenti ma che in realtà risulti poco rifinita. Vorrei ora commentare due aspetti di questa tendenza all'allargamento del dominio attivamente imposto.

Primo, le imposizioni sono spesso strettamente legate all'obbligo di portare a termine un'attività, regolata all'unisono con gruppi di compagni internati. Ciò è talvolta definito come irreggimentazione.

Secondo, questo genere di dominazione a vasto raggio, si manifesta in sistemi autoritari di tipo militare: qualsiasi membro appartenente alla classe dello staff ha certi diritti per disciplinare qualsiasi membro appartenente alla classe degli internati, aumentando in modo evidente la probabilità di un sistema di sanzioni. (Si tratta, come si può notare, dello stesso diritto riconosciuto in alcune piccole città americane, a qualsiasi adulto di correggere qualsiasi bambino che non sia sotto l'immediato controllo dei genitori, e di chiedergli piccoli servizi). L'adulto nella nostra società viene a trovarsi abitualmente, per quanto riguarda il lavoro, sotto l'autorità di un unico superiore diretto, o sotto l'autorità della moglie per ciò che riguarda i doveri domestici; l'unica autorità che deve affrontare - la polizia - non è di solito sempre presente, eccetto forse nel caso dell'applicazione delle norme del traffico.

Una volta data un'autorità di tipo militare e una regolamentazione che sia applicata a tutti i livelli e severamente imposta, gli internati - e in particolare le nuove reclute - vivono in uno stato d'ansia insopportabile nella paura di infrangere le regole, e nell'attesa delle conseguenze di una simile infrazione - violenze fisiche e morte nei campi di concentramento; eliminazione nelle scuole militari per ufficiali, o spostamento di reparto in un ospedale psichiatrico:

"Anche nella libertà apparente e nel clima di benevolenza di un reparto «aperto», continuavo ad avvertire un fondo di minaccia, che mi faceva sentire qualcosa fra un prigioniero e un mendicante. La più piccola infrazione, da un sintomo nervoso all'urtare personalmente la suora, si risolveva con la minaccia di essere rimandati in un reparto chiuso. Il fatto che sarei dovuto ritornare al reparto se non mangiavo, mi veniva riproposto così costantemente che diventò per me un'ossessione, tanto che anche i cibi che sarei riuscito ad inghiottire, mi

ispiravano una repulsione fisica; mentre altri pazienti erano costretti a fare lavori inutili o comunque a loro non congeniali, spinti dalla stessa paura" (75).

Nelle istituzioni totali, evitare i guai richiede uno sforzo costante e consapevole. L'internato potrebbe anche arrivare a rinunciare a certi livelli di socialità con i compagni, per evitare possibili incidenti.

4.

A conclusione di questa descrizione dei processi di mortificazione, si devono puntualizzare tre problemi di carattere generale. Primo, le istituzioni totali spezzano o violentano proprio quei fatti che, nella società civile, hanno il compito di testimoniare a colui che agisce e a coloro di fronte ai quali si svolge l'azione, che egli ha un potere sul suo mondo - che si tratta cioè di persona che gode di autodeterminazione, autonomia e libertà d'azione «adulte». Il mancato mantenimento di questo tipo di maturità e di abilità a livello esecutivo (o almeno di elementi che possano simbolicamente ricordarle) può produrre nell'internato la paura di essere sradicato dal sistema, secondo il quale ad ogni età corrisponde un graduale sviluppo nella maturità dell'individuo (76).

Un'espressione del proprio comportamento (personalmente scelto) - antagonismo, affetto, indifferenza - è simbolo del proprio modo personale di autodeterminarsi.

Questa prova della propria autonomia viene indebolita da certi obblighi specifici, come il dover scrivere una lettera alla settimana a casa, o il doversi trattenere dall'esprimere tristezza. Inoltre essa viene indebolita quando questo settore del comportamento sia usato come l'evidenza della propria posizione psichiatrica, religiosa o politica.

Ci sono alcuni agi, molto importanti per l'individuo, che vengono perduti al momento dell'ingresso in una istituzione totale - per esempio un letto morbido (77) o la tranquillità durante la notte (78). Una tale perdita può anche tramutarsi in una riduzione di autodeterminazione, poiché l'individuo tende ad assicurarsi questo tipo di agi, quando ne ha i mezzi (79). La perdita di autodeterminazione sembra essere stata ritualizzata nei campi di concentramento: ci sono infatti atroci racconti di prigionieri costretti a rotolarsi nel fango (80), a stare ritti sulla testa sulla neve, a fare lavori comicamente senza senso, imprecare contro se stessi (81) o, nel caso di prigionieri ebrei, cantare canzoni antisemite (82). Se ne trova una versione più moderna negli ospedali psichiatrici dove si riferisce che alcuni inservienti obbligassero un paziente che chiedeva una sigaretta, a dire «per piacere» e a fare un salto per ottenerla. In tutti questi casi l'internato è costretto a mostrare apertamente la perdita della propria volontà. Meno ritualizzato, ma altrettanto drammatico è l'impedimento alla propria autonomia, conseguente all'essere chiuso in un reparto, stretto in un corsetto bagnato, o legato in una camicia di forza e impedito in ogni più piccolo movimento.

Altra espressione evidente dell'impotenza personale nelle istituzioni totali, è riscontrabile nell'uso del linguaggio da parte dell'internato.

Un'implicazione dell'uso del linguaggio, come mezzo per trasmettere indicazioni su azioni da intraprendere, è che colui che riceve un ordine sia ritenuto in grado di ricevere un messaggio, e di tradurlo in un'azione che concreti il suggerimento o la consegna. Ciò significa che nel momento in cui esegue l'atto, può presumere di essere in grado di autodeterminarsi. Rispondendo ad una domanda con parole proprie, egli può mantenere la convinzione di essere una persona che viene presa in considerazione, anche se in modo limitato. Inoltre, dato che sono parole ad intercorrere fra lui e gli altri, riesce a conservarne, per quanto sgradevole sia l'ordine o l'imposizione, una distanza fisica.

All'internato di un'istituzione totale può essere negato perfino questo tipo di distanza e di azione autodifensiva. Negli ospedali psichiatrici, in particolare, e nelle prigioni politiche, le affermazioni fatte dall'internato possono venir considerate semplicemente come sintomi di malattia, da parte di uno staff che presta maggior attenzione agli aspetti non verbali delle sue risposte (83). Spesso la sua condizione istituzionale viene considerata di livello troppo basso perché l'internato possa essere ritenuto degno di un saluto, e tanto meno di

attenzione (84), oppure viene usata nei suoi confronti una sorta di linguaggio retorico: domande come «Ti sei già lavato?» o «Hai infilato tutte e due le calze?» possono essere contemporaneamente accompagnate dal tentativo, da parte dello staff, di descrivere mimicamente i fatti, rendendo superflue le domande verbali. Invece di essere invitato a muoversi in una particolare direzione, ad una data velocità, l'internato può trovarsi spinto da una guardia o tirato (come nel caso di malati mentali gravi) o trascinato carponi. Infine come si dirà più oltre, egli può riscontrare che esiste un duplice linguaggio poiché per le sanzioni disciplinari che lo riguardano viene usato un gergo ideale tradotto dallo staff che ne altera, schernendolo, l'uso normale.

La seconda considerazione di carattere generale è la logica che viene usata per le aggressioni del "sé". Questo argomento tende a suddividere le istituzioni totali e i loro internati in tre diversi gruppi.

Nelle istituzioni religiose si riconoscono esplicitamente le implicazioni per il "sé" insito nelle strutture ambientali.

"Questo è il significato della vita di clausura e di tutte le piccole regole apparentemente senza senso, le pratiche, i digiuni, l'obbedienza, le penitenze, le umiliazioni, le fatiche, che formano la routine dell'esistenza in un monastero di clausura: tutto serve a ricordarci ciò che siamo e chi è Dio - ad avere orrore di noi e a rivolgerci a Lui: alla fine Lo troveremo in noi stessi, nella nostra natura purificata, che diventerà lo specchio della Sua tremenda Divinità e del Suo amore senza fine..." (85).

Gli stessi internati, così come lo staff, perseguono attivamente questo restringimento del sé: la mortificazione è completata dalla automortificazione, le limitazioni dalla rinuncia, le punizioni dalla autoflagellazione, l'inquisizione dalla confessione. Dato che gli ordini religiosi sono esplicitamente interessati al processo di mortificazione, hanno un valore particolare per lo studioso dell'argomento. Nei campi di concentramento e, in un'estensione minore, nelle prigioni, alcuni tipi di mortificazione sembrano essere fatti solamente, o principalmente, per il loro potere mortificante, come quando si urina addosso al detenuto: nel qual caso, tuttavia, l'internato non aiuta né facilita la propria autodistruzione.

In molte delle rimanenti istituzioni totali, le mortificazioni sono ufficialmente razionalizzate in settori diversi, come l'igiene (per quanto riguarda la pulizia delle latrine); la responsabilità nei confronti della vita degli internati (per quanto riguarda il costringerli a mangiare per forza); la capacità di combattere (per quanto riguarda le regole militari circa l'aspetto personale); la «sicurezza» (per quanto riguarda le regole restrittive delle prigioni).

Tuttavia nelle istituzioni totali di tutti e tre i tipi, le diverse giustificazioni razionali alle mortificazioni del sé sono spesso pure razionalizzazioni, prodotte dal tentativo di manipolare l'attività giornaliera di un gran numero di persone, in uno spazio ristretto e con un numero limitato di risorse. Inoltre, questo restringimento del "sé" si verifica in tutti e tre i tipi, anche nel caso che l'internato sia docile e che l'istituto si prefigga di occuparsi del suo benessere.

Si devono ora considerare due punti: il senso di impotenza dell'internato e il rapporto fra i suoi desideri e la finalità della istituzione. La connessione fra questi punti è variabile. Alcune persone possono scegliere volontariamente di entrare in un'istituzione totale ma, dopo un tale passo, cessano - loro malgrado - di essere in condizione di prendere decisioni altrettanto importanti. In altre circostanze, in particolare nel caso di religiosi, gli internati possono avere all'inizio, e mantenere anche in seguito, un violento desiderio di essere spogliati e liberati della loro volontà personale. Le istituzioni totali sono fatali per il "sé civile" dell'internato, benché il grado di interesse per questo "sé civile" possa variare considerevolmente.

I processi di mortificazione fin qui considerati sono strettamente legati alle implicazioni inerenti il "sé" che le persone, orientate verso un particolare idioma espressivo, possono trarre dall'aspetto, dalla condotta e dalla situazione generale di un individuo. In questo contesto voglio infine considerare un terzo punto: il rapporto fra questa struttura di interazione

simbolica (che tende a considerare il destino del "sé") e quella convenzionale psico-fisiologica centrata sul concetto di "stress".

I fatti principali inerenti il "sé" sono qui presentati in una prospettiva sociologica, che tende a riferirsi alla descrizione degli ordinamenti istituzionali che definiscono le prerogative personali di ciascun membro. E' ovviamente implicato anche un presupposto di carattere psicologico, oltre naturalmente ad alcuni processi conoscitivi, dato che gli ordinamenti sociali devono essere «letti» dall'individuo e dagli altri, attraverso l'immagine di sé che ne riflettono. Ma, come ho dimostrato, il rapporto fra questo processo conoscitivo e gli altri processi psicologici è piuttosto variabile; secondo il linguaggio espressivo in uso nella nostra società, l'averne la testa rapata è, ad esempio, facilmente vissuto come una diminuzione di sé, ma mentre questo tipo di mortificazione umilia il malato mentale, piace invece al monaco.

La mortificazione o il restringimento del "sé" implica, generalmente, un acuto senso di tensione, ma ad un uomo stanco di vivere o privo di colpa può dare sollievo psicologico. Inoltre, la tensione psicologica spesso provocata dalle aggressioni al "sé", può anche essere determinata da qualcosa che non viene percepito come strettamente legato ai territori del "sé" - ad esempio perdita del sonno, cibo insufficiente, o impossibilità di prendere decisioni. Un alto livello di ansietà o il fatto di non poter ricorrere a mezzi di natura fantastica, come cinema o libri, può quindi aumentare l'effetto psicologico della violazione delle proprie barriere personali, anche se questi fattori non hanno niente a che fare con la mortificazione del "sé". Praticamente, quindi, lo studio dello stress sarà spesso strettamente legato a quello dell'invasione del "sé", mentre, dal punto di vista analitico, saranno coinvolte due differenti strutture.

5.

Mentre procede il processo di mortificazione, l'internato incomincia a ricevere istruzioni, formali ed informali, su ciò che qui chiameremo il «sistema dei privilegi». Dal momento in cui il processo di spoliatura dell'istituzione agisce sull'internato, indebolendo la relazione che egli ha con il proprio sé, è il sistema dei privilegi che gli fornisce una struttura su cui fondare la propria riorganizzazione personale. Bisogna qui puntualizzarne tre elementi base.

Primo, ci sono le «regole di casa», un sistema di prescrizioni e proibizioni, relativamente esplicite e formali, che definiscono lo schema dei bisogni dell'internato. Queste regole ne prescrivono l'intero, severo ciclo di vita. Le procedure di ammissione che spogliano la recluta dei sostegni su cui contava in precedenza, possono essere ritenute il modo istituzionale di prepararlo a vivere in accordo con le regole di casa.

Secondo, in questa rigidità d'ambiente viene offerto un esiguo numero di compensi o di privilegi, esplicitamente definiti come tali, in cambio dell'obbedienza - materiale e psicologica - allo staff. E' importante notare che molte di queste gratificazioni potenziali sono ricavate dall'insieme dei sostegni che l'internato considerava - prima - come garantiti. Nel mondo esterno, ad esempio, egli era in grado di decidere, senza pensarci troppo, come bere un caffè, se fumare una sigaretta e quando parlare, diritti che, all'interno di un'istituzione, possono invece risultare problematici. Presentate all'internato come possibili, queste piccole conquiste sembrano avere un effetto reintegrante, dato che stabiliscono un rapporto con il mondo perduto e riducono i sintomi che testimoniano il ritiro del paziente da quel mondo e dal suo stesso sé. L'attenzione dell'internato - soprattutto all'inizio - viene a fissarsi su queste gratificazioni sostitutive, da cui resta tanto ossessionato da passare l'intera giornata, come un fanatico, pensando al modo di ottenerle, o in attesa del momento in cui sa che gli saranno concesse. Un racconto di Melville sulla vita di mare, ce ne dà un esempio tipico:

"Nella marina da guerra americana la legge consente una mezza pinta di alcool al giorno per ciascun marinaio, da servirsi in due volte, prima di colazione e prima di pranzo. Al rullo del tamburo, i marinai si riuniscono attorno ad un grosso barile o a una botte piena di alcool; quando sono chiamati dal guardiamarina, si fanno avanti e si gustano la bibita in una piccola misura di

latta detta «tot». Nessun buongustaio che si accinga a servirsi un bicchiere di tokay dalla sua dispensa ben fornita, schiocca le labbra con maggior gusto del marinaio di fronte al suo tot. A molti di loro, infatti, il pensiero dei tot giornalieri offre una perpetua visione di paesaggi incantevoli che continuano a sfumare in lontananza. E' questa la loro grande «speranza». Togliete loro il grog, e la vita non avrà più alcun fascino" (86).

In marina, una delle punizioni più comuni per la più banale delle infrazioni è proibire il grog per un giorno o per una settimana. Dato che la maggior parte dei marinai tiene tanto al suo grog, il fatto di perderlo è generalmente sentito come una gravissima punizione. Li sentirai spesso dire: «Preferirei perdere il vento, piuttosto che il grog» (87).

La costruzione di un mondo attorno a questi privilegi forse non è uno degli elementi più importanti della cultura dell'internato, e tuttavia è qualcosa che non può essere facilmente capita da chi vive nel mondo esterno, anche se si tratta di persone che hanno avuto, in precedenza, esperienze analoghe. Questo interesse e questo bisogno di privilegi porta talvolta chi li ottiene a dividerli generosamente, ma più spesso all'abitudine di mendicare anche per piccole cose come sigarette, caramelle e giornali. La conversazione fra internati si concentra, frequentemente e in modo ben comprensibile, su una «fantasia festosa sulla dimissione», una sorta di rappresentazione di ciò che faranno durante la «licenza» o nei giorni di permesso dall'istituto. Queste fantasie sono collegate al loro percepire che gli uomini «liberi» non apprezzino quanto sia meravigliosa la loro vita (88).

Il terzo elemento nel sistema dei privilegi è costituito dalle punizioni, che sono designate come la conseguenza di un'infrazione alle regole. Una serie di queste consiste nel ritirare, temporaneamente o definitivamente, i privilegi, o nell'abrogare il diritto ad ottenerli. Generalmente le punizioni cui l'internato va incontro nelle istituzioni totali sono più dure di qualsiasi esperienza egli abbia avuto nel proprio mondo familiare. Ad ogni modo le condizioni in cui un piccolo numero di privilegi facilmente controllati risulta così importante, sono le stesse nelle quali il fatto che tali piccoli privilegi possano mancare, assume un significato cruciale.

Ci sono alcuni aspetti del sistema dei privilegi che dovremmo qui analizzare. Primo, punizioni e privilegi sono essi stessi modalità organizzative, tipiche delle istituzioni totali. Di qualunque grado sia la loro severità, le punizioni sono conosciute nel mondo familiare dell'internato come mezzi usati abitualmente nei confronti di animali e bambini: infatti questo sistema, tendente a condizionare il comportamento, non è altrettanto largamente usato con gli adulti, dato che l'incapacità a mantenere il modello di vita richiesto porta di solito a svantaggi indiretti ad essa conseguenti, non certo ad una punizione specifica immediata (89). Bisogna inoltre notare che nelle istituzioni totali i privilegi non corrispondono a ciò che si considera come privilegio nel mondo esterno (profitti, favori o valori) ma semplicemente all'assenza di privazioni cui nessuno presume, abitualmente, di dover sottostare. Il concetto stesso di punizione e di privilegio non corrisponde a al significato che esso assume nel mondo «civile».

Secondo, la questione della dimissione da un'istituzione totale è anch'essa elaborata all'interno del sistema dei privilegi. Alcune azioni vengono considerate come capaci di provocare un aumento o una diminuzione del periodo di degenza, mentre altre vengono ritenute come mezzi atti a ridurre la pena.

Terzo, punizioni e privilegi vengono inglobati in una sorta di sistema di lavoro di tipo residenziale. I luoghi dove gli internati lavorano e i reparti dove abitualmente dormono, vengono esplicitamente definiti come luoghi nei quali si possono ottenere alcuni tipi e gradi diversi di privilegi. Gli internati sono spesso visibilmente spostati da un luogo all'altro, secondo il capriccio del personale sanitario, al solo scopo di dare la punizione o il compenso conseguenti al loro livello di collaborazione. Sono mobili gli internati ma non il sistema. Così si può individuare una sorta di specializzazione dello spazio, nel senso che un reparto o una cella acquistano la reputazione di un luogo di punizione per internati particolarmente violenti, mentre altri trasferimenti vengono intesi come punizioni per il personale.

Il sistema dei privilegi consiste in un numero relativamente esiguo di elementi - messi insieme con un certo intento logico - chiaramente espliciti a tutti coloro che vi partecipano. Il risultato principale è che si ottiene un certo grado di collaborazione, da persone che spesso avrebbero buone ragioni per non collaborare (90). Un esempio di questo universo-modello può essere preso da uno studio recente su un ospedale psichiatrico di stato:

"L'autorità del sorvegliante nell'attuazione del suo sistema di controllo, viene sostenuta sia dal suo potere positivo che da quello negativo. Questo suo potere è un elemento essenziale nel controllo del reparto, poiché è in grado di concedere al paziente alcuni privilegi, o di punirlo. I privilegi consistono nell'ottenere un buon lavoro, le stanze e i letti migliori, piccoli piaceri come il caffè in reparto, un margine di vita personale più ampio di quanto non sia consentito alla maggior parte dei pazienti, poter uscire dal reparto senza controllo, godere - più di quanto non faccia la media dei ricoverati - della compagnia del sorvegliante o del personale sanitario come, ad esempio, il medico ' usufruire di tutte queste piccole cose impalpabili ma vitali, come essere trattato, di persona, con gentilezza e rispetto.

Le punizioni che possono essere imposte dal sorvegliante di reparto, sono la sospensione di tutti i privilegi, maltrattamenti psicologici, come il prendere in giro maliziosamente e mettere in ridicolo, punizioni fisiche talvolta modeste, talvolta pesanti, rinchiudere il paziente in una cella isolata, impedirgli o rendergli difficile l'incontro con il personale sanitario, minacciare di segnarlo sulla lista della terapia di shock, trasferirlo in reparti indesiderabili, e affidargli regolarmente compiti sgradevoli come pulire i malati sudici" (91).

Situazione analoga è quella delle prigioni britanniche dove è applicato il «sistema dei quattro stadi» con un aumento, ad ogni stadio, del pagamento del lavoro, del tempo da passare in compagnia con altri prigionieri, delle possibilità di ottenere giornali, di mangiare in gruppo, e di avere occasioni ricreative (92).

Associati al sistema dei privilegi ci sono, nella vita delle istituzioni totali, alcuni importanti processi.

Viene a costituirsi un «gergo istituzionale» per mezzo del quale gli internati descrivono gli eventi cruciali del loro particolare mondo. Anche il personale, specialmente quello meno qualificato, conosce questo linguaggio e lo usa quando parla con gli internati, riprendendo il suo modo di parlare abituale quando si rivolge ad un superiore o a qualche visitatore. Insieme con il gergo, gli internati vengono a conoscenza dei vari gradi ufficiali, di un cumulo di fatti sull'istituto, e di alcune informazioni sulla vita di altre istituzioni totali simili alla loro.

Inoltre lo staff e gli internati saranno perfettamente consci di ciò che si intende, negli ospedali psichiatrici, nelle prigioni e nelle caserme, per «fare azioni di disturbo». E «far azioni di disturbo» involve un processo assai complesso. Significa: impegnarsi in attività proibite (talvolta vengono compresi anche i tentativi di fuga), esser colti sul fatto, e ricevere una grave punizione. Di solito c'è una alterazione dei privilegi, simbolizzata nella frase «far retrocedere». Le infrazioni tipiche che vengono considerate nel generico «far azioni di disturbo» sono: risse, ubriachezza, tentato suicidio, bocciatura agli esami, gioco d'azzardo, insubordinazione, omosessualità, uscite senza permesso e partecipare a sommosse collettive. Sebbene queste infrazioni siano abitualmente ascritte alla perversità, alla villania, o alla «malattia» del colpevole, esse costituiscono, di fatto, un elenco limitato di azioni istituzionali, così che le stesse azioni di disturbo possono verificarsi per ragioni completamente diverse. Gli internati e il personale possono tacitamente concordare, per esempio, sul fatto che fare una certa azione di disturbo è un modo di dimostrare, da parte dell'internato, il suo risentimento contro una situazione avvertita come ingiusta, secondo l'accordo informale fra staff e internati (93); o un modo di rimandare la dimissione senza dover ammettere, di fronte ai compagni, di non voler andare a casa. Qualunque sia il significato attribuito a questo «disturbo» esso assume un'importante funzione sociale per l'istituzione, poiché tende a ridurre la rigidità che si verificherebbe, se il

sistema dei privilegi fosse unicamente basato sull'anzianità; inoltre le retrocessioni conseguenti alle «azioni di disturbo» mettono vecchi internati a contatto con i nuovi in posizioni non privilegiate, assicurando così una corrente di informazioni sul sistema in generale e sulle persone in esso incluse.

Nelle istituzioni totali esiste anche un sistema di quelli che possono definirsi come «adattamenti secondari», cioè un insieme di pratiche che, pur senza provocare direttamente lo staff, consentono agli internati di ottenere qualche soddisfazione proibita, o di ottenerne altre permesse con mezzi proibiti. Queste pratiche sono diversamente riferite come «riuscire a farcela», «saper cavarsela», «fare connivenze», «conoscere i trucchi del mestiere», «gli affari» o «i segreti interni». Tali adattamenti raggiungono - ovviamente - la loro maggiore fioritura nelle prigioni, ma, naturalmente, anche le altre istituzioni totali ne sono ricche (94).

Gli adattamenti secondari sono, per l'internato, la prova del suo essere ancora padrone di sé, capace di un certo controllo sul suo comportamento: talvolta un adattamento secondario diventa quasi un margine di difesa del "sé", una «churinga» nella quale si sente che l'anima risiede (95).

Si può già presumere, dalla presenza di adattamenti secondari, che il gruppo degli internati sviluppi un codice particolare e alcuni mezzi di controllo sociale a carattere informale, in modo da prevenire che un compagno metta al corrente il personale sugli adattamenti secondari dell'altro. Analogamente si può pensare che una dimensione sociale tipica degli internati o fra gli internati, sia la necessità di sicurezza che porta a definire gli altri come «spie», «traditori», «crumiri», o «uccelli da richiamo» da un lato, e «brave persone» dall'altro. Quando qualche nuovo internato può giocare un ruolo nel sistema degli adattamenti secondari (come nell'essere un nuovo elemento di fazione o un nuovo oggetto sessuale), allora il «benvenuto» che gli viene riservato può essere inizialmente una sequela di indulgenze e seduzioni, anziché un rincredimento di privazioni (96). A causa di questi adattamenti secondari, si è in grado di trovare anche i «Kitchen strata», una sorta di stratificazione rudimentale e largamente informale, basata sul diverso grado di accesso a certi beni illeciti disponibili; ritroviamo quindi ancora una tipologia sociale per designare le persone importanti nel sistema informale del mercato (97).

Mentre il sistema dei privilegi sembra fornire lo schema principale entro il quale ha luogo la ricostruzione del "sé", vi sono altri fattori che portano, caratteristicamente, verso la stessa direzione generale, pur partendo da strade diverse. Uno di questi è la libertà da responsabilità economiche e sociali - ritenuta come uno degli aspetti terapeutici degli ospedali psichiatrici - benché in molti casi risulti molto più significativo l'effetto disorganizzante di questo periodo moratorio.

Più importante come influenza riorganizzativa è il processo di fraternizzazione, attraverso il quale persone socialmente diverse si trovano a sviluppare un mutuo appoggio e una maggiore possibilità di opporsi al sistema che li costringe ad una forzata intimità e ad un unico destino comune, uguale per tutti (99).

La nuova recluta spesso inizia la sua carriera con un errato giudizio - suggeritogli dallo staff - sul carattere degli altri internati, ma si trova poi a scoprire che gran parte dei compagni sono degli esseri umani normali, spesso brave persone, degne di simpatia e di aiuto. Ciò che l'internato ha fatto, «fuori» dell'ospedale, cessa di assumere un significato reale, capace di influenzare il giudizio sulle sue qualità personali - lezione questa che gli obiettori di coscienza, ad esempio, pare abbiano imparato nelle prigioni (100). Inoltre, se l'internato è accusato di aver commesso un crimine, o qualcosa del genere, contro la società, il nuovo entrato - benché spesso senza alcun motivo personale - può giungere a dividere sia il sentimento di colpa del compagno, che le difese elaborate contro questo suo stesso sentimento. Si tende a sviluppare un senso di ingiustizia comune a tutti e di amarezza contro il mondo esterno, il che segna un passo molto importante nella carriera morale dell'internato. Questa reazione al sentimento di colpa e di privazione totale risulta forse più chiara nella vita carceraria:

"Secondo il loro modo di pensare, dopo essere stato soggetto ad un'ingiustizia, ad una punizione eccessiva o ad un trattamento più degradante di quello

prescritto dalla legge, il colpevole stesso incomincia a giustificare l'azione compiuta, che non aveva giustificato quando la compiva. Decide allora di far pagare caro l'ingiusto trattamento subito in prigione e, alla prima occasione favorevole, di vendicarsi con nuovi crimini.
<E' con questa decisione che diventa un criminale>".

Un detenuto obiettore di coscienza, ne dà un esempio simile, riferendo la sua esperienza personale:

"Un punto che voglio qui precisare è la strana difficoltà che io stesso ho nel considerarmi innocente. Mi trovo facilmente portato a convincermi di essere qui a pagare per i medesimi misfatti di cui sono accusati gli altri prigionieri, e devo talvolta ricordare a me stesso che un governo che crede veramente nella libertà di coscienza, non dovrebbe mettere gli uomini in prigione perché abbiano ad imparare a metterla in pratica. L'indignazione che provo verso la prigione e le sue regole non è quindi l'indignazione dell'innocente perseguitato o del martire, ma quella del colpevole il quale sente che la punizione che lo ha colpito va oltre ciò che merita, e che <gli viene inflitta da chi non è certamente privo di colpe>. Quest'ultimo fatto è sentito molto fortemente da tutti i detenuti ed è l'origine del profondo cinismo che pervade la prigione" (102).

Una constatazione di carattere più generale è suggerita da due studiosi dello stesso tipo di istituzioni totali:

"In un certo senso il sistema sociale degli internati può essere visto come un sistema che provvede un modo di vita tendente a rendere l'internato incapace di evitare gli effetti psicologici distruttivi dell'interiorizzazione e della conversione del rifiuto sociale in rifiuto di sé.
In effetti, ciò permette all'internato di rifiutare coloro che l'hanno rifiutato, più che rifiutare se stesso" (103).

Qui naturalmente c'è dell'ironia su una politica in qualche modo terapeutica e permissiva - l'internato diventa meno capace di proteggere il suo io, dirigendo l'ostilità verso bersagli esterni (104).

C'è poi un adattamento secondario, che riflette molto chiaramente il processo di fraternizzazione e il rifiuto dello staff, vale a dire il prendere in giro collettivo. Benché il sistema del «bastone e la carota» sia direttamente legato ad infrazioni individuali, riconoscibili come la causa prima che lo mette in moto, la solidarietà degli internati può essere abbastanza forte da riuscire ad attuare piccoli gesti di sfida anonimi e collettivi. Per esempio: urlare motti (105), far versi (106), pestare vassoi, rifiutare il cibo in massa, e altri piccoli atti di sabotaggio (107). Queste azioni tendono a prendere la forma di una rivolta: un sorvegliante, una guardia, un infermiere, - o anche tutto lo staff - vengono presi in giro, tormentati, o fatti oggetto di altre forme minori di insulti, finché perdono il controllo e ingaggiano un'inutile opposizione. Oltre alla fraternizzazione fra gli internati si assiste anche al formarsi di un legame di natura un po' più differenziata. A volte, particolari tipi di solidarietà si estendono in un terreno fisicamente delimitato, come un reparto o un padiglione, i cui abitanti percepiscono di essere regolati come una singola unità, e quindi avvertono di essere soggetti ad un destino comune. Lawrence ci dà un esempio di gruppi dipendenti dalla aviazione:

"Un velo dorato di risate - anche se di risate sciocche - aleggia nella nostra baracca. Mescola insieme cinquanta ragazzi che non si conoscono, provenienti da classi diverse, in una camerata chiusa, per venti giorni: costringili ad una nuova disciplina, del tutto arbitraria, falli faticare in lavori sporchi, senza senso, inutili ma pesanti... non c'è stata una sola parola dura fra qualcuno di noi. Questa condizione di liberalità nel corpo e nello spirito, questo vigore attivo, questo nitore e questo buon umore non si sarebbero certo mantenuti in una comune condizione di servitù" (108).

Naturalmente si riscontrano unità ancora più piccole: combriccole, legami sessuali più o meno stabili e - ciò che sembra forse più importante - si assiste al formarsi di amicizie, per mezzo delle quali due internati vengono riconosciuti dagli altri come «camerati» o «la coppia», e incominciano ad appoggiarsi l'un l'altro, trovando il modo di assistersi reciprocamente e sostenersi emotivamente (109). Benché queste amicizie a due possano essere riconosciute quasi ufficialmente (così come quando a bordo di una nave il capitano fa in modo di far fare la guardia assieme a due amici) (110), il fatto che si creino dei legami profondi può scontrarsi con una sorta di proibizione dell'incesto istituzionale, che tende a prevenire la coppia dal formare un proprio mondo all'interno dell'istituzione. Infatti, in alcune istituzioni totali, il personale sente che la solidarietà fra gruppi di internati può servire di base per progettare attività proibite dalle regole: in questo senso si tenta, consapevolmente, di impedire il formarsi di gruppi primari.

6.

Sebbene ci siano tendenze al crearsi di un livello di solidarietà, come la fraternizzazione e il formarsi di combriccole, si tratta tuttavia di fenomeni limitati. Le costrizioni che mettono gli internati in condizione di simpatizzare e comunicare fra di loro, non portano necessariamente ad un alto spirito di gruppo e di solidarietà. In alcuni campi di concentramento e in campi per prigionieri di guerra, l'internato non può fidarsi del compagno che potrebbe derubarlo, aggredirlo o tradirlo, giungendo così ad una condizione definita da alcuni studiosi come «anomia» (111). Negli ospedali psichiatrici le «coppie» o i «terzetti» possono essere tenuti nascosti alle autorità, ma non una sola cosa nota ad un intero reparto di pazienti riesce a sfuggire all'orecchio del sorvegliante. (Nelle prigioni, l'organizzazione dei detenuti è stata talvolta tanto forte da provocare sommosse e insurrezioni di breve durata; nei campi per prigionieri di guerra, è stato talvolta possibile organizzare gruppi di prigionieri per trovare il modo di fuggire (112); nei campi di concentramento ci sono state periodiche organizzazioni sotterranee (113); sulle navi si sono avuti ammutinamenti; ma queste azioni di gruppo sembrano essere l'eccezione più che la regola). Tuttavia, benché nelle istituzioni totali vi sia abitualmente una scarsa lealtà di gruppo, il fatto che tale lealtà debba prevalere sul resto, fa parte della cultura degli internati e sottolinea l'ostilità con cui trattano chi rompe la solidarietà del gruppo.

Il sistema dei privilegi e i processi di mortificazione fin qui trattati, rappresentano le condizioni cui l'internato deve adattarsi, per fronteggiare le quali escogita mezzi individuali, oltre alle azioni eversive di carattere collettivo. Lo stesso internato userà forme diverse di adattamento, nelle diverse fasi della sua carriera morale, quando addirittura non ne alternerà i modi contemporaneamente.

Primo punto è il «ritiro dalla situazione». L'internato «ritira» apparentemente l'attenzione da tutto, riducendola ai soli eventi relativi al proprio corpo, eventi che vede in una prospettiva completamente diversa dagli altri. Questa massiccia riduzione del proprio coinvolgimento negli eventi che richiedono una partecipazione rispondente, è conosciuta - negli ospedali psichiatrici - sotto il nome di «regressione». La «psicosi carceraria» o l'«istituzionalizzazione carceraria» rappresentano lo stesso tipo di adattamento (114); così come alcune forme di «depersonalizzazione acuta» descritte nei campi di concentramento, e le «tankeriti» riscontrate tra i vecchi marinai delle navi mercantili (115). Non penso si sappia se questa linea di adattamento formi un continuum unico di gradi diversi di regressione, o se ve ne siano livelli standardizzati. Date le pressioni evidentemente necessarie per smuovere un internato dalla sua condizione, e date le abituali, limitate possibilità di farlo, questa linea di adattamento in realtà risulta spesso irreversibile.

Secondo punto è la «linea intransigente»: l'internato sfida intenzionalmente l'istituzione rifiutando, apertamente, di cooperare con il personale (116). Ne risulta un'intransigenza costantemente espressa e talvolta un alto spirito individualistico. In molti grandi ospedali psichiatrici, ad esempio, vi sono reparti nei quali prevale appunto questo spirito. Il fatto di continuare a rifiutare l'istituzione totale richiede spesso di mantenere un certo interesse nei confronti della sua organizzazione formale, e quindi - paradossalmente - un

tipo profondo di coinvolgimento nell'intera istituzione. Analogamente, quando lo staff decide che l'internato intransigente deve essere domato (così come spesso accade negli ospedali psichiatrici quando si prescrive l'elettroshock (117), o nei tribunali militari quando prescrivono il carcere), allora l'istituzione dimostra tanta devozione al ribelle, quanta egli ne ha dimostrata nei suoi confronti. Infine, benché si sappia come alcuni prigionieri di guerra abbiano conservato una posizione permanentemente intransigente durante tutto il periodo della detenzione, l'intransigenza è, di solito, una fase iniziale e temporanea di reazione, quando l'internato tende a ritirarsi dalla situazione e si sposta verso altre forme di adattamento.

Un terzo tipo di adattamento nel mondo istituzionale è la «colonizzazione»: la parte di realtà di cui l'organizzazione provvede l'internato, è da questi vissuta come se si trattasse di tutta la realtà: viene cioè a costruirsi un'esistenza stabile e relativamente felice, basata sul massimo delle soddisfazioni che l'istituzione può offrire (118). Il mondo esterno serve come punto di riferimento per dimostrare quanto la vita istituzionale sia desiderabile, e la tensione usuale fra queste due dimensioni viene a ridursi sensibilmente, essendone impediti le motivazioni, dato che esse sono basate sul divario fra il mondo esterno, riconosciuto come peculiare di tutte le istituzioni totali. Di solito colui che accetta troppo facilmente questa linea di adattamento, viene accusato dai compagni di «aver trovato casa» o che «le cose non gli sono mai andate così bene». Il personale stesso può talvolta risultare vagamente imbarazzato dall'uso che viene fatto dell'istituzione, rendendosi conto che, in qualche modo, si sciupano le possibilità positive della situazione. I coloni possono sentirsi obbligati a negare il grado di soddisfazione con cui sono legati all'istituto, anche solo per essere solidali con gli altri internati. Potrebbe essere necessario «far baccano» proprio poco prima della loro già stabilita dimissione, trovando così il modo - apparentemente involontario - di continuare la detenzione. Quelli dello staff che tentano di rendere più sopportabile la vita nelle istituzioni totali, devono dunque comprendere che - così facendo - si possono trovare ad aumentare le attrattive e il possibile desiderio di una colonizzazione.

Un quarto modo di adattamento al sistema di un'istituzione totale è quello della «conversione»: il paziente sembra assumere su di sé il giudizio che in genere lo staff ha di lui, e tenta di recitare il ruolo del perfetto ricoverato. Mentre l'internato colonizzato si costruisce un mondo, per quanto gli è possibile, libero, sfruttando i pur limitati vantaggi ottenibili, l'internato che si è «convertito» segue una linea più disciplinata, più moralistica e monocromatica, presentandosi come colui che mette a completa disposizione dello staff il suo entusiasmo istituzionale. Nei campi per prigionieri di guerra cinesi troviamo americani che sono diventati dei «Pros» (proseliti) avendo interamente sposata la causa comunista (119). Sotto le armi ci sono reclute che danno l'impressione di «fare i leccapiedi» per ottenere una promozione. Nelle carceri vi sono i «dritti». Nei campi di concentramento tedeschi, i vecchi prigionieri talvolta arrivavano ad adattare il vocabolario, gli svaghi, l'espressione aggressiva, il modo di vestire a quelli della Gestapo, recitando con rigore militare il loro ruolo di «uomini di paglia» (120). Alcuni ospedali psichiatrici differiscono da altri nell'offrire due diverse possibilità di conversione - una per il nuovo entrato, che può adottare dopo un certo travaglio interno per arrivare ad assumere il giudizio psichiatrico fatto su di lui; l'altra per il cronico, che adotta il modo di fare e di vestire dei sorveglianti aiutandoli anche a trattare gli altri pazienti con una severità che supera talvolta quella dei sorveglianti stessi. Naturalmente nei corsi per ufficiali si trovano reclute che diventano velocemente «G.I.» imponendo a se stessi un sacrificio che saranno presto in grado di imporre ad altri (121).

A questo proposito le istituzioni totali differiscono fra loro in modo assai significativo: molte infatti - come gli ospedali psichiatrici più moderni, le navi mercantili, i sanatori per T.B.C., e campi per il lavaggio del cervello - offrono all'internato l'opportunità di vivere su un modello di comportamento che è, insieme, ideale e raffigurato dallo staff; modello che viene naturalmente ritenuto, da chi lo propone, come escogitato nell'interesse di coloro ai quali viene proposto. Altre istituzioni totali, come alcuni campi di concentramento e

alcune prigioni, non offrono, invece, ufficialmente un ideale di comportamento che l'internato debba far proprio.

I modi di adattamento fin qui discussi rappresentano tracce coerenti da seguire, ma pochi internati sembrano seguirne, a lungo, soltanto una. Nella maggior parte delle istituzioni totali, la maggioranza degli internati segue la linea che alcuni definiscono come «il prendersela calma». Il che significa una sorta di opportunistica combinazione di adattamenti secondari, conversione, colonizzazione, e senso di lealtà al gruppo, così che l'internato si trova a disporre - in particolari circostanze - del massimo di opportunità per poter uscirne fisicamente e psicologicamente indenne (122). Quando poi si troverà con i compagni ne appoggerà le ribellioni, nascondendo loro come sia docile quando si trovi solo con lo staff (123). Gli internati che «se la prendono calma» subordinano i loro rapporti con i compagni ad una finalità più alta, che è quella del «tenersi lontani dai guai»; in nessun caso si offrono volontari, e possono anche imparare a tagliare i legami col mondo esterno, quel tanto che basta per dare una realtà culturale al loro mondo interno, ma non tale da spingerli alla colonizzazione.

Ho fin qui suggerito alcuni adattamenti cui gli internati ricorrono per far fronte alle pressioni presenti nelle istituzioni totali. Ognuno di essi rappresenta il modo di dominare la tensione fra il mondo familiare e quello istituzionale. Tuttavia, talvolta il mondo familiare dell'internato è stato, di fatto, tale da immunizzarlo contro il desolato mondo istituzionale: a queste persone non occorrono particolari schemi di adattamento. Alcuni ricoverati di ospedali psichiatrici delle classi più povere, che abbiano passato la loro vita in orfanotrofi, riformatori e prigioni, tendono a vedere l'ospedale esattamente come un'altra istituzione totale, cui possono applicare le tecniche di adattamento, imparate e perfezionate in istituzioni analoghe. Per queste persone «prendersela calma» non rappresenta uno slittamento nella loro carriera morale, quanto piuttosto un adattamento già naturale. Analogamente i giovani dell'isola di Shetland, reclutati nel servizio mercantile britannico, non sembrano molto spaventati dalla vita di bordo pesante e faticosa, dato che la vita cui sono abituati nell'isola è ancora più stentata. Essi sono dei marinai che non si lamentano, semplicemente perché non hanno di che lamentarsi.

Qualcosa simile ad un effetto di immunizzazione viene raggiunto da alcuni internati che trovano, nell'istituzione, particolari compensi o qualche mezzo per risultare inattaccabili alla sua azione distruttiva. Nel primo periodo dei campi di concentramento nazisti, sembrava che i criminali trovassero un certo compenso nel vivere con prigionieri politici di ceto medio (124). Analogamente, il linguaggio borghese usato nella psichiatria di gruppo e l'ideologia interclassista dei concetti psicodinamici possono - nel caso di pazienti mentali delle classi più povere - offrire il più stretto contatto che essi siano mai riusciti ad avere, con quel mondo raffinato. Forti convinzioni religiose e forti convinzioni politiche sono servite ad isolare il vero credente dall'azione distruttiva di un'istituzione totale. L'impossibilità di parlare il linguaggio dello staff può spingere lo staff stesso a rinunciare ai suoi sforzi di ricupero, lasciando colui che non parla libero da ogni pressione (125).

7.

Vorrei ora prendere in esame alcuni temi dominanti della cultura dell'internato. Primo, in molte istituzioni totali viene a formarsi un tipo ed un livello particolari di giudizio di sé. La posizione di debolezza, rispetto a quella di cui godevano nel mondo esterno, cui gli internati giungono attraverso l'iniziale processo di spoliazione, crea un'atmosfera di fallimento personale in cui viene costantemente riproposta la propria caduta in disgrazia. Come reazione, l'internato tende a costruirsi una storia, un precedente, una triste biografia - una sorta di lamentazione e di apologia - da raccontare continuamente ai compagni, per giustificare in qualche modo lo stato di degradazione in cui si trova. Il "sé" del ricoverato diventa, di conseguenza, il punto focale della sua conversazione e dei suoi interessi, molto più di quanto non succeda nel mondo esterno, così da spingerlo ad un notevole grado di pietà per se stesso (126). Benché lo staff discrediti costantemente queste storie gli altri ascoltatori tendono a mantenere un certo tatto, nascondendo le perplessità e la noia provocate da questi racconti. Così scrive un ex detenuto:

"Ancora più commovente risulta la delicatezza quasi generale con cui si indagano i misfatti degli altri, ed il rifiuto di determinare il rapporto sulla base del loro passato" (127).

Analogamente, negli ospedali psichiatrici di stato americani, il protocollo consente che un paziente chieda ad un altro in quale reparto o servizio si trovi, e da quanto duri la sua degenza; mentre domande relative alla causa per cui è ricoverato, non vengono subito richieste, e, nel caso vengano formulate, si tende ad accettarne la versione alterata che, quasi inevitabilmente, viene presentata.

Secondo, in molte istituzioni totali, è molto diffusa fra gli internati la sensazione che il tempo passato nell'istituto sia sprecato, inutile, o derubato dalla propria vita; si tratta di un tempo che deve essere cancellato; di qualcosa che deve essere «passato» o «segnato» o «accelerato» o «ritardato». Nelle prigioni e negli ospedali psichiatrici, un modo generale di giudicare il livello di adattamento dell'internato all'istituto, può essere espresso in termini di come passa il tempo, se bene o male (128). Si tratta di un tempo messo tra parentesi, da coloro che lo hanno vissuto, con un intendimento costante e consapevole, difficilmente riscontrabile nel mondo esterno. Come risultato, l'internato tende a sentire che per la durata del suo internamento - la sua condanna, appunto - egli è stato completamente esiliato dalla vita (129). E' in questo contesto che si può comprendere quale influenza demoralizzante possa avere la condanna per un tempo indefinito o per un tempo molto lungo (130).

Tuttavia, per quanto dure siano le condizioni di vita nella istituzione totale, la sola durezza del trattamento non può dare questo senso di vita sprecata; dobbiamo piuttosto guardare alla frattura sociale provocata dall'ingresso nell'istituto e dall'impossibilità usuale di ottenere, all'interno dell'istituzione, profitti trasferibili nel mondo esterno - denaro guadagnato, relazioni matrimoniali contratte, diplomi rilasciati per corsi seguiti. Uno dei vantaggi della teoria secondo la quale i «manicomi» sono ospedali per il trattamento di persone malate, è che i ricoverati che abbiano perso tre o quattro anni di vita in questa specie di esilio, possano tentare di convincersi di aver contribuito alla loro stessa cura; quindi, una volta guariti, il tempo speso nel trattamento può apparire ai loro occhi come un investimento utile e ragionevole.

Questo senso di «tempo morto» che incombe come una cappa di piombo può forse spiegare il compenso ricercato in quelle che possono definirsi attività di rimozione; vale a dire attività volontarie, non serie, che siano abbastanza interessanti e divertenti da allontanare da sé chi le fa, facendogli dimenticare, per il momento, la situazione nella quale vive. Se dunque si può dire che nelle istituzioni totali le attività normali torturano il tempo, queste attività lo uccidono pietosamente.

Alcune attività di rimozione sono collettive: i giochi nei prati, i balli, l'orchestra, la banda, il coro, la lettura, corsi d'arte (131), o di falegnameria, i giochi a carte; altre invece sono individuali, pur basandosi su materiale collettivo, come ad esempio leggere (132), o guardare da soli la televisione (133). Naturalmente sarebbe anche da includere ogni tipo di fantasia personale, così come Clemmer suggerisce, nella sua descrizione del «sovrappiù di fantasticheria» che si riscontrerebbe nei prigionieri (134). Alcune di queste attività possono essere ufficialmente permesse dallo staff; altre - non ufficialmente permesse - costituiscono un tipo di adattamento secondario: per esempio il gioco a carte, l'omosessualità, le «alzate di gomito» o le «sbornie» ottenute bevendo alcool industriale, spezie eccitanti o ginger (135). Che siano permesse ufficialmente o no, qualora alcune di queste attività diventino troppo interessanti o continue, è probabile che lo staff vi si opponga - come succede spesso con l'alcool, il sesso, e il gioco a carte - finché l'istituzione, e non qualche altra entità sociale compresa nell'istituzione, si impadronirà dell'internato.

Ogni istituzione totale può essere considerata come una sorta di mare morto, nel mezzo del quale pullulano piccole isole di attività vitali e molto stimolanti. Queste attività possono aiutare l'individuo a sostenere la tensione psicologica

generalmente prodotta dagli attacchi al "sé". Tuttavia è proprio nell'insufficienza di queste attività che si può riconoscere l'effetto di privazione determinato dalle istituzioni totali. Nella società civile, un individuo costretto ad uno dei suoi ruoli sociali ha - di solito - l'opportunità di scivolare via in qualche zona protetta, dove poter abbandonarsi a fantasie consumistiche - cinema, T.V., radio, letture, - o servirsi di piccole «consolazioni» come fumare o bere. Nelle istituzioni totali, e in particolare subito dopo l'ammissione, queste opportunità possono risultare inaccessibili. Così, nel momento in cui si sente maggiormente la necessità di avere un rifugio su cui contare, può risultare più difficile ottenerlo (136).

8.

In questa analisi sul mondo dell'internato ho preso in esame i processi di mortificazione, le influenze tendenti alla ristrutturazione, le linee di difesa assunte dagli internati e l'ambiente culturale che viene a svilupparsi. Ora vorrei aggiungere un commento conclusivo su ciò che accade, abitualmente, quando l'internato viene dimesso e rimandato nel mondo esterno.

Sebbene i ricoverati progettino feste d'addio e tengano conto di minuto in minuto del tempo che li separa dalla loro dimissione, accade spesso che coloro i quali stanno per lasciare l'ospedale entrino in ansia di fronte a questa eventualità, tanto che taluni giungono - come si è già visto - a commettere qualche guaio per essere trattiene ed evitare la dimissione. L'ansietà che l'internato prova di fronte alla possibilità di essere dimesso, assume spesso la forma di una domanda che egli pone a se stesso e agli altri: «Ce la farò fuori?» Il che mette in evidenza come la vita civile sia qualcosa che produce ansia e preoccupazioni. Ciò che, per coloro che vivono nel mondo esterno, è uno sfondo non percepito per figure percepite, all'internato appare invece come una figura su uno sfondo più vasto. Questa prospettiva è forse scoraggiante, dato che coincide con uno dei motivi per cui gli ex ricoverati vedono spesso come possibile il loro «rientro» nell'istituto, e un numero considerevole vi fa realmente «ritorno».

Le istituzioni totali presentano, abitualmente, una finalità riabilitante; tendono cioè a ricomporre i meccanismi regolatori del "sé" del paziente, così che egli - una volta lasciato l'istituto - si troverà a conservarne spontaneamente i valori. (Ci si aspetta infatti che lo staff agisca realmente nel processo di ristrutturazione del "sé" di colui che entra nell'istituzione totale, dividendo in ciò, con altri tipi di organizzazioni, l'idea che basti soltanto impararne la procedura). In realtà, questi mutamenti si realizzano raramente e, anche quando si verificano alterazioni di una certa durata, esse spesso non corrispondono a ciò che lo staff presume di produrre. Se si eccettua il caso di alcune istituzioni religiose, né i processi di spoliazione né quelli tendenti alla ristrutturazione, sembrano avere effetti duraturi (137), ciò a causa - in un certo limite - della possibilità di mettere in atto adattamenti secondari, dell'esistenza di controregole, e della tendenza da parte degli internati ad escogitare ogni mezzo per sopravvivere.

Naturalmente, subito dopo le dimissioni, l'internato troverà meravigliosi la libertà e i piaceri della vita che coloro che vivono nel mondo civile abitualmente non ritengono affatto eccezionali - l'aspro odore dell'aria fresca, il poter parlare quando se ne ha voglia, l'usare un intero fiammifero per accendere una sigaretta, prendere uno spuntino da solo ad un tavolo pronto per quattro persone (138). Una malata mentale, di ritorno in ospedale dopo un fine settimana passato a casa, racconta la sua esperienza ad un crocchio di amiche che l'ascoltano attentamente:

"La mattina mi sono alzata, sono scesa in cucina, e mi sono fatta il caffè; era meraviglioso. Alla sera abbiamo preso un paio di birre, e mangiato del chili; è stato magnifico, veramente magnifico. E non ho scordato un solo istante di essere libera" (139).

Tuttavia, poco dopo la dimissione, l'ex internato dimentica in gran parte ciò che era stata la sua vita nell'istituto, e ricomincia a prendere per garantiti i privilegi attorno ai quali si organizzava la vita di segregazione. Il senso di ingiustizia, l'amarezza, l'alienazione, così tipicamente prodotti

dall'esperienza dell'internamento e che così comunemente segnavano le tappe della sua carriera morale, sembrano mano a mano indebolirsi.

Ma ciò che l'ex internato conserva della sua esperienza istituzionale, ci può dire qualcosa di molto importante sulle istituzioni totali. Spesso il momento del ricovero significa, per la recluta, essere assunto in ciò che si potrebbe definire una condizione predeterminante: ciò significa che non soltanto la sua posizione all'interno dell'istituto risulta radicalmente diversa da ciò che era «fuori»; ma, come egli si troverà ad imparare (se e quando sarà dimesso) la sua posizione sociale nel mondo esterno non potrà mai più essere quella che era, prima del ricovero. Nelle situazioni in cui la condizione predeterminante sia relativamente favorevole (come per coloro i quali si diplomano all'accademia militare, o in collegi e monasteri di élite eccetera) le allegre riunioni ufficiali hanno il significato di annunciare, con un certo orgoglio, la propria appartenenza alla scuola di origine. Ma qualora la condizione predeterminante sia sfavorevole, così come lo è per coloro che provengono dalle prigioni o dagli ospedali psichiatrici, si può usare il termine «stigmatizzazione», presumendo che l'ex internato si sforzi di nascondere il suo passato e tenti di «passare oltre».

Secondo quanto suggerisce uno studioso (140), l'azione determinante dello staff consiste nel suo potere di concedere il tipo di dimissione che riduca il livello di stigmatizzazione dell'internato. Gli ufficiali delle prigioni militari possono dimostrare che il recluso è in grado di essere reintegrato nel suo posto di lavoro e quindi, potenzialmente, può avere una scarcerazione onorevole; il direttore di un ospedale psichiatrico può consegnare un «certificato di guarigione» (dimesso come guarito) oltre a raccomandazioni personali. Da ciò deriva il fatto che gli internati, in presenza dello staff curante, fingano talvolta un certo entusiasmo per ciò che l'istituto fa per loro.

Ritorniamo ora a considerare l'ansia della dimissione. Essa potrebbe essere ritenuta il risultato della mancanza di volontà dell'internato, che è ancora troppo «malato» per far fronte alle responsabilità dalle quali l'istituzione totale lo ha liberato. Ma la mia esperienza personale nell'indagine di un tipo di istituzione totale - l'ospedale psichiatrico - tende a minimizzare questo fattore. Più importante sembra invece la disculturazione, cioè la perdita o la mancanza di cognizioni circa alcune abitudini ritenute indispensabili nella società libera. Altro fattore è la stigmatizzazione. Qualora un individuo abbia assunto una condizione predeterminante vergognosa per il fatto di essere stato internato in un ospedale psichiatrico, trova nel mondo esterno un'accoglienza gelida, che avverterà nel momento (difficile anche per chi non sia soggetto ad alcuno stigma) in cui chiederà lavoro o un luogo per vivere. Inoltre, la dimissione giunge spesso nel momento in cui l'internato ha finalmente imparato le regole dell'istituto ed è riuscito ad ottenere quei privilegi che - come ha faticosamente appreso - sono tanto importanti nella realtà istituzionale. Egli può dunque avvertire che essere dimesso significa precipitare dalla sommità di un piccolo mondo, al fondo di un mondo più grande. Inoltre, quando ritorna nella comunità esterna, può trovarsi a dover vivere limitato nella propria libertà. Per esempio alcuni campi di concentramento richiedevano al prigioniero di firmare l'atto di scarcerazione, testimoniando di essere stato trattato correttamente, avvisato delle conseguenze cui sarebbe andato incontro qualora avesse parlato del sistema (141). In alcuni ospedali psichiatrici un internato pronto per la dimissione, può essere interrogato un'ultima volta, per scoprire se egli nutra o no risentimento nei confronti dell'istituzione, o verso i responsabili del suo ricovero; ed è diffidato dal creare guai al riguardo. Inoltre dovrà spesso promettere di chiedere aiuto qualora «si senta ancora male» o si trovi in difficoltà. Spesso l'ex malato mentale viene a conoscenza del fatto che la famiglia e il datore di lavoro sono stati invitati a mettersi in contatto con le autorità ospedaliere, nel caso dovesse esservi qualcosa che non va. Per colui il quale esce di prigionia, vi può essere un impegno formale, con l'obbligo di presentarsi regolarmente al controllo, e di tenersi lontano dai circoli dai quali proveniva prima dell'arresto.

1.

Molte istituzioni totali, il più delle volte, sembrano funzionare come un semplice luogo di ammasso per internati, ma, come si è già detto, usano presentarsi al pubblico come organizzazioni razionali, designate consapevolmente e specificamente al raggiungimento di alcuni fini ufficialmente collegati e approvati. Ma è stato anche detto che un obiettivo ufficiale frequente è la riabilitazione degli internati secondo un modello comune. Questa contraddizione fra ciò che l'istituzione fa e ciò che sostiene di fare, costituisce il significato fondamentale dell'attività quotidiana dello staff.

In questo contesto, la prima cosa da dire sullo staff è che il suo lavoro, quindi il suo stesso mondo, ha unicamente a che fare con persone. Questo genere di lavoro il cui oggetto è costituito da persone, non è come un'attività che implica rapporti con il personale o quella di chi si occupa di relazioni di servizio; qui gli oggetti e i prodotti del lavoro sono uomini.

Nella loro qualità di materia di lavoro, le persone possono assumere, talvolta, le medesime caratteristiche degli oggetti inanimati. I chirurghi preferiscono operare persone magre piuttosto che grasse, perché su quelle grasse gli strumenti risultano scivolosi, e ci sono strati in più da tagliare. I necrofori negli ospedali psichiatrici preferiscono le donne magre agli uomini grassi, perché i cadaveri pesanti sono difficili da muovere e gli uomini devono essere rivestiti con le giacche, che è molto difficile infilare sulle braccia e sulle mani irrigidite. Inoltre, maltrattamenti fatti ad oggetti animati o inanimati potrebbero lasciare segni tali, da rivelarli agli occhi dei dirigenti. Come un articolo, che passa attraverso un impianto industriale, deve essere accompagnato da una nota che testimoni ciò che è stato fatto e da chi, ciò che ancora si deve fare, e chi è da ritenere responsabile al riguardo; analogamente un oggetto umano che si muove, per così dire, all'interno del sistema istituzionale psichiatrico, deve essere accompagnato da una serie di annotazioni informative, che spiegano ciò che è stato fatto al paziente e da parte del paziente, e chi è da ritenersi responsabile del caso. La stessa presenza o assenza di un paziente a pranzo o alla sera, deve essere segnalata, così che si possa tenere il conto delle spese, con gli opportuni aggiornamenti. Nella carriera dell'internato, dal momento dell'ammissione a quello della morte, persone diverse dello staff aggiungeranno le loro annotazioni al caso, quando egli si trova a passare temporaneamente sotto la loro giurisdizione e a lungo, dopo la sua morte fisica, egli sopravviverà come un'entità manipolabile nel sistema burocratico dell'ospedale.

Date le caratteristiche fisiologiche dell'organismo umano, è ovvio che occorre soddisfarne alcuni bisogni, se si vuol fare un certo uso costante delle persone. Il che è anche il caso degli oggetti inanimati: la temperatura di un magazzino deve essere regolata sia in rapporto alle persone che agli oggetti immagazzinati. Inoltre così come nelle miniere di stagno, nelle fabbriche di pittura, o negli impianti chimici, gli operai possono andare incontro a particolari rischi di lavoro, c'è (almeno lo ritiene lo staff) un margine di rischio anche in certi tipi di attività il cui oggetto sia costituito da persone. Negli ospedali psichiatrici lo staff ritiene che i pazienti possano picchiare o offendere il personale «senza alcun motivo»; alcuni infermieri pensano che un contatto prolungato con pazienti mentali possa avere un effetto contagioso. Nei sanatori per T.B.C. e nei lebbrosari il personale curante si sente particolarmente esposto a malattie pericolose.

Mentre si riconoscono queste affinità fra un tipo di lavoro che ha per oggetto gruppi di uomini e quello che ha a che fare con oggetti reali, ciò che determina la particolarità dell'attività dello staff è proprio il fatto di dover agire sugli uomini, come se si trattasse di un materiale di lavoro.

Le persone sono quasi sempre considerate come fine a se stesse, secondo i principi morali della società di cui l'istituzione totale fa parte. Così si trova, quasi sempre, che alcuni modelli di manipolamento, "tecnicamente" non necessari, devono invece essere mantenuti con materiale umano. Il mantenere ciò che si ritiene un tipo di vita umano, viene definito come parte della «responsabilità della istituzione», ed è probabile corrisponda a ciò che l'istituzione garantisce all'internato in cambio della sua libertà. Il personale addetto alle carceri è obbligato a frustrare i tentativi di suicidio del

detenuto e ad assicurargli una completa assistenza medica, anche se ciò significa dover posporre l'esecuzione. Qualcosa di simile si dice accadesse nei campi di concentramento tedeschi, dove gli internati ricevevano talvolta l'assistenza medica, anche se erano già stati destinati alle camere a gas. Una seconda caratteristica, tipica nel mondo dello staff, è che gli internati conservano una condizione sociale e legami con il mondo esterno, di cui si deve tener conto. Ciò naturalmente dipende dal fatto - già accennato - che l'istituzione deve rispettare alcuni diritti degli internati in quanto si tratta di persone. Anche con un malato mentale cronico, ormai spogliato di ogni diritto civile, resta sempre da fare un gran lavoro di carteggio. I diritti di cui il paziente mentale è stato privato vengono di solito trasferiti ad un parente, ad un comitato o al sovrintendente dell'ospedale stesso, che diventa allora la persona legale la cui autorizzazione occorre ottenere per ogni faccenda che riguardi l'esterno dell'istituzione: indennità rilasciate dalla sicurezza sociale, tasse, manutenzione di proprietà, versamenti per assicurazioni, pensioni, dividendi di azioni, conti del dentista, impegni legali precedenti all'internamento, permessi di rilasciare le cartelle di casi psichiatrici a compagnie di assicurazione o a procuratori, permessi per visite speciali da parte di persone che non sono parenti eccetera. Di tutto questo è l'istituzione che deve occuparsi, anche se si tratta solo di trasmettere le decisioni a coloro che hanno la figura legale per metterle in atto.

Lo staff viene invitato a ricordare i suoi obblighi nei confronti del tipo di vita cui hanno diritto i pazienti, non solo da parte dei superiori da cui dipende, ma anche da parte di agenzie investigative della società esterna e dei parenti degli internati. Il materiale stesso su cui lavorano può, dunque, giocare questo ruolo. Alcuni infermieri di ospedale psichiatrico preferiscono lavorare in reparti per regrediti, dato che qui i pazienti tendono a far perdere meno tempo con domande ed esigenze, di quanto non accada in altri reparti con pazienti che conservano un buon contatto. Ci sono inoltre espressioni usate dallo staff come quella che si adopera in marina «avvocato di mare», per definire un internato che richiede un trattamento «secondo la legge». I parenti, come fonte di critiche, presentano un problema particolare perché, mentre gli internati possono venire istruiti sul prezzo che si troveranno a pagare qualora facciano richieste per proprio conto, essi sono meno controllabili al riguardo, e possono scivolare in domande a favore degli internati che questi ultimi non oserebbero mai fare.

La molteplicità dei modi in cui gli internati possono essere considerati fine a se stessi, e il loro grande numero, costringono lo staff ad impegnarsi in uno dei classici dilemmi che devono affrontare coloro che governano. Poiché l'istituzione totale lavora in qualche modo come uno stato, lo staff ha i medesimi problemi che preoccupano i governanti.

Nel caso di ogni singolo internato, l'assicurazione che un certo tipo di vita verrà mantenuto nel suo stesso interesse, può richiedere la rinuncia ad altri; ma in ciò è implicita una difficile scelta dei fini. Ad esempio, se si deve tener in vita un paziente suicida, il personale curante può giudicare necessario costringerlo ad una costante sorveglianza, o anche legarlo ad una sedia in uno stanzino chiuso a chiave. Se si deve impedire ad un paziente mentale di lacerarsi ferite già molto irritate, e di ripeterne all'infinito la medicazione e la successiva lacerazione, il personale curante potrebbe ritenere necessario impedirgli ogni movimento delle mani. Un paziente che rifiuta di mangiare, può esservi costretto dall'umiliante alimentazione forzata. Se gli internati dei sanatori per T.B.C. devono guarire, può risultare necessario imporre una riduzione alla loro libera opportunità di svaghi (142).

Il tipo di trattamento che un internato ha il diritto di esigere potrebbe essere in contrasto, naturalmente, con quello desiderato da un altro; il che dà l'avvio ad un genere di problemi, tipici di chi governa. Infatti, negli ospedali psichiatrici, se il cancello che delimita l'area dell'istituto deve essere tenuto aperto per coloro che hanno il permesso di uscire, altri pazienti, cui si potrebbe consentire un grado di libertà all'interno dell'ospedale, dovranno invece essere tenuti in reparti chiusi. Se un bar o la cassetta delle lettere deve risultare facilmente raggiungibile per coloro che girano liberi nell'area dell'ospedale, allora pazienti sottoposti a dieta rigorosa, oppure altri che scrivono lettere minatorie o oscene, avranno negata la libertà di circolazione.

Lo stesso obbligo dello staff a mantenere un tipo di trattamento umano per gli internati, presenta problemi; ma un'ulteriore serie di problemi particolari viene ad evidenziarsi nel costante conflitto fra l'esigenza di un livello di vita umano, da un lato, e dall'altro l'efficienza istituzionale. Citerò solo un esempio. Le proprietà personali di un individuo sono una parte importante del materiale da cui egli ricava la propria costruzione del "sé", ma, in qualità di internato, la facilità con cui può essere manipolato dallo staff è direttamente proporzionale al grado in cui è stato privato delle sue proprietà. La notevole efficienza con cui un reparto di ospedale psichiatrico può affrontare l'entrata in carico giornaliera di pazienti dipende dal fatto che coloro che entrano ed escono dal reparto, non entrano ed escono con qualche proprietà personale, ma semplicemente portando se stessi, senza alcun diritto di scegliere dove saranno trasferiti. Inoltre, la facilità con cui i vestiti dei pazienti possono essere tenuti puliti e lavati, è legata al fatto che i vestiti sporchi di ognuno sono ammassati indiscriminatamente in un fagotto, e i vestiti lavati sono ridistribuiti, non secondo un criterio di proprietà, ma secondo una misura approssimativa. Analogamente ciò che può garantire che i pazienti liberi di uscire nell'area dell'istituto siano ben coperti, è costringerli a passare per il luogo dove sono ammassati i cappotti del reparto, senza permettere di scegliere se indossarne uno e quale, e imponendo loro, sempre per gli stessi motivi igienici, di rinunciare a quei vestiti di tutti, al momento del rientro in reparto. La forma stessa del vestito può essere studiata in funzione dell'efficienza e non in vista di un miglioramento personale; il che è evidente dal seguente avviso pubblicitario:

"ALLEGRI, LACERATORI! ECCO UNA NUOVA TUTA COMPLETAMENTE AUTOMATICA! Vestito tutto intero, disegnato ed sperimentato da istituzioni per pazienti e ritardati mentali. Impedisce l'impulso a spogliarsi, resiste alle lacerazioni. Si infila dalla testa. Non occorre reggiseno o altro sottoindumento. Automatici all'incrociatura per andare al gabinetto. Piacevoli modelli in due colori, con scollo rotondo, a V o quadrato. Non si stira" (143).

Così come le proprietà personali possono interferire con il buon andamento della vita istituzionale e, per tal motivo, essere espropriate, parti del corpo potrebbero rivelarsi in contrasto con l'efficienza organizzativa, contrasto che viene abitualmente risolto a favore dell'efficienza. Se gli internati devono avere la testa pulita ed essere facilmente individuabili, sarà utile rasarli completamente, anche se la cosa non risulta molto estetica. Su questa base alcuni ospedali psichiatrici hanno trovato utile estrarre i denti ai pazienti che mordono, fare un'isterectomia alle pazienti che vivono in promiscuità e sottoporre a lobotomia i cronici violenti. La fustigazione come forma di punizione sulle navi da guerra, esprime esattamente il contrasto fra interessi organizzativi e umani:

"Uno degli argomenti avanzati dagli ufficiali di marina in favore della punizione corporale è che può essere inflitta in un attimo, non fa perdere tempo; e quando il prigioniero si rinfila la camicia, è finito tutto. Se invece questo tipo di punizione venisse sostituito da un altro, probabilmente provocherebbe un enorme spreco di tempo e un'infinità di guai, oltre al fatto che contribuirebbe a dare al marinaio un'idea inesatta ed eccessiva della sua importanza" (144).

Ho già ricordato come il lavoro il cui oggetto è costituito da persone, differisce da ogni altro tipo di attività, a causa della mescolanza di condizioni diverse e di legami che ciascun internato porta con sé nell'istituzione, e per il tipo di vita umano che deve essere mantenuto. Una diversità si evidenzia nel caso di internati che hanno il permesso di uscire dall'ospedale, poiché l'istituzione risulta responsabile dei guai che essi potrebbero provocare nel mondo esterno. Data questa responsabilità, è comprensibile come molte istituzioni totali tendano a vedere poco favorevolmente le libere uscite dei ricoverati. Altra diversità, forse la più importante fra questo tipo di lavoro e gli altri, è che sotto lo stimolo della minaccia, del premio e della persuasione gli oggetti umani possono venire educati ed istruiti,

tanto da potersi fidare che portino a termine da soli direttive date. Naturalmente, il tempo necessario per arrivare a fidarsi che questi «oggetti» riescano a portare a termine certe azioni stabilite senza un controllo, sarà variabile ma, come ci insegna l'organizzazione sociale dei reparti per regrediti negli ospedali psichiatrici, una buona dose di fiducia è possibile anche nel caso limite di schizofrenici catatonici. Soltanto le più complicate attrezzature elettroniche condividono questa capacità.

Mentre i materiali umani non possono essere altrettanto insensibili quanto quelli inanimati, la loro stessa capacità di percepire e di seguire i piani dello staff, assicura che essi sono anche in grado di ostacolarli più di quanto non possano farlo gli oggetti inanimati, dato che questi ultimi non possono, di proposito e intelligentemente, frustrare i nostri piani (sebbene capiti talvolta di reagire nei loro confronti, come se avessero una tale capacità). Per questo nelle carceri e nei reparti «migliori» degli ospedali psichiatrici, i guardiani devono essere pronti a far fronte a tentativi di fuga, provocazioni, accuse e disordini da parte degli internati; né l'ansietà che ne consegue è alleviata dal fatto di sapere che gli internati possono agire in tal modo, semplicemente per conquistare il proprio rispetto di sé o per liberarsi dalla noia (145). Anche un vecchio, debole paziente mentale ha un enorme potere al riguardo. Ad esempio, col semplice espediente di chiudere i pollici nelle tasche dei calzoni, può frustrare con successo gli sforzi che l'infermiere fa per spogliarlo. Questo è uno dei motivi per cui il personale curante tende a nascondere le decisioni prese nei riguardi del destino degli internati; perché, qualora l'internato venga a conoscenza di ciò che si prepara per lui, potrebbe apertamente e intenzionalmente ostacolare la realizzazione di ciò che è stato progettato; così per esempio a malati mentali pronti per un trattamento di shock, si raccontano storie gentili e talvolta si impedisce di vedere la stanza nella quale subiranno il trattamento.

Una terza differenza generale fra il materiale umano e gli altri tipi di materiale, con conseguenti problemi particolari, è che a qualsiasi distanza si ponga lo staff, questo materiale può diventare oggetto di comprensione e di affezione. C'è sempre il pericolo che l'internato appaia sotto un profilo umano; in questo caso se il paziente viene sottoposto a qualche privazione, lo staff più comprensivo ne soffrirà. (Il che, in fondo, corrisponde alla spiegazione che gli ufficiali adducono per mantenere le distanze dai soldati). D'altra parte, se un internato infrange una regola, il fatto che lo staff lo consideri un essere umano potrebbe aumentare la percezione di essere stato direttamente ferito nel proprio mondo morale: se si aspetta una risposta ragionevole da una creatura ragionevole, lo staff potrebbe sentirsi personalmente irritato, offeso e provocato, quando l'internato non si comporti correttamente.

La possibilità che gli internati diventino oggetto di simpatia e di comprensione da parte dello staff, è legata a ciò che può definirsi una sorta di ciclo di coinvolgimento, di cui talvolta si parla nelle istituzioni totali. Partendo da un dato punto di distanza sociale dagli internati (punto dal quale non sia facile intravedere le privazioni totali di cui sono oggetto, e i disordini istituzionali), coloro che appartengono allo staff non hanno alcun motivo per impedirsi di intrecciare un rapporto più diretto e affettivo con alcuni internati. Tuttavia questo lasciarsi coinvolgere li può portare ad essere colpiti da ciò che fanno e soffrono i pazienti, mettendoli in una posizione che può risultare minacciosa nei confronti della «distanza» mantenuta, invece, dagli altri membri dello staff. Come conseguenza, il membro dello staff che si lascia prendere da legami affettivi con gli internati, può avvertire di essere stato «scottato» sentendo quindi il bisogno di ritirarsi, limitandosi alla semplice prestazione di pratiche, di servizi, o al lavoro di routine richiesto dal suo ruolo. Una volta allontanato il pericolo di un contatto con gli internati, può gradualmente arrivare a sentire di avere ragione ad essere prudente, così che il ciclo contatto-difesa continuerà a ripetersi.

Se si unisce l'obbligo dello staff a mantenere un tipo di trattamento umano per gli internati, al fatto che si può arrivare a considerarli individui ragionevoli e capaci di essere coinvolti in un rapporto emotivo, si ha il quadro di alcune delle particolari difficoltà che si presentano, in un lavoro il cui oggetto sia costituito da persone. Negli ospedali psichiatrici sembra ci siano sempre pazienti che agiscono in modo drammatico contro il loro stesso interesse: bevono

acqua che hanno appena insudiciata, mangiano troppo al giorno del Ringraziamento e a Natale, cosicché in quei giorni ci saranno sicuramente ulcere rotte ed esofagi occlusi; corrono a testa in giù contro il muro; strappano le suture dopo una piccola operazione; buttano giù per il gabinetto la dentiera senza la quale non potranno mangiare e che impiegheranno mesi a riottenere; o rompono occhiali senza i quali non possono vedere. Nel tentativo di frustrare questi atti evidentemente autodistruttivi, i membri dello staff possono essere obbligati a manipolare questi pazienti, presentandosi ai loro occhi come duri e autoritari, proprio nel momento in cui tentano di impedire loro di fare contro se stessi ciò che nessun essere umano dovrebbe fare ad alcuno. E' quindi evidente quanto sia difficile, per lo staff, controllare le proprie emozioni.

2.

Le particolari esigenze di questo tipo di lavoro che ha per oggetto persone, stabiliscono l'attività giornaliera dello staff; attività che viene effettuata in un particolare clima morale. Lo staff è incaricato di far fronte alle ostilità e alle richieste degli internati, e ciò contro cui gli internati devono in genere scontrarsi, sono gli scopi e le finalità razionali che l'istituzione si prefigge. Dobbiamo perciò analizzare queste finalità.

Gli scopi espliciti delle istituzioni totali non sono molti: il raggiungimento di mete economiche, educazione e addestramento; trattamento medico e psichiatrico; purificazione religiosa; protezione della comunità dalle corruzioni; e, come ci suggerisce uno studioso delle carceri,...

«"inabilitazione, punizione, minaccia, e riabilitazione"...» (146). E' ben noto come le istituzioni totali manchino di una buona misura i loro scopi ufficiali. Ciò che è meno noto è che ciascuna di queste finalità e programmi ufficiali sembra perfettamente adatto a provvedere una chiave di volta, una spiegazione del fatto che lo staff, e a volte gli internati, possono dissimulare ogni crepa nell'azione dell'istituzione. Infatti un presupposto medico non è semplicemente una prospettiva secondo la quale si può prendere una decisione relativa al dosaggio medico e renderlo significativo; si tratta di una prospettiva che deve servire ad ogni tipo di decisione, come ad esempio la scelta dell'ora in cui i pasti vengono serviti, o il modo in cui la biancheria viene ripiegata, nell'ospedale. Ogni scopo che ci si prefigga dà origine ad una teoria, con i suoi inquisitori e i suoi martiri, e all'interno delle istituzioni non pare vi sia alcun impedimento naturale alla libertà di interpretarla che ne risulta. Ogni istituzione non deve limitarsi a tentare di realizzare i suoi scopi ufficiali, ma deve anche proteggersi, in qualche modo, dalla tirannia di una loro ricerca affannosa, per evitare che l'esercizio dell'autorità si converta in una caccia alle streghe. Il fantasma della «sicurezza» nelle carceri e le azioni dello staff che vengono giustificate in suo nome, sono esempi di questi pericoli. Paradossalmente quindi, mentre le istituzioni totali sembrano essere il meno teorizzabile dei luoghi, è proprio qui che, almeno recentemente, l'interesse per le ipotesi e le concettualizzazioni teoriche, ha incominciato a giocare un ruolo molto importante.

Lo schema interpretativo delle istituzioni totali incomincia a agire, automaticamente, al momento dell'entrata dell'internato, in quanto lo staff sa che l'internamento di un individuo è, "prima facie", l'evidenza del suo essere il tipo di persona per il cui trattamento l'istituzione è stata creata. Il prigioniero politico deve essere un traditore; il detenuto comune deve aver infranto la legge; il ricoverato in un ospedale psichiatrico deve essere malato. Se non è un traditore, un criminale, un malato, per quale altra ragione si troverebbe lì?

Questa automatica identificazione dell'internato non è semplicemente nominale; è al centro di uno dei principali mezzi di controllo sociale. Un vecchio studio su una comunità ospedaliera psichiatrica ne dà un esempio:

"Lo scopo principale della cultura degli infermieri è di riuscire ad avere il controllo dei pazienti - controllo che deve essere mantenuto senza preoccuparsi della loro assistenza. Questo scopo si chiarisce bruscamente quando vengono manifestati desideri o richieste da parte dei degenti. Desideri e richieste (non importa se espressi ragionevolmente, con calma e gentilezza) sono sempre visti come sintomo di disordine mentale. La normalità non viene mai riconosciuta da un

infermiere, in un ambiente dove l'anormalità è ciò che normalmente ci si aspetta. Anche se la maggior parte di questi tipi di comportamento viene riferita ai medici, questi ultimi sostengono per lo più il giudizio degli infermieri. In questo modo i medici stessi aiutano a perpetuare l'idea che il carattere essenziale del trattamento di pazienti mentali stia nel loro controllo" (147).

Quando all'internato viene concesso di avere rapporti personali con lo staff, il rapporto si presenta spesso sotto forma di «lamentele» o di richieste da parte dell'internato, e di giustificazioni per il trattamento prevalentemente restrittivo, da parte dello staff; tale è, ad esempio, la struttura generale dell'interazione paziente-staff negli ospedali psichiatrici. Avendo da controllare gli internati e da difendere l'istituzione in nome dei suoi fini espliciti, lo staff si appella al tipo di identificazione globale degli internati che lo consentirà. Il problema dello staff è qui quello di trovare un crimine che sia adatto alla punizione. Inoltre, i privilegi e le punizioni che lo staff distribuisce, sono spesso espressi in un linguaggio che riflette gli obiettivi legali dell'istituzione, come quando nelle prigioni l'isolamento viene definito come una «meditazione costruttiva». Gli internati o lo staff meno qualificato avranno il compito particolare di tradurre questo frasario ideologico nel semplice linguaggio di un sistema di privilegi, e viceversa. L'analisi di Belknap su ciò che accade quando un paziente mentale rompe una regola ed è punito, ce ne dà un esempio:

"In casi del genere l'impudenza, l'insubordinazione. e l'eccessiva familiarità sono tradotte nei termini, più o meno professionali, di «disturbato» o «eccitato», e vengono riferite dall'infermiere al medico come espressione della condizione di salute del paziente. Il medico deve allora revocare ufficialmente o modificare i privilegi di cui il paziente gode nel reparto, o escogitarne il trasferimento in altro reparto dove dovrà ricominciare tutto daccapo, dal livello più basso. Secondo la cultura degli infermieri un «buon» dottore è quello che non fa troppe complicazioni sulla traduzione di questi termini medici" (148).

La finalità istituzionale è applicata anche ad azioni non chiaramente o abitualmente soggette a disciplina. Orwell riferisce che nel suo collegio, bagnare il letto era visto come un segno di «sporczia» e di cattiveria (149), e che un simile giudizio era applicato a disturbi anche più evidentemente fisici.

"Avevo i bronchi difettosi e una lesione ad un polmone che non fu scoperta che molti anni dopo. Quindi non solo avevo una tosse cronica, ma correre era per me un tormento. In quei giorni tuttavia la «tosse» o il «male di petto» come veniva chiamato, era diagnosticato come un male immaginario oppure era considerato essenzialmente come un disordine morale, causato dal mangiar troppo. «Soffi come una concertina, - diceva Sam (il direttore) disapprovando, mentre stava in piedi, dietro la mia sedia. - T'ingozzi sempre di cibo, ecco perché»" (150).

Si dice che i campi di «riforma del pensiero» cinesi abbiano portato all'estremo questo processo interpretativo, traducendo gli innocui eventi giornalieri del passato del prigioniero, in sintomi di azione controrivoluzionaria (151). Sebbene ci siano teorie psichiatriche sul disordine mentale e teorie sulla criminalità e le attività controrivoluzionarie che le ritengono come il risultato di una particolare influenza ambientale (tendono cioè entrambe a liberare l'offendente dalla responsabilità morale della sua offesa), le istituzioni totali non possono consentire che in parte questo particolare tipo di determinismo. Gli internati devono essere spinti ad autodeterminarsi in un modo manipolabile, e, perché ciò possa essere ottenuto, si deve definire sia la condotta desiderata che quella indesiderata, come derivanti dalla volontà e dal carattere personale dell'internato stesso; qualcosa dunque su cui egli stesso può agire. In breve, ogni atto istituzionale contiene una moralità personale, e in ogni istituzione totale si può vedere in miniatura lo sviluppo di qualcosa di simile ad una versione funzionalista di vita morale.

La traduzione del comportamento dell'internato in termini moralistici, adattati agli scopi espliciti dell'istituzione, conterrà necessariamente qualche ovvio presupposto come quello del carattere della natura umana. Dati il tipo di internati che hanno in carico, e il trattamento cui devono sottoporli, lo staff tende a sviluppare ciò che potrebbe essere definito come una teoria della natura umana. Implicitamente presente nella finalità istituzionale, questa teoria razionalizza le attività, provvede un mezzo sottile per mantenere la distanza sociale dagli internati, e un giudizio stereotipato su di loro, giustificando il trattamento cui sono sottoposti (152). In definitiva la teoria serve a coprire le «buone» e le «cattive» possibilità di condotta dell'internato, le forme che prende il suo ricorrere ad azioni di disturbo, il valore educativo dei privilegi e delle punizioni, e la differenza «essenziale» fra lo staff e gli internati. Nell'esercito, gli ufficiali avranno una teoria sul rapporto fra la disciplina e l'obbedienza dei soldati al fronte, le qualità specifiche e il «punto di rottura» degli uomini, e la differenza fra la malattia mentale e chi la simula. E saranno istruiti secondo una particolare concezione della loro natura, come suggerisce una ex guardia della regina, nell'elencare le qualità morali degli ufficiali:

"Mentre la maggior parte della preparazione era inevitabilmente orientata verso un'efficienza fisica, c'era tuttavia una convinzione fortemente radicata secondo cui un ufficiale, che fosse in forma o no, avrebbe dovuto sempre avere quel tanto di orgoglio (o di «fegato») per non ammettere mai un'insufficienza fisica, finché non fosse caduto morto o svenuto. Questa convinzione veramente significativa era mistica sia per la sua natura che per l'intensità. Durante un estenuante esercizio alla fine del corso, due o tre ufficiali uscirono dalle file lamentandosi a causa di qualche vescica o altra lieve indisposizione. Il capo istruttore, un uomo civile e comprensivo, li denunciò in termini decisi. Un ufficiale, disse, semplicemente non può rompere, e non rompe le fila. La forza di volontà, se non altro, dovrebbe trattenerlo dal farlo. Era tutto una questione di «fegato». C'era un'implicazione, non dichiarata, secondo la quale se qualche soldato poteva uscire dai ranghi (anche se spesso si trattava di uomini più forti fisicamente) l'ufficiale non poteva farlo, perché apparteneva ad una casta superiore. Ho riscontrato più tardi che gli ufficiali avevano la convinzione di poter sopportare fatiche o disagi fisici, senza aver bisogno di prepararsi o allenarsi come era necessario ai soldati semplici. Per esempio non avevano bisogno di esercizi di ginnastica: semplicemente non ne avevano bisogno; erano ufficiali e resistevano fino alla fine, anche se erano entrati in campo venendo direttamente dall'infermeria o da un bordello" (153).

Nelle prigioni troviamo un conflitto corrente fra le interpretazioni psichiatriche sulla criminalità e quelle che enfatizzano la debolezza morale del delinquente. Nei conventi troviamo teorie sui modi in cui lo spirito può essere debole o forte e su come i suoi cedimenti possano essere vinti. Gli ospedali psichiatrici, in questo caso, predominano perché qui il personale curante si definisce esplicitamente come specialista nella conoscenza della natura umana che, in base a questa sua conoscenza, diagnostica e cura. Di qui il fatto che nei libri di psichiatria ci sono capitoli sulla «psicodinamica» e sulla «psicopatologia» che provvedono formulazioni precise ed affascinanti sulla «natura» della natura umana (154).

In molte istituzioni totali, una parte importante della teoria della natura umana, è la convinzione che qualora il nuovo internato sia indotto a mostrare un'estrema deferenza nei confronti dello staff, immediatamente dopo il suo arrivo, risulterà in seguito più docile - nel sottomettersi a queste imposizioni iniziali, la sua «resistenza» e il suo «spirito» saranno in qualche modo spezzati. (Questa è una delle giustificazioni alle cerimonie tendenti ad indebolire la volontà e alle pratiche di «benvenuto» già in precedenza riferite). Naturalmente, se gli internati condividono la medesima interpretazione sulla natura umana, il punto di vista dello staff al proposito ne sarà confermato. Recenti studi sul personale dell'esercito americano, fatto prigioniero nella guerra di Corea, ce ne danno un esempio. In America c'è la convinzione corrente secondo la quale, una volta che un uomo sia stato portato al «punto di rottura», non sarà più in grado di opporre resistenza. Questo

giudizio sulla natura umana, rinforzato da un tipo di istruzione che tende a scongiurare il pericolo di ogni cedimento, portò infatti alcuni prigionieri a rinunciare ad ogni resistenza, una volta fatta una piccola confessione (155). La teoria sulla natura umana è soltanto uno degli aspetti dello schema interpretativo offerto dall'istituzione totale. Un'altra area coperta dalle prospettive istituzionali è quella che riguarda il lavoro. Dato che nel mondo esterno il lavoro, di solito, viene fatto in vista della paga, di un profitto o per motivi di prestigio, la perdita di queste motivazioni significa la perdita di alcune interpretazioni dell'azione intrapresa, così che risulta necessario trovarne di nuove. Negli ospedali psichiatrici c'è ciò che viene ufficialmente conosciuto come «terapia industriale» o «ergoterapia»; i pazienti devono svolgere attività, di solito molto umili, come rastrellare foglie, servire a tavola, lavorare in lavanderia o pulire i pavimenti. Sebbene la natura di questi compiti derivi dalle necessità dell'istituto, la spiegazione abitualmente data al paziente è che queste attività lo aiuteranno a reinserirsi nella società e che la capacità e la buona volontà che dimostrerà, sarà presa come evidenza diagnostica del suo miglioramento (156). Il paziente stesso può vedere il lavoro sotto questa luce. Un processo analogo, tendente a ridefinire il significato del lavoro, è riscontrato nelle istituzioni religiose, come ci suggerisce il commento di una clarissa:

"Questa è un'altra cosa meravigliosa del vivere in obbedienza. Nessuno sta mai facendo nulla di più importante di ciò che è, se sta obbedendo. Una scopa, una penna, un ago sono lo stesso davanti a Dio. L'obbedienza della mano che li tiene e l'amore nel cuore della suora che li usa, sono ciò che fa una eterna differenza di fronte a Dio, alle altre suore, e a tutto il mondo" (157).

Gli uomini, in questo mondo, sono costretti ad obbedire a leggi fatte dall'uomo e a restrizioni giornaliera. Le suore di clausura scelgono liberamente di obbedire ad una legge monastica, ispirata da Dio. La ragazza che scrive a macchina non può che farlo per qualche dollaro e desidererebbe poterne fare a meno. La clarissa che scopa i chiostri del monastero lo fa per la causa di Dio e preferisce, in quel momento particolare, scopare a qualsiasi altra occupazione al mondo (158).

Benché gli scopi altamente istituzionalizzati, come il profitto o l'economia, possano essere ossessivamente perseguiti nelle organizzazioni commerciali (159), questi stessi scopi, e i presupposti in essi impliciti, possono tuttavia funzionare in modo da impedire altri tipi di interpretazione. Quando non possono venir invocate le razionalizzazioni in uso nella società, il campo diventa allora pericolosamente aperto ad ogni tipo di interpretazioni e di eccessi e, di conseguenza, a nuovi tipi di tirannia.

Vorrei aggiungere un punto finale sulle prospettive istituzionali. Il manipolamento degli internati è infatti razionalizzato secondo i fini o le funzioni ideali dell'organizzazione, che comporta un servizio tecnico ad uso di persone. Sono abitualmente pagati dei professionisti per assolvere questi servizi, anche soltanto per evitare di mandare gli internati a lavorare fuori dall'istituto, essendo poco saggio «per dei monaci uscire dal monastero, poiché la cosa non risulta salutare alle loro anime» (160). E' probabile che i professionisti che collaborano, su questa base, ad un'organizzazione istituzionale, ne siano poco soddisfatti, non potendo qui esercitare bene la loro professione, ed essendo usati come dei «prigionieri», costretti ad aggiungere sanzioni professionali ad un sistema di privilegi. Questa sembra la lamentela classica (161). In molti ospedali psichiatrici c'è un gran numero di psichiatri malcontenti che asseriscono di voler andarsene, ché almeno potranno dedicarsi alla psicoterapia. Spesso viene introdotto un servizio psichiatrico speciale (psicoterapia di gruppo, psicodramma, o terapia d'arte) con grande vantaggio dell'organizzazione ospedaliera; l'interesse viene trasferito lentamente altrove, ed il professionista incaricato al riguardo trova che, gradualmente, la sua attività va tramutandosi in una sorta di lavoro di "public relations", poiché alla sua terapia si dà importanza soltanto quando ci sono visitatori e l'autorità istituzionale è preoccupata di mostrare come siano aggiornate le attrezzature di cui l'istituto dispone.

I professionisti non sono naturalmente l'unico gruppo di staff in conflitto con gli scopi ufficiali dell'istituto. I membri dello staff in continuo contatto con gli internati, possono avvertire quanto anche la loro azione sia contraddittoria, dato che devono costringere gli internati all'obbedienza dando, insieme, l'impressione che sia mantenuto un livello di vita umano e che le finalità razionali dell'istituzione vengano realizzate.

CERIMONIE ISTITUZIONALI.

Ho finora descritto le istituzioni totali dal punto di vista degli internati e, brevemente, dal punto di vista dello staff. Ogni punto di vista ha, come elemento cruciale, l'immagine che un gruppo si costruisce dell'altro. Sebbene questa immagine dell'altro esista, raramente essa porta ad una identificazione simpatetica - tranne forse nel caso di quegli internati, descritti in precedenza, che assumono all'interno dell'istituzione un ruolo di fiducia e seriamente «si identificano con l'aggressore». Quando si verificano intimità e rapporti non contemplati nella linea staff-internato, si sa che possono seguirne cicli di coinvolgimento e le più sgradevoli conseguenze (162), con un sovvertimento dell'autorità e della distanza sociale che, ancora una volta, dà l'impressione come se all'interno dell'istituzione si attuasse un incesto proibito.

Oltre agli illeciti o discutibili legami «personali» che possono attraversare la linea staff-internato, può verificarsi un secondo tipo di contatto irregolare. Lo staff, diversamente dagli internati, mantiene alcuni settori della propria vita separati dalla istituzione, anche se questi possono venire dislocati all'interno o nelle vicinanze dell'ospedale. Contemporaneamente è evidente agli internati stessi quanto poco valga il tempo che essi dedicano al lavoro, e come possa essere soggetto ai desideri dello staff. In queste circostanze è difficile mantenere la netta separazione e gli internati si trovano a prestare allo staff umili servizi personali: giardinaggio, imbiancare o pulire la casa, badare ai bambini. Poiché questi servizi non fanno parte dello schema ufficiale dell'istituto, lo staff è costretto a prendere in considerazione i suoi servitori e non può mantenerli alla distanza abituale. Le restrizioni usuali della vita istituzionale rendono, di solito, gli internati abbastanza contenti di aprirsi in questo modo un varco nello schieramento internato-staff. Lawrence ce ne dà un esempio militare:

"Il sergente maggiore diede un esempio di abuso, quando portò l'ultimo uomo di fatica del corpo a casa della moglie, gli fece dipingere il cancello e badare ai bambini, mentre lei faceva la spesa. «Mi ha dato un pezzo di crostata», si vantava Garner, dimenticando i pianti del bambino per il fatto di essersi riempito la pancia" (163).

In aggiunta a queste possibilità casuali di «attraversare la linea», ogni istituzione totale sembra sviluppare una serie di pratiche istituzionalizzate - sia spontanee che di imitazione - attraverso le quali lo staff e gli internati si avvicinano fra di loro, tanto da ottenere l'uno dell'altro un'immagine in qualche modo favorevole, tale da identificarvisi reciprocamente. Queste pratiche esprimono unità, solidarietà, ed un impegno univoco nei confronti dell'istituzione, piuttosto che differenze fra due livelli.

Questo «incontro» istituzionalizzato è caratterizzato da un abbandono delle formalità e dei ruoli che determinano il rapporto internato-staff, e da un ammorbidimento della dimensione autoritaria abituale. Spesso la partecipazione è relativamente volontaria. Dati i ruoli usuali, queste attività ne rappresentano un «rilassamento» (164); naturalmente, conoscendo l'effetto determinante a tutti i livelli della distanza internato-staff, ogni modifica tendente ad esprimere una certa solidarietà, rappresenta automaticamente un rilassamento dei ruoli. Si potrebbe indagare sulle molte funzioni di questo «incontro», ma le spiegazioni sembrano meno sorprendenti di quanto non lo sia il modo singolare in cui queste pratiche continuano ad aumentare, in qualsiasi tipo di istituzione totale, in quello cioè che potrebbe apparire il terreno più povero per un tal genere di

esperienze. Si è portati a pensare che ci debba essere una buona ragione per l'esistenza di queste pratiche, anche se sembra difficile individuarla. Una delle forme più comuni delle cerimonie istituzionali è il giornale interno, di solito un settimanale o una rivista mensile. Generalmente i collaboratori sono reclutati fra gli internati, dal che risulta una specie di presa in giro del rapporto gerarchico, dato che la supervisione e la censura sono invece affidati ad un membro dello staff relativamente vicino agli internati e, ciononostante, abbastanza leale verso i compagni. Il contenuto stampato è tale da disegnare un cerchio intorno all'istituto, dando un accento di realtà pubblica al mondo interno.

Vi sono due tipi di materiale che appaiono nel giornale interno. Primo, le «notizie locali». Queste comprendono rapporti sulle recenti cerimonie istituzionali, riferimenti ad eventi «personali», come compleanni, promozioni, gite e morti, che accadono ai componenti l'istituzione, in particolare agli esponenti più autorevoli e più in vista dello staff. I testi esprimono congratulazioni e condoglianze, manifestando quanto l'intera istituzione partecipi alla vita individuale di ogni suo componente. Qui è evidente un aspetto interessante del gioco del ruolo di chi è segregato: dato che i ruoli istituzionalmente rilevanti di un membro (per esempio un medico) tendono a metterlo in risalto di fronte ad una intera categoria di altri membri (per esempio infermieri e pazienti), essi non possono venir usati come veicolo per esprimere solidarietà istituzionale; a tale scopo si tende invece ad usare ruoli non rilevanti, in particolare i ruoli dei parenti o delle mogli, immaginabili, se non possibili, per tutte le categorie.

Secondo, c'è un materiale che può riflettere un intento editoriale. Esso comprende: notizie dal mondo esterno che hanno a che fare con la condizione legale e sociale dell'internato e dell'ex internato, accompagnati da un commento appropriato; articoli originali, brevi storie e poesie; editoriali. Gli articoli sono scritti dagli internati, ma esprimono l'opinione ufficiale sulle funzioni dell'istituto, la teoria sulla natura umana sostenuta dallo staff, una versione idealizzata dei rapporti internati-staff e la posizione che il paziente ideale dovrebbe assumere: in breve, presentano la linea istituzionale.

Il giornale interno tuttavia si mantiene su un equilibrio molto delicato. Lo staff si lascia intervistare, lascia che si scriva di lui, consente che ciò che viene scritto sia letto dagli internati, sottoponendosi ad un leggero controllo degli scrittori e dei lettori; nello stesso tempo, agli internati viene data l'opportunità di dimostrare di essere abbastanza in alto nella scala umana, da adoperare con competenza il linguaggio e la linea ufficiale (165). D'altra parte, i collaboratori garantiscono di seguire l'ideologia ufficiale, presentandola in qualità di internati agli altri internati. E' interessante notare come coloro che fanno questa alleanza con lo staff, spesso non cessano di ribellarsi. Essi inseriscono qualunque critica aperta all'istituzione sia loro consentita, avvalendosi di un modo di scrivere ambiguo o velato e di vignette pungenti; con gli amici possono anche assumere atteggiamenti cinici nei confronti di ciò che fanno, affermando di collaborare al giornale soltanto perché si tratta di un lavoro «leggero», o di una buona occasione per guadagnarsi raccomandazioni utili, in vista della dimissione.

Sebbene i giornali interni siano in uso già da molto tempo, è solo recentemente che altre forme di rilassamento dei ruoli cominciano ad apparire nelle istituzioni totali; mi riferisco qui alle forme di «autogoverno» e alla «terapia di gruppo». Praticamente gli internati espongono le proprie idee e un membro opportunamente scelto dello staff ne fa la supervisione. Si riforma dunque un tipo di alleanza fra internati e staff. Gli internati si trovano a godere del privilegio di trascorrere un po' di tempo in un ambiente «non strutturato» ed egualitario, godendo insieme del diritto di presentare lamentele. In cambio gli si richiede di rinunciare alle ribellioni e di essere più docili all'ideale-del-sé che lo staff definisce per loro.

L'uso che gli internati fanno del linguaggio ufficiale e della filosofia dello staff nelle discussioni e negli articoli, è un gioco ambiguo per lo staff. Gli internati possono manipolare la stessa razionalizzazione che lo staff fa dell'istituzione e mettere in pericolo, con questo mezzo, la distanza sociale fra i due gruppi. Di qui l'interessante fenomeno che si riscontra negli ospedali psichiatrici di sanitari che usano una terminologia psichiatrica stereotipata

nel parlare fra loro e con i pazienti, ma che irridono questi ultimi accusandoli di essere «intellettuali» o addirittura rifiutando di discutere con loro, qualora anch'essi usino il medesimo linguaggio. Forse il fatto più caratteristico, a proposito di questa forma di rilassamento dei ruoli istituzionali prodotta dalla terapia di gruppo, è che molti professionisti del mondo accademico sono interessati al riguardo, tanto che c'è ora più letteratura su questo aspetto delle istituzioni totali che sulla maggior parte degli altri aspetti messi insieme.

Un genere, in qualche modo diverso, di cerimonia istituzionale è la festa annuale (spesso tenuta più di una volta all'anno) alla quale staff e internati intervengono «mescolandosi» in forme di sociabilità standardizzate come mangiare insieme, partecipare a giochi e balli. In queste circostanze lo staff e gli internati hanno la licenza di prendersi alcune libertà attraverso la linea di frontiera che li separa, e questi contatti sociali possono esprimersi anche in rapporti sessuali (166). In alcuni casi questa libertà può arrivare fino al punto di provocare un'inversione rituale dei ruoli, durante la quale lo staff serve a tavola gli internati e fa loro altri piccoli servizi (167).

Nelle istituzioni totali la festa annuale è spesso collegata alla celebrazione di Natale. Una volta all'anno gli internati addobbano l'istituto con decorazioni facilmente asportabili, procurate in parte dallo staff, scacciando in tal modo dalle stanze dove abitualmente vivono, ciò che uno specialissimo pranzo scaccerà poi dalla tavola. Vengono distribuiti fra gli internati piccoli doni e favori; alcune prestazioni abituali sono soppresse; le visite possono trattenersi più a lungo e le restrizioni sulle licenze vengono ridotte. In generale i rigori della vita istituzionale per gli internati sono mitigati per un giorno. E' qui il caso di citare la descrizione di una prigione inglese al proposito:

"Le autorità fecero del loro meglio per rallegrarci. La mattina di Natale ci sedemmo per una colazione di fiocchi d'avena, salsicce, pancetta, fagioli, pane fritto, margarina, pane e marmellata. A mezzogiorno ci fu maiale arrosto, il dolce di Natale e caffè; e a cena dolce e caffè, invece della solita tazza di cacao.

Le sale furono decorate con stelle filanti, palloni e campanelle, ognuna con il suo albero di Natale. Ci furono rappresentazioni cinematografiche extra, in palestra. Due degli ufficiali mi regalarono un sigaro ciascuno. Mi fu concesso di mandare e di ricevere alcuni telegrammi di auguri e, per la prima volta da quando sono in prigione, ebbi abbastanza sigarette da fumare" (168).

In America, a Pasqua, il 4 luglio, la vigilia di Ognissanti e il giorno del Ringraziamento può ripetersi una versione diluita della cerimonia di Natale. Un'interessante cerimonia istituzionale, spesso unita con la festa annuale e la celebrazione di Natale, è il teatro istituzionale (169). Di solito gli internati recitano e lo staff ne è l'organizzatore; ma talvolta si trovano casts «mistici». Il testo è scritto normalmente da membri dell'istituzione, staff o internati, la rappresentazione può quindi essere piena di riferimenti locali dando così, attraverso l'uso privato di una forma di comunicazione pubblica, un particolare senso della realtà degli eventi interni all'istituzione. Molto spesso lo spettacolo consiste in sketches satirici che prendono in giro gli esponenti più noti dell'istituto, in particolare i componenti dello staff (170). Se, come è frequente, la comunità degli internati è di un solo sesso, allora è probabile che alcuni attori recitino travestiti, nel ruolo burlesco di membri dell'altro sesso. Spesso si mettono alla prova i limiti della licenza, dato che la presa in giro supera quanto alcuni membri dello staff riterrebbero tollerabile. Melville, commentando il rilassamento della disciplina durante e immediatamente dopo una rappresentazione teatrale, a bordo di una nave, dice:

"A questo punto Giacchetta Bianca deve un po' moralizzare. L'insolito spettacolo di file di ufficiali confusi con il <popolo>, nell'atto di applaudire un semplice marinaio come Jack Chase, mi riempì allora delle più piacevoli emozioni. Dopotutto è bello, pensavo, vedere questi ufficiali dimostrare nei nostri confronti un sentimento di fratellanza umana; è bello apprezzare cordialmente i molti meriti del mio impareggiabile Jack. Ah! Sono tutti nobili

compagni, dopotutto, e forse talvolta ho fatto loro torto nei miei pensieri" (171).

Oltre agli sketches satirici, vi possono essere delle rappresentazioni drammatiche che raccontano gli orrori passati di simili istituzioni totali, in contrasto con il presente che si presume migliore (172). Il pubblico di questo genere di spettacoli sarà costituito sia da internati che dallo staff, benché spesso separati ecologicamente; e, in alcuni casi, può essere permesso anche ad «esterni» di parteciparvi. Il fatto che lo spettacolo teatrale sia talvolta presentato ad un pubblico esterno, senza dubbio fornisce, sia agli internati che allo staff, uno sfondo contrastante sul quale possono avvertire un reciproco senso di unità. Anche altri tipi di cerimonie istituzionali assolvono a questa funzione, spesso più direttamente. Va aumentando, ad esempio, l'abitudine di aprire, una volta all'anno, l'ospedale; occasione in cui i parenti degli internati e anche il pubblico in generale possono essere invitati ad ispezionarlo: in questo modo possono rendersi direttamente conto dell'alto livello di vita umano che vi si mantiene. In questa circostanza lo staff e gli internati tendono a mostrare esplicitamente di essere in buon rapporto fra di loro, il che viene ricambiato abitualmente con una riduzione della usuale rigidità.

L'apertura dell'ospedale è una possibilità di successo, se non un successo garantito, poiché si verifica entro i limiti in cui l'istituzione accetta di esporsi. Talvolta questa esposizione della facciata è diretta ad un pubblico interno, per la maggior parte alti esponenti del personale curante, come riferisce un ex paziente mentale:

"Finita la colazione, alcuni pazienti si vestirono e lasciarono il reparto, riapparendo poco dopo armati di stracci e scope, con cui incominciarono, in modo stranamente meccanico, a pulire i pavimenti; come robot appena caricati. Questa improvvisa attività mi sorprese. Altri balzarono fuori portando nuove tovaglie da mettere sulle tavole pulite. Come per magia, uno o due sorveglianti fecero una tardiva apparizione e i fiori di mezza estate sbocciarono intorno improvvisamente. Il reparto era irriconoscibile, tanto sembrava diverso. Mi domandavo se i medici lo avessero mai visto nella sua abituale nudità, e fui ugualmente sorpreso quando, dopo la loro visita, tutto questo splendore sparì, così rapidamente come era apparso" (173).

Il più delle volte la messa in scena istituzionale sembra preparata per i visitatori. Talvolta ne è occasione la visita ad un particolare internato da parte di un particolare visitatore. Spesso i visitatori non hanno avuto alcuna iniziazione alla vita ospedaliera e, come ho già detto in precedenza, potrebbero fare domande imbarazzanti. In questo caso l'internato stesso si trova a giocare un ruolo importante nella presentazione dell'istituzione. Un medico, studioso di ospedali psichiatrici, ne dà un esempio:

"La situazione risultava evidente se si chiedeva che cosa succedesse quando un paziente riceveva una visita. Il visitatore era annunciato per telefono dall'ufficio centrale dell'ospedale. Il paziente interessato veniva quindi tirato fuori dal reparto chiuso, lavato e vestito. Quando era pronto per la scena, veniva portato nel parlatorio dal quale non si poteva vedere il reparto. Se il paziente risultava troppo intelligente per potersi fidare di lui, non lo si lasciava mai solo con il visitatore. Tuttavia anche con queste precauzioni si destavano, talvolta, dei sospetti ed era allora compito degli infermieri del reparto tenere la situazione sotto controllo" (174).

Il «parlatorio», in alcune istituzioni totali, ha una funzione molto importante. Sia l'arredamento che il comportamento generale sono qui molto più vicini ai moduli di vita esterni, che non a quelli che prevalgono nei luoghi in cui vive realmente l'internato. Ciò di cui i visitatori vengono a conoscenza del mondo del ricoverato, serve a far diminuire la pressione che essi potrebbero altrimenti esercitare sull'istituzione. E' una constatazione umanamente molto melanconica riconoscere che, dopo un certo tempo, tutte e tre le parti interessate - internato, visitatore e personale curante - si rendono conto che

il parlatorio non offre che una visione travestita delle cose: l'uno realizza che anche l'altro ne è perfettamente conscio e tuttavia continuano tacitamente la finzione.

La «messa in scena» istituzionale può anche essere diretta ai visitatori in genere, allo scopo di offrire loro un'immagine dell'organizzazione, atta a dissipare il vago terrore che essi provano nei confronti delle istituzioni coatte. Mentre i visitatori riterranno di aver ispezionato tutto, saranno stati invece accompagnati soltanto fra gli internati più cordiali e collaborativi, e nelle zone più accoglienti dell'istituto (175). Nei grandi ospedali psichiatrici, nuove terapie come il psicodramma o la danza possono giocare, come ho già suggerito, un ruolo particolare al riguardo, dato che il terapeuta e il gruppo con cui lavora rivelano la capacità di recitare di fronte a degli estranei: il che è il risultato tipico di un allenamento costante. Inoltre, un piccolo gruppo di internati preferiti, può per anni avere il compito di scortare i visitatori attorno al villaggio Potemkin dell'istituzione. I visitatori possono facilmente interpretare la fedeltà e la capacità sociale di questi addetti alle visite, come esempio dell'atteggiamento generale di tutti gli internati. Il diritto dello staff di limitare, ispezionare e censurare la posta che esce dall'ospedale, e la regola frequente di proibire di scrivere contro l'istituzione, aiuta a conservare l'opinione che il visitatore si è fatta dell'organizzazione ospedaliera, contribuendo però ad alienare gli internati da coloro ai quali non possono scrivere liberamente. Spesso la distanza materiale dell'ospedale dalle abitazioni dei parenti degli internati serve, non solo a dissimulare le condizioni all'interno, ma anche a trasformare una visita di famiglia in qualcosa di simile ad una gita festiva, così da lasciare il tempo allo staff di fare tutti i preparativi necessari. Il visitatore potrebbe anche essere naturalmente un ispettore, un esponente ufficiale dello staff, che cura i rapporti dell'istituzione con l'organizzazione responsabile del controllo di una intera classe di istituzioni; in questo caso il tipo di «preparativi» potrà essere particolarmente elaborato. Un esempio della vita di una prigioniera inglese (secondo il gergo abituale delle prigioni usato dallo scrittore) può essere qui citato:

"Ogni tanto in questa galera, come in tutte le galere del paese, c'era la visita di un commissario. Ora, questo è un gran momento nella vita dei galeotti e dei direttori. Il giorno prima dell'arrivo incominciano a fare grandi pulizie, si lavano i pavimenti, si lucidano gli ottoni, e anche gli angoli più nascosti vengono vuotati e ripuliti. Il cortile viene scopato, vengono spazzate le aiuole dalle erbacce, e ci raccomandano di pulire e tenere in ordine le celle. Alla fine arriva il gran giorno. Il commissario di solito porta un cappotto nero ed un cappello nero alla «Antony Edden» anche d'estate; spesso porta l'ombrello. Non so davvero perché facciano tanta confusione per lui; tanto, non fa altro che venire a mangiare con il direttore, dare una occhiata in giro alla galera, salire sulla macchina e andarsene. Talvolta succede che venga in giro proprio quando noi stiamo mangiando, e allora può capitare che ti domandi: «Com'è il cibo?» «Nessuna lagnanza?» Tu guardi il direttore ed il capo-turno (sono sempre con lui finché resta nella galera) e poi rispondi: «Niente da dire, signore»" (176).

Qualsiasi vantaggio portino queste visite alla vita quotidiana dell'istituto, servono a ricordare a ciascuno che l'istituzione non è un mondo a sé ma ha qualche rapporto, burocratico e subordinato, con le strutture del mondo esterno. La «messa in scena» istituzionale, qualunque sia il pubblico, può riuscire a convincere gli internati stessi di trovarsi nella migliore istituzione di quel tipo. Ed essi sembrano straordinariamente pronti a crederlo. Così, attraverso tale credenza, possono presumere di possedere uno status nel mondo libero, anche se è la condizione stessa che li esilia a concederglielo.

Le modalità della «messa in scena istituzionale» ci dicono qualcosa del processo di simbolizzazione. Primo, la facciata che l'istituzione abitualmente mostra è probabilmente la parte nuova, moderna, che cambierà ogni qual volta saranno apportati ammodernamenti e aggiunte. Così, quando viene costruito un nuovo reparto in un ospedale psichiatrico, lo staff di quella che era in precedenza la «nuova» costruzione, può sentirsi sollevato nel sapere che il ruolo di persone

«modello» e di coloro che ricevono ufficialmente i visitatori, è stato passato ad altri. Secondo, la «messa in scena» non ha bisogno di essere strettamente legata ad aspetti apertamente cerimoniali dell'istituzione, come aiuole e tende inanimate, ma spesso punta su attrezzature come l'ultimo tipo di cucina, o un complesso apparato chirurgico; infatti la funzione rappresentativa che l'attrezzatura verrà ad assumere può essere uno dei motivi che ne determina l'acquisto. Infine, ogni oggetto di scena avrà necessariamente implicazioni autonome; sebbene queste possano non corrispondere all'impressione che l'oggetto crea, possono tuttavia risultare significative. L'esposizione di fotografie all'entrata delle istituzioni totali, raffiguranti il ciclo di attività che il malato ideale svolge insieme allo staff ideale, spesso ha poco a che fare con i fatti reali della vita istituzionale, ma almeno alcuni internati hanno passato una mattinata piacevole, posando per il fotografo. I muri dipinti dagli internati che prigionieri, ospedali ed altri istituti mostrano con orgoglio nelle zone in vista del fabbricato, non significano che gli internati, in gruppo, siano stati incoraggiati al lavoro artistico o si siano sentiti creativamente coinvolti nell'organizzazione, ma ci fanno presumere che almeno un internato abbia potuto dedicarsi ad un'attività (177). Il cibo servito il giorno della ispezione o il «giorno di apertura» può consentire, almeno per una volta, una certa varietà rispetto al solito menù (178). Il fatto che l'istituto veda di buon occhio attività come il giornale interno e le rappresentazioni teatrali, porta almeno qualche vantaggio, sul piano del ritmo di vita, al piccolo gruppo di internati che se ne occupano. In un'istituzione psichiatrica il reparto ammissione a pagamento dispone di stanze confortevoli, che possono provvedere ai visitatori un'impressione esatta per ciò che riguarda una parte della popolazione degli internati.

Si può aggiungere che le dinamiche di apparenza coinvolgono più del semplice contrasto fra rappresentazione e realtà. In molte istituzioni totali si distribuiscono punizioni non legittimate dalle regole. Queste penalità sono di solito somministrate in celle chiuse, o in qualche altro luogo appartato dagli occhi della maggior parte degli internati e dello staff. Sebbene queste azioni possano non essere frequenti, tendono a verificarsi in modo strutturato, come conseguenza, nota o suggerita, per un certo tipo di trasgressioni. Questi eventi sono, nel ciclo quotidiano istituzionale, ciò che il ciclo quotidiano istituzionale è nei confronti della rappresentazione costruita per i visitatori, e tutti e tre gli aspetti della realtà - ciò che si nasconde agli internati, ciò che si rivela loro e ciò che si mostra ai visitatori - devono essere considerati come parti di un intero, in buon rapporto fra di loro, con funzioni diverse. Ho già sostenuto che le visite individuali, il giorno di apertura e le ispezioni consentono ai visitatori di rassicurarsi sul buon andamento generale dell'istituto. Altre pratiche istituzionali offrono la medesima opportunità. C'è, ad esempio, una combinazione interessante fra le istituzioni totali e gli attori di teatro, dilettanti ed ex professionisti. Da un lato l'istituzione provvede un palcoscenico e garantisce un pubblico attento; dall'altro gli attori offrono uno spettacolo gratuito. Gli uni possono avere un tal bisogno dei servizi degli altri, che passando oltre ai propri gusti personali, danno origine ad una sorta di relazione simbiotica (179). In ogni caso, mentre i membri dell'istituzione assistono alla rappresentazione, gli attori possono rendersi conto del tipo di rapporto che lega staff e internati; tanto armonioso cioè da consentire di riunirsi per ciò che appare ai loro occhi come una serata divertente, cui possono partecipare volontariamente tutti coloro che lo desiderano.

Le cerimonie istituzionali che si verificano per mezzo di canali di comunicazione come il giornale interno, le riunioni di gruppo, il giorno di apertura dell'istituto, e spettacoli di beneficenza, è probabile assolvano ad alcune funzioni sociali latenti; alcune di queste sembrano particolarmente evidenti in un altro tipo di cerimonie istituzionali, gli sports che si svolgono nell'ospedale. La squadra è costituita da un gruppo di internati, scelti fra quelli che si sono dimostrati i migliori in competizioni interne. Attraverso la competizione con gli esterni i «campioni» si trovano ad assumere un ruolo che esce evidentemente dallo stereotipo di ciò che è un internato - lo sport di squadra richiede infatti qualità come intelligenza, bravura, costanza, collaborazione, e senso d'onore - qualità che vengono ostentate in queste

occasioni agli occhi degli osservatori esterni e del personale che vi assiste. Inoltre la squadra esterna e tutti i fans che riesce a portare con sé, sono spinti a vedere l'ospedale come un luogo naturale dove accadono cose naturali. In cambio del fatto di avere la possibilità di mostrarsi sotto questa luce, gli internati rivelano, attraverso la loro squadra, qualcosa dell'istituzione. Nell'esercitare questa attività che può essere ritenuta volontaria, la squadra degli internati dimostra infatti ai visitatori e ai compagni spettatori che almeno in questo contesto lo staff non è tirannico, che una squadra di internati è in grado di rappresentare l'intera istituzione e che le è permesso farlo. Inoltre attraverso le grida di incoraggiamento per la squadra dell'istituto, sia lo staff che gli internati rivelano di essere entrambi coinvolti nell'entità istituzionale (180). Talvolta lo staff non si limita ad istruire le squadre di internati, ma vi partecipa occasionalmente, dimenticando, per la durata del gioco, le differenze sociali, così come spesso accade nelle competizioni sportive. Nelle istituzioni in cui non si praticano sports fra squadre interne ed esterne all'ospedale, essi possono essere sostituiti da competizioni sostenute fra squadre interne, di fronte ad un pubblico formato da esterni che agiscono come una sorta di gruppo simbolico con la funzione di assistere, far da arbitro e consegnare premi (181).

Le funzioni religiose e i divertimenti domenicali sono talvolta messi l'uno in opposizione all'altro; nelle istituzioni totali questo può, in parte, essere recepito come un doppione superfluo di funzioni. Così come gli eventi sportivi e gli spettacoli di beneficenza, un servizio religioso è infatti un momento in cui si può far intravedere l'unione dello staff e degli internati dimostrando che, in certi ruoli non rilevanti, entrambi fanno parte dello stesso pubblico, vis-à-vis con lo stesso attore esterno.

In tutte le cerimonie istituzionali cui ho accennato, lo staff si trova a giocare, con molta probabilità, più di un ruolo di controllo. Spesso un esponente ufficiale di alto grado le presenzia, in rappresentanza della direzione e (si spera) dell'intera istituzione. Nel caso si veste bene, si commuove per l'occasione, sorride, parla, dà strette di mano. Inaugura nuove costruzioni e nuove attrezzature, giudica gare e consegna premi. Mentre recita questo ruolo, il suo modo di rivolgersi agli internati sarà particolarmente fraterno; essi dimostreranno nei suoi confronti imbarazzo e rispetto, ed egli li ricambierà con un interesse da vecchio zio. Una delle funzioni degli internati più conosciuti nell'istituzione, è quella di fornire ad un gruppo di membri dello staff, alcune persone cui siano abbastanza legati da poter giocare, nei loro confronti, il ruolo di vecchi zii. Nei nostri grandi ospedali psichiatrici, paternalisticamente organizzati, le persone più qualificate dello staff possono essere invitate a passare buona parte del loro tempo nel presenziare a queste cerimonie occasionali, offrendoci così una delle ultime occasioni nella nostra società di osservare il ruolo di «signore del castello». Il fatto di poter analizzare in queste cerimonie un ruolo che risulta avvicicabile a quello del «nobile che si concede», non dovrebbe essere sottovalutato, dato che il modello originario può essere fatto risalire alla festa annuale che riuniva i servi e i signori di una «grande casata», in occasione di mostre di fiori, avvenimenti sportivi e perfino feste danzanti in una mescolanza particolare (182).

Si dovrebbero ora aggiungere alcuni commenti conclusivi su queste cerimonie istituzionali. Esse tendono a verificarsi con una periodicità abbastanza costante, dando luogo ad una sorta di movimento sociale. Tutti gli strati dell'istituzione vi partecipano, al di fuori della loro posizione e del loro rango, ma nello stesso tempo viene fissato loro un posto che ne esprime la condizione. Queste pratiche cerimoniali si adattano bene all'analisi di Durkheim: una comunità profondamente separata in internati e staff, può, attraverso queste cerimonie, mantenersi unita. Il contenuto stesso di tali cerimonie favorisce questo tipo di interpretazione funzionale. Ad esempio, c'è sempre, in queste occasioni, un tentativo o moto di ribellione da parte degli internati; attraverso un timido articolo, uno sketch satirico, o la troppa familiarità dimostrata durante il ballo, accade talvolta che il subordinato prenda confidenza con il superiore. Qui possiamo concordare con l'analisi di Max Gluckman e arguire che la tolleranza stessa di queste sconvenienze è segno della forza dell'istituzione:

"Poiché agire sui conflitti, direttamente, indirettamente o secondo altre forme simboliche, enfatizza la coesione sociale nella quale i conflitti si manifestano" (183).

Mostrare la propria ribellione all'autorità in un momento in cui tale ribellione è accettata come legittima, è scambiare l'espressione per una cospirazione. Tuttavia una semplice analisi funzionale di alcuni riti istituzionali non convince pienamente, tranne per l'effetto, che evidentemente risulta occasionale, della terapia di gruppo. In parecchi casi è già molto se questo rilassamento dei ruoli riesce a creare una solidarietà fra personale curante ed internato. Lo staff si lamenta, di solito, della noia di queste cerimonie e del fatto di essere obbligati a parteciparvi per il loro "noblesse oblige" o, peggio ancora, per quello dei superiori. Gli internati spesso vi partecipano perché, ovunque si svolga la cerimonia, saranno sempre più comodi e meno ristretti di quanto lo sarebbero altrove. Inoltre, talvolta vi partecipano per guadagnarsi il favore del personale curante e ottenere prima la dimissione. Un'istituzione totale ha probabilmente bisogno di queste cerimonie collettive in quanto è qualcosa di più di un'organizzazione formale; ma le sue cerimonie risultano spesso miserevoli e monotone, forse perché l'istituzione è qualcosa meno di una comunità.

Comunque, qualsiasi vantaggio offra ai membri di un'istituzione totale, la cerimonia istituzionale presenta qualcosa di apprezzabile agli studiosi di questo tipo di organizzazioni. Il fatto stesso che la «cerimonia» modifichi temporaneamente la relazione abituale fra internato e staff, dimostra che la differenza fra i due gruppi non è inevitabile e immutabile. Per quanto monotona e funzionale, la cerimonia segna una sospensione o anche un capovolgimento del dramma sociale usuale, ricordandoci che ciò che è stato accantonato ha un carattere drammaturgico e non materiale. Analogamente l'intransigenza, la presa in giro collettiva dello staff, e i coinvolgimenti personali nella linea staff-internato fanno pensare che la realtà sociale nell'istituzione totale sia precaria. Io ritengo che non si dovrebbe stupire di questi rilassamenti nella netta definizione delle distanze sociali; quanto piuttosto del fatto che non vi appaiono ancora fratture più profonde. Date alcune finalità, regolamenti, servizi, regole di base, ogni tipo di istituzioni sembra gradualmente aggiungere intensità e colore a questi ordinamenti. Mansioni e compensi economici vengono assegnati così come sono assegnati, allo stesso tempo, il carattere e l'essere di ognuno. Nelle istituzioni totali gli elementi che, all'interno di una mansione, definiscono il "sé" sembrano essere portati ad un estremo. Nel momento in cui si fa parte di un'istituzione, si viene vissuti come in possesso di alcuni tratti e qualità di carattere, essenziali; tratti che differiranno radicalmente a seconda che si appartenga al gruppo curante o al gruppo degli internati.

Il ruolo dello staff e quello dell'internato coprono ogni aspetto della vita. Ma queste caratterizzazioni definite, devono essere sostenute da persone seriamente preparate in altri ruoli civili e in altre possibilità di rapporto. Quanto più l'istituzione incoraggia l'idea che il personale curante e gli internati appartengono a categorie umane completamente diverse (ad esempio per mezzo di regole che proibiscono rapporti sociali informali fra di loro), tanto più profondo risulterà il dramma della differenza tra staff e internati, tanto più incompatibile diventerà la «scena» che essi dovranno recitare usando un repertorio tipico della vita civile, e tanto più essa risulterà smascherabile. Ci sono quindi motivi per dichiarare che una delle principali realizzazioni delle istituzioni totali è la dimostrazione della diversità di due categorie definite di persone; diversità che si rivela nelle qualità sociali e nel carattere morale, nella percezione di sé e dell'altro. Ogni ordinamento sociale sembra quindi puntualizzare la profonda differenza che esiste in un ospedale psichiatrico tra medico e paziente; nelle prigioni tra funzionari e detenuti; in unità militari (specialmente quelle di élites) tra ufficiali e soldati. Il che è una notevole realizzazione sociale, anche se si presume che la somiglianza dei partecipanti al gioco che le cerimonie istituzionali vogliono mostrarci, possa creare alcuni problemi relativi all'allestimento del gioco stesso e quindi stati di tensione individuali.

Vorrei ora ricordare un sintomo di questi problemi di allestimento. Nelle istituzioni totali si riferiscono, abitualmente, aneddoti di identità. Gli internati raccontano del tempo in cui erano stati confusi per membri dello staff e ne avevano sostenuto per un po' la parte o di quando avevano confuso un membro dello staff per un internato; analogamente, membri dello staff riferiscono di quando erano stati presi per internati. Altri errori d'identità si verificano quando un membro di un gruppo imita un membro dell'altro, o tratta un membro del suo gruppo come uno dell'altra categoria, per puro divertimento. Le satire annuali fatte alle spalle dello staff sono la fonte di queste prese in giro; ne sono altra occasione i momenti in cui non si sa che cosa fare durante il giorno. Inoltre si riscontrano drammi d'identità nel caso di persone che, essendo originariamente membri dello staff, cadono per qualche motivo in disgrazia e si trovano a diventare membri del gruppo degli internati della medesima istituzione. Io credo che questi problemi relativi all'identità mettano a fuoco la difficoltà di sostenere la drammatica diversità fra persone che, in molti casi, potrebbero rovesciare i ruoli e passare l'uno dalla parte dell'altro. (In realtà esse sono impegnate in una parodia di rovesciamento di ruolo). Non è chiaro quali problemi queste cerimonie riescano a risolvere, è tuttavia chiaro ciò a cui mirano.

PRECISAZIONI E CONCLUSIONI.

1.

Ho fin qui considerato le istituzioni totali secondo un'unica articolazione di base: gli internati e lo staff. Mi trovo ora a domandarmi se questo modo di vedere le cose ne tralasci o ne deformi qualcuna.

In uno studio più approfondito sulle istituzioni totali sarebbe importante vedere le differenze tipiche di ruolo che si verificano all'interno di ognuno dei gruppi principali (184), cercando di indagarne la funzione istituzionale. Si è già parlato di alcuni di questi ruoli quando si discutevano le mansioni istituzionali specifiche: lo staff dovrà essere il rappresentante ufficiale dell'istituzione nei contatti con la società esterna e dovrà sviluppare uno stile non istituzionale per poterlo fare con successo; alcuni suoi membri dovranno occuparsi dei visitatori e dei legami esterni degli internati; altri dovranno offrire servizi professionali; altri ancora avranno la funzione di stare a contatto, relativamente stretto, con gli internati. Alcuni potrebbero addirittura dover provvedere loro un simbolo personale dell'istituzione - simbolo sul quale proiettare tipi diversi di emozioni (185). Un'indagine accurata delle istituzioni totali dovrebbe prestare un'attenzione sistematica a queste differenze di categorie.

Ci sono due aspetti delle differenze di ruolo all'interno di un gruppo che vorrei qui considerare, aspetti che hanno a che fare, entrambi, con le dinamiche dei livelli meno qualificati dello staff. Una caratteristica particolare di questo gruppo è che si tratta, probabilmente, di infermieri assunti da lungo tempo e per ciò strettamente legati alla tradizione; mentre i livelli più qualificati, e perfino gli internati, potrebbero essere soggetti ad un gran numero di mutamenti (186). Inoltre è questo gruppo che ha la funzione di proporre personalmente ciò che l'istituzione richiede ai suoi membri. Coloro che vi appartengono si trovano quindi nella condizione di far deviare l'odio degli internati per le persone più significative dello staff, e di rendere possibile - qualora un internato riesca ad avere rapporto con una persona influente dell'équipe curante - ottenere nei suoi confronti un benevolo atteggiamento da vecchio zio e anche qualche facilitazione (187). Questi atti di clemenza sono possibili semplicemente per il fatto che, come tutti gli zii, gli esponenti più importanti dello staff non hanno il compito immediato di disciplinare gli internati, e i loro contatti sono così rari che questa indulgenza non danneggia la disciplina generale. Io credo che gli internati traggano, in genere, un senso di sicurezza dalla percezione, seppur illusoria, che sebbene la maggior parte dei membri dello staff siano cattivi, il «capo» è invece buono, ed è probabile venga ingannato dai suoi subalterni. (Ne sono un esempio le storie popolari e i film polizieschi: i poliziotti di grado inferiore possono essere sadici,

pregiudicati o corrotti, ma «il capo» dell'organizzazione è «O.K.»). Questo è un esempio di ciò che Everett Hughes definisce «la divisione morale del lavoro», dato che qui la differenza nelle mansioni personali di un individuo, implica chiaramente una differenza negli attributi morali a lui imputati.

Il secondo aspetto su cui voglio soffermarmi della differenziazione di ruolo fra i membri dello staff, ha a che fare con gli schemi di deferenza. Nella società civile i riti interpersonali che gli individui recitano reciprocamente, quando sono in presenza fisica immediata l'uno dell'altro, hanno una componente cruciale di spontaneità ufficiale. Colui che inizia il gioco è obbligato a fare il rito in modo non calcolato, immediato, senza pensarci, se esso deve risultare l'espressione reale del suo presunto riguardo nei confronti di colui al quale si rivolge; altrimenti in che modo questi atti potrebbero «esprimere» sentimenti interiori? Egli può farlo in quanto ha imparato, in giovane età, i riti di deferenza perfettamente standardizzati nella sua società, tanto che, una volta diventato adulto, essi appaiono come una sua seconda natura. Ora, dato che la deferenza che l'uno dimostra all'altro viene supposta come un'espressione diretta e spontanea, colui al quale il primo si rivolge non può richiedere una deferenza reale, qualora questa non gli venga manifestata. L'azione può essere forzata, ma una rappresentazione forzata di sentimenti è solo una rappresentazione. La persona che viene offesa può muovere un'azione contro colui che non è stato abbastanza deferente nei suoi confronti, ma deve anche nascondere la ragione specifica che lo spinge a questa azione punitiva. Solo i bambini, di solito, possono essere apertamente redarguiti per non aver dimostrato la deferenza conveniente; ed è questo il segno di come noi consideriamo i bambini non-ancora-persone.

Sembra caratteristico di ogni istituzione, in particolare delle istituzioni totali, il fatto che qualche forma di deferenza sia da ritenersi tipica di questi luoghi, dove gli internati sono coloro che la offrono e i membri dello staff coloro che la ricevono. Perché ciò accada, quelli che sono deputati a ricevere l'espressione spontanea di rispetto, dovranno essere gli stessi che ne insegnano le forme e le rafforzano. Da ciò segue che nelle istituzioni totali una differenza cruciale rispetto alla vita civile è che la deferenza è messa, qui, su un piano formale, con esigenze specifiche e specifiche sanzioni conseguenti alle infrazioni; inoltre non saranno solo richiesti questi atti, ma sarà anche imposta la dimostrazione esterna di sentimenti interiori.

Atteggiamenti come l'insolenza saranno soggetti ad esplicite penalità.

Il personale curante riesce, in parte, a difendersi da questa alterazione di rapporto nei confronti della deferenza, con alcuni mezzi standardizzati. Primo, nella misura in cui gli internati sono definiti come non pienamente adulti, lo staff può evitare di avvertire come perdita del rispetto di sé, il fatto di costringere alla deferenza coloro che sono sotto la sua sorveglianza. Secondo, talvolta si trova, specialmente nella vita militare, la convinzione che sia l'uniforme e non l'uomo a venir salutato (così non è l'uomo a esigere deferenza per se stesso); e legata a questa la nozione secondo la quale «non importa ciò che senti finché non lo dimostri». Terzo, il livello meno qualificato dello staff può essere incaricato di occuparsi dell'addestramento degli internati in questo senso, lasciando al personale professionalmente più elevato la possibilità di ricevere i segni di deferenza come se fossero spontaneamente espressi. Gregory Bateson così scrive:

"La funzione dell'elemento intermedio è essenzialmente quello di istruire e disciplinare il terzo elemento, nei modi di comportamento che dovrebbe adottare nei rapporti con il primo. La bambinaia insegna al bambino come comportarsi con i genitori, così come il sottufficiale insegna al soldato semplice come comportarsi con gli ufficiali" (188).

Ho fin qui commentato alcune differenze all'interno di un gruppo. Ma dato che lo staff e il gruppo di internati non sono omogenei, anche una semplice divisione fra lo staff e il gruppo di internati può a volte nascondere fatti importanti. In alcune istituzioni la persona più autorevole o il «capo» gruppo degli internati non è molto diversa, quanto a funzioni e prerogative, dai membri dello staff meno qualificati: i sorveglianti. Talvolta infatti il più importante rappresentante dello strato più basso, ha maggior potere e autorità della

persona più insignificante appartenente allo strato più alto (189). Inoltre qualche istituzione obbliga tutti coloro che ne fanno parte a dividere alcune privazioni basilari, una sorta di cerimonia della collettivizzazione delle privazioni che può essere considerata (nei suoi effetti) al livello della festa annuale di Natale e di altre cerimonie istituzionali. Nella letteratura sui conventi di suore se ne trovano chiari esempi:

"Ogni membro della comunità, inclusa la madre superiora, era alloggiato senza riguardo di età, rango e mansione. Suore del coro, artiste, laureate in medicina o in lettere, cuoche, lavandaie, calzolaie, o le suore contadine che lavoravano nei giardini, tutte vivevano nelle medesime piccolissime celle; ognuna identica in forma e contenuto, cioè nell'arredamento che consisteva di letto, tavolo e sedie con un copriletto piegato tre volte su ogni sedia" (190).

"Santa Chiara ha stabilito che la badessa e la vicaria dovessero seguire in tutto la vita comune. Tanto più le altre! L'idea di santa Chiara sulle prerogative di una superiora era completamente nuova per il suo secolo. Una badessa delle clarisse non può sopraffare né il gruppo direttivo né le altre suore. Non porta alcuna croce al petto, ma lo stesso piccolo anello di matrimonio (2,50 dollari) come le sue figliuole. La nostra badessa mostra attualmente un gran rammendo sul davanti dell'abito, fatto con le sue stesse mani; le stesse mani che, assieme alle altre, tagliano in quattro e tolgono i vermi alle mele, le stesse mani che maneggiano l'asciugapiatti con un'abilità da professionista" (191).

In alcuni conventi di suore, l'analisi della divisione staff-internati non è quindi fruttuosa; si trova invece un unico gruppo collegiale, stratificato internamente secondo un ordine sottilmente graduato a seconda del rango. Inoltre, nelle istituzioni totali come i collegi, sarebbe utile aggiungere, ai due livelli costituiti dagli insegnanti e dagli studenti, un terzo: quello dello staff che amministra l'istituto.

Le istituzioni totali differiscono in modo considerevole nella quantità di differenziazioni di ruolo individuale fra i gruppi dello staff e degli internati, e nella chiarezza della linea di divisione fra i due livelli. Tuttavia ci sono altre differenze importanti che sono state qui solo appena accennate. Vorrei ora considerare una di queste.

Le reclute entrano nelle istituzioni totali con disposizioni diverse. Da una parte c'è l'ingresso del tutto involontario di coloro che sono stati condannati alla reclusione, affidati ad un ospedale psichiatrico o costretti a far parte di un equipaggio mercantile. E' forse in queste circostanze che lo staff più difficilmente riesce a trovare, fra le reclute, quello che si definisce l'«internato ideale». All'altro estremo ci sono le istituzioni religiose che hanno a che fare solo con coloro che sentono di essere stati «chiamati», dove vengono scelti, fra i volontari, solo quelli che si rivelano più adatti e più seriamente intenzionati. (Forse in questa categoria si potrebbero anche includere alcuni campi di addestramento per ufficiali e alcune scuole di addestramento politico). In questi casi la conversione sembra già avvenuta, e restano da indicare al neofita solo le linee secondo le quali potrà meglio formarsi. A metà strada fra questi due estremi ci sono le istituzioni come l'esercito nei confronti dei coscritti, dove agli internati si impone di prestare dei servizi, per i quali, tuttavia, è possibile individuare, da parte di chi li esegue, una giustificazione e un significato personale. Ovviamente nelle istituzioni totali si riscontrano differenze significative, a seconda che il reclutamento sia volontario, semivolontario o coatto.

Insieme con la variabile della modalità di reclutamento, c'è un'altra variabile - il grado in cui il cambio del sistema di regolazione del "sé" dell'internato è esplicitamente richiesto dallo staff. Nelle istituzioni di tipo custodialistico o di lavoro, l'internato deve soltanto accordarsi coi modelli d'azione in esse impliciti; il fatto che egli possa conservare - durante l'espletamento delle sue mansioni - uno spirito e un modo di sentire personali non sembrerebbe una preoccupazione istituzionale. Nei «brainwashing camp», negli istituti religiosi, e nelle istituzioni in cui viene praticata la psicoterapia intensiva, i sentimenti privati dell'internato sono invece messi in discussione. Qui la

semplice accettazione dei ruoli di lavoro non sarebbe sufficiente, e il fatto che l'internato giunga ad incorporare i modelli dello staff è una finalità operante, oltre che una conseguenza casuale.

Un'altra variabile, nelle istituzioni totali potrebbe essere ritenuta la loro permeabilità, vale a dire il grado al quale i modelli sociali mantenuti all'interno dell'istituzione e quelli mantenuti nella società esterna si sono reciprocamente influenzati, giungendo così a ridurre le differenze. Il che ci dà, incidentalmente, l'opportunità di considerare alcune delle relazioni dinamiche fra un'istituzione totale e la società esterna che la sostiene e la tollera.

Nell'esaminare la procedura di ammissione nelle istituzioni totali, si è colpiti dagli aspetti di impermeabilità in essa impliciti, dato che si verificano processi di spoliazione e di livellamento, che ignorano completamente le distinzioni sociali con le quali le reclute si presentano.

"Si tende a seguire il consiglio di san Benedetto all'abate: che non vi sia distinzione alcuna di persona nel monastero. Che nessuno sia più amato di un altro, se non eccelle nel fare un buon lavoro e nell'obbedienza. Che nessuno, di nobile nascita, sia tenuto in conto più di colui che era prima uno schiavo, se non per un motivo ragionevole" (192).

Come ho già citato, il cadetto militare trova che i riferimenti alla propria ricchezza e al proprio ambiente familiare sono proibiti e che «sebbene la paga sia molto bassa, non gli è permesso ricevere soldi da casa» (193). Anche il sistema in uso nella società esterna di mantenere una graduatoria in base all'età, può fermarsi al di là delle mura, come è dimostrato al limite estremo, in alcune istituzioni religiose:

"Gabrielle si diresse verso il posto che sarebbe stato per sempre suo, il terzo nella fila di quaranta postulanti. Era la terza del gruppo, perché era stata la terza ad iscriversi quel giorno, meno di una settimana prima, quando l'Ordine aveva aperto le porte a chi voleva entrare. Da quel momento la sua età cronologica era cessata ed era incominciata la sola età che da allora avrebbe avuto" (194).

(Esempi più blandi dello stesso processo possono essere visti nella aeronautica o nelle facoltà scientifiche universitarie dove, in periodi di crisi nazionale, possono raggiungere posizioni estremamente importanti, anche uomini molto giovani). Così come in alcune istituzioni radicali, può essere cancellata l'età, possono essere cambiati, al momento dell'ingresso, anche i nomi dei membri, probabilmente per meglio simbolizzare la rottura col passato e abbracciare la vita dell'istituzione.

Tuttavia qualche grado di impermeabilità sembra necessario nelle istituzioni se si vogliono mantenere morale e stabilità. E' sopprimendo le distinzioni sociali esterne che un'istituzione totale può costruire un orientamento verso un proprio schema morale. Così i pochi pazienti mentali di condizione socio-economica buona, ricoverati in un ospedale psichiatrico di stato, possono rassicurare che esiste un ruolo differenziato di paziente mentale; che l'istituzione non è soltanto un luogo in cui si eliminano alcuni rifiuti delle classi più povere e che il destino dell'internato non è dovuto semplicemente alle sue condizioni sociali; si può dire altrettanto del ruolo dei «gentiluomini» nelle prigioni britanniche, e delle suore di nobile lignaggio nei conventi francesi. Inoltre, se l'istituzione ha una missione militante (come nel caso di alcune unità religiose, militari e politiche) la parziale inversione interna degli ordinamenti che regolano le condizioni sociali esterne, può agire come un ricordo costante della diversità e della tensione fra l'istituzione e la società. Si dovrebbe qui notare che nel sopprimere le differenze valide, nel mondo esterno, le istituzioni totali più severe possono anche risultare le più democratiche; il fatto di assicurare all'internato che non sarà trattato peggio degli altri può essere, infatti, una fonte di aiuto oltre che di privazioni (195). Ci sono tuttavia alcuni limiti al grado di impermeabilità di queste istituzioni.

Ho già descritto il ruolo rappresentativo che i membri più in vista dello staff possono essere obbligati a recitare. Se devono agire con successo ed efficacia nella società esterna, potrebbe risultare vantaggioso che vengano reclutati dal medesimo piccolo gruppo sociale da cui provengono i capi di altre unità sociali nel mondo esterno. Inoltre, se i membri dello staff sono uniformemente reclutati da uno strato della società esterna che corrisponde ad un rango legittimamente riconosciuto come più alto, rispetto a quello dal quale sono uniformemente reclutati gli internati, la differenza che già rappresentano nella società esterna darà sostegno e stabilità alle regole dello staff. L'esercito inglese, fino alla prima guerra mondiale, lo dimostrava nel fatto che la truppa parlava in accento «Comune», mentre tutti gli ufficiali parlavano l'inglese delle scuole d'élites, derivato da ciò che si dice una «buona educazione». Inoltre, dato che i lavori artigianali, i commerci e le professioni di coloro che diventano internati sono spesso richiesti anche all'interno dell'istituzione, lo staff consentirà e incoraggerà qualche trasferimento all'interno, di ruoli esterni (196).

La permeabilità di una istituzione totale può avere quindi conseguenze variabili nei confronti della coesione e dei lavori interni. Questo è evidente nella precarietà della posizione del livello meno qualificato dello staff. Se l'istituzione è abbastanza permeabile alla società esterna, questi membri dello staff possono avere la medesima origine sociale degli internati o anche più bassa. Per il fatto stesso che essi partecipano della cultura familiare degli internati, possono servire come canali naturali di comunicazione fra il personale di grado professionale più elevato e gli internati (benché si tratti di un canale spesso bloccato verso l'alto). Ma, all'interno dell'ospedale avranno difficoltà a mantenere la distanza sociale da coloro che sono ad essi affidati. Uno studioso del problema delle carceri ha, infatti, recentemente sostenuto che la situazione che viene a crearsi può complicare il ruolo del guardiano, poiché egli si trova esposto alla derisione dei carcerati e al fatto che essi si aspettano da lui un comportamento, nei loro confronti, discreto moderato e corruttibile (197).

Qualunque sia l'utilità e l'inutilità della impermeabilità, e tralasciando quanto possano apparire radicali e militanti le istituzioni totali, ci saranno sempre limiti alle loro tendenze al rimaneggiamento dei ruoli, e all'uso delle distinzioni sociali già stabilite nel mondo esterno, dato che solo così l'istituzione può mantenerne i rapporti necessari ed esserne tollerata. Nella società occidentale non sembra esserci un'istituzione totale che provveda una vita di gruppo completamente indipendente dalle distinzioni di sesso; alcune istituzioni come i conventi, dove pare non vi dovrebbero essere discriminazioni socio-economiche, tendono, di fatto, ad assegnare i ruoli di servitori ai conversi di origine contadina, così come i gruppi di «rifiutati» nei nostri ospedali psichiatrici modello, dove si dichiara l'assenza di discriminazioni razziali, sono quasi sempre rappresentati dai negri (198). Analogamente, in alcuni collegi inglesi si riscontra che ai ragazzi di nobile lignaggio sono permesse alcune infrazioni ai regolamenti (199).

Una delle caratteristiche più interessanti delle istituzioni totali è il destino sociale di coloro che ne hanno fatto parte. Di solito essi si disperdono geograficamente e la differenza individuale è riscontrabile nel grado in cui, nonostante la distanza, ne conservano i legami strutturali. Ad un estremo della scala, ci sono i frati che prendono gli ordini in una particolare abbazia benedettina, i quali non solo mantengono contatti informali con l'istituzione da cui provengono, ma trovano che, per il resto della vita, la loro occupazione e locazione geografica saranno determinate dall'averne fatto parte. Allo stesso capo della scala sono gli ex detenuti, per i quali il fatto di essere stati in prigione è sufficiente ad orientarli verso la comunità della malavita, vasta come un mondo, che comprometterà da quel momento la loro esistenza. All'altro estremo invece ci sono i soldati che, vissuti insieme nelle stesse baracche, si dividono al momento della smobilitazione ritirandosi ciascuno nella propria vita privata e si guardano bene dal partecipare alle riunioni di reggimento. Inoltre ci sono, a questo stesso livello, gli ex pazienti mentali che evitano accuratamente persone ed eventi che abbiano qualche relazione con l'ospedale. In una posizione intermedia fra questi due estremi si possono collocare i gruppi di ex alunni appartenenti a scuole private o università che funzionano come

comunità facoltative, deputate all'assegnazione di posizioni professionali considerevoli per gli affiliati.

2.

Ho qui descritto a grandi linee le istituzioni totali, elencandone i tipi e tentando di suggerire alcune delle loro caratteristiche più comuni. Abbiamo ora una letteratura piuttosto vasta sull'argomento e potremmo essere in grado di sostituire le semplici supposizioni in merito, con una solida struttura che affronti l'anatomia e il funzionamento di questo tipo di animale sociale. Le somiglianze che si riscontrano si impongono così chiare e persistenti, da costringerci a sospettare che ci siano buone ragioni funzionali per giustificare la presenza e che sarà possibile farle quadrare e sistematizzarle attraverso una spiegazione appunto funzionale. Ciò fatto, penso che elogeremo o incolperemo meno alcuni particolari direttori, comandanti, guardiani e abati, tendendo piuttosto a comprendere i problemi e i fatti sociali tipici delle istituzioni totali, rifacendoci allo schema strutturale ad esse sottostante, comune a tutte.

LA CARRIERA MORALE DEL MALATO MENTALE.

[Questo saggio è ristampato da «Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes», XX, n. 2, maggio 1959. Copyright 1959 William Alanson White Psychiatric Foundation, Inc.]

Il termine «carriera» è riservato abitualmente ad un tipo di privilegi goduti da chi progredisce, secondo tappe graduali, in una professione di successo. Si usa tuttavia lo stesso termine, in senso più ampio, per riferirsi ad una sorta di filo conduttore - di carattere sociale - seguito nel ciclo dell'intera vita di una persona. Si adottano qui i metodi delle scienze naturali, tralasciando cioè i singoli risultati particolari, per mettere l'accento sui mutamenti fondamentali che si rivelano comuni, nel tempo, ai membri di una categoria sociale, pur verificandosi in modo indipendente. E' dunque evidente che una carriera, intesa in tal senso, non può essere ritenuta né brillante né deludente, né un successo né un fallimento e appunto, sotto questa luce, intendo avvicinare il malato mentale.

Uno dei vantaggi del concetto di carriera è che presenta, contemporaneamente, due facce. L'una si ricollega a meccanismi interni, gelosamente custoditi, come l'immagine di "sé" ed il sentimento di identità; l'altra riguarda invece la posizione ufficiale, la figura giuridica, lo stile di vita e fa parte di un complesso istituzionale che proviene dall'esterno. Un tale concetto permette di passare dal personale al pubblico e viceversa, senza dover ricorrere, per la raccolta dei dati, all'immagine di sé che ogni persona si costruisce.

Questo articolo è un saggio sullo studio del "sé" nell'ambito di un istituto e concerne, soprattutto, gli aspetti morali della carriera che in esso si svolge - vale a dire l'insieme di mutamenti regolari nel "sé" e nell'immagine di sé di una persona, così come nel giudizio di sé e degli altri che tale carriera comporta (1).

La categoria dei «malati mentali» è qui intesa in senso strettamente sociologico. In questa prospettiva la valutazione psichiatrica di una persona assume significato solo nel momento in cui essa ne alteri il destino sociale - alterazione che diventa fondamentale nella nostra società quando, e soltanto quando, la persona viene immessa nel processo di ospedalizzazione (2). Escludo quindi altre categorie affini: i possibili candidati che sarebbero giudicati «malati» secondo criteri psichiatrici, ma che non arrivano mai al punto di essere ritenuti tali da sé o dagli altri, sebbene possano causare notevoli difficoltà (3); il paziente che lo psichiatra ritiene di poter trattare ambulatoriamente con farmaci o shock; o quello in trattamento psicoterapico. Includo invece chiunque venga preso, in un modo o nell'altro, nel pesante ingranaggio del servizio ospedaliero psichiatrico, indipendentemente dalla sua struttura personale. In questo senso gli effetti derivanti dall'essere trattato

come malato mentale, possono essere tenuti distinti da quelli cui va incontro una persona con caratteristiche che un clinico riterrebbe psico-patologiche (4). I malati che si ricoverano negli ospedali psichiatrici variano fra di loro nel tipo di malattia, nel grado di gravità diagnosticato dallo psichiatra e nelle caratteristiche con cui li descriverebbe un profano. Pure, una volta immessi in questa dimensione, si trovano ad affrontare circostanze del tutto analoghe, cui reagiscono in maniera del tutto analoga. Siccome però queste analogie non derivano dalla malattia mentale, si potrebbe dire si verificano suo malgrado. E' quindi un riconoscimento del potere delle forze sociali il fatto che la condizione uniforme di «malato mentale» sia in grado di determinare in un insieme di persone, un destino e quindi un carattere comune, tenendo anche presente che questo tipo di pressione sociale si verifica sul materiale umano più ostinatamente diverso che si possa raggruppare. Manca qui il frequente costituirsi di una vita protettiva di gruppo fra ex ricoverati, per poter illustrare il ciclo classico di reazioni, attraverso le quali, persone «disadattate» si trovano a costituire, psicodinamicamente, dei sottogruppi nella società.

Questa prospettiva sociologica generale è notevolmente rafforzata da una scoperta cruciale, messa in luce da studiosi di sociologia, nel corso di ricerche in ospedali psichiatrici. Come è stato più volte dimostrato nello studio di società preletterate, il disgusto, il disagio e l'impressione di barbarie provocati da una cultura estranea alla propria, possono diminuire nella misura in cui lo studioso si familiarizza con la concezione di vita di chi sta esaminando. In modo analogo colui che fa ricerche in un ospedale psichiatrico può scoprire che la follia o il «comportamento malato» attribuito al paziente è, in gran parte, prodotta dalla distanza sociale fra chi giudica e la situazione in cui il paziente si trova e non, principalmente, dalla malattia mentale. Indipendentemente dalla precisione della diagnosi dei vari pazienti, e indipendentemente dai particolari aspetti per cui la vita sociale all'interno dell'ospedale risulta unica, il ricercatore può rendersi conto di partecipare ad una comunità che non differisce in modo significativo da qualsiasi altra abbia studiato. Naturalmente, se vive ristretto nei limiti di un reparto semiaperto, può avere l'impressione - come del resto accade ad alcuni pazienti - che la vita nei reparti chiusi sia invece strana; se si trova in un reparto chiuso di osservazione o convalescenza, può avere l'impressione che i reparti per cronici siano luoghi socialmente assurdi. Basta però che partecipi direttamente alla vita dei reparti «peggiori» dell'ospedale, per mettere anche questi socialmente a fuoco come un mondo vivo e pieno di sempre nuovi significati. Il che non esclude tuttavia che possa trovare, in ogni reparto o gruppo di pazienti, una minoranza che continua ad apparirgli come incapace di seguire le regole di un'organizzazione sociale; oppure che l'adattamento alle regole della comunità sia reso, in parte, possibile da misure strategiche che si sono istituzionalizzate negli ospedali psichiatrici.

La carriera del malato mentale comprende, come si sa, tre fasi principali: il periodo che precede l'ospedalizzazione che chiamerò la fase del "predegente"; il periodo del ricovero, cioè la fase del "degente"; e il periodo successivo alla dimissione dall'ospedale, se questa avviene, cioè la fase dell'"ex degente" (5). Questo articolo si limiterà all'analisi delle due prime fasi.

LA FASE DEL PREDEGENTE.

Un numero relativamente piccolo di predegenti entra in ospedale psichiatrico spontaneamente, perché lo ritiene utile o perché concorda appieno con le decisioni dei familiari. E' probabile che queste reclute si siano trovate ad agire in modo da dimostrare a se stesse che stavano perdendo il senno o il controllo di sé. Nella nostra società, questo modo di vedersi, di giudicarsi, sembra una delle più gravi minacce che possa colpire il sé, specialmente perché è facile sopravvenire quando la persona è già abbastanza turbata per rivelare il tipo di sintomi che essa stessa è in grado di giudicare. Sullivan così lo descrive:

"Ciò che scopriamo nel sistema del sé di una persona che cade vittima di un'evoluzione schizofrenica o di un processo schizofrenico è, dunque, nella sua forma più semplice, una perplessità fortemente caratterizzata da un sentimento di timore, che consiste nell'uso di processi di pensiero piuttosto generalizzati e per nulla perfezionati; processi cui si ricorre nel tentativo di far fronte all'incapacità di essere uomo - all'incapacità, cioè, di essere qualcosa che possa venire rispettata come degna di esistere" (6).

Alla necessità di ricostruire la propria disintegrazione si associa - in chi ne soffre - la necessità, quasi altrettanto opprimente, di nascondere agli altri quelli che ritiene dei mutamenti fondamentali avvenuti in lui, e di tentare di scoprire se anche gli altri se ne sono accorti (7). Ciò che intendo dire è che la percezione di perdere il senno è legata a stereotipi culturali e sociali che riconoscono grande importanza a sintomi quali l'udire voci, perdere l'orientamento spazio-temporale, avere la sensazione d'essere inseguiti; sintomi che, in realtà, sono spesso psichiatricamente ritenuti un semplice e temporaneo sconvolgimento emotivo in una situazione stressante, per quanto terrificante possa risultare una tale esperienza per chi la vive. Analogamente, l'ansia scatenata da questa percezione di sé e le strategie adottate per ridurla, non sono di per sé anormali, ma corrispondono esattamente a quelle che manifesterebbe chiunque appartenesse alla nostra cultura ed avvertisse di essere sul punto di perdere il senno. E' interessante notare come le varie subculture nella società americana differiscano palesemente nella quantità di stereotipi e nel tipo di incitamento che offrono per una tale visione di sé, così che si riscontrano livelli diversi di "autodenunce". Comunque, questa capacità di giudicare il grado della propria disintegrazione, senza alcun intervento da parte di psichiatri, sembra uno dei privilegi culturali - alquanto discutibile - delle classi superiori (8).

Per colui il quale sia giunto a considerarsi - in modo più o meno giustificato - come mentalmente squilibrato, l'entrata in ospedale psichiatrico può talvolta portare sollievo, forse, in parte, a causa della rapida trasformazione del suo status sociale: invece di essere, ai propri occhi, una persona discutibile che tenta di conservare il ruolo di persona integra, diventa una persona ufficialmente discussa ma che, ai propri occhi, non lo è poi tanto. In altri casi invece l'ospedalizzazione può peggiorare lo stato del malato che si ricovera spontaneamente, nel suo riconoscere confermato, in una situazione obiettiva, ciò che era stato prima solo un'esperienza personale.

Una volta entrato in ospedale, il malato che si ricovera spontaneamente viene immesso nella stessa routine di esperienze di chi viene ricoverato a forza. E' comunque a quest'ultimo tipo che voglio riferirmi, dato che attualmente in America esso costituisce il gruppo di gran lunga più numeroso (9). L'ingresso dei pazienti nell'ospedale può avvenire secondo tre forme classiche: perché supplicati dai familiari o sotto la minaccia di perdere i legami con la famiglia qualora rifiutino di entrare «spontaneamente»; con la forza, accompagnati dalla polizia; a loro insaputa, indotti con sotterfugi da altri, caso quest'ultimo limitato soprattutto ai giovani.

La carriera del predegente può essere ritenuta un modello di esclusione: egli si presenta come un uomo dotato di diritti e di legami con il mondo, di cui già all'inizio del suo soggiorno in ospedale, non rivela quasi più traccia. Gli aspetti morali di tale carriera incominciano quindi, di solito, con un'esperienza di abbandono, di slealtà e di amarezza, sia che siano gli altri a ritenere necessario il ricovero, sia che il malato stesso, una volta entrato in ospedale, concordi con una tale soluzione.

La storia della maggior parte dei pazienti mentali presenta casi di trasgressione alle norme del vivere sociale - nel proprio ambiente familiare, nel posto di lavoro, in una organizzazione semipubblica come una chiesa o un grande magazzino, in zone pubbliche come strade o parchi. Spesso la cosa viene riferita da un "accusatore" che risulta così colui che ha dato l'avvio al ciclo che porterà l'accusato alla ospedalizzazione. Costui può anche non essere quello che fa il primo passo, ma quello che ha portato alla prima azione determinante. E' qui che comincia "socialmente" la carriera del paziente, e ciò prescindendo dal momento in cui può collocarsi l'inizio psicologico della sua malattia mentale.

I tipi di trasgressione che portano all'ospedalizzazione sono socialmente vissuti in modo diverso da quelli che portano ad altri esempi di esclusione - detenzione, divorzio, perdita del lavoro, ripudio, esilio, trattamento psichiatrico non istituzionale eccetera. Ben poco si sa però sui fattori che determinerebbero tali differenze e quando si studiano i fatti relativi ad un internamento, risulta spesso evidente che sarebbe stato possibile trovare anche altre soluzioni. Appare vero, inoltre, che per ogni tipo di trasgressione che porti ad una denuncia, ve ne sono molte altre - simili dal punto di vista psichiatrico - che tuttavia non portano alle medesime conseguenze. Nessuna azione viene intrapresa; oppure viene intrapresa un'azione che porta ad altro tipo di esclusione; oppure l'azione intrapresa non ha effetti determinanti dato che serve a tranquillizzare l'accusatore o a farlo desistere dalla denuncia. Così, come Clausen e Yarrow hanno dimostrato, anche trasgressori delle norme che, alla fine, vengono ospedalizzati, spesso sono già stati oggetto di una serie di azioni intraprese contro di loro, senza risultato (10).

Separando le trasgressioni che avrebbero potuto essere prese come giustificazione al ricovero, da quelle che sono effettivamente usate a questo scopo, si trova un gran numero di ciò che gli studiosi dell'occupazione e del lavoro chiamano «contingenze di carriera» (11). Alcune di queste contingenze nella carriera del malato mentale sono già state indicate, se non proprio indagate: la condizione economica, la clamorosità della trasgressione, la vicinanza di un ospedale psichiatrico, la possibilità di trattamento, l'opinione della comunità sul tipo di trattamento attuato negli ospedali disponibili e così via (12). Per ulteriori informazioni su altre serie di contingenze ci si può riferire a fatti di cronaca: uno psicotico è tollerato dalla moglie fino a quando non si sia trovata un amico, o dai figli adulti finché non si siano trasferiti in un altro appartamento; un alcolista viene inviato in ospedale psichiatrico perché non c'è posto in prigione; un tossicomane perché rifiuta un trattamento psichiatrico ambulatoriale; una adolescente ribelle perché non viene più tollerata in famiglia in seguito ad una relazione con un uomo non adatto, eccetera. In corrispondenza ad esse, esiste tuttavia una serie di contingenze opposte, altrettanto importanti, che consentono di evitare questo destino. Quando poi il predegente entra in ospedale, sarà ancora una serie di contingenze che contribuirà a determinare il momento della dimissione: il desiderio della famiglia di riaverlo in casa, la possibilità di trovare un lavoro adatto e così via. Il fatto dunque che la società ritenga, ufficialmente, che i ricoverati negli ospedali psichiatrici si trovino in quella situazione perché sono dei malati mentali, non pare corrisponda alla realtà. Se si pensa che i «malati di mente» che vivono liberamente fuori dagli ospedali si avvicinano, come numero - se addirittura non lo superano - a quelli che sono invece ricoverati, si potrebbe concludere che ciò che distingue i secondi dai primi non è il tipo di malattia, quanto piuttosto un certo numero di contingenze.

Le contingenze di carriera si verificano, per il predegente, associate ad un altro elemento: il circuito di agenti e di enti che influiscono sul suo destino nel passaggio dallo status civile a quello di degente (13). Si ha qui un esempio di quell'importante insieme del sistema sociale, costituito appunto da agenti ed enti, che convergono nell'occuparsi della stessa persona, spingendola verso l'ospedale. E' il caso di citare alcuni di questi ruoli di agente, tenendo conto che in ogni insieme, un ruolo può essere coperto più di una volta, e che una persona può coprirne più d'uno. Primo, la «"persona di fiducia"» (next-of-relation), colui che il malato considera il più accessibile e disponibile in caso di bisogno: l'ultimo a metterne in dubbio lo stato di salute mentale e il primo disposto a fare il possibile per salvarlo dal destino che gli si prepara. Si tratta di solito di un parente stretto, ma ho qui preferito usare questo termine specifico, perché non è detto che lo debba essere sempre. In secondo luogo c'è l'"accusatore", quello che per primo ha dato l'avvio alla serie di contingenze che portano il paziente all'ospedalizzazione. Ultimi i "mediatori", l'insieme di agenti ed enti cui il predegente viene segnalato e che lo segue nel suo procedere verso l'ospedale: polizia, clero, medici generici, psichiatri, personale di cliniche, legali, assistenti sociali, insegnanti scolastici, eccetera. Solo uno di questi personaggi avrà il mandato legale di consegnare il paziente all'ospedale, mentre gli altri avranno soltanto partecipato ad un processo le cui conseguenze non

erano ancora definite. Quando i mediatori escono dalla scena, è allora che il predegente diventa un degente, affidato ad un unico agente che è il direttore dell'ospedale.

L'accusatore non agisce, abitualmente, in veste professionale ma come cittadino, come datore di lavoro, come vicino di casa o parente del paziente; mentre i mediatori sono, per lo più, specialisti che presentano una notevole distanza dall'oggetto di cui si occupano: hanno un'esperienza cui riferirsi nel trattare i problemi e quindi un certo distacco professionale. Ad eccezione dei poliziotti e forse di una parte del clero, essi tendono a formarsi un orientamento psichiatrico così da poter diagnosticare - più di quanto non possa fare il profano - quando si presenta la necessità di un trattamento (14).

Un aspetto interessante è dato dagli effetti del reciproco interagire dei ruoli. Ad esempio i sentimenti del paziente possono essere diversamente influenzati a seconda che colui che esercita il ruolo di accusatore abbia, più o meno, anche quello di "persona di fiducia", combinazione alquanto imbarazzante che si verifica più di frequente nelle classi superiori che in quelle inferiori (15). Consideriamo ora alcuni degli effetti che ne derivano (16).

Nel cammino che da casa lo conduce all'ospedale, il paziente può viverci come l'oggetto di ciò che ritiene una sorta di coalizione "alienante". La "persona di fiducia" fa pressione su di lui perché vada a discutere a fondo la cosa con un medico, uno psichiatra, o comunque un competente. Se rifiuta di farlo, si minaccia di abbandonarlo e di ricorrere ad azioni legali; oppure gli si assicura che si tratta di un incontro di carattere puramente interlocutorio. Nel frattempo però la "persona di fiducia" si sarà preoccupata di predisporre la visita scegliendo il professionista, stabilendo l'appuntamento, illustrandone già prima il caso: passi questi che tendono, in effetti, a definire la posizione della "persona di fiducia" come la responsabile cui si può comunicare i risultati dell'incontro, e la posizione dell'altro, come quella di un malato. Spesso il predegente va a farsi visitare presumendo di essere esattamente allo stesso livello del suo accompagnatore, cui è legato tanto intimamente da non supporre che una terza persona sia in grado di interferire fra di loro su questioni fondamentali (il che del resto è uno dei modi in cui vengono definiti i legami profondi nella nostra società). Pure, non appena entra nell'ambulatorio, il predegente scopre che a lui e alla "persona di fiducia" che lo accompagna non sono riconosciuti gli stessi ruoli; che una evidente, precedente intesa lega il suo accompagnatore al professionista, e ciò a suo danno. Spesso il professionista può intrattenersi prima con il paziente da solo - per formulare una diagnosi - e successivamente con la "persona di fiducia" per darle un responso, evitando accuratamente di discutere la cosa seriamente in presenza di entrambi (17). Anche nei casi in cui non si tratta, in realtà, di una consultazione, quanto piuttosto di un'azione di forza intesa a strappare il malato alla famiglia che vorrebbe tenerlo con sé, la "persona di fiducia" è spesso indotta a prender parte all'azione generale, per cui il predegente si sente oggetto di una sorta di "coalizione alienante" organizzata contro di lui. La percezione di essere l'oggetto di una congiura di tal tipo può amareggiare il predegente, soprattutto per il fatto che i disturbi di cui soffre lo hanno già portato - è probabile - ad un certo distacco dalla "persona di fiducia". Tuttavia, dopo il suo ingresso in ospedale, il fatto che la "persona di fiducia" venga a visitarlo spesso, può dargli la consapevolezza che tutto sia stato fatto nel suo interesse; mentre le prime visite lo potranno rinforzare, temporaneamente, nella convinzione di essere stato abbandonato. Accade allora facilmente che il paziente implori l'amico di farlo uscire di là, di fargli almeno ottenere qualche privilegio o di capire la mostruosità della sua situazione - al che l'amico non può che rispondere incitandolo a sperare, non «dando seguito» alle sue richieste, oppure rassicurandolo sulle capacità tecniche dei sanitari che faranno il loro meglio per curarlo. Tuttavia, a questo punto, il visitatore se ne va, ritornando - semplicemente - nel mondo che il paziente sa, ricco di libertà e privilegi, mentre a lui resta il sospetto che l'amico stia solo tentando di stendere un velo di pietà su un caso palese di abbandono e di tradimento.

Questo amaro sentimento può essere aggravato, inoltre, dalla presenza di un estraneo che agisce come testimone della sua posizione; fattore, quest'ultimo, che ha grande importanza in molte situazioni a tre. E' facile infatti che una

persona offesa si comporti con tolleranza ed accondiscendenza verso chi l'ha offesa, qualora i due contendenti siano soli, antepoendo il quieto vivere alla giustizia. La presenza di un testimone sembra, invece, aggiungere un significato particolare all'offesa, perché non è più in potere dell'offeso e dell'offensore, dimenticare, cancellare e rimuovere l'accaduto: l'offesa è diventata un fatto sociale, un avvenimento pubblico (18). Se poi - come talvolta succede - il testimone di un tale tradimento sia la commissione giuridica di igiene mentale, la cosa assume allora il carattere di una «cerimonia di degradazione» (19). In questo caso il paziente offeso può sentire la necessità di un ampio atto riparatorio, per ristabilire il suo onore ed il suo valore sociale.

Sono da ricordare altri due elementi impliciti nel sentimento di tradimento. Primo, il fatto che coloro i quali hanno spinto il malato al ricovero è probabile non gli abbiano dato una visione realistica di quanto la cosa possa incidere in lui. Spesso gli viene solo detto che lì potrà avere il trattamento medico di cui ha bisogno ed un periodo di riposo: potrà dunque uscire in pochi mesi. In alcuni casi chi lo incita al ricovero nasconde al malato ciò che sa, ma penso, in generale, dicano quello che credono sia vero. In realtà, c'è una differenza notevole fra il punto di vista del degente e quello dei mediatori professionali. I "mediatori", più di quanto non faccia il pubblico in genere, non giudicano gli ospedali psichiatrici luoghi di esilio forzato, ma istituzioni sanitarie per degenze a breve scadenza, nelle quali si può ottenere la cura e il riposo necessari. Quando però il predegente entra in ospedale, impara molto rapidamente che le cose sono ben diverse e scopre allora che le informazioni avute sulla vita dell'ospedale sono servite soltanto a fargli opporre meno resistenza al suo ricovero, di quanta ne avrebbe opposta se realmente avesse saputo come stavano le cose. Così, quali che fossero le intenzioni di coloro che hanno contribuito al suo passaggio dal ruolo di persona a quello di paziente, non può vivere la nuova esperienza che come un inganno, che l'ha condotto alla sua attuale penosa situazione.

Ciò che intendo dire è che il predegente inizia la sua carriera con almeno una parte di diritti, libertà, soddisfazioni propri di un civile, e finisce in un reparto psichiatrico, spogliato quasi completamente di tutto. Il problema è ora il "modo" in cui questo accade, ed è il secondo aspetto del tradimento che voglio considerare.

Così come lo può vedere il predegente, il cerchio di figure determinanti nella sua carriera assume, ai suoi occhi, il significato di una sorta di «vortice degli inganni». Il passaggio dal ruolo di persona a quello di degente può, infatti, avvenire attraverso una serie di fasi collegate, ciascuna controllata da un agente diverso. Mentre ogni fase tende a portare una netta diminuzione nello status di persona libera del predegente, ogni agente può tentare di fingere che non ci saranno ulteriori diminuzioni e può perfino riuscire ad indirizzare il predegente all'agente successivo, mantenendo una tale finzione. Inoltre ogni agente richiede implicitamente al predegente - con parole, cenni gesti - di intrattenersi con lui in una conversazione superficiale ed educata evitando, con tatto, di toccare certi aspetti amministrativi della situazione; conversazione che va facendosi gradualmente sempre più irreali, in netto contrasto con la situazione concreta. La moglie preferisce non dover piangere per convincere il marito a farsi visitare dallo psichiatra; lo psichiatra preferisce evitare scene clamorose nel momento in cui il predegente capisce che dovrà essere visitato separatamente dalla moglie, e in modo diverso; la polizia raramente porta un predegente all'ospedale in camicia di forza: trova più comodo offrirgli sigarette, dirgli parole gentili e dargli la possibilità di rilassarsi sul sedile posteriore dell'automobile; lo stesso psichiatra addetto all'accettazione dei malati trova più conveniente fare il suo lavoro nella quiete e nell'eleganza del suo studio, dove ci siano segni, indicazioni puramente accidentali, che possano far ritenere l'ospedale come un luogo veramente confortevole. Se il predegente presta ascolto a queste implicite richieste e si comporta nel complesso discretamente, può percorrere l'intero ciclo da casa all'ospedale, senza costringere chi gli sta attorno a rendersi conto di quello che sta realmente succedendo, evitandogli quindi di affrontare la cruda emozione che la drammatica situazione potrebbe fargli esprimere. Il suo tenere in considerazione quelli che lo spingono verso l'ospedale, consente loro di tenerlo, a sua volta, in considerazione, con il risultato che queste

interazioni riescono a sostenersi sulla base dell'armonia protettiva, tipica dei normali rapporti amichevoli che intercorrono fra due persone. Ma, se appena il nuovo degente ripercorre con la mente la sequenza dei passi che l'hanno portato all'ospedale, può avvertire che ci si è dati da fare per mantenere in equilibrio il benessere momentaneo di tutti, a scapito del suo benessere futuro, e una tale scoperta può costituire un'esperienza morale che lo separa ulteriormente dal mondo «di fuori» (20).

Ora considererò l'insieme degli agenti partecipanti alla carriera del malato, dal loro punto di vista. I "mediatori" che partecipano al suo passaggio dallo status civile a quello di degente - così come coloro che ne curano la custodia una volta ricoverato - hanno interesse a stabilire che la "persona di fiducia" responsabile assuma, nei confronti del degente, il ruolo di tutore o di "guardiano"; ove non ci fosse un candidato naturale per questo ruolo, se ne può trovare uno e persuaderlo ad accettare l'incarico. In questo modo, mentre l'uno si trasforma gradualmente in paziente, l'altro si trasforma in guardiano. Con un guardiano sulla scena, l'intero processo di transizione può "mantenersi pulito". Il "guardiano" dovrebbe occuparsi delle implicazioni civili e degli interessi del predegente, collegandone i fili smarriti che, altrimenti, potrebbero imbrogliare le cose nella vita dell'ospedale. Alcuni dei diritti civili abrogati al paziente possono venire trasferiti a lui, aiutando così a mantenere, agli occhi del degente, la finzione legale secondo cui, pur trovandosi egli nella condizione di non avere più alcun diritto effettivo, in qualche modo non li ha completamente perduti tutti.

Normalmente i degenti - almeno per qualche tempo - vivono il ricovero come una grave, ingiusta privazione e talvolta riescono a convincere in questo senso anche persone del mondo esterno. In questo caso può risultare spesso utile per coloro che sono ritenuti responsabili - anche se in maniera giustificata - di queste privazioni, riuscire ad accordarsi e a contare sulla collaborazione di qualcuno il cui legame con il paziente lo metta al di là di ogni sospetto, essendo chiaramente colui che ha veramente a cuore i suoi interessi. Se il "guardiano" è soddisfatto di come vanno le cose al nuovo paziente, pure la società dovrebbe esserlo (21).

Ora sembrerebbe che quanto maggiore interesse personale e legittimo abbia una parte nei confronti dell'altra, tanto più possa assumerne il ruolo di "guardiano". Ma socialmente gli atti legali che sanciscono la fusione ufficiale degli interessi di due persone, comportano altre conseguenze. Perché la persona cui il paziente ricorre per essere aiutato e difeso dal pericolo di venire imprigionato, è la medesima cui mediatori ed amministratori dell'ospedale si rivolgono per averne l'autorizzazione al ricovero. E' quindi comprensibile come i pazienti avvertano, almeno per un periodo, che il fatto di essere parenti o intimamente legati a qualcuno, non ne garantisce la fedeltà.

Ci sono altri effetti funzionali derivanti da questa complementarità dei ruoli. Se e quando la "persona di fiducia" chiede aiuto ai "mediatori", per far fronte alle difficoltà che incontra con il predegente, può - in effetti - non pensare all'ospedalizzazione. Anzi, può addirittura non considerare il predegente come un malato mentale o, se lo fa, il suo può non essere ancora un giudizio definitivo (22). E' l'insieme dei mediatori - con la loro preparazione psichiatrica e la loro certezza circa il carattere medico degli ospedali psichiatrici - che spesso definisce la situazione alla "persona di fiducia", assicurandole che l'ospedalizzazione può essere una soluzione, che essa non comporta alcun tradimento nei confronti del malato dato che si tratta solo di un'azione medica, decisa per il suo bene. E' ora che il familiare impari che, per fare il suo dovere verso il predegente, è facile ne perda la fiducia e che, per questo, il malato può arrivare anche ad odiarlo. Ma già il fatto che la cosa sia stata suggerita e proposta da professionisti e che sia stata da loro definita come un dovere morale, scarica in parte il senso di colpa che la "persona di fiducia" avverte nei confronti del malato (23). E' un fatto doloroso che un figlio o una figlia adulti siano qualche volta spinti al ruolo di mediatori, dato che l'ostilità che altrimenti si sarebbe riversata sul coniuge, viene scaricata su di loro (24).

Una volta ricoverato il malato, lo stesso sentimento di colpa nei suoi confronti vissuto dalla "persona di fiducia", può diventare un elemento significativo su cui lo staff può agire (25). Le spiegazioni che lo scagionino dall'aver tradito

il paziente - anche se il paziente continua a pensarlo - possono servirgli, in seguito, come una linea di difesa da seguire al prossimo incontro con il malato in ospedale e come la garanzia che il rapporto con lui possa venire ristabilito, dopo il periodo del ricovero. Naturalmente, qualora la cosa sia percepita dal paziente, può fornire ai suoi occhi delle attenuanti per la "persona di fiducia" nel caso gliene chieda (26).

Così, mentre la "persona di fiducia" può svolgere funzioni importanti per i mediatori, e gli amministratori dell'ospedale, essi stessi possono, a loro volta, svolgerne altre importanti per lei. Dal che si può vedere emergere un complesso di scambi e di reciprocità senza alcuna intenzionalità, dato che questo tipo di funzioni è spesso non intenzionale.

Il punto finale che voglio ora considerare nella carriera del predegente è il suo particolare carattere "retroattivo". Finché una persona non entra effettivamente in ospedale, in genere non pare vi sia modo di prevedere con certezza il suo destino in tal senso, tenendo conto del ruolo determinante che qui giocano le contingenze di carriera. Oltre al fatto che, finché non ha varcato la soglia dell'istituto, il predegente è ancora nella possibilità di non considerarsi e di non essere considerato dagli altri una persona che sta per diventare un malato mentale. Tuttavia, poiché egli sarà trattenuto in ospedale contro la sua volontà, la "persona di fiducia" e lo staff ospedaliero avranno bisogno di razionalizzare le difficoltà di rapporto che devono affrontare e, fra il personale, i medici necessiteranno di prove capaci di testimoniare che si tratta di un paziente della loro specialità. Questi problemi sono ridotti - indubbiamente senza intenzione - dall'anamnesi del caso: essa si basa sulla ricostruzione del passato del paziente e ciò con l'effetto di dimostrare che già da molto tempo si stava ammalando, che infine si è ammalato seriamente, e che cose ben peggiori gli sarebbero accadute se non fosse stato ricoverato in ospedale - il che, naturalmente, può anche essere vero. Per inciso, se il paziente vuole ricavare un senso dal suo soggiorno in ospedale e se - come già suggerito - vuole mantenere viva la possibilità di riabilitare ai suoi occhi la "persona di fiducia" come degna di rispetto e le cui intenzioni non possono essere messe in dubbio, anch'egli si troverà a dover credere a qualche rielaborazione psichiatrica del suo passato.

Questo è un momento cruciale per l'analisi sociologica della carriera. Un elemento importantissimo di ogni carriera è l'idea che ci si costruisce, quando ci si volta a guardare il cammino percorso. E purtuttavia, in un certo senso, l'intera carriera del predegente deriva da questa ricostruzione. L'aver avuto una carriera di predegente, incominciata in seguito ad un'accusa reale, diventa un elemento determinante per quello che sarà il malato mentale; ma il fatto che un tale elemento entri in gioco soltanto dopo il ricovero, prova che ciò che il paziente aveva - e non ha più - è una carriera di predegente.

LA FASE DEL DEGENTE.

L'ultimo passo della carriera del predegente può corrispondere alla sua presa di coscienza - più o meno giustificata - di essere stato abbandonato dalla società e tagliato fuori da ogni rapporto. E' interessante notare come il paziente - soprattutto se di prima ammissione - tenti di impedirsi di rendersene conto, anche se in realtà si trovi già in un reparto chiuso di un ospedale psichiatrico. Al suo ingresso in ospedale può provare il bisogno violento di non rivelarsi, agli occhi degli altri, come persona capace di ridursi in condizioni tanto degradanti, o di comportarsi così come si è comportato prima del ricovero. Eviterà quindi di parlare; si manterrà per quanto possibile, appartato e perfino "fuori contatto" o "maniacco", per non rischiare di convalidare qualsiasi rapporto gli richieda un ruolo di reciproca cortesia e lo possa esporre a dimostrarsi, agli occhi degli altri, per ciò che è diventato. Quando la "persona di fiducia" si sforza di andarlo a trovare, può essere respinta dal suo mutismo o dal rifiuto di recarsi in «parlatorio». Molto spesso questo tipo di strategia fa supporre quanto il paziente si aggrappi a ciò che resta dell'antico rapporto che lo univa a coloro che facevano parte del suo passato, e di come stia

tentando di proteggerne gli ultimi resti dalla distruzione totale, rifiutando di trattare con le persone nuove che essi sono diventati (27).

Di solito finisce per rinunciare a questo sforzo snervante, inteso a mantenere l'anonimato e a negare la sua presenza lì, ed incomincia a cercare, nella comunità ospedaliera, rapporti sociali di tipo convenzionale. Da allora in poi si ritrarrà solo in qualche modo particolare - usando sempre il suo nomignolo, firmando l'articolo nel settimanale dell'ospedale solo con le iniziali, servendosi dell'innocuo indirizzo di «copertura» fornito con tatto da alcuni ospedali; oppure in qualche circostanza particolare - quando un gruppo della scuola infermieri fa un breve giro nel reparto, o quando, nei limiti consentiti dallo spazio ospedaliero, incontra all'improvviso un civile che conosceva prima. Talvolta questo arrendersi viene definito dagli infermieri come un «adattamento». In realtà, esso denota una nuova posizione, presa e sostenuta apertamente dal paziente, che ricorda il processo del "rivelarsi" cui si assiste in altri gruppi (28). Una volta che il predegente abbia incominciato ad "adattarsi", le linee principali del suo destino tendono a seguire quelle di un'intera categoria di segregazioni - prigionie, campi di concentramento, campi di lavoro eccetera, nella cui area l'interi-ato trascorre tutta la vita, vivendo passo passo la sua giornata irreggimentata, a stretto contatto con altri compagni della medesima condizione istituzionale.

Come il neofita in molte di queste «istituzioni totali», il nuovo degente si trova completamente spogliato di ogni convinzione, soddisfazione e difesa abituali, soggetto com'è ad una serie di esperienze mortificanti: impossibilitato a muoversi liberamente se non entro limiti consentiti; costretto ad una vita in comune; sottomesso all'autorità di un'intera squadra di comandanti. E' qui che si incomincia ad apprendere quanto sia limitata l'estensione entro la quale può essere mantenuto il concetto di sé, qualora l'insieme di sostegni abituale venga improvvisamente a mancare.

Nel sottostare a queste esperienze degradanti, il degente impara a muoversi secondo il «sistema del reparto» (29). Negli ospedali psichiatrici pubblici ciò consiste, generalmente, in una serie di livelli di vita che si svolgono attorno ai reparti, nelle unità amministrative chiamate «servizi», negli ambiti entro i quali i pazienti possono essere lasciati liberi. Il livello «peggiore» non offre spesso che panche di legno per sedersi, cibo piuttosto cattivo ed un angolo per dormire. Il livello «migliore» può comprendere una stanza per persona, il privilegio di muoversi nell'area ospedaliera e di andare in città, rapporti non troppo mortificanti con il personale, cibo discreto ed ampie possibilità ricreative. Se disobbedisce alle norme generali dell'istituto, il degente riceverà una severa punizione, tradotta in termini di perdita di privilegi; se invece ubbidisce, gli sarà perfino concesso di godere nuovamente di qualche piccolo piacere che - prima di entrare in ospedale - riteneva ovvio soddisfare. L'istituzionalizzazione di questi livelli di vita radicalmente diversi, mette in luce l'influenza dell'ambiente sociale sulla formazione del "sé". Ciò significa che il "sé" non trae origine semplicemente da un processo di interazioni significative fra l'io e gli altri, ma anche dal tipo di strutture che gli si organizza intorno.

Difficilmente una persona riconoscerebbe certi ambienti come espressione o estensione di sé. Quando un turista visita i bassifondi, si diverte non tanto nella misura in cui si riconosce nella situazione, quanto piuttosto perché la sente tanto assurdamente lontana. I «salotti» ad esempio possono essere usati come luoghi dove si può influenzare a proprio favore l'opinione degli altri. Altri ambienti, come i posti di lavoro, esprimono il livello professionale del lavoratore, livello sul quale però egli non ha alcun controllo decisivo dato che viene esercitato - seppure con tatto - dal suo datore di lavoro. Gli ospedali psichiatrici sono un esempio limite di quest'ultima possibilità, e ciò è dovuto non solo al livello di vita particolarmente degradante cui sono soggetti i pazienti, ma anche al modo particolare in cui viene qui reso esplicito il valore di sé, e ciò in maniera persistente, penetrante e sistematica.

Una volta che il degente si sia stabilito in un reparto, gli si spiega subito che le restrizioni e le privazioni cui andrà incontro non sono dovute a norme tramandate o a criteri economici - il che non avrebbe niente a che fare con il valore del "sé" - ma fanno parte intenzionale della cura, corrispondono a ciò di cui in quel momento egli ha esattamente bisogno: sono quindi espressione del

livello di degradazione cui è arrivato. Avendo tutti i motivi per richiedere un trattamento migliore, se lo fa, gli si risponde che quando lo riterranno «capace di affrontare» o «pronto» per un reparto di livello superiore, allora decideranno il da farsi. Ciò significa che l'assegnazione ad un dato reparto non viene presentata come un premio o una punizione, ma come espressione del grado di socialità e delle condizioni del paziente. Premettendo che i reparti «peggiori» offrono un livello di vita che i malati mentali organici possono sopportare con una certa facilità - e quei minorati sono lì a testimoniare - si possono valutare alcuni degli effetti prodotti dall'ospedale (30).

Il sistema del reparto diventa allora un caso limite di come le strutture fisiche di un'istituzione possano venire esplicitamente usate per definire il concetto di sé di una persona. Inoltre lo stesso mandato psichiatrico dell'ospedale contribuisce ad incidere con aggressioni, anche più dirette e più violente, sul modo in cui il malato concepisce se stesso. Quanto più «medico» e moderno è un ospedale psichiatrico - quanto più cerca di assolvere la sua funzione terapeutica, rifiutando di limitarsi alla sola custodia - tanto più il malato si troverà di fronte ad uno staff altamente qualificato che gli dimostrerà come il suo passato sia stato un fallimento; che la causa è dentro di lui, che il suo atteggiamento verso la vita è sbagliato e che se vuole essere un uomo, dovrà mutare il tipo di rapporti che instaura e l'immagine che ha di se stesso. Spesso il valore morale di queste aggressioni verbali gli verrà imposto attraverso la richiesta di esercitarsi ad accettare l'interpretazione psichiatrica data su di lui, durante le periodiche confessioni organizzate sia in corso di psicoterapia individuale, che di gruppo.

Si può ora puntualizzare, nella carriera morale dei ricoverati, un fenomeno generale che si riscontra in molte carriere morali. Dato il grado raggiunto in qualsiasi carriera, si nota che ci si costruisce un'immagine della propria vita - passato, presente, futuro - selezionando, scegliendo e distorcendo i fatti per fornire un quadro di noi stessi, tale da poter essere vantaggiosamente presentato nella vita quotidiana. Generalmente il criterio difensivo che si segue per ciò che riguarda il "sé" porta ad allinearsi con i valori fondamentali della società in cui si vive, nel qual caso si parlerà di un'"apologia". Qualora si sia in grado di fornire un quadro della situazione quotidiana nel quale possano evidenziarsi qualità personali espresse nel passato, ed un destino favorevole che ci attende, questa potrà essere una "storia di successo". Nel caso invece il passato e il presente siano terribilmente cupi, sarà meglio che la persona dimostri di non essere responsabile di ciò che è successo e il termine "una storia triste" sarà perfettamente adatto al caso. E' piuttosto interessante notare come, quanto più il passato ha fatto deviare la persona dall'apparente allineamento con i valori morali fondamentali, tanto più spesso sembra costretta a raccontare - in qualsiasi compagnia si trovi - la sua triste storia. Il che forse risponde, in parte, al bisogno che avverte negli altri di non vedere insultato il significato della propria vita. Comunque, è soprattutto fra carcerati, alcolisti e prostitute che si trovano sempre pronte le storie più tristi (31). Ora vorrei prendere in esame le vicende della "triste storia" del malato mentale.

Nell'ospedale psichiatrico le strutture e le regole dell'istituto contribuiscono a convincere il malato che - in fondo - . un caso mentale, che ha sofferto di una sorta di collasso sociale avendo completamente fallito: la sua presenza in quel luogo ha quindi uno scarso peso sociale, poiché egli sarebbe difficilmente in grado di comportarsi da persona normale. Un tale tipo di umiliazioni è probabilmente avvertito più acutamente da malati borghesi, dato che la loro precedente condizione di vita li immunizza scarsamente contro questo tipo di offese; pure, tutti i pazienti avvertono una qualche degradazione. Esattamente come qualunque persona del medesimo livello subculturale, spesso il paziente reagisce a questa situazione, raccontando una triste storia, nel tentativo di dimostrare di non essere «malato», che i «piccoli guai» in cui è incorso sono stati, in verità, causati da altri, che la sua vita passata era retta ed onorata e che perciò l'ospedale è ingiusto ad imporgli la condizione di malato mentale. Questa tendenza al mantenimento della propria dignità agli occhi degli altri è fortemente istituzionalizzata nella comunità dei malati, dove i contatti sociali si conservano generalmente entro i limiti di una semplice informazione volontaria sulla sistemazione nel reparto e sulla durata del soggiorno, senza

arrivare mai a dare spiegazioni sul motivo della loro presenza lì - il che è, del resto, abituale nelle normali conversazioni superficiali (32). Una volta familiarizzati, in genere i pazienti forniscono spontaneamente una versione relativamente accettabile del loro ricovero, accettando a loro volta - senza domande indiscrete - le versioni fornite dagli altri. Vengono, ad esempio, raccontate e apertamente accettate storie come queste:

"Frequentavo la scuola serale perché volevo laurearmi e, contemporaneamente, lavoravo. L'impegno è stato troppo per me".

"Gli altri qui sono malati di mente. Ma io ho solo un esaurimento nervoso ed è per questo che ho queste fobie".

"Sono qui per errore, a causa di una diagnosi di diabete e sarò dimesso in un paio di giorni. [Il paziente era in ospedale da sette settimane]".

"Fallii come bambino e più tardi, con mia moglie, cercai un rapporto di dipendenza".

"Il mio guaio è che non posso lavorare. Questo è il motivo per cui sono qui. Avevo due lavori, una bella casa e tutto il denaro che volevo" (33).

A volte il degente sottolinea queste storie fornendo una rappresentazione ottimistica del tipo di occupazione cui si dedicava: se era riuscito ad ottenere un'audizione per annunciatori radio, si atteggia a radio-annunciatore; se aveva lavorato alcuni mesi come fattorino in un giornale, essendogli stato assegnato un lavoro di reporter da cui fu licenziato tre settimane dopo, si definisce reporter.

Sulla base di queste finzioni reciprocamente sostenute, è possibile costruire un intero ruolo sociale nella comunità dei malati, dato che tali convenevoli reciproci sono generalmente confermati anche dalle chiacchiere fatte alle spalle che - rispetto alle versioni originali - si avvicinano soltanto di un grado ai «fatti obiettivi». Il che ricorda, tuttavia, una delle classiche funzioni sociali dei rapporti informali fra persone dello stesso livello, rapporti che servono da auditorio reciproco per storie costruite a sostegno della propria rappresentazione di sé.

Tuttavia, l'"apologia" del degente viene menzionata solo in circostanze particolari, poiché poche altre situazioni possono essere altrettanto lesive nei confronti della rappresentazione di sé data dal malato, come quella manicomiale; ammenocché non si tratti, naturalmente, di una versione costruita secondo criteri psichiatrici. Questa capacità distruttiva dell'istituto si fonda comunque su qualche cosa di più del documento che dichiara il paziente insano di mente, pericoloso a sé e agli altri - anche se tale attestazione sembra già incidere profondamente sull'orgoglio del degente e sulla sua possibilità di averne.

Le stesse condizioni degradanti dell'ambiente ospedaliero contribuiscono, naturalmente, a smascherare molte di queste rappresentazioni ottimistiche di sé proposte dai pazienti: il che è del resto confermato dal fatto stesso che i protagonisti sono ricoverati in un ospedale psichiatrico. Inoltre, non sempre c'è, fra i degenti, un grado di solidarietà sufficiente ad impedire che l'uno discrediti l'altro; esattamente come non c'è sempre un numero sufficiente di infermieri con ruoli professionali, tale da impedire che uno di questi screditi un paziente. Un paziente chiedeva ripetutamente ad un compagno:

«Se sei così in gamba, come mai sei capitato qui?»

Tuttavia gli ordinamenti ospedalieri hanno un potere ancor più lesivo. Il personale ha tutto da guadagnare screditando la versione raccontata dal degente, qualunque sia il motivo che lo spinga a farlo. Se la finalità dell'ospedale è riuscire a controllare la situazione giornaliera senza lamentele o richieste da parte del degente, risulterà utile fargli notare che i diritti che reclama e sui quali razionalizza le sue pretese, sono falsi; che egli non è ciò che dice di essere, e che in effetti non è altro che un fallito. Se i medici vogliono

convincere il paziente della loro interpretazione psichiatrica sul suo bisogno di mascherarsi di fronte agli altri, devono essere in grado di dimostrare dettagliatamente come la versione da loro data del passato e del carattere del paziente, sia molto più reale della sua (34). Se gli infermieri addetti alla custodia e lo staff addetto alla cura vogliono farlo cooperare al trattamento necessario, risulterà utile che lo distolgano dall'idea che egli si è fatta circa i loro scopi e gli facciano capire che sanno quello che fanno e che fanno esattamente il meglio. Le complicazioni causate da un paziente sono dunque strettamente legate alla versione che egli dà di ciò che gli è accaduto, e se si vuole che sia collaborativo è necessario che questa versione venga screditata. Il degente deve arrivare a convincersi «interiormente» di accettare e di far accettare il giudizio che l'ospedale ha su di lui.

Il personale dispone poi di mezzi ideologici - oltre all'influenza dell'ambiente - per rifiutare le ragioni del degente. L'attuale dottrina psichiatrica definisce il disordine mentale come qualcosa che può avere le sue radici nei primi anni del paziente; che mostra i segni della sua presenza nell'intero corso della vita e invade quasi ogni settore della sua attività. Nessun punto particolare del passato o del presente viene così a trovarsi fuori della giurisdizione psichiatrica. Gli ospedali psichiatrici istituzionalizzano burocraticamente questo mandato così vasto, basando la cura del malato essenzialmente sulla formulazione della diagnosi e sull'interpretazione psichiatrica del suo passato, che da una tale diagnosi proviene.

La cartella clinica lo evidenzia chiaramente. Si tratta infatti di un dossier dove non si registrano mai le circostanze in cui il paziente ha dimostrato di essere in grado di affrontare dignitosamente e con successo difficili situazioni di vita, né vi si segnala la media di comportamento della sua condotta passata. Uno dei suoi scopi è dimostrare i diversi modi in cui il paziente è «malato» e la ragione per la quale era giusto rinchiuderlo in ospedale ed è tuttora giusto tenerlo rinchiuso. Il che viene attuato ricavando dal corso di tutta la sua vita un elenco di quei fatti che hanno o potrebbero aver avuto un valore «sintomatico» (35). Vengono citate le disavventure dei genitori o dei fratelli che potrebbero far pensare ad una tara familiare. Vengono segnalati fatti precedenti in cui il paziente dimostrò un «disturbo di giudizio» o qualche alterazione emotiva; si descrivono situazioni in cui agì in modo strano, tale da poter essere giudicato da un profano come un immorale, un pervertito sessuale, debole, infantile, sconsiderato, impulsivo, pazzo. E' probabile vi si riportino dettagliatamente scorrettezze fatte dal paziente che qualcuno considerò come l'ultima goccia, causa di provvedimenti immediati nei suoi confronti. Vi sarà descritto, inoltre, lo stato al momento del suo ingresso in ospedale - momento non certo facile e calmo per lui. Potranno esservi riferite risposte devianti date dal paziente a domande imbarazzanti, facendolo apparire come persona che presenta e fa affermazioni in evidente contrasto con i fatti:

"Asserisce di vivere con la figlia maggiore o con le sorelle soltanto quando è ammalata e bisognosa di cure; altrimenti con il marito - ma il marito stesso afferma di non vivere con lei da dodici anni".

"Contrariamente a quanto riferisce il personale, egli asserisce di non sbattere più sul pavimento o di gridare al mattino".

"... nasconde il fatto di essere stata isterectomizzata, pretende di avere ancora le mestruazioni".

"Dapprima negò di aver avuto esperienze sessuali prematrimoniali, ma quando le fu chiesto di Jim, disse di averlo dimenticato perché la cosa era stata spiacevole" (36).

Qualora l'autore della documentazione non conosca fatti negativi, la loro eventuale presenza viene scrupolosamente annotata come possibile:

"La paziente negò ogni esperienza eterosessuale, non si riuscì neppure a farle ammettere di essere stata incinta o di aver fatto qualsiasi tipo di esperienza sessuale, negando pure la masturbazione".

"Anche sottoposta a considerevoli pressioni, non risultò disposta ad impegnarsi in proiezioni di meccanismi paranoici".

"Nessun contenuto psicotico poté essere allora dedotto" (36).

In mancanza di fatti più precisi, appaiono spesso note di scredito nelle descrizioni del comportamento generale del paziente in ospedale:

"Quando veniva interrogato si mostrava mite, apparentemente sicuro di sé e, parlando, faceva affermazioni di carattere generale, gratuite e altisonanti".

"Di aspetto pulito, baffetti alla Hitler ben curati, quest'uomo di quarantacinque anni, che ha passato gli ultimi cinque o più ricoverato, è riuscito ad adattarsi alla vita ospedaliera dimostrandosi un uomo allegro ed elegante che non solo supera intellettualmente i compagni, ma è anche molto virile con le donne. Il suo discorso è pieno di parole multisillabe che usa generalmente a proposito, ma se parla un po' a lungo appare chiaro che, completamente perso nella sua diarreia verbale, ciò che dice risulta quasi del tutto privo di senso" (36).

I fatti registrati nella cartella clinica sono dunque esattamente quelli che il profano considererebbe calunniosi, diffamatori, portatori di discredito. Si deve anche precisare che il personale ospedaliero, a tutti i livelli, non riesce in genere a trattare questo materiale con la neutralità morale proclamata necessaria in dichiarazioni mediche e diagnosi psichiatriche, ma partecipa invece con il tono e con i gesti (se non con altri mezzi) alla reazione tipica dei profani verso questi atti. Ciò accade sia nel rapporto personale-paziente, che in quello fra i diversi membri dello staff in assenza del paziente. In alcuni ospedali psichiatrici l'accesso alle documentazioni cliniche è tecnicamente limitato ai medici e agli infermieri più qualificati; tuttavia il personale di grado inferiore può avervi accesso - se pur non ufficiale - ed ottenere nuove informazioni (37). Inoltre si riconosce comunemente al personale dei reparti il diritto di essere informato sugli aspetti della vita passata del paziente che - sommati alla situazione in atto - rendono possibile il trattarlo opportunamente, a suo vantaggio e a minor rischio degli altri. I diversi livelli dello staff hanno poi accesso alle note giornaliere tenute dagli infermieri del reparto sul corso della malattia e del comportamento del paziente; note che forniscono, per il presente, il tipo di informazioni che le cartelle cliniche danno per il passato.

Ritengo che la maggior parte delle informazioni raccolte nelle cartelle cliniche sia esatta, per quanto si potrebbe obiettare che nella vita di ciascuno di noi può essere riscontrato un numero sufficiente di fatti negativi la cui documentazione potrebbe giustificare il ricovero. Comunque non voglio soffermarmi qui sull'opportunità di mantenere la documentazione dei casi, o sui motivi che lo staff ha di conservarla. Il punto è che - nella misura in cui questi fatti relativi al paziente sono veri - egli non potrà certo sottrarsi alla normale pressione culturale che lo spinge a nascondersi, e si sentirà forse maggiormente minacciato nel sapere che essi sono a disposizione di altri e che egli non è in grado di avere alcun controllo su chi ne viene a conoscenza (38). Un giovane - dall'aspetto virile - reagisce al richiamo alle armi scappando dalla caserma e nascondendosi nell'armadio di una stanza d'albergo, dove la madre lo trova in lacrime; una donna viaggia dallo Utah a Washington per avvisare il presidente dell'incombente giudizio universale; un uomo si spoglia davanti a tre ragazze; un ragazzo chiude la sorella fuori dalla porta e le rompe due denti quando tenta di rientrare dalla finestra. Ognuna di queste persone ha fatto qualcosa che vorrà, ovviamente, nascondere agli altri ed avrà motivi per mentire al riguardo.

Il tipo di comunicazioni che mantiene collegati i membri dello staff tende poi ad ampliare le notizie già divulgate dalle cartelle cliniche. Un atto che scredita il degente, accaduto in un momento della giornata e in un settore della comunità ospedaliera, sarà probabilmente riferito a chi controlla altri settori

della sua vita ed il paziente si troverà costretto a negare di aver potuto agire in quel modo.

Significativa - come del resto in altre istituzioni sociali - è l'abitudine sempre più frequente di organizzare riunioni a tutti i livelli dello staff, riunioni nelle quali si espongono i diversi punti di vista sui pazienti e si concorda collegialmente la linea di condotta da far loro seguire e quella dello staff nei loro confronti. Un paziente che instauri un rapporto «personale» con un infermiere o che lo renda ansioso accusandolo insistentemente di imperizia, può essere rimesso al suo posto per mezzo della riunione del personale, dove si fa presente e si conferma all'infermiere il fatto che il degente è «malato». In questo senso l'immagine differenziale di sé che ciascuno vede riflessa in coloro che - a vari livelli - gli stanno attorno, viene qui ad essere unificata dietro le quinte, in un unico tipo di approccio: è facile quindi che il paziente si trovi, in questa situazione, come di fronte ad una sorta di coalizione contro di lui, anche se si ritiene sinceramente di fare tutto per il suo bene.

Si aggiunge poi il fatto che il trasferimento formale di un paziente da un reparto o servizio ad un altro, avviene abitualmente trasmettendone - in modo informale - le note caratteristiche, e ciò per semplificare il lavoro di colui al quale il paziente viene affidato. Infine, le conversazioni del personale durante il pranzo o la sosta per il caffè, spesso vertono - al più informale dei livelli - sulle ultime prodezze del paziente, dato che qui il pettegolezzo, tipico di ogni istituzione sociale, è intensificato dal fatto che tutto quanto concerne il paziente riguarda, in qualche modo, il personale dell'ospedale. In teoria non dovrebbe esservi ragione alcuna perché tale pettegolezzo non abbia a presentare una visione migliore, piuttosto che peggiore, della persona di cui si parla, a meno che non si affermi che tutto ciò che si dice alle spalle degli assenti, tende sempre ad essere una critica, al fine di mantenere l'integrità e il prestigio della cerchia di persone con cui si sta parlando. Anche se chi parla sembra animato dalle migliori intenzioni, il discorso implica, inevitabilmente, il fatto che il malato non è un uomo "completo". Per esempio, un coscienzioso terapeuta di gruppo, veramente partecipe ai problemi dei pazienti, così raccontava ad un gruppo di colleghi al bar:

"Ho avuto all'incirca tre elementi negativi per l'integrazione del gruppo. Uno in particolare, un avvocato [sotto voce] James Wilson - veramente intelligente, che mi rendeva le cose molto penose e che dovevo sempre incalzare a partecipare in qualche modo, a fare qualcosa. Ebbene, stavo proprio disperando quando incontrai il suo terapeuta che mi spiegò come, dietro a quella sua aria da bluff, avesse un gran bisogno del gruppo: per lui probabilmente il gruppo aveva un significato maggiore di qualsiasi altro beneficio avesse potuto ricavare dall'ospedale. Aveva appunto bisogno di sostegno. Bene, questo mi fece cambiare opinione nei suoi confronti. E adesso è fuori".

In generale, dunque, gli ospedali psichiatrici provvedono sistematicamente a far circolare su ciascun paziente il genere di informazioni che egli cercherebbe di nascondere e che ogni giorno - in modo più o meno dettagliato - vengono usate per frustrarne le pretese. Al momento dell'ammissione o durante i colloqui diagnostici, gli verranno rivolte domande alle quali - se vorrà mantenere il rispetto di sé - non potrà che dare risposte false e allora gli potrebbe venir rinfacciata quella vera. Un infermiere cui il paziente dia una versione personale del suo passato e della causa del ricovero, può sorridere in modo incredulo e dire «Non è così che l'ho sentita», secondo i criteri psichiatrici che tendono a riportare il malato ad un livello di realtà. Nel caso un paziente si avvicini ad un medico o ad un infermiere nel reparto per domandare un favore o chiedere di essere dimesso, gli si risponde con domande cui non può ribattere dicendo la verità, se non richiamando alla memoria un momento del passato in cui ebbe a comportarsi in modo vergognoso. Quando poi interviene alle discussioni durante la psicoterapia di gruppo, il terapeuta - nella sua qualità di esaminatore - può tentare di disingannarlo circa l'interpretazione che egli dà al fine di salvare il proprio rispetto di sé, incoraggiandolo invece a giudicarsi come persona da biasimare e che deve cambiare. Nel caso sostenga con il personale o con i compagni di sentirsi bene e di non essere mai stato veramente ammalato, vi può essere qualcuno pronto ad illustrargli

dettagliatamente il modo in cui - solo un mese prima - se ne andava pavoneggiandosi come una ragazza; o pretendeva di essere Dio o rifiutava di parlare o di mangiare, o metteva gomma nei capelli. Ogni qual volta lo staff demolisce le rivendicazioni del degente, il giudizio su ciò che dovrebbe essere una persona e ciò che dovrebbero essere le regole su cui si basano i rapporti sociali fra individui dello stesso livello, induce il paziente a ricostruire nuovamente la sua rappresentazione di sé; ma ogni qual volta lo fa, i criteri custodialistici o psichiatrici su cui lo staff si uniforma possono portare a screditargliela nuovamente.

Sotto queste oscillazioni del "sé" del paziente prodotte dal giudizio degli altri, anche la base istituzionale continua a muoversi in modo altrettanto precario. Contrariamente a quanto si pensa, il «sistema del reparto» consente, soprattutto durante il primo anno di ricovero, un notevole grado di mobilità sociale all'interno degli ospedali psichiatrici. In questo primo periodo, il degente può essere stato trasferito una volta da un dipartimento all'altro, tre o quattro volte da un reparto ad un altro e può essergli stato mutato parecchie altre volte il grado di libertà consentitogli; cambiamenti questi che possono venir da lui vissuti come buoni o cattivi. Ognuno di questi movimenti comporta un drastico mutamento del livello di vita e del materiale a disposizione per costruirsi un certo giro di attività, capace di servire da sostegno al "sé" del paziente; il significato di un tale mutamento equivale - per così dire - al passaggio da una classe all'altra in un sistema di classi più ampio. Inoltre i compagni con i quali il degente è parzialmente identificato, si sposteranno in maniera analoga ma in differenti direzioni e a ritmo diverso, il che non può non provocare in lui sentimenti di mutamento sociale, anche quando non ne sia il diretto protagonista. Come si è già detto, gli stessi criteri psichiatrici possono contribuire ad aumentare le fluttuazioni sociali del sistema del reparto. Una corrente psichiatrica attuale considera, infatti, questi sistemi di reparto come una sorta di «serra» sociale, nella quale i pazienti incominciano la loro carriera come infanti sociali, e la finiscono - entro un anno - come adulti risocializzati in un reparto per convalescenti. Questo modo di interpretare la cosa aumenta sensibilmente il grado di merito e di orgoglio con cui il personale può vivere il proprio ruolo e occorre una notevole dose di cecità - specie ai più alti livelli dello staff - per non dare al sistema del reparto significati diversi, riconoscendolo, ad esempio, come un mezzo per disciplinare, attraverso punizioni e ricompense, persone difficili da governare. Ad ogni modo, questa tendenza alla risocializzazione, può trovarsi a dare un'importanza eccessiva al grado in cui i pazienti dei reparti peggiori sono incapaci di un comportamento socializzato, e al livello in cui i pazienti dei reparti migliori sono invece disposti a partecipare al gioco sociale. Dato che il sistema del reparto è qualche cosa di più di una «camera di risocializzazione», i ricoverati hanno modo di trovarvi molte occasioni per «far disordine» o per mettersi nei pasticci, il che significa molte occasioni per essere retrocessi alla condizione dei reparti meno privilegiati. Questi spostamenti possono essere ufficialmente considerati come ricadute di carattere psichiatrico o slittamenti morali, confermando in ciò l'indirizzo dell'ospedale tendente alla risocializzazione. Secondo un'interpretazione di tal tipo, una semplice infrazione alle regole, con conseguente degradazione sociale, viene dunque vista come l'espressione diretta delle condizioni psichiche del paziente. Analogamente le promozioni - imputabili a sovraffollamento del reparto, al bisogno in un altro reparto di un «paziente-lavoratore», o ad altri motivi irrilevanti dal punto di vista psichiatrico - possono trasformarsi in qualche cosa che risulti come l'espressione profonda delle condizioni psichiche del paziente. Inoltre, lo staff può in qualche modo pretendere che il paziente stesso si sforzi, in modo personale, di guarire in meno di un anno, così che sarà da lui costantemente stimolato a pensare in termini di successo o di fallimento (39).

In questo contesto i ricoverati possono scoprire che, nella loro condizione, le degradazioni morali non sono poi così terribili come avevano immaginato. Dopotutto, infrazioni in grado di provocare un tal tipo di retrocessione, non possono accompagnarsi a sanzioni legali o alla riduzione allo stato di malato mentale, dato che questa è già appunto la loro condizione presente. Inoltre nessun delitto, passato o presente, sembra tanto orrido da far estromettere un

malato dalla comunità dei malati. E' per questo che i fallimenti rispetto ad una condotta normale vengono qui a perdere parte del loro significato stigmatizzante (40). Infine, accettando la versione data dall'ospedale sulla sua caduta in disgrazia, il degente può decidere di «ravvedersi» ed ottenere così simpatia, privilegi ed indulgenza da parte dello staff che vuole incoraggiarlo in questa sua decisione.

Imparare a vivere costantemente soggetto a smascheramenti e ad oscillazioni su ciò che è il proprio valore (con scarsa possibilità di controllo quando un tale valore gli venga riconosciuto e quando negato) è un passo molto importante nel processo di socializzazione del degente, tale da poter dire qualcosa di veramente significativo su ciò che è un ricoverato in un ospedale psichiatrico. Il fatto di avere i propri errori passati e la situazione presente sotto costante critica morale, sembra richiedere un adattamento particolare che consiste in un atteggiamento - meno morale - verso gli «ideali dell'io». I propri errori e i propri successi diventano un problema troppo centrale e continuamente contraddetto per permettere che ci si possa preoccupare - in modo normale - del punto di vista degli altri al proposito. Non è molto consigliabile tentare di reclamare qualche fondato diritto personale. Il degente tende ad imparare che non bisogna dare troppo peso alla propria degradazione e alla ricostruzione del proprio valore apprendendo - insieme - che il personale ed i ricoverati sono disposti a guardare con una certa indifferenza all'espandersi e al restringersi del "sé" di un individuo. Apprende che un'immagine giustificabile di sé può essere considerata come qualcosa di estraneo alla persona stessa, qualcosa che può essere costruita, perduta, ricostruita, e tutto ciò con grande rapidità ed una certa indifferenza. Impara così il modo per arrivare ad assumere un punto di vista - e quindi un sé - al di fuori di quello che l'ospedale può dargli e togliergli.

L'ambiente sembra allora generare una sorta di sofisticazione cosmopolita, di apatia civica. In questo contesto morale, non «serio» anche se assurdamente esagerato, il fatto di costruirsi un'immagine di sé o di vedersela distruggere, diventa parte di un gioco privo di pudori e l'imparare a considerare questo processo - che pure è così vitale un gioco, sembra favorire un certo scadimento morale. In ospedale il degente può, dunque, apprendere che il "sé" non è una fortezza, quanto piuttosto una cittadella aperta e può disgustarsi di dover continuare a mostrarsi felice quando è nelle mani delle sue truppe, e addolorarsi quando è nelle mani del nemico. Una volta imparato cosa significhi essere definito dalla società come persona che manca di un "sé" vitale, questa minacciosa definizione - minacciosa nella misura in cui è in grado di spingere le persone ad aderire al "sé" che la società concede loro - diventa più debole. Il paziente sembra aver raggiunto un nuovo livello di equilibrio quando ha imparato che può sopravvivere se agisce in un modo che la società giudica lesivo per lui stesso.

Si potrebbero dare qui alcuni esempi di scadimento e di rilassamento morale. Negli ospedali psichiatrici di stato sembra comunemente accettata, da parte dei degenti, e più o meno tollerata dal personale, una sorta di «moratoria matrimoniale». Se un paziente «corteggia» contemporaneamente più di un partner, si può assistere ad una certa pressione informale nei suoi confronti da parte dei compagni; ma lo stringere una relazione, temporaneamente costante, con un membro dell'altro sesso, sembra provocare solo scarsa disapprovazione, anche se si sa che entrambi sono sposati, hanno figli e perfino ricevono regolarmente le visite dei coniugi. Negli ospedali psichiatrici, insomma, c'è la libertà di ricominciare a corteggiarsi, beninteso però che non ne risulti nulla di serio e permanente. Come gli amori che nascono a bordo delle navi o in vacanza, questi legami testimoniano in che modo l'ospedale è tagliato fuori dalla realtà esterna, diventato ormai un mondo a sé, che funziona a beneficio dei suoi stessi cittadini. Indubbiamente un tal tipo di «moratoria» è espressione del distacco e dell'ostilità che i degenti avvertono verso coloro ai quali erano strettamente legati prima del ricovero. Ma, oltre a questo, è anche l'evidenza del rilassamento morale che deriva dal vivere in un mondo all'interno del mondo, in condizioni che rendono difficile riconoscere la piena serietà dei valori, sia dell'uno che dell'altro.

Il secondo esempio riguarda il sistema del reparto. Al livello del reparto peggiore, pare siano frequenti fatti disdicevoli, causati in parte dalla

manca di opportunità di vita, in parte dagli scherni e dal sarcasmo che sembrano essere la regola su cui si fonda il controllo sociale del personale addetto ai reparti. Nel contempo, la scarsità di attrezzature e di diritti cui rifarsi corrisponde alla limitata possibilità, data al degente, di ricostruirsi un sé. Egli si trova così costantemente sul punto di perdere l'equilibrio, avendo a disposizione uno spazio ristrettissimo dove poter cadere. In alcuni di questi reparti pare si sviluppi una specie di umorismo macabro, con notevole libertà da parte dei degenti di far fronte al personale, rendendo offesa per offesa. Se questi pazienti possono essere puniti, non è infatti altrettanto facile che possano venire ad esempio, disprezzati, dato che godono di ben pochi privilegi per poter essere feriti da qualche offesa sottile. Come per le prostitute in ciò che riguarda il sesso, i ricoverati in questi reparti hanno ben poco da perdere in reputazione e diritti, per cui possono permettersi anche certe libertà. Ma, man mano che si sale a livelli superiori nel sistema dei reparti, il degente può riuscire, a poco a poco, ad evitare gli incidenti che possano frustrare la sua pretesa ad essere uomo, e ad acquistare un numero sempre maggiore di elementi diversi che possano portare alla ricostruzione del rispetto di sé. Ma se infine si troverà a cadere - e questo succede - la caduta lo farà precipitare molto più in basso. Il degente privilegiato, per esempio, vive in una dimensione più ampia di quella definita dai limiti del reparto. E' il mondo costruito dai terapisti addetti alle attività ricreative, i quali possono - su richiesta - concedere dolci, carte da gioco, palline da ping-pong, biglietti per il cinema, carta da lettere. Dato però che questi privilegi non si pagano - e il pagamento è, nel mondo esterno, il mezzo di controllo sociale esercitato da chi ne riceve qualcosa in cambio - il degente corre il rischio che anche un esponente dello staff di buon cuore possa, ad una sua richiesta, umiliarlo dicendogli di aspettare che finisca di parlare, o molestarlo continuando a chiedergli ragione di ciò che ha domandato, o rispondergli con un lungo silenzio e con uno sguardo freddo di valutazione.

Lo spostarsi in un senso o nell'altro all'interno del sistema del reparto, non ha dunque soltanto il significato di una rotazione delle risorse disponibili per costruirsi il "sé", un significato per la condizione che ne deriva, ma anche quello di un cambiamento nel calcolo dei rischi. La valutazione dei rischi su ciò che riguarda il concetto di sé, fa parte dell'esperienza morale di ognuno; ma arrivare a comprendere che un dato livello di rischio non è che un dispositivo sociale, rappresenta un tipo di esperienza più raro, tale da contribuire a disincantare la persona che lo prova.

Un terzo esempio di rilassamento morale lo si nota a proposito delle condizioni in cui spesso il malato si trova al momento della dimissione. Egli viene dimesso sovente sotto il controllo e la responsabilità giuridica della "persona di fiducia" o di un datore di lavoro, scelto appositamente e particolarmente vigile. Se il paziente fa qualcosa che non va mentre si trova sotto la loro protezione, essi potranno ottenerne l'immediata riammissione in ospedale. Ciò significa che il paziente viene a trovarsi sotto il potere speciale di persone che, normalmente, non avrebbero su di lui questo tipo di potere e verso i quali potrebbe, inoltre, aver avuto precedenti motivi di acredine. Tuttavia, per poter uscire dall'ospedale, può nascondere il suo malcontento al riguardo e farsi vedere disposto - almeno finché non sia stato cancellato con certezza dalla lista dei degenti - ad accettare un tal tipo di custodia. Queste procedure per la dimissione forniscono quindi un esempio esplicativo di come si possa assumere in modo esplicito un ruolo, evitando quelle che sono le implicazioni personali dell'accordo; il che sembra aumentare maggiormente la distanza che separa la persona dal mondo che gli altri prendono tanto sul serio.

La carriera morale di un individuo di una data categoria sociale implica un susseguirsi standardizzato di mutamenti nel modo di giudicarsi includendo - in maniera significativa - il modo di concepire il proprio "sé". Questo processo quasi sotterraneo può essere seguito studiando le sue esperienze morali - cioè i fatti che segnano una svolta nel modo in cui egli considera il mondo - sebbene sia difficile stabilire le particolarità di questo modo di concepirlo. Si prende nota di tattiche e strategie evidenti, vale a dire delle posizioni prese dal soggetto in esame, di fronte a determinate altre persone, qualunque sia la natura nascosta e variabile della sua adesione interna a queste posizioni da lui

assunte. Prendendo nota di esperienze morali o di prese di posizioni personali apertamente sostenute, si può ottenere un tracciato relativamente obiettivo di questioni relativamente soggettive.

Ogni carriera morale, e, dietro ad essa, ogni sé si svolge entro i confini di un sistema istituzionale, sia esso una istituzione sociale come un ospedale psichiatrico o un complesso di rapporti personali e professionali. Il "sé" può essere quindi visto come qualcosa che risiede nel sistema di accordi che prevale in una società. In questo senso esso non risulta di proprietà della persona cui viene attribuito, ma risiede piuttosto nella dinamica del controllo sociale esercitato su di lei, dalla persona stessa e da coloro che la circondano. Questo tipo particolare di ordinamenti istituzionali, più che servire di sostegno al "sé" lo costituisce.

In questo articolo sono stati presi in considerazione due tipi di ordinamenti istituzionali, per puntualizzare ciò che accade quando queste regole vengono a mancare. Il primo riguarda la fedeltà della "persona di fiducia". Il "sé" del predegente è descritto come una funzione del modo in cui sono messi in relazione tre ruoli, aumentando e diminuendo il tipo di legame che esiste fra la "persona di fiducia" e i mediatori. Il secondo riguarda la protezione necessaria per la costruzione di un'immagine di sé da presentare agli altri e il modo in cui il progressivo venir meno di questa protezione può costituire un aspetto sistematico, se non intenzionale, del funzionamento di un istituto. Desidero sottolineare che questi sono solo due tipi di ordinamenti le cui regole incidono nella formazione del "sé"; altri che non sono stati considerati in questo articolo, sono tuttavia altrettanto importanti.

Nel ciclo normale di socializzazione seguito dall'adulto, ci si aspetta che dopo l'alienazione e la mortificazione, segua un nuovo insieme di credenze riguardo al mondo ed un nuovo modo di concepire se stessi. Nel caso del degente dell'ospedale psichiatrico, questa rinascita avviene qualche volta prendendo la forma di una incrollabile fiducia nelle prospettive psichiatriche o, almeno per qualche tempo, nell'impegno sociale a trovare un trattamento migliore per il malato mentale. La sua carriera ha, tuttavia, un interesse unico poiché può evidenziare la possibilità che il malato - nello spogliarsi dell'abito del vecchio sé, o nel vederselo strappare - non ne abbia a cercare uno nuovo e non debba adoperarsi per trovare un nuovo pubblico di fronte al quale nascondersi. Può, al contrario, imparare, almeno per un certo tempo, a praticare di fronte a tutti i gruppi l'arte amorale della spudoratezza.

LA VITA SOTTERRANEA DI UN'ISTITUZIONE PUBBLICA.

Uno studio sui modi di sopravvivere in ospedale psichiatrico.

[Una versione più breve di questo saggio è stata presentata al convegno annuale dell'American Sociological Society, Washington (D.C.), agosto 1957.

PARTE PRIMA: INTRODUZIONE.

"Agire ed essere".

1.

I legami che uniscono l'individuo a entità sociali di tipo diverso, mettono in evidenza proprietà che lo accomunano ad esse. Che si tratti di una ideologia, una condizione, un commercio, una famiglia, una persona o anche una semplice conversazione, l'individuo vi si trova coinvolto, arrivando ad assumere su di sé le medesime caratteristiche generali dell'entità sociale cui è legato. Si troverà di fronte a degli obblighi: dei quali alcuni potranno essere assunti «a freddo», come ad esempio nel caso di possibilità cui si rinuncia, lavoro da fare, restituire un favore, far passare il tempo, o pagare debiti; altri lo coinvolgeranno emotivamente, richiedendogli di sentirne il possesso, di identificarvisi, e di stabilire un legame affettivo. Il coinvolgimento in

un'entità sociale comprende quindi una sorta di "impegno" e un "legame affettivo".

Circa la finalità di questo impegno e di questo coinvolgimento emotivo si potrebbe pensare che un'entità sociale organizzi coloro che ne fanno parte, senza preoccuparsi dei limiti impliciti nelle sue stesse finalità. L'esercito richiede al soldato di essere coraggioso, ma c'è un limite oltre il quale il suo coraggio risulterebbe superiore alla necessità e al dovere; inoltre potrebbe avere il diritto ad un congedo straordinario alla morte del padre, o quando la moglie partorisce. Analogamente, una donna può presumere che il marito le sia pubblicamente al fianco, per costituire un'unità sociale visibile, mentre durante la settimana deve rinunciare a lui poiché è impegnato nel lavoro; oltre a ciò il marito, occasionalmente, potrebbe voler passare la serata per suo conto, al bar, giocando a carte con gli amici, o prendendosi qualche altra libertà.

Nel legame sociale e nei suoi limiti è dunque presente il classico tema a due facce della sociologia. Nella società occidentale l'accordo formale, o contratto, è un simbolo di questo tema a due che sancisce, con un tratto di penna, il legame e insieme i limiti impliciti in ciò cui ci si lega.

Bisogna tuttavia chiarire questo tema a doppia faccia. Come ci ha insegnato Durkheim, alla base di ogni contratto ci sono presupposti non contrattuali sulla natura dei partecipanti (1). Convenendo sugli obblighi reciproci, le parti contraenti concordano tacitamente sulla validità generale dei diritti contrattuali, sui doveri, sulle diverse condizioni per l'invalidamento e la legittimità dei tipi di sanzioni da prendere contro chi rompe il contratto; le parti contraenti convengono, inoltre, tacitamente, sulla loro competenza legale, la loro buona fede e i limiti ai quali ci si può fidare di arrivare fra contraenti di fiducia. Consentendo di rinunciare a qualcosa, e trattenendone altre, l'individuo riconosce, tacitamente, di essere il tipo di persona che deve rinunciare a questo tipo di cose per dedicarsi ad altre, e che considera legittimo contrattare questo genere di questioni. In breve, fare un contratto significa pensare di essere una persona di un dato carattere ed esserlo realmente. Un contratto minuzioso che delimiti esattamente i doveri e i diritti di un individuo, può fondarsi su un insieme molto ampio di presupposti che ne riguardano il carattere.

Se ci sono queste implicazioni relative alla definizione del "sé" fra contraenti di un accordo formale - legame, dopotutto, che si ripromette di essere, per quanto possibile, al riparo dal capriccio e dal carattere individuale dei partecipanti - ce ne sarà un numero ancora maggiore, in altri tipi di legami meno delimitati. In legami come l'amicizia o la parentela, dove talvolta si dice che qualsiasi cosa si chieda viene accordata, un'implicazione al fatto di essere un buon amico o un fratello leale, è che si sia il tipo di persona che può essere un buon amico o un fratello leale. Nel mancare al mantenimento della propria moglie e di quattro figli, si diventa il tipo di persona che può mancare in questo tipo di condotta.

Se ogni legame implica un ampio giudizio sulla persona in esso coinvolta, dovremmo domandarci come l'individuo manipoli questa definizione di sé.

Ci sono alcune possibilità estreme. Egli può, cioè, mancare apertamente ai suoi obblighi, separandosi da ciò cui era legato, ed affrontare il disprezzo della gente che lo giudica. Può rifiutare l'implicazione relativa al concetto di sé presente nel legame, evitando però che questo rifiuto appaia in ogni sua azione. Può accettare personalmente le implicazioni del "sé" presenti nel suo coinvolgimento, essendo per se stesso ciò che gli altri, coinvolti con lui, si aspettano che egli sia.

In pratica l'individuo spesso rifiuta queste soluzioni estreme: è più facile si astenga dall'accettare completamente tutte le implicazioni del "sé" presenti nel legame che lo delimita, lasciando intravedere alcune circostanze in cui ne rivela il distacco, mentre ne porta a termine gli obblighi principali.

Io voglio qui esaminare l'insieme di queste distanze concretamente espresse, e alcune linee di comportamento su cui si fondano. Intendo cioè analizzare essenzialmente un tipo di entità sociale, le «organizzazioni formali strumentali», basandomi sulle storie di casi di ricoverati in un ospedale psichiatrico, come esempio di una classe di queste entità sociali.

2.

Un'«organizzazione strumentale formale» può essere definita come un sistema di attività, coordinate allo scopo di raggiungere alcune finalità globali esplicite. Il prodotto progettato può essere distribuito fra i partecipanti in modi diversi. Mi interessero qui soprattutto di quelle organizzazioni formali, collocate entro i confini di una singola costruzione o di un complesso di costruzioni adiacenti, riferendomi ad unità chiuse per comodità da mura, come organismi, istituzioni od organizzazioni sociali.

Si possono sollevare alcune riserve al mio approccio tradizionale. Le organizzazioni formali possono infatti avere una molteplicità di mete ufficiali contrastanti fra loro, ciascuna con i suoi particolari seguaci e con la difficoltà che ne deriva circa la scelta della fazione cui aderire. Inoltre, mentre una meta come la riduzione dei costi o un'asepsi, può essere obiettivamente applicata come modello dettagliato per molte attività minori che si verificano all'interno di alcune organizzazioni, altre istituzioni, come clubs o centri comunitari ricreativi, non hanno una finalità che provveda un modello altrettanto nettamente stagliato, sul quale poter esaminare i dettagli della vita istituzionale. In altre organizzazioni formali la meta ufficiale può essere di scarsa importanza, dato che l'interesse principale risulta la conservazione e la sopravvivenza della istituzione stessa. Infine, barriere fisiche come quelle rappresentate dalle mura possono essere, in ultima analisi, una caratteristica secondaria delle organizzazioni, piuttosto che una primaria (2).

Le organizzazioni chiuse da mura, hanno una peculiarità che dividono con poche altre entità sociali: parte della attività dell'individuo può essere visibilmente impiegata nei momenti opportuni, ad assolvere alle necessità dell'organizzazione; il che comporta, mobilitazione dell'attenzione, sforzo muscolare, e sottomissione all'attività imposta. Questo obbligo forzato a partecipare all'organizzazione, tende ad essere vissuto come un simbolo della propria prigionia e, insieme, del legame affettivo che unisce ad essa, e, oltre a questo, del fatto di accettarne le implicazioni relative alla definizione della propria natura. Quindi qualsiasi studio su come gli individui si adattino ad essere identificati e definiti, potrà forse mettere a fuoco il modo in cui mercanteggiano la loro partecipazione alle attività tipiche dell'organizzazione.

3.

Un'organizzazione strumentale formale si sostiene in base alla sua capacità di strumentalizzare coloro che ne fanno parte; si devono usare mezzi stabiliti e si deve tendere a fini stabiliti. Tuttavia, come ha suggerito Chester Barnard, un'organizzazione che si mantiene da sé, deve individuare fino a qual punto possa contare sul fatto che coloro che vi partecipano vi contribuiscano con attività adatte (3). L'uomo è definito come notoriamente debole; si devono fare compromessi, si devono avere riguardi, e prendere misure protettive. Il modo particolare in cui sono formulate, in una data cultura, le limitazioni di un'istituzione alla strumentalizzazione dei suoi membri, potrebbe sembrare una caratteristica importante (4).

Secondo il nostro modo anglo-americano di definire questi limiti e secondo il punto di vista qui sostenuto, un'organizzazione sembra venire identificata con i suoi capi.

Primo, a chi fa parte di un'organizzazione è garantito, mentre si dedica alle attività richieste, un certo livello di assistenza al di sopra del minimo necessario per tenere in vita l'organismo umano. Questo livello comprende: agi, salute e sicurezza; limiti sul tipo e la quantità di fatica richiesta; considerazione del fatto che i membri potrebbero far parte di altre organizzazioni con pretese legali su di loro; diritto alla pensione e alle ferie; possibilità di lamentarsi e di ricorrere a vie legali; inoltre, almeno al livello di ciò che si professa pubblicamente, il diritto alla propria dignità, la possibilità di esprimere se stessi, e qualche opportunità di realizzarsi (5). Questo livello di assistenza spiega chiaramente come un essere umano sia qualcosa di più di un membro di una particolare organizzazione specifica. Secondo, l'ideologia della nostra società ci suggerisce che colui che fa parte di un'organizzazione possa collaborarvi volontariamente per mezzo di «valori comuni», attraverso i quali gli interessi dell'organizzazione e del singolo si

fondono sul piano concreto così come sul piano strategico. In alcuni casi è presumibile che l'individuo si identifichi con le finalità e il destino dell'organizzazione, come quando ci si sente orgogliosi della propria scuola o del proprio posto di lavoro. In altri, l'organizzazione sembra coinvolta nel destino individuale di un singolo membro, come quando il personale curante di un ospedale è autenticamente commosso dalla guarigione di un paziente. Nella maggior parte delle organizzazioni, alcuni valori comuni di entrambi i tipi servono a motivare il fatto di farne parte.

Terzo, è qualche volta riconosciuto che si debba ricorrere a degli «incentivi», dato che i premi, o compensi, fanno appello esplicitamente alla capacità dell'individuo considerato come colui i cui precisi interessi non sono quelli dell'organizzazione (6). Alcuni di questi incentivi sono attinenti al mondo interno, dato che si tratta di compensi occasionali che hanno bisogno, per la loro realizzazione, dell'allestimento scenico dell'organizzazione; ciò che importa qui sono i progressi nella propria posizione sociale e i miglioramenti nell'insieme dei piccoli vantaggi istituzionali. Molti incentivi comportano entrambi questi tipi di vantaggi, come nel caso di titoli professionali come quello di avere un ruolo «esecutivo».

Infine, i partecipanti possono essere indotti a collaborare, qualora vi si rifiutino, sotto la minaccia di punizioni e di penalità. Le «sanzioni» possono, allora, consistere in una notevole riduzione delle ricompense abituali, o dell'usuale livello di assistenza, ma pare vi sia implicato anche qualcosa di diverso da questa semplice riduzione dei compensi. L'idea che la punizione possa essere un mezzo efficace per ottenere un'attività desiderata, richiede un presupposto sul carattere della natura umana, diverso da quello che occorre per spiegare l'effetto stimolante degli incentivi. La paura della punizione può servire a prevenire l'individuo dal compiere certi atti o dal fallire nel farli; ma le ricompense sono necessarie se si vuole ottenere uno sforzo personale prolungato.

Nella nostra società, quindi, come probabilmente in alcune altre, un'organizzazione formale strumentale non strumentalizza soltanto l'attività dei suoi membri, ma delinea anche quelli che sono considerati i livelli di assistenza adatti, i valori comuni, gli incentivi e le penalità. Il che significa che arriva ad estendere un semplice contratto di partecipazione, alla definizione della natura del partecipante e della sua condizione sociale. Questi giudizi impliciti costituiscono un elemento importante dei valori che sottendono ogni organizzazione, al di fuori del grado della sua efficienza o del suo carattere impersonale (7). Ben strutturato negli ordinamenti sociali di un'organizzazione, c'è quindi un giudizio totalizzante su colui che vi partecipa - e non si tratta soltanto di un giudizio su di lui in quanto membro dell'organizzazione, ma in quanto essere umano (8).

Possiamo vedere in atto queste tendenze ad organizzare l'uomo, nei movimenti politici di carattere radicale e nei gruppi religiosi evangelici, che perseguono modelli di vita spartani e valori comuni intensi e penetranti. In questi casi l'organizzazione esige che ciascun membro si metta a disposizione dei bisogni della comunità. Nel riproporgli ciò che deve fare e perché deve farlo, l'organizzazione propone dunque a ciascun membro ciò che dovrebbe essere. Ci saranno naturalmente molti modi di ribellarsi e anche quando non accade di frequente che i membri di un'organizzazione si ribellino alle linee da essa imposte, la preoccupazione che la cosa si verifichi esiste, evidenziando, chiaramente, il problema dell'identità e della definizione del "sé" (9). Non si deve tuttavia tralasciare il fatto che, quando una istituzione offre ufficialmente incentivi esterni e ammette apertamente di avere un limitato diritto alla lealtà, al tempo e alla presenza attiva di coloro che ne fanno parte, chi accetta queste premesse - qualsiasi uso faccia del compenso guadagnato e in qualsiasi luogo ritenga sia realmente il suo cuore - accetta tacitamente un giudizio sulle sue motivazioni e quindi sulla sua identità. Il fatto poi che questi presupposti gli risultino perfettamente naturali e accettabili, ci spiega come noi, in qualità di studiosi, generalmente non ce ne rendiamo conto, e non che non esistano. Un albergo che tiene rispettosamente il naso fuori dagli affari del cliente, e un «brainwashing camp» dove si ritiene che l'ospite non dovrebbe avere alcun affare privato in cui si possa ficcare il

naso, hanno un punto in comune: entrambi formulano un giudizio generale sull'ospite, che è determinante per lui e con il quale si esige egli concordi. Tuttavia le situazioni estreme ci dicono qualcosa non tanto sulle forme più alte di lealtà e di tradimento, quanto sui piccoli atti del vivere quotidiano. Forse solo quando incominciamo a studiare le memorie di idealisti meticolosi, come per esempio alcuni obiettori di coscienza o qualche prigioniero di guerra impegnato politicamente, con i problemi di coscienza circa i limiti cui può giungere la loro «collaborazione» con l'autorità, si incominciano a vedere le implicazioni della definizione del "sé", presenti anche nel più insignificante compromesso richiesto dalle organizzazioni. Per esempio muovere il proprio corpo in risposta ad una domanda gentile, trascurare un ordine, significa garantire in parte la legittimità della linea d'azione dell'altro. Accettare qualche privilegio, come andare nel cortile per fare esercizi o usare materiale artistico fornito dall'istituto, mentre si è in carcere, significa accettare in parte il giudizio di colui che ci tiene prigionieri, su quelli che sono i nostri desideri e i nostri bisogni, mettendoci nella condizione di dover dimostrare una certa gratitudine e collaborazione (anche solo nel prendere ciò che viene dato) e riconoscendo quindi al nostro carceriere il diritto di formulare dei giudizi su di noi (10). La collaborazione coi nemici nasce in questo modo. Lo stesso invito cortese di un sorvegliante a mostrare i nostri disegni ad un visitatore, dovrebbe essere rifiutato, dato che anche questo grado di collaborazione sembra sottoscrivere la legittimità della posizione del sorvegliante e, incidentalmente, la legittimità della concezione che egli ha dell'altro (11). Analogamente, sebbene sia evidente che un prigioniero politico che muoia senza parlare di fronte alle torture fisiche che gli infliggono, confuti concretamente l'opinione che i suoi aguzzini possono avere sulle motivazioni alla sua azione e quindi il loro concetto della sua natura umana, ci sono cose altrettanto importanti e meno appariscenti che si possono imparare dalla posizione assunta dai prigionieri di guerra. Per esempio, sotto un pressante interrogatorio, un prigioniero attento potrebbe avvertire che anche il silenzio in risposta alle domande che gli vengono rivolte, può dare qualche informazione, facendone un «collaborazionista» a dispetto della posizione da lui presa, dato che la situazione ha un potere di definirlo, dal quale egli non può sottrarsi essendo sincero e dicendo la verità (12).

Naturalmente i prigionieri moralisti non sono le uniche persone di coscienza la cui posizione ci porti a conoscere le implicazioni della definizione del "sé", negli aspetti minori conseguenti al fatto di far parte di un'organizzazione. Un altro gruppo cruciale è quello formato da individui colti, disoccupati di professione, che trovano da vivere in una città come New York, senza avere denaro. Mentre gironzolano per la città, cercano ogni occasione che offra loro cibo, calore, la possibilità di dormire senza dover pagare, dimostrandoci come, di solito, si presume che in queste circostanze le persone dovrebbero essere prese da altri interessi, dato che si tratta di individui che dovrebbero appunto preoccuparsi d'altro. Imparare i presupposti impliciti nel giusto uso delle istituzioni di una città, è imparare il carattere e gli interessi attribuiti ai suoi cittadini e per loro ritenuti legittimi. In un recente manuale sull'argomento (13) si è portati a pensare che la stazione centrale sia costruita realmente per coloro che devono partire o che hanno amici da incontrare, e non si tratti di un posto per viverci; che un vagone della metropolitana è fatto per viaggiare, che il salotto di un albergo serve perché le persone possano incontrarsi e stare assieme, una biblioteca per leggere, un'uscita di sicurezza per salvarsi in caso di pericolo, un cinematografo per andare a vedere un film, e che qualunque forestiero usi questi luoghi come stanza da letto, non ha l'insieme di motivazioni riconosciute valide per un tale uso. Quando ci viene riferito che un uomo andava al reparto chirurgico dell'ospedale ogni pomeriggio, per un intero mese invernale, a visitare una ragazza qui ricoverata che conosceva appena, perché l'ospedale era caldo e lui aveva freddo (14), ci si rende conto del fatto che un ospedale possa avere una serie di motivi che giustificano la presenza dei suoi visitatori ma, come in ogni altra entità sociale, si può trarne vantaggi, trovarne utilità, in breve usarlo in modo diverso da quello ufficialmente previsto dall'organizzazione. Analogamente, quando veniamo a sapere che dei ladri di professione possono impegnarsi in furti insignificanti ma pericolosi in qualche negozio, solo perché

hanno troppo rispetto di sé per pagare ciò che desiderano avere (15), possiamo capire le implicazioni del "sé" implicite in un banale acquisto al Five and Dime (16).

Attualmente, le differenze fra il giudizio ufficiale di una organizzazione sui membri che ne fanno parte, e il loro giudizio personale, sono particolarmente visibili nell'industria, in particolare per ciò che riguarda i compensi e il concetto del «buon lavoratore». La direzione di un'organizzazione pensa spesso che i lavoratori lavorino ininterrottamente, per accumulare soldi e per raggiungere l'anzianità di grado. Tuttavia, da ciò che risulta reale nel mondo sociale di alcuni operai di una classe urbana inferiore, e di molti lavoratori delle zone periferiche della società industriale, il concetto del «buon lavoratore» non sembra si adatti al caso. Si può qui citare un esempio paraguaiano:

"Il comportamento dei contadini nel lavoro a cottimo è indicativo. L'ideologia comune è che, quando si lavora per qualcuno, gli si fa un favore personale; e il compenso ricevuto in cambio ha la funzione di un regalo o di un segno di stima. Meno esplicitamente, il lavoro a cottimo è visto come un modo di ottenere un po' di soldi, per uno scopo specifico. Il lavoro non è sentito come una merce, impersonalmente comprata e venduta, né è visto dallo stesso datore di lavoro come un modo di guadagnarsi la vita. Il turno di lavoro nelle poche piantagioni e nelle fabbriche di mattoni è rapido, perché di solito, non appena l'operaio mette da parte quel tanto che gli occorre per il suo scopo, se ne va. Alcuni datori di lavoro stranieri in Paraguay hanno deciso, in certi casi, di aumentare i salari rispetto alla media, sperando di ottenere un lavoro di più alta qualità, e di avere operai soddisfatti che avrebbero prestato il loro servizio in modo più duraturo. Il risultato di questo aumento di salari fu esattamente opposto; il turno di lavoro fu accelerato. Non si capì che quelli che lavorano a cottimo lo fanno solo occasionalmente, per poter ottenere una certa somma di denaro; più presto ottengono il denaro, più presto se ne vanno" (17).

Le organizzazioni industriali non sono le sole a trovare, in coloro che ne fanno parte, definizioni impreviste della situazione. Le carceri possono servire di esempio. Quando un detenuto comune viene chiuso in cella, può soffrire delle privazioni che l'organizzazione prevede; ma per un inglese dell'alta borghesia, gettato in mezzo ai rifiuti più volgari della società britannica, il fatto di essere confinato solo, in una cella, può avere un significato imprevisto:

"Le prime cinque settimane dopo la sentenza, a parte le due ore di lavoro alla mattina e al pomeriggio e i momenti dedicati al moto, ero chiuso in cella, fortunatamente solo. La maggioranza dei detenuti paventava quelle lunghe ore da passare chiusi. Ma dopo un po', incominciai a desiderare di essere solo, come una liberazione benedetta dalle urla degli ufficiali o dal continuo turpiloquio della maggioranza degli altri detenuti. Ho passato la maggior parte di quelle ore di solitudine, leggendo" (18).

Un impiegato statale francese nell'Africa occidentale, ce ne presenta un caso limite:

"Ora, l'essere messo in carcere non è sempre vissuto nello stesso modo fra i popoli dell'Africa occidentale francese. In un luogo risulta un'avventura che non ha niente di disonorevole; in un altro, al contrario, è l'equivalente di essere condannato a morte. Ci sono alcuni africani che, se li chiudi in prigione, diventeranno dei servitori domestici, e finiranno per considerarsi come membri della tua famiglia. Ma se tu imprigionati un fulani, morirà" (19).

Non è mia intenzione, in questa analisi, puntualizzare soltanto l'ideologia verbale esplicita nella gestione organizzativa della natura umana dei partecipanti ad un'istituzione, sebbene questo sia certamente un elemento significativo (20). Intendo riferirmi anche all'azione intrapresa da chi la conduce, per quel tanto che essa può esprimere un'idea delle persone su cui agisce (21). Qui le carceri ci offrono ancora un esempio esplicito. Teoricamente i dirigenti delle prigioni possono, e a volta lo fanno, partire dal preconcetto

che il detenuto dovrebbe accettare, se non proprio abbracciare, il fatto di essere in prigione, dato che le carceri (almeno quelle «moderne») si presume provvedano al detenuto il mezzo per espiare la sua colpa verso la società, educarsi al rispetto della legge, meditare sui suoi peccati, imparare un mestiere decoroso, e, in alcuni casi, ottenere un ciclo di psicoterapia, di cui può aver bisogno. Ma, praticamente, la direzione della prigione tende a mettere a fuoco soprattutto il problema della «sicurezza», cioè quello di prevenire il disordine e la fuga. Un aspetto importante della definizione, da parte della direzione di un carcere, del carattere dei suoi detenuti, è che se offri loro la più piccola possibilità, tenteranno di evadere prima di aver scontato la pena. Si può aggiungere che il desiderio di fuggire dei detenuti e la loro abituale buona volontà di reprimerlo, dovuta alla probabilità di venire presi e puniti, esprime (attraverso sentimenti e azioni, non per mezzo di parole) un'identità con il giudizio che la direzione esprime su di loro. Un gran numero di conflitti e di ostilità tra direzione e internati, consiste quindi nell'accordo che riguarda alcuni aspetti della natura di questi ultimi.

In conclusione, suggerirei di esaminare il fatto di far parte di un'organizzazione, da una angolatura particolare. Il ruolo che un'organizzazione richiede ad ogni suo partecipante, e quello che realmente egli vi gioca, non saranno il centro del nostro interesse. Ciò che importa è che l'attività richiesta da un'organizzazione ai suoi membri, comporta un giudizio su colui che agisce. In tal modo un'organizzazione può essere vista come un luogo deputato a produrre giudizi sull'identità di chi vi partecipa. Nell'attraversare la soglia dell'istituzione di cui fa parte, l'individuo assume l'obbligo di partecipare direttamente alla situazione e di essere orientato ed allineato nel modo ad essa più consoni. Nel momento in cui partecipa ad un'attività, accetta l'obbligo di lasciarsene coinvolgere temporaneamente. Attraverso questo orientamento e questo impegno dell'attenzione e dello sforzo, egli rende esplicito il suo atteggiamento nei confronti dell'organizzazione da cui dipende, e dei giudizi che lo riguardano in essa impliciti. Impegnarsi in una particolare attività nel modo in cui viene imposta, significa accettare di essere un tipo particolare di persona, che vive in un mondo particolare.

Ora, se ogni istituzione sociale può essere vista come un luogo dove le implicazioni relative al "sé" dei suoi partecipanti sono sistematicamente presenti, possiamo anche considerarla come un luogo dove queste implicazioni sono sistematicamente condivise anche da coloro che vi partecipano. Rifiutare attività obbligatorie o dedicarsi in un modo o ad un fine non richiesto, significa sfuggire al "sé" ufficiale e al mondo ufficialmente adatto ad esso. Imporre un'attività è dunque imporre un mondo; evitare un'imposizione è evitare un'identità.

Cito qui due esempi. Si presume che i suonatori d'orchestra di uno spettacolo musicale a Broadway vadano al lavoro in tempo, vestiti in modo adeguato, preparati e pronti in ciò che devono fare. Quando prendono posto nel «proscenio», si suppone si dedichino attentamente e decorosamente a ciò che devono suonare, o che attendano il loro turno. Ci si aspetta dunque che, in qualità di musicisti, disciplinino da sé il loro far parte del mondo musicale. Questo è ciò che il proscenio e il lavoro musicale fa di loro.

Ma, una volta che abbiano imparato lo spartito di un particolare spettacolo, non hanno niente da fare ed inoltre sono lì, seminascosti agli occhi di coloro che presumono siano solo dei musicisti al lavoro. Di conseguenza, i suonatori nel proscenio, sebbene siano fisicamente obbligati a restare immobili, tendono ad astrarsi dal loro lavoro, esibendo clandestinamente un'identità e un mondo completamente staccati dalla sala dove si trovano. Stando attenti a non farsi vedere, possono dedicarsi a scrivere lettere, comporre musica, leggere i classici, fare parole incrociate, passarsi biglietti, giocare a scacchi facendo scivolare le pedine sul pavimento, o sparando come bambini, con le pistole ad acqua. Naturalmente, se un suonatore sta ascoltando con l'auricolare la radio portatile ed improvvisamente fa sussultare il pubblico delle prime file, esclamando «Snider ha fatto goal» (22), non si può considerarlo una persona adatta al tipo di mondo programmato per lui come del resto attesteranno le lamentele del pubblico alla direzione del teatro.

Un secondo esempio ci proviene dai campi tedeschi per prigionieri di guerra (23). Un internato che incontra un ufficiale e riesce a passare oltre, senza che

l'ufficiale corregga qualcosa del suo comportamento, si rivela un internato perfettamente integrato nella prigione e perfettamente adatto alla prigionia. Tuttavia sappiamo che, in alcuni casi, l'internato poteva nascondere sotto il cappotto un paio di assi del letto, da usare come legname per il tetto del tunnel che doveva servirgli per la fuga. Un detenuto così conciato poteva, quindi, stare di fronte ad una guardia e non essere, ai suoi occhi, la persona che egli vedeva, né far parte del mondo che il campo presumeva di imporgli. L'internato è fisso nel campo, ma le sue capacità possono migrare. Inoltre, dato che un cappotto può nascondere chiare tracce di questa migrazione e dato che la facciata personale, compresi i vestiti, fa parte della nostra partecipazione ad ogni tipo di organizzazione, dobbiamo tener conto che "qualsiasi" aspetto di "qualsiasi" persona potrebbe nascondere la prova di una libertà spirituale. Ogni organizzazione comporta, quindi, una disciplina delle attività, ma ciò che a noi interessa qui è che, in qualche modo, ogni organizzazione comporta anche una disciplina sul fatto di essere di un dato carattere e di appartenere ad un dato mondo. Il mio scopo qui è di esaminare un particolare tipo di assenteismo, di omissione non tanto dalle attività imposte, quanto dall'identità imposta.

"Adattamenti primari e secondari".

1.

Si può ora introdurre un concetto. Quando un individuo contribuisce cooperativamente ad un'attività richiesta da una organizzazione, in determinate condizioni - con l'appoggio, nella nostra società, di modelli di assistenza istituzionalizzati, lo stimolo di incentivi e valori comuni, la minaccia di penalità designate - ne diventa un collaboratore; ne diventa cioè il membro «normale» «programmato» o «determinato». Dà e prende in modo appropriato ciò che è stato sistematicamente progettato, sia che la cosa comporti, da parte sua, un coinvolgimento notevole o minimo. In breve, gli viene ufficialmente richiesto di essere né più né meno di ciò che è preparato ad essere, ed è obbligato a vivere in un mondo che gli è, di fatto, congeniale. In questo caso dirò che l'individuo ha un adattamento primario all'organizzazione, tralasciando il fatto che sarebbe altrettanto ragionevole parlare dell'adattamento primario che l'organizzazione assume nei suoi confronti.

Ho usato questo termine impreciso per ottenerne un altro, quello cioè degli "adattamenti secondari", che definisco come adattamenti abituali, per mezzo dei quali un membro di un'organizzazione usa mezzi od ottiene fini non autorizzati, oppure usa ed ottiene entrambi, sfuggendo a ciò che l'organizzazione presume dovrebbe fare ed ottenere, quindi a ciò che dovrebbe essere. Gli adattamenti secondari rappresentano il modo in cui l'individuo riesce ad evitare il ruolo e il "sé" che l'istituzione ha presi per garantiti per lui. Per esempio, in America si ritiene abitualmente che i detenuti dovrebbero poter godere di particolari servizi di biblioteche, dato che il loro animo potrebbe e dovrebbe trar profitto dalla lettura. Riconosciuta come legittima questa attività, si può prevedere ciò che Donald Clemmer ha trovato, e cioè che i detenuti spesso ordinano libri non per educarsi ma per fare buona impressione ai capi, seccare il bibliotecario, o semplicemente per ricevere un pacco (24).

Ci sono termini sociologici che designano questi adattamenti secondari, ma che comprendono contemporaneamente anche altri fattori. Si potrebbe usare il termine «informale», se si eccettua il fatto che un'organizzazione può formalmente provvedere tempo e spazio in cui i suoi membri possano essere ufficialmente autonomi (potendo cioè esplicitarsi e divertirsi in attività ricreative di loro scelta), mentre continuano a mantenere un tipo di comportamento informale da luogo chiuso: ne è un esempio l'intervallo mattutino a scuola. L'informalità qui è parte di un adattamento primario. Si potrebbe usare il termine «non ufficiale», ma questa definizione tende a riferirsi solo a quella che è, comunemente, la parte ufficiale dell'attività organizzativa e, in ogni caso, il termine «non ufficiale» potrebbe essere correttamente applicato a quegli accordi taciti e a quelle attività non codificate, per mezzo delle quali si possono raggiungere le finalità ufficiali dell'organizzazione, e in questo caso i suoi partecipanti possono godere di qualunque adattamento primario si riveli possibile (25).

Vorrei qui ricordare alcune difficoltà nell'uso del concetto di adattamento secondario. Ci sono alcuni adattamenti secondari, come il fatto che chi lavora provvede ai bisogni della famiglia per mezzo di ciò che contribuisce a produrre, che diventano a tal punto parte accettata del lavoro di un'organizzazione, da assumere il carattere di «profitti», dato che uniscono la qualità di non essere apertamente richiesti, né apertamente imposti (26). Alcune di queste attività non vengono rapidamente legalizzate, ma devono continuare a mantenersi non ufficiali, se vogliono risultare efficaci. Come ha dimostrato Melville Dalton, le capacità particolari di chi fa parte di un'organizzazione, possono essere messe in evidenza con premi che nessun'altra persona della medesima categoria riceve. Così, ciò che il membro che si tenta di coinvolgere può vedere come un mezzo con cui egli sta tentando di sfuggire all'accerchiamento - un adattamento secondario - può essergli invece deliberatamente concesso da un superiore coscienzioso, che agisce solamente in nome della maggiore efficienza dell'organizzazione (27). Inoltre, come è stato già detto, vi può essere un accordo relativo su chi ne siano i rappresentanti, e qualora l'accordo sia completo, i rappresentanti possono essere incerti sul punto in cui tracciare la linea di separazione fra gli adattamenti primari e quelli secondari. Per esempio, in molti collegi americani sarebbe considerato un errore dominare troppo la vita sociale al di fuori dei corsi scolastici dello studente. Il che è perfettamente in linea con le vedute correnti, secondo le quali è necessario che gli studenti abbiano molti interessi. Non c'è invece un accordo così definito sul come deve essere diviso il tempo dello studente fra lo studio e le altre attività extrascolastiche. Analogamente, è riconosciuto e accettato il fatto che alcune studentesse incontrino il loro futuro marito all'università, e che, una volta sposati, ritengano opportuno lasciare la scuola, invece di finire il corso per ottenere il diploma. Ma gli insegnanti dell'istituto mostrano gradi diversi di preoccupazione, quando una studentessa sciupa la maggior parte dell'anno, esaurendo il campo degli uomini disponibili nel suo corso scolastico. Nello stesso modo, i managers di una ditta commerciale possono ritenere opportuno concedere esplicitamente a impiegati e segretarie la possibilità di selezionarsi, per stabilire un rapporto personale - purché non si sprechi troppo tempo in queste relazioni - così come disapprovano, altrettanto esplicitamente, le nuove reclute che stanno solo il tempo necessario per rendersi conto delle possibilità di corteggiamento, prima di trasferirsi in un nuovo ufficio e dedicarsi ad un nuovo «pascolo». Ma l'organizzazione può essere più vaga circa il punto in cui la linea di separazione fra questi due estremi deve essere tracciata, dividendo nettamente l'uso legittimo dell'istituzione, come situazione da cui ricavare un vantaggio casuale, dal fatto di ricavarne un profitto in modo illecito.

Un altro problema, associato alla distinzione fra adattamenti primari e secondari, è che questi due modi di adattamento non esauriscono tutte le possibilità in questo senso; per ottenere un quadro generale dovremmo introdurne altre. In qualsiasi direzione un'organizzazione faccia pressione su coloro che vi partecipano, questi possono dimostrare nei suoi confronti uno zelo ed un attaccamento maggiore di quanto non sia loro richiesto o, talvolta, di quanto non sia desiderato dagli stessi dirigenti. Un parrochiano potrebbe trovarsi a vivere troppo in chiesa e per la chiesa; un giovane ufficiale può insistere nel voler affondare con la nave. Il problema tuttavia non sembra molto grave, a parte forse il caso di internati di prigionieri, ospedali psichiatrici, caserme, collegi, e case di riposo per anziani, i quali rinuncino alla loro dimissione. Analiticamente, però, possiamo vedere che, come ci saranno sempre persone che non aderiscono sufficientemente all'entità sociale cui appartengono, troveremo sempre persone che creano difficoltà in un'organizzazione, per il fatto di adeguarsi con troppo zelo.

Infine, come vedremo più oltre, l'ideologia ufficiale secondo cui si muove un'istituzione può essere, in pratica, poco rispettata; mentre una linea semiufficiale può essere tanto saldamente e profondamente radicata, che si devono analizzare gli adattamenti secondari relativi a questo sistema autorizzato, ma non del tutto ufficiale.

Dovrebbe risultare abbastanza evidente che gli adattamenti primari e secondari sono definizioni sociali, e che un adattamento ed un incentivo riconosciuti come legittimi in un periodo in una data società, possono non esserlo più in un momento storico diverso o in una diversa società. Un detenuto americano che fa in modo di passare la notte insieme con la moglie, dentro o fuori la prigione, ottiene qualcosa di molto importante nel campo degli adattamenti secondari (28); un detenuto di una prigione messicana fa esplicitamente assegnamento su questo adattamento, come parte del minimo garantito dall'istituzione; si tratta di un adattamento primario alla situazione. Nei campi di internamento americano, il fatto di ricorrere ad una prostituta non è considerato un bisogno che l'istituzione debba rispettare; alcuni campi di concentramento tedeschi, invece, avevano questa veduta più larga dei bisogni essenziali e necessari degli uomini (29). Nel secolo diciannovesimo, la marina americana riconosceva ai suoi uomini il bisogno di bere e serviva loro il grog ogni giorno; il che oggi sarebbe considerato un adattamento secondario. D'altra parte Melville ci racconta che, in marina, i giochi ricreativi (come per esempio gli scacchi) da farsi nel tempo libero, venivano considerati un privilegio speciale (30); oggi, sulle navi, i giochi fatti durante la libera uscita sono considerati un diritto ovvio e naturale. Nell'attuale industria inglese, una giornata di lavoro di otto ore, con un'ora libera per il pranzo e dieci minuti di interruzione per il tè o il caffè, è perfettamente in linea con l'idea corrente di una persona che lavora. Nel 1830 alcune filande inglesi presumevano che gli operai non avessero bisogno di aria fresca né di acqua da bere, tanto che venivano multati qualora fossero stati colti in fallo nel momento in cui tentavano di soddisfare questi bisogni, durante l'orario di lavoro (31). A quel tempo, in Inghilterra, alcuni dirigenti di fabbrica giudicavano gli operai in termini di resistenza, nel senso che li stimolavano a lavorare tanto più a lungo e tanto più sodo, quanto era compatibile con il fatto che avrebbero dovuto lavorare anche il giorno successivo.

La punizione fisica è un buon esempio di una pratica che implica, chiaramente, un insieme di credenze relative al "sé" della persona punita; pratica soggetta ad una grande quantità di mutamenti. Nel sesto secolo san Benedetto, a proposito di ciò che doveva essere fatto a coloro che commettevano qualche errore cantando in cappella, stabilì che i ragazzi dovessero ricevere una punizione corporale (32). Questo concetto di come imporre l'obbedienza a ragazzi disobbedienti, si è mantenuto particolarmente costante nella società occidentale. Solo negli ultimi decenni le scuole americane hanno incominciato a considerare i ragazzi come oggetti che potevano essere picchiati a scopo correttivo solo dai genitori. Nell'ultima metà del secolo, anche la nostra marina ha incominciato a ritenere che i marinai, in quanto «esseri umani» con un minimo di dignità, non dovessero essere soggetti alla frusta, come forma di punizione. Attualmente si va seriamente riesaminando l'isolamento come punizione nelle carceri, dato che si va sempre più diffondendo la convinzione che esso sia contrario alla nostra natura, e che perciò non dovrebbe essere imposto.

Le credenze religiose ci consentono di analizzare un'altra condizione di colui che fa parte di un'organizzazione. Nella nostra società non esiste un'istituzione chiusa che non segua l'osservanza del shabbat [giorno di riposo], il che implica il riconoscimento del bisogno naturale dell'uomo di disporre di tempo da dedicare alla preghiera, qualsiasi cosa egli abbia fatto; si ritiene cioè che siamo in possesso di una attitudine religiosa inalienabile. Questo assunto di partenza è ciò che sta alla base, nel commercio e nell'industria, della concessione della domenica libera e di alcune feste annuali religiose. In qualche paese dell'America Latina, infatti, le organizzazioni di lavoro devono tenere in grande considerazione tutto ciò che riguarda la natura religiosa dell'uomo. Coloro che assumono lavoratori indiani dell'Ecuador, per esempio, dovranno concedere un terzo dell'anno libero per la celebrazione orgiastica di varie «fiestas» e di avvenimenti personali, che rivestono un carattere sacro (33).

Anche nello stesso tipo di organizzazioni, nella medesima società e nello stesso tempo, vi possono essere differenze apprezzabili nella linea di confine fra gli adattamenti primari e quelli secondari. Il termine «privilegi locali» sembra riferirsi a mezzi e finalità che le persone di un quartiere riterranno come garantiti e a loro legittimamente dovuti, mentre ad altre al di là della strada

saranno ufficialmente negati; così come all'interno della stessa organizzazione vi possono essere evidenti sfasature di tempo. Per esempio, nella Germania nazista, un'organizzazione ufficialmente proibita di internati che tentavano di controllare un campo di concentramento, venne più tardi ufficialmente accettata (34); nello stesso modo in cui, negli Stati Uniti, i promotori di organizzazioni, in stabilimenti e fabbriche, ne divennero, alla fine, membri della commissione interna ufficialmente riconosciuti. Ad ogni modo dovrebbe risultare evidente che, all'interno di una data organizzazione, ciò che è un adattamento primario per una categoria di partecipanti, può risultare un adattamento secondario per un'altra, come quando i cuochi militari riescono, regolarmente, a mangiare oltre il loro rancio, o una cameriera beve di nascosto i liquori dei padroni di casa e una baby sitter usa il luogo di lavoro per dare una festa.

Oltre a queste varianti dobbiamo notare, nelle organizzazioni, una tendenza a modificare gli adattamenti secondari, non solo aumentando la disciplina, ma anche legittimando selettivamente queste pratiche, sperando in tal modo di riottenere il controllo e la sovranità, anche a costo di rinunciare ad alcuni obblighi da parte dei partecipanti. Le istituzioni familiari non sono le sole in cui ci sia una regolarizzazione, attraverso il matrimonio, di una precedente situazione irregolare. Quando si apprende qualcosa sul ruolo di un adattamento secondario, si verrà a conoscere anche qualcosa sulle conseguenze prodotte dal tentativo di legalizzarlo.

3.

Sebbene abbia finora considerato gli adattamenti secondari, solo in relazione all'organizzazione formale di cui l'individuo fa parte, è chiaro che questi adattamenti possono presentarsi - e si presentano - in stretta connessione con i legami che l'individuo conserva con altri tipi di entità sociali. Sotto questa luce possiamo considerare il bere in rapporto ai valori sostenuti da una città «a regime secco» (35), i movimenti clandestini in rapporto allo stato, le relazioni sessuali in rapporto alla vita matrimoniale, e diverse attività losche in rapporto al mondo legale degli affari e degli assestamenti di proprietà (36). Analogamente, altre entità, diverse dalle organizzazioni chiuse da mura, tentano di mantenere un controllo su chi ne fa parte, riconoscendo alcuni adattamenti secondari, come primari. Si può citare un esempio di amministrazione cittadina:

"In questo periodo estivo, la nostra [città di New York] forza di polizia, assistita dal personale del dipartimento dei pompieri, delle aziende dell'acqua, del gas, e della elettricità, è abitualmente occupata in estese scaramucce locali con i ragazzi che rovinano gli idranti antincendio per fabbricarsi delle docce. E' una pratica che è andata aumentando negli anni, e le misure punitivo-preventive si sono mostrate per la maggior parte inutili. Come risultato la polizia, i pompieri e i dipartimenti dell'acqua tentano di divulgare una sorta di benevolo compromesso, per mezzo del quale sperano di placare i ragazzi della città, senza mettere inutilmente a repentaglio il suo rifornimento d'acqua. Secondo questo piano ogni «rispettabile gruppo o individuo» (vengono investigati molto bene dalla polizia) può richiedere una speciale cuffia idrante che assomiglia ad una cuffia banale tranne che è arancione e con una cinquantina di fori, così da permettere all'acqua di un idrante di zampillare come una doccia in modo ordinato, contenuto ma, si spera, soddisfacente" (37).

Qualunque sia l'entità sociale, in relazione alla quale si vogliono considerare gli adattamenti secondari, dovremo probabilmente riferirci ad unità più vaste, poiché dobbiamo considerare sia il luogo nel quale l'adattamento secondario si verifica, che la «regione di origine» dalla quale provengono coloro che lo mettono in atto. Nel caso dei bambini che rubano i biscotti dalla scatola della mamma e li vanno a mangiare in cantina, queste distinzioni non sono né evidenti né importanti, dato che la famiglia è l'organizzazione direttamente coinvolta, la regione dalla quale provengono coloro che agiscono e, più o meno, il luogo dove accade il misfatto. Ma in altri casi, l'organizzazione in sé non è l'unica presa in causa. I ragazzi di un intero quartiere possono raccogliersi in una casa vuota per dedicarsi ad attività proibite nelle loro case; così come le

piccole piscine costruite alla periferia di alcune cittadine possono fornire il luogo da cui sono attratti i giovani della città dove abbandonarsi a comportamenti proibiti. Ci sono zone cittadine, talvolta chiamate «luoghi di perdizione», che attraggono fuori casa alcuni mariti da ogni parte della città; e alcune città, come Las Vegas e Atlantic City, diventano loro stesse luoghi di corruzione per l'intera nazione.

L'interesse per il luogo nel quale si attuano gli adattamenti secondari e per la regione dalla quale provengono coloro che li praticano, sposta il punto focale dell'attenzione dall'individuo e dalle sue azioni particolari, al piano collettivo. Nel caso di un'organizzazione formale, come un'istituzione sociale, lo spostamento corrispondente si effettuerebbe da un adattamento secondario dell'individuo, all'intero sistema di adattamenti che coloro che fanno parte dell'organizzazione sostengono individualmente e collettivamente. Queste pratiche messe insieme comprendono ciò che può essere chiamato la vita sotterranea di un'istituzione, essendo, per un'istituzione sociale, ciò che il mondo della malavita è per una città.

Ritornando all'organizzazione sociale, un'importante peculiarità degli adattamenti primari è il loro contributo alla stabilità dell'istituzione: il partecipante che si adatta all'organizzazione secondo questa modalità, continuerà, molto probabilmente, a farne parte finché l'organizzazione vorrà che lo faccia, e, se se ne andrà prima, se ne andrà in modo da facilitare la sua sostituzione. Questo aspetto degli adattamenti primari ci porta a distinguere due tipi di adattamenti secondari: primo, quelli "disorganizzativi", dove l'intenzione concreta dei partecipanti è di abbandonare l'organizzazione, o di alterarne radicalmente la struttura, portando, in entrambi i casi, ad una rottura nell'equilibrio dell'organizzazione stessa; secondo, quelli "repressi" che dividono, con gli adattamenti primari, la caratteristica di adeguarsi alle strutture istituzionali già esistenti, senza apportare alcuna pressione verso un mutamento radicale (38) e che possono, di fatto, avere la funzione ovvia di far deviare le azioni, che altrimenti potrebbero risultare disorganizzative. Le parti sistematizzate e codificate della vita sotterranea di un'organizzazione, tendono perciò ad essere composte, primariamente, di adattamenti repressi e non disorganizzativi.

Gli adattamenti secondari disorganizzativi sono stati studiati nei drammatici processi di unificazione e di infiltrazione dei governi. Poiché gli adattamenti secondari disorganizzativi sono, per definizione, atteggiamenti temporanei (come nel caso della preparazione di una rivolta), il termine adattamento può non essere esattamente pertinente.

Mi atterrò quindi, principalmente, all'analisi degli adattamenti secondari, riferendoli semplicemente come «pratiche». Sebbene la forma assunta da queste pratiche sia spesso simile a quella degli adattamenti secondari disorganizzativi, le finalità sono tipicamente diverse, e c'è la possibilità che soltanto una o due persone vi siano coinvolte - come nel caso di guadagni personali non necessariamente clandestini. Gli adattamenti secondari repressi sono abitualmente definiti in modo diverso, a seconda dell'entità sociale in rapporto alla quale essi vengono attuati. Le nostre principali fonti riguardanti queste pratiche, ci provengono dallo studio dei rapporti umani nell'industria e dagli studiosi del mondo carcerario, i quali ultimi usano termini come «adattamenti informali» o «adattamenti da galera» (39).

L'uso individuale di un adattamento secondario è, inevitabilmente, una questione socio-psicologica, dato che consente gratificazioni che non potrebbero essere ottenute altrimenti. Ma ciò che un individuo riesce a «ricavare» da una pratica, non è forse la prima preoccupazione del sociologo. Da un punto di vista sociologico, il primo requisito di un adattamento secondario non è ciò che tale adattamento riesce a procurare a colui che lo mette in atto, ma piuttosto il carattere delle relazioni sociali richieste dalla sua acquisizione e dal suo mantenimento. Il che costituisce un punto di vista strutturale opposto a quello funzionale o socio-psicologico. Dati un individuo e uno dei suoi adattamenti secondari, si può incominciare con la nozione astratta dell'insieme completo degli altri individui, coinvolti nella medesima pratica, e di là procedere sistematicamente nel considerare le caratteristiche di questo insieme: la sua ampiezza, la natura del legame che unisce coloro che vi partecipano e il tipo di sanzioni che assicurano il mantenimento del sistema. Successivamente, dato un

insieme associato a qualsiasi adattamento secondario individuale, si può procedere nel ricercare in quale proporzione sia la presenza di persone di questo tipo nell'istituzione, e quante siano coinvolte in sistemi analoghi, per arrivare così a misurare una sorta di «saturazione», che può verificarsi in una data pratica.

4.

Possiamo incominciare ad esaminare gli adattamenti secondari - le pratiche cioè che costituiscono la vita sotterranea delle istituzioni sociali - notando che essi si verificano con frequenza diversa, in forme diverse, a seconda del posto occupato nella gerarchia dell'organizzazione da coloro che li praticano. Le persone al livello più basso di una grande organizzazione operano, generalmente, in un ambiente squallido, in contrasto al quale coloro che occupano un posto più elevato realizzano i loro incentivi interni, con la soddisfazione di ricevere favori evidenti, che altri invece non ricevono. Il personale meno qualificato tende ad essere meno impegnato ed emotivamente legato all'organizzazione di quanto non siano i suoi esponenti più importanti: fa un lavoro e non una carriera. Di conseguenza è probabile faccia largo uso di adattamenti secondari. Sebbene le persone che sono a capo dell'organizzazione siano, con molta probabilità, motivate da valori comuni, i loro particolari doveri, in quanto rappresentanti dell'organizzazione, li porteranno con molta probabilità a viaggiare, a divertirsi, a partecipare a cerimonie - adottando cioè quella classe speciale di adattamenti secondari, recentemente evidenziata nelle descrizioni dei «conti spese» di rappresentanza. Forse gli adattamenti secondari sono meno facilmente riscontrabili nei livelli intermedi dell'organizzazione. Ed è forse qui che le persone si avvicinano maggiormente a ciò che l'organizzazione si aspetta che siano, come è qui che si possono attingere i modelli di buona condotta per l'edificazione e l'ispirazione di quelli più disonorevoli (40). Il carattere degli adattamenti primari digerirà naturalmente in modo analogo a seconda del grado di chi li mette in atto. A coloro che sono al livello più basso della gerarchia non si richiede di gettarsi nell'organizzazione o di «portarsela a casa»; ma le figure responsabili avranno invece l'obbligo di identificarsi. Per esempio, un inserviente di un ospedale psichiatrico di stato che lascia il lavoro appena finito il turno, agisce in modo legittimo nel senso che, così facendo, esprime il carattere datogli dall'organizzazione stessa; se invece il capo di un dipartimento dà l'impressione di dedicarsi al lavoro esattamente dalle 9 alle 5, può venir considerato dalla direzione un peso morto, cioè una persona che non si adegua al modello di dedizione che ci si aspetta da un medico. Analogamente, un inserviente che legge il giornale durante le ore di lavoro nel reparto, può essere ritenuto in pieno diritto di farlo, finché nessun dovere immediato lo richiami; ma un infermiere che faccia altrettanto, probabilmente commetterebbe un'infrazione, poiché si tratta di un comportamento «non professionale».

L'aumento sotterraneo degli adattamenti secondari differisce, per estensione, anche in relazione al tipo di istituzione.

Quanto più è breve il periodo di tempo che una data categoria di partecipanti ad un'organizzazione passa ininterrottamente sul luogo di lavoro, tanto più si presume sia possibile alla direzione mantenere un programma di attività e di motivazioni accettati dai partecipanti. Così, in quelle organizzazioni il cui scopo sia la vendita di un oggetto usuale come le sigarette, i clienti completano il ciclo di acquisto, senza deviare molto dal ruolo per loro programmato - eccetto forse nel richiedere o nel negare la cordialità di un momento. Le organizzazioni che obbligano i partecipanti a «vivere all'interno dell'istituzione» saranno, con molta probabilità, ricche di vita sotterranea, poiché quanto più tempo viene programmato dall'organizzazione, tanto meno sarà probabile che venga programmato con successo.

Anche nelle organizzazioni in cui il reclutamento sia involontario, la recluta, almeno inizialmente, può non sentirsi in armonia con le definizioni del "sé" ufficialmente valide per persone nella sua condizione, così che si orienterà verso attività non riconosciute come legittime.

Infine, come è già stato suggerito in precedenza, le organizzazioni che non provvedono incentivi esterni apprezzabili, non concordando su ciò che sembra

l'Adamo nell'uomo, troveranno l'esistenza di qualche incentivo esterno, sviluppatosi non ufficialmente.

Le condizioni capaci di promuovere una vita sotterranea attiva, sono tutte presenti in un'istituzione che, attualmente, è oggetto di considerevoli attenzioni: l'ospedale psichiatrico. E' mia intenzione considerare qui alcuni dei temi principali, ricorrenti negli adattamenti secondari, che ho individuato in un anno di studio e di osservazione partecipe della vita dell'internato, in un ospedale psichiatrico statale di oltre settemila pazienti, che da ora in poi chiamerò «Ospedale Centrale» (41).

Le istituzioni del genere degli ospedali psichiatrici, sono di tipo «totale», nel senso che l'internato vive tutti gli aspetti della sua vita nell'edificio ospedaliero, in stretto contatto con altri individui che sono stati, come lui, tagliati fuori dal mondo esterno. Queste istituzioni tendono a comprendere due ampie categorie, differentemente dislocate, di partecipanti: il personale curante e gli internati) i cui adattamenti secondari conviene analizzare separatamente.

Si potrebbe dire qualcosa sugli adattamenti secondari dello staff nell'Ospedale Centrale. Per esempio, il personale curante faceva occasionalmente uso di pazienti come bambini (42), giardinieri, e uomini di fatica (43). Pazienti con il permesso di uscire dall'ospedale venivano talvolta mandati, per commissioni, da parte dei medici e degli infermieri. Gli inservienti pretendevano di mangiare il cibo dell'ospedale anche se non era permesso, e si sapeva che quelli che lavoravano nelle cucine lo «dispensavano liberamente». Il garage dell'ospedale era talvolta usato per riparare e sostituire pezzi delle automobili del personale curante (44). Un inserviente del turno di notte spesso faceva un'altra attività di giorno, ed esigeva di dormire durante il turno di lavoro, domandando qualche volta ad altri sorveglianti o a qualche paziente amico, di dargli un segnale di avvertimento, per poter dormire con tutta tranquillità (45). Secondo quanto dice un paziente, si sono verificate anche due o tre faccende piuttosto losche come quella di usare i fondi del bar gestito da pazienti mutacisti, per l'acquisto di oggetti che gli inservienti si dividevano o consumavano personalmente.

Io penso che questi adattamenti secondari, da parte dei dipendenti dell'Ospedale Centrale, possono venire considerati di poca importanza. Elaborazioni molto più estese di vita sotterranea possono essere individuate in molti altri ospedali psichiatrici (46), ed in altre istituzioni, come ad esempio negli insediamenti militari. Inoltre, queste pratiche nell'Ospedale Centrale dovrebbero essere valutate insieme con un gran numero di esempi di persone, appartenenti allo staff, che dedicavano invece tempo ed attenzione alle attività ricreative dei pazienti durante le loro ore libere, dimostrando così una dedizione al lavoro che superava quella richiesta dall'istituzione. Io quindi non prenderò qui in considerazione quella parte degli adattamenti secondari, usualmente praticati dai subordinati in organizzazioni di lavoro, come la riduzione del rendimento (47), qualche lavoro extra, qualche riparazione (48), il controllo complice nel rapporto di produttività (49), limitandomi a suggerire che la minuziosa e sensibile attenzione prestata da studiosi come Donald Roy e Melville Dalton, nel riportare queste tecniche di adattamento, può servire di modello per gli studiosi di altre istituzioni.

Considerando gli adattamenti secondari dei pazienti mentali dell'Ospedale Centrale, citerò, dov'è possibile, pratiche parallele riscontrate in altri tipi di istituzioni, ed userò un'analisi tematica di adattamenti secondari che ritengo possa applicarsi a tutte le istituzioni. Sarà quindi coinvolta un'unione informale, della storia del caso ed un approccio comparato, talvolta enfatizzando maggiormente i termini di confronto rispetto all'ospedale psichiatrico preso in esame.

Dal punto di vista dell'ideologia psichiatrica, non esistono evidenti adattamenti secondari possibili per gli internati: qualunque cosa sia costretto a fare un paziente, può essere considerato come parte del suo trattamento o dell'intendimento custodialistico dell'istituzione; qualunque cosa faccia il paziente, spontaneamente, può essere considerato come sintomo del disturbo di cui soffre e del suo stato di convalescenza. Un criminale confesso, il quale preferisca essere ricoverato in un ospedale psichiatrico, piuttosto che finire in galera, può essere creduto, per questa sua preferenza, realmente bisognoso di

cure; così come sotto le armi colui che simula sintomi mentali può essere ritenuto realmente malato, anche se non proprio affetto dal tipo di disturbi che simula. Analogamente, un paziente che si sistema in ospedale, ritenendolo una buona soluzione, può essere visto non tanto come una persona che abusa di un luogo di trattamento, quanto piuttosto come un individuo realmente malato, dato che sceglie questo tipo di adattamento.

In generale, gli ospedali psichiatrici non funzionano in base ad un'ideologia psichiatrica, ma secondo il «sistema di reparto». Le condizioni di vita drasticamente ristrette, sono imposte per mezzo di punizioni e premi, espressi più o meno nel linguaggio delle istituzioni penali. Questo insieme di azioni e di parole è usato da quasi tutti i sorveglianti e ad un grado considerevole dal livello più qualificato dello staff, in particolare per ciò che riguarda i problemi organizzativi quotidiani. Lo schema disciplinare di riferimento si colloca fuori del sistema relativamente ricco di mezzi e di fini che i pazienti possono ottenere legittimamente, e, in contrasto con lo sfondo di questo sistema (autorevole ma non del tutto ufficiale), un gran numero di attività del paziente diventa di fatto illecito e non tollerabile. Il tipo di vita concesso ai pazienti in certi reparti, è così vuoto che qualsiasi movimento facciano potrà probabilmente portare una soddisfazione imprevista.

PARTE SECONDA: LA VITA SOTTERRANEA DELL'OSPEDALE.

"Le fonti".

Ora considererò le fonti degli oggetti che i pazienti usano nei loro adattamenti secondari.

1.

La prima cosa da notare è la prevalenza di usi individuali ricavati da oggetti disponibili. In ogni istituzione sociale coloro che vi fanno parte usano gli oggetti accessibili in un modo e per un fine non ufficialmente previsto, modificando così le condizioni di vita programmate per loro. In ciò può essere compresa la ricostruzione fisica dell'oggetto o semplicemente un modo illegittimo di usarlo: in entrambi i casi si tratta di esempi casalinghi del tema di Robinson Crusoe. I casi più ovvi ci provengono dalle carceri dove, per esempio, si ricava un coltello da un cucchiaino, inchiostro per disegno dalle pagine di un giornale illustrato (50), i quaderni sono usati per scrivere le scommesse (51) e le sigarette vengono accese in tutti i modi - provocando un cortocircuito (52), con un accendino fatto in casa (53), o un fiammifero tagliato in quattro (54). Mentre molte complesse pratiche sottendono questo processo di trasformazione, esso può essere individuato più chiaramente nel caso in cui colui che lo mette in atto non sia coinvolto con altri (tranne nel momento in cui impara o insegna la tecnica) e consumi da solo ciò che si è appena costruito.

Nell'Ospedale Centrale erano tacitamente tollerati molti semplici usi personali di oggetti accessibili. Ad esempio, gli internati facevano largo uso dei radiatori liberi per asciugare le cose personali che lavavano nel lavandino del bagno, dando così lo spettacolo di un ciclo di lavanderia personale, che avrebbe invece dovuto fare ufficialmente parte dei compiti dell'istituto. Nei reparti arredati con panche dure, i pazienti talvolta si portavano appresso i giornali arrotolati da mettere sotto il collo, quando si stendevano. Cappotti arrotolati ed asciugamani venivano usati nello stesso modo. Pazienti con esperienza in altre istituzioni carcerarie, usavano, a questo scopo, un oggetto anche più efficace, una scarpa (55). Nel trasferirsi da un reparto all'altro, i pazienti trasportavano talvolta i loro averi in una federa di cuscino annodata in cima, il che pare sia una pratica semiufficiale in molte prigioni (56). I pochi degenti anziani che avessero la fortuna di usufruire di una stanza da letto singola, mettevano qualche volta un asciugamano sotto il sostegno della brocca per lavarsi, trasformando il sostegno in un leggio, e l'asciugavano in un tappeto per proteggersi i piedi dal freddo del pavimento. I pazienti più vecchi che non avevano voglia o non erano in grado di camminare, talvolta usavano

strategie particolari per evitare di andare al gabinetto: nel reparto si poteva urinare sul radiatore caldo senza lasciare tracce che durassero a lungo; durante le visite bisettimanali al barbiere, al primo piano, il bidone che serviva per gli asciugamani sporchi veniva usato come urinatoio, quando i sorveglianti non vedevano. Pazienti di tutte le età del reparto regrediti, a volte portavano in giro bicchieri di carta da usare come sputacchiere o portaceneri portatili, dato che i sorveglianti erano spesso più interessati nel tenere i pavimenti puliti, che non nel far evitare di sputare o fumare (57).

Nelle istituzioni totali, l'uso personale di oggetti disponibili tende a concentrarsi in aree particolari. Una di queste consiste nel riordinamento della propria persona - la fabbricazione cioè dei mezzi che consentano di presentare agli altri un'immagine di sé decorosa. Si diceva, ad esempio, che le suore avessero messo un grembiule nero dietro ad una finestra per ricavarne uno specchio, dato che lo specchio è un mezzo abitualmente loro negato, che permette di esaminare, correggere, o approvare la propria immagine (58). Nell'Ospedale Centrale la carta igienica a volte era «organizzata»: tagliata bene, ripiegata e tenuta in tasca veniva usata come Kleenex da qualche paziente schizzinoso. Nello stesso modo durante i mesi caldi d'estate, alcuni pazienti si tagliavano e riducevano i calzoni cachi forniti dall'ospedale, in apparenti calzoni corti estivi.

2.

Il semplice uso personale di oggetti accessibili ora citato, è caratterizzato dal fatto che, per usarli, occorre essere relativamente coinvolti e interessati nel mondo ufficiale istituzionale. Considero ora una serie di pratiche che implicano una maggior partecipazione al mondo legale dell'istituzione. Il significato dell'attività legittima può essere conservato, ma può arrivare ad oltrepassare la meta prefissa; si assiste ad una sorta di ampliamento o elaborazione delle fonti di soddisfazioni illegittime, o alla utilizzazione, a fini personali, di interi cicli di attività ufficiali. In questo caso parlerò di «lavorarsi» il sistema.

Forse il modo più elementare di lavorarsi il sistema dell'Ospedale Centrale era quello dei pazienti più regrediti che richiedevano una visita medica, o rifiutavano di sottostare agli ordini disciplinari del reparto, evidentemente per attirare l'attenzione dell'infermiere o del medico, costringendoli in un rapporto sociale, seppure di carattere disciplinare.

La maggior parte delle tecniche usate nell'ospedale, per lavorarsi il sistema, non sembrava tuttavia strettamente legata alla malattia mentale. Ne è un esempio l'insieme complicato di pratiche che concernono il procurarsi il cibo. In un grande refettorio dove novecento pazienti di un intero dipartimento (59) maschile di cronici mangiavano a turno, qualcuno si portava il condimento per rendere più saporito il suo piatto, a seconda del proprio gusto personale; zucchero, sale, pepe e salse piccanti venivano trasportati in bottigliette, tenute in tasca della giacca. Quando veniva servito il caffè nelle tazze di carta, i pazienti a volte si proteggevano le mani dal calore, inserendo la loro tazza in una seconda tazza di carta. Nei giorni in cui erano distribuite le banane, alcuni portavano via una tazza di latte dal recipiente riservato a quelli che erano in dieta, le tagliavano a fettine, mettevano un po' di zucchero e mangiavano di gusto il loro dessert «personale». Nei giorni in cui il cibo era buono e facilmente trasportabile, per esempio quando venivano serviti salsiccia o fegato, alcuni pazienti avvolgevano la loro parte in un tovagliolo di carta e ritornavano per un secondo turno, portandosi il primo in reparto per uno spuntino notturno. Nei giorni in cui veniva distribuito il latte, alcuni portavano delle bottiglie vuote, così potevano tenersi un po' di latte in reparto. Se si voleva ancora un po' di un dato cibo del menù, la tecnica era mangiare solo quello, buttare il resto del piatto nella pattumiera, e ritornare (quando era permesso farlo) per un secondo turno. Alcuni pazienti cui era concessa una certa libertà all'interno dell'ospedale, che fossero assegnati ad un dato refettorio, per la cena d'estate, mettevano il formaggio fra due fette di pane, incartavano il sandwich e se lo mangiavano in pace fuori, nel bar dell'ospedale, prendendo una tazza di caffè. Altri che potevano uscire in città, talvolta compravano focacce o gelato nel magazzino locale. Nella sala da pranzo più piccola di un altro dipartimento, i pazienti che (giustamente) temevano che

non ci sarebbe stato a lungo disponibile un altro secondo, a volte toglievano la loro porzione di carne dal piatto, la mettevano fra due pezzi di pane, la lasciavano al loro posto e subito si rimettevano in fila per averne un secondo turno. Talvolta succedeva però che questi pazienti, così oculati, tornassero al loro posto trovando che un altro internato si era già mangiato il loro primo piatto, ingannando l'ingannatore con una fatica molto relativa.

Per poter lavorare un sistema in modo efficace bisogna conoscerlo intimamente (60), ed era facile vedere questo tipo di conoscenza messo in opera nell'ospedale. Per esempio, era noto ai pazienti che potevano girare liberamente che, alla fine delle rappresentazioni di beneficenza, sarebbero state probabilmente distribuite alla porta del teatro sigarette e caramelle quando il pubblico usciva. Annoiato da alcuni di questi spettacoli, qualche paziente veniva pochi minuti prima della fine, in modo da uscire con i compagni; altri ancora riuscivano a ritornare in fila varie volte, traendo dall'occasione i maggiori vantaggi possibili. Lo staff naturalmente conosceva queste pratiche, e coloro che arrivavano in ritardo ad alcune feste danzanti organizzate per tutto l'ospedale, venivano chiusi fuori, dato che si sapeva sarebbero arrivati giusto in tempo per mangiare e andarsene. Era risaputo che le donne del servizio di beneficenza ebraico distribuivano il pranzo dopo il servizio settimanale della mattina; e un paziente disse che, arrivando al momento giusto, si poteva avere il pranzo senza assistere al servizio. Un altro degente, al corrente del fatto, poco noto, che l'ospedale disponeva di una squadra di cucitrici per riparare i vestiti, portava direttamente lì i suoi e riusciva ad avere camicie e pantaloni perfettamente rigovernati, ricambiando con un pacchetto o due di sigarette o una piccola somma di denaro.

Gli orari influivano in altri modi di lavorarsi l'ospedale. Per esempio vecchi giornali e libri tascabili donati dalla Croce Rossa, venivano distribuiti, una volta alla settimana, per mezzo di un camioncino, al centro sociale dislocato all'interno dell'ospedale, da parte della biblioteca il cui materiale poteva essere dato direttamente ai pazienti o ai reparti. Alcuni lettori avidi, conoscevano i movimenti esatti del furgoncino ed aspettavano la sua venuta in modo da avere la prima scelta. Altri che conoscevano l'orario dei giri sotterranei del cibo, da una delle cucine centrali ad un dipartimento per cronici, si fermavano a volte nelle vicinanze delle zone piane dei percorsi, sperando di rubacchiare qualcosa sui vagoni mobili. Un altro esempio ha a che fare con l'ottenere informazioni. Il pasto servito in uno dei grandi refettori per i pazienti, veniva prima distribuito ad un gruppo di malati anziani che non uscivano dal reparto. I pazienti ambulatoriali che volevano sapere se conveniva andare a pranzo in refettorio o comperare un sandwich al bar, guardavano regolarmente attraverso la finestra di questo reparto, al momento giusto, per sapere qual era il menù.

Un altro esempio istituzionale di lavorarsi il sistema, era scavare fra i rifiuti. Alcuni degenti facevano il giro dei luoghi dove veniva scaricata la spazzatura, vicino al loro dipartimento, poco prima che venisse portata via. Frugavano fra gli strati superiori delle immondizie, raccolte nelle grandi scatole di legno, alla ricerca di cibo, riviste, giornali, ed altri rifiuti che potevano risultare interessanti a questi collezionisti, data la scarsità di mezzi di cui dispongono e la necessità di pregare umilmente un inserviente o un infermiere per ottenerli; è questo infatti l'unico sistema per poter disporre di tali oggetti in modo legittimo (61). I piattini usati dallo staff come portacenere, nei corridoi degli uffici amministrativi di alcuni dipartimenti, venivano sistematicamente frugati alla ricerca di cicche ancora sfruttabili. Anche nelle comunità aperte vi sono, naturalmente, quelli che frugano nei rifiuti, e sembra anzi che qualsiasi grande sistema, deputato a raccogliere e distruggere oggetti usati, offra contemporaneamente un modo perché qualcuno possa servirsene (62).

La possibilità di lavorarsi il sistema consisteva nel fatto che pochi pazienti eccellessero nello sfruttare le situazioni, ottenendo alcuni risultati personali che, difficilmente, potrebbero essere chiamati adattamenti secondari abituali. In un dipartimento con due reparti per convalescenti, uno chiuso ed uno aperto, un paziente dichiarò di aver fatto in modo di essere trasferito dal reparto chiuso a quello aperto, perché il panno del tavolo da biliardo del reparto aperto, era in condizioni migliori; un altro dichiarò di aver provocato il suo

trasferimento in senso inverso perché il reparto chiuso era «più socievole», dato che alcuni pazienti erano forzati a restare lì. Un altro degente, cui era concesso di uscire liberamente in città, periodicamente veniva dispensato dall'attività che svolgeva in ospedale poiché doveva andare in cerca di lavoro; egli dichiarò tuttavia che, una volta in città, passava il pomeriggio al cinema. Vorrei aggiungere che pazienti con una certa esperienza di altre condizioni mortificanti (pazienti che in un certo senso conoscevano la situazione), dimostravano spesso molto rapidamente di sapere lavorarsi il sistema. Per esempio un internato, ricoverato in precedenza a Lexington, al suo primo mattino passato in ospedale, aveva già arraffato un rifornimento di tabacco e cartine, aveva ottenuto il lucido da scarpe e se ne era pulite due paia, aveva scoperto chi, fra gli internati, possedeva un gran numero di gialli, si era organizzato un rifornimento di caffè con il caffè istantaneo e il rubinetto dell'acqua calda, si era trovato un posto nella sessione della psicoterapia di gruppo, sedendosi vicino ed aspettando in silenzio, per alcuni minuti, prima di costruirsi ciò che sarebbe stato il suo ruolo attivo. E' comprensibile quindi che un inserviente abbia dichiarato «che non occorrono più di tre giorni per sapere se un uomo se la sa cavare».

I mezzi per lavorarsi il sistema finora accennati, sono tali da dare benefici soltanto a colui che li mette in atto o a quelli che gli sono vicini. Pratiche che si prefiggono finalità collettive sono riscontrabili in molte istituzioni totali (63), tuttavia questo modo collettivo di «lavorarsi» il sistema non sembra troppo comune negli ospedali psichiatrici. Gli adattamenti secondari collettivi, individuabili nell'Ospedale Centrale, sembravano essere sostenuti soprattutto da quei pazienti che appartenevano al settore criminale dell'istituto - Prison Hall - dove alloggiavano appunto quelli che erano stati dichiarati malati criminali. Per esempio, un reparto di pazienti, ex detenuti, mandava uno dei suoi in cucina di rifornimento, poco prima dell'ora di pranzo per portare il cibo caldo in un vassoio coperto; altrimenti sarebbe arrivato freddo a causa del lungo tragitto sotterraneo che doveva percorrere. Nel considerare il processo del «lavorarsi il sistema», ci si trova inevitabilmente ad analizzare i modi in cui lo stesso ricovero poteva venir lavorato. Per esempio, sia lo staff che gli internati talvolta dichiaravano che qualche paziente si ricoverava in ospedale per sfuggire alla famiglia e alle responsabilità del lavoro (64), o per ottenere gratis alcune particolari cure mediche e dentistiche, o per evitare una condanna (65). Non posso confermare la validità di queste dichiarazioni. C'erano anche casi di pazienti, cui era concesso uscire in città, che dichiaravano di usare l'ospedale per rimettersi dalle ubriacature di fine settimana, dato che questa funzione era evidentemente facilitata dall'efficacia dei tranquillanti come trattamento dell'alcolismo. Altri pazienti, liberi di uscire dall'ospedale, accettavano un compenso inferiore al minimo, per un lavoro esterno a mezza giornata, assicurandosi di poter continuare ad usufruire di cibo e alloggio in ospedale (66). C'erano inoltre alcuni modi meno tradizionali per mezzo dei quali i pazienti si «lavoravano» il sistema dell'ospedale. Ogni organizzazione sociale offre, a coloro che ne fanno parte, la possibilità di rapporti diretti di favore, o almeno ne aumenta la probabilità, dato che l'ospedale psichiatrico, così come le altre istituzioni, offre una base per gli adattamenti secondari. Un gruppo di pazienti che aveva sperimentato le possibilità sociali da sfruttare all'interno dell'ospedale, erano gli ex detenuti della Prison Hall. Si trattava di uomini relativamente giovani che provenivano, per la maggior parte, dalla classe operaia urbana. Una volta educati al perbenismo dell'ospedale, potevano maggiormente disporre di lavori piacevoli, e le pazienti venivano giudicate belle; la maggior parte degli uomini, che in altre istituzioni sarebbero stati chiamati i leaders, provenivano da queste schiere. Un altro gruppo era formato dai negri: alcuni di questi, se lo volevano, potevano in qualche modo attraversare la linea di classe e di colore, flirtando e facendo la corte a pazienti bianche (67), intrattenendo con lo staff psichiatrico conversazioni da professionisti della classe media, trattamento questo che viene loro abitualmente negato, all'esterno dell'ospedale. Il terzo gruppo era quello degli omosessuali: condannati per le loro tendenze, essi trovavano lì una vita di dormitorio a sesso unico, con relative opportunità sessuali.

Uno dei modi interessanti per mezzo dei quali alcuni pazienti riuscivano a lavorarsi il sistema dell'ospedale, aveva a che fare con la possibilità di intrattenere rapporti amichevoli con il mondo esterno. L'interesse circa questo tipo di rapporti risultava legato alla posizione sociale dei pazienti all'interno dell'ospedale, e alla cultura relativa all'etichettamento di malattia. Sebbene alcuni pazienti dichiarassero di non sentirsi a proprio agio con persone che non fossero malate, altri, esibendo il lato opposto della medaglia, sentivano che era intrinsecamente più sano avere rapporti con non pazienti e, inoltre, che la cosa poteva risultare una specie di raccomandazione. C'era poi il fatto che difficilmente le persone esterne potevano essere così offensive, come i membri dello staff, nei confronti dei pazienti, dato che non erano a conoscenza di quanto fosse umiliante la loro condizione. Infine, alcuni degenti dichiaravano anche di essere stanchi di continuare a parlare della loro reclusione e del loro caso con altri pazienti, e ritenevano che la conversazione con persone esterne potesse essere un modo di dimenticare la loro cultura interna (68). Il fatto di avere rapporti con il mondo esterno poteva confermare, ai loro occhi, di non essere dei malati mentali. E' quindi comprensibile come, all'interno dell'ospedale e nel centro sociale ricreativo, si facesse qualche «passaggio», che serviva da importante fonte di rassicurazione sul fatto di poter veramente confondersi con i sani e che i sani stessi non fossero, poi, tanto intelligenti.

Nel sistema sociale ospedaliero c'erano diversi punti strategici in cui la relazione con il mondo esterno era possibile. Alcune delle figlie adolescenti dei medici che abitavano nell'ospedale, facevano parte, amichevolmente alla pari, di un piccolo gruppo di pazienti che godevano di una certa libertà e di alcune allieve infermiere che usavano abitualmente il campo da tennis dell'ospedale (69). Durante e dopo le partite, il gruppo si fermava a sedere sull'erba lì vicina, giocando e mantenendo, in genere, un tono non ospedaliero. Analogamente, quando qualche associazione caritativa esterna organizzava un ballo dove c'erano alcune giovani ragazze, succedeva che uno o due pazienti si affiatassero con loro, venendo evidentemente corrisposti in un rapporto non ospedaliero. Così, anche nel reparto di primo accoglimento, dove le allieve infermiere seguivano il loro tirocinio psichiatrico, alcuni giovani degenti giocavano a carte o facevano altri giochi con loro, durante i quali si manteneva un'aria particolare da corteggiamento e non da infermeria. Alle terapie a livello più specialistico, come il psicodramma e la terapia di gruppo, spesso assistevano visitatori professionisti che venivano ad osservare gli ultimi metodi e servivano come fonte di interazione fra i pazienti e le persone normali. Per ultimo, i pazienti che facevano parte della squadra di baseball dell'ospedale, mentre giocavano con le squadre della comunità esterna, si trovavano nella condizione di godere dello spirito cameratesco, che si sviluppa in un gioco fra squadre opposte e che le separa entrambe dagli spettatori.

3.

Forse la tecnica più rilevante usata dai pazienti per «lavorarsi» il sistema nell'Ospedale Centrale, era quella che seguivano per ottenere un incarico «sfruttabile», cioè una particolare mansione di lavoro, di svago, di terapia o di reparto che, da solo, poteva rendere accessibili certi adattamenti secondari, quando non un loro intero sistema. Questo argomento è evidente in un racconto di un ex detenuto della prigione inglese di Maidstone:

"Tre volte all'anno nell'ufficio istruzione, alla fine di ogni trimestre, inoltravamo al commissario della prigione un rapporto sui progressi, fatti nelle varie classi. Si facevano schemi su schemi per illustrare il numero di prigionieri che seguivano corsi di questa o di quella materia. Avevamo specificato, per esempio, che una delle classi più popolari risultava un gruppo di discussione che dibatteva gli «affari in corso». Non dicemmo però che la ragione per cui la materia risultava così popolare era che la donna - piena di buone intenzioni - che presiedeva la seduta, portava ogni settimana il tabacco ai suoi studenti. La classe era immersa in una nuvola di fumo blu e mentre l'insegnante andava avanti con i suoi «affari in corso», gli studenti (vecchi galeotti, scansafatiche e degenerati) sedevano lì dietro, godendosi la loro fumata gratis" (70).

Gli incarichi possono essere scelti sapendo in precedenza l'uso che se ne vuol fare, oppure l'uso risulta possibile dopo che l'incarico è stato ottenuto, funzionando in tal modo come motivazione per continuare a mantenerlo. In entrambi i casi troviamo nel «lavorarsi un incarico» una delle analogie essenziali fra gli ospedali psichiatrici, le carceri e i campi di concentramento. Più di quanto non riesca con il semplice fatto di ricavare un uso personale dagli oggetti di cui dispone, l'internato rivela, alle persone in vista dell'istituzione, che l'incarico è stato ricercato per motivi particolari, specialmente quando si tratta di un lavoro volontario che implica una collaborazione relativamente intima tra staff e internati; in questo caso infatti si pretende spesso uno «sforzo sincero». In tali circostanze può apparire che l'internato aderisca attivamente all'incarico che si è assunto e, attraverso questo, al giudizio che l'istituzione si è fatta di lui; mentre in realtà, il suo modo particolare di approfittare della situazione, funziona da perno fra lui e le aspettative dell'istituzione nei suoi confronti, che sono nel frattempo aumentate. Il fatto di accettare un incarico che, attraverso qualche espediente avrebbe anche potuto essere rifiutato, dà infatti l'avvio ad un corteggiamento fra internato e staff, e allo sviluppo di una disposizione dello staff verso l'internato che quest'ultimo può compromettere, più facilmente del solito, per mezzo della manipolazione di un'attività.

Ho già accennato al primo punto generale da notare cioè che qualora risulti un qualche effetto da un incarico di lavoro, è probabile che il lavoratore si trovi nella posizione di riceverne un compenso informale. Nell'ospedale, quelli che avevano mansioni nelle cucine, erano nella possibilità di ottenere cibo in più (71); quelli che lavoravano in lavanderia godevano di un rifornimento più frequente di vestiti puliti; quelli che lavoravano nel negozio di calzoleria, raramente mancavano di scarpe buone. Analogamente, i pazienti che curavano la manutenzione del campo di tennis, si trovavano nella condizione di giocare e con palle nuove; un aiutante volontario della biblioteca disponeva, per primo, dei libri nuovi (72); quelli che guidavano il camioncino del ghiaccio stavano al fresco d'estate; i pazienti impiegati nel magazzino centrale dei vestiti, potevano vestirsi bene; quelli che andavano al bar a prendere sigarette, caramelle o bibite per i sorveglianti, spesso ricevevano in cambio qualcosa di ciò che erano andati ad acquistare (73).

Oltre a questo uso diretto della propria mansione, ce n'erano molti anche di casuali (74). Per esempio alcuni pazienti facevano pressioni perché si facessero corsi di ginnastica, dato che nella palestra si potevano usare i materassi, relativamente soffici, per un sonnellino pomeridiano; il che è una delle grandi aspirazioni della vita ospedaliera. Analogamente, nel reparto di primo accoglimento, alcuni pazienti aspettavano con impazienza la rasatura bisettimanale perché, se restava libera una sedia del barbiere, potevano riposare per qualche minuto su una poltrona confortevole. Gli istruttori di ginnastica e i barbieri sapevano perfettamente che non appena voltavano le spalle, alcuni pazienti avrebbero approfittato dell'occasione traendone beneficio, dato che questa era una opportunità ed un'usanza generale in tutto l'ospedale. Quelli che lavoravano in lavanderia, potevano radersi nel bagno a pianterreno, soli, con tutta calma - il che è un grande privilegio nell'ospedale. Un anziano paziente, facente funzione di portiere all'ingresso delle abitazioni dello staff, poteva raccogliere il cibo e le bibite che restavano dai trattenimenti del personale curante e, di giorno, poteva passarsela tranquillamente, guardando la televisione dello staff, una delle migliori dell'ospedale. Alcuni pazienti mi dichiararono che avevano fatto di tutto per essere trasferiti nel reparto medico o chirurgico, perché lì, talvolta, venivano trattati come dei veri degenti, così come io stesso ho potuto constatare direttamente (75). E' abbastanza interessante il fatto che alcuni internati riuscissero a trovare dei valori nascosti perfino nell'insulinoterapia: i pazienti sottoposti a tale trattamento potevano, infatti, restare distesi a letto tutta la mattina nel reparto insulina, il che sarebbe risultato impossibile nella maggior parte degli altri reparti; inoltre lì venivano trattati dalle infermiere proprio come dei pazienti. E' prevedibile che molte mansioni dessero agli internati la possibilità di avere rapporti con i membri dell'altro sesso, adattamento secondario questo che nella

società civile viene attuato e parzialmente legittimato, da molte organizzazioni ricreative e religiose. Analogamente certi incarichi rendevano possibile a due persone, separate dalla disposizione residenziale interna dell'ospedale, di consumare «un incontro» (76). Per esempio, alcuni pazienti venivano un po' in anticipo al cinema e alle rappresentazioni di beneficenza, dedicandosi, nella sala del teatro, a qualche scherzo con persone dell'altro sesso; cercavano quindi di predisporre come sedersi vicini o, se non proprio sedersi, come stabilire canali di comunicazione per poter continuare quest'attività durante la rappresentazione (77). Anche i momenti di addio erano un'occasione per lo stesso tipo di comunicazioni, e la serata assumeva allora l'aria di una funzione sociale da piccola città. Gli incontri all'interno dell'ospedale dell'Anonima alcolisti sembravano funzionare in modo analogo, offrendo l'occasione a pazienti, diventati amici (erano stati chiusi lì dentro per le loro bevute) di trovarsi una volta ogni due settimane, per scambiarsi pettegolezzi e rinnovare il legame che li univa. La ginnastica era usata nello stesso modo. Durante un torneo di palla a volo fra i reparti, non c'era da meravigliarsi di vedere un giocatore correre oltre le linee del campo, al momento dell'intervallo, per poter stringere le mani all'amica che, a sua volta, essendo stata lasciata uscire dal reparto per assistere al gioco, era venuta, in realtà, per stringergli le mani.

Negli ospedali psichiatrici, tendenti a provocare contatti amichevoli fra i pazienti e a «fare incontri» sono considerate terapia. Nell'Ospedale Centrale le forme principali di psicoterapia erano la terapia di gruppo, la terapia di danza e il psicodramma. Tutte condotte in un'atmosfera relativamente indulgente, tendevano a reclutare i pazienti che si rivelavano maggiormente interessati a un contatto con il sesso opposto. Il psicodramma era particolarmente sfruttabile in questo senso, dato che durante la rappresentazione si abbassavano le luci; così come la terapia di danza che spesso implicava corsi di ballo a coppie, con una persona di propria scelta.

Nell'ospedale, una delle motivazioni più comuni al cercarsi un incarico di lavoro, era che la cosa consentiva di uscire dal reparto, sfuggendo alla stretta sorveglianza e al disagio fisico che vi erano abituali. Il reparto funzionava come una specie di stantuffo, che spingeva i pazienti a desiderare di partecipare ad ogni tipo di occupazione comunitaria, facendola apparire come un vero successo (78). Qualora qualche membro dello staff proponesse un lavoro, una terapia, uno svago, o anche discussioni educative, si poteva garantire la partecipazione di un'intera folla di pazienti, semplicemente perché, qualunque fosse l'attività proposta, poteva portare un mutamento notevole nelle loro condizioni di vita. Così, coloro che si iscrivevano alla classe d'arte, avevano l'opportunità di lasciare il reparto, e di passare mezza giornata in un tranquillo e fresco pianterreno, disegnando sotto l'indulgente sorveglianza di una signora borghese che veniva a fare la sua parte di carità settimanale; un grammofono suonava musica classica e venivano distribuite, ad ogni riunione, caramelle e sigarette. In generale, quindi, le varie riunioni organizzate erano quelle che procedevano liberamente in prigione.

Mentre i sorveglianti, gli infermieri e spesso lo staff medico presentavano apertamente i lavori di reparto (spingere lo spazzolone per le pulizie) come uno dei mezzi principali per ottenere la promozione ad una migliore condizione di vita, la partecipazione ad ogni forma di psicoterapia non tendeva ad essere definita dallo staff secondo questo "quid pro quo", tanto che si poteva ritenere la partecipazione a queste terapie di «livello più alto», come un adattamento secondario, qualora venissero seguite in vista di una promozione. A ragione o no, molti pazienti sentivano anche che il fatto di parteciparvi poteva essere considerato come la dimostrazione di aver avuto un «trattamento», e molti pensavano che, lasciando l'ospedale, la cosa potesse essere presentata come la prova, per il datore di lavoro e per i parenti, di essere stati curati. I pazienti avvertivano anche che la buona volontà dimostrata nel partecipare a queste terapie, avrebbe coinvolto il terapeuta nei loro sforzi tesi a migliorare la loro condizione di vita nell'ospedale, o alla dimissione (79). Così per esempio quel paziente, che ho già descritto per la velocità dimostrata nel lavorarsi il sistema ospedaliero, rispose ad un altro che gli domandava che piani avesse per andar via di là: «amico, io partecipo a tutto».

Com'è prevedibile, talvolta i membri dello staff erano molto contrariati dall'uso imprevisto che veniva fatto della loro terapia. Un terapeuta del psicodramma disse infatti:

"Quando vedo un paziente che viene unicamente per incontrare la sua ragazza, o per vedere qualcuno e non per presentare i suoi problemi e cercare di superarli, faccio subito una chiacchierata con lui".

Analogamente, gli psicoterapisti di gruppo trovarono necessario richiamare i pazienti perché presentavano, nelle riunioni, lamentele sull'istituzione, anziché i loro personali problemi affettivi.

Nell'Ospedale Centrale, uno degli interessi principali nella scelta degli incarichi di lavoro, era il grado di contatto che essi avrebbero consentito con i livelli più alti dello staff. Date le condizioni di base di un reparto, un paziente che lavorava nelle vicinanze degli esponenti più importanti dello staff, si trovava a migliorare il suo destino, poiché gli venivano garantite le condizioni più confortevoli di vita di cui godeva il personale curante. (Il che è stato, storicamente, un fattore determinante nel dividere i servitori di campo da quelli di casa, e i soldati di prima linea dai soldati di retrovia, con funzioni amministrative). Un paziente che sapesse scrivere a macchina era perciò in una posizione ottima per passarsela bene durante i giorni lavorativi, dato che si trovava a godere di un tipo di trattamento privilegiato, come se non fosse un malato; il prezzo da pagare in cambio era, come succede in questi casi, il dover sentire il modo in cui lo staff parlava degli internati, quando non erano presenti.

Un esempio di questo tipo di adattamento era riscontrabile nei reparti peggiori dell'ospedale, dove che aveva possibilità relativamente buone di contatto e un certo autocontrollo, poteva scegliere di rimanere nel reparto, ottenendo qui facilmente il monopolio dei lavori facili e i relativi vantaggi. Per esempio un paziente che faceva in modo di restare in un brutto reparto, rifiutandosi di parlare con lo psichiatra poteva, alla sera, usare liberamente la stanza degli infermieri, compreso il piccolo studio annesso dove lo staff aveva comode sedie di cuoio, un rifornimento di giornali e di libri, radio, televisione e fiori.

"I luoghi".

1.

Sono state fin qui analizzate alcune delle fonti elementari di materiale utile per gli adattamenti secondari nell'Ospedale Centrale. Ora voglio considerare il problema della loro collocazione, perché se queste attività sotterranee si verificano, devono verificarsi in qualche luogo o zona (80).

Nell'Ospedale Centrale, come in molte istituzioni totali, ogni internato trovava abitualmente il proprio mondo diviso in tre parti, divisione che risultava analoga per coloro che si trovavano al suo stesso livello nel sistema dei privilegi.

Primo, c'era uno spazio che era considerato fuori del limite o oltre confine. La sola presenza di un internato in questa zona, era severamente proibita - a meno che il paziente non fosse specificatamente «con» una persona autorizzata, o stesse facendo qualcosa richiestagli dal reparto. Per esempio, secondo le regole di uno dei dipartimenti maschili, la zona circostante i dipartimenti femminili era fuori limite, probabilmente per misure di castità. Per tutti i pazienti, tranne per quei pochi che potevano uscire in città, oltre le mura dell'istituzione era tutto fuori limite. Così, per i pazienti che vivevano in un reparto chiuso, ciò che era oltre il reparto, era fuori limite e il reparto stesso lo era per pazienti che risiedevano altrove. Molti degli uffici e dei reparti amministrativi, gli studi dei medici e, con alcune varianti, le stanze degli infermieri nei reparti, erano fuori limite per i pazienti. Disposizioni analoghe sono, naturalmente, riferite da altri studi su ospedali psichiatrici:

"Quando l'incaricato [il sorvegliante] era nel suo ufficio, l'ufficio stesso e una zona di circa 6 piedi quadrati attorno ad esso, erano «fuori limite» per tutti, tranne per il gruppo principale di aiutanti di reparto, formato dai

pazienti privilegiati. Gli altri pazienti non possono né fermarsi né ' sedere in questa zona. Gli stessi pazienti privilegiati possono essere mandati via con autorità decisa, qualora l'incaricato o i suoi sorveglianti lo desiderino. Quando viene imposto quest'ordine - di solito in forma paterna come «scappa via adesso» - l'obbedienza è istantanea. Il paziente privilegiato è privilegiato proprio in quanto capisce il significato di questo spazio sociale e gli altri aspetti della posizione del sorvegliante" (81).

Secondo, c'era uno "spazio di sorveglianza", dove il paziente non aveva bisogno di giustificare la sua presenza, ma dove anche sarebbe stato soggetto all'autorità abituale e alle restrizioni istituzionali. Quest'area corrispondeva, per i pazienti che erano liberi di girare, a quasi tutto il terreno ospedaliero. Infine, c'era un'area regolata da una minore autorità dello staff; sono appunto le diversità di questo tipo di spazio, che voglio ora esaminare.

Gli aspetti evidenti di un particolare adattamento secondario possono essere severamente proibiti in un ospedale psichiatrico, come in altre istituzioni. Se ci sono, devono essere nascosti agli occhi e alle orecchie dello staff, il che significa semplicemente l'allontanamento della persona da ciò che lo staff ritiene che sia (82). L'internato può sorridere ironicamente voltandosi a metà, masticare cibo senza dar segni di movimento della mascella quando è proibito mangiare, nascondere una sigaretta accesa nella mano quando non è permesso fumare, e coprire con la mano le cicche di sigarette fumate durante una partita a poker, nel momento in cui passa per il reparto il sorvegliante. Queste erano tattiche di dissimulazione in uso nell'Ospedale Centrale. Un altro esempio è citato da un'altra istituzione psichiatrica:

"Il mio rifiuto totale della psichiatria che era diventata, dopo il coma, un'adorazione fanatica, ora stava entrando in una terza fase, quella del criticismo costruttivo. Mi accorsi della ottusità che mi circondava e del dogmatismo amministrativo della burocrazia ospedaliera. Il mio primo impulso fu la condanna; più tardi perfezionai un sistema per muovermi liberamente all'interno della pesante struttura della politica di reparto. Per esempio era stato sorvegliato, per molto tempo, tutto ciò che leggevo; finalmente ero riuscito a perfezionare un sistema per <tenermi al corrente> senza mettere in allarme, più del necessario, infermieri e sorveglianti. Avevo introdotto in reparto diversi numeri di «Hound and Horn» dicendo che si trattava di un giornale sui prati e ruscelli. Avevo letto <La terapia di shock> di Hoch e Kalinowski (un manuale segreto delle armi ospedaliere) quasi apertamente, dopo averlo avvolto nella copertina delle <Origini letterarie del surrealismo> di Anna Balakiana" (83).

Tuttavia, oltre a queste tecniche temporanee, elaborate per evitare la sorveglianza istituzionale, internati e staff collaboravano tacitamente per consentire il formarsi di spazi fisicamente delimitati, nei quali fosse notevolmente ridotto il livello di sorveglianza e le restrizioni usuali; spazi nei quali l'internato poteva dedicarsi apertamente a qualche attività proibita, con un certo limite di sicurezza. Questi luoghi inoltre presentavano, spesso, una notevole riduzione rispetto all'usuale densità di popolazione dei pazienti, il che contribuiva alla loro tipica atmosfera di pace e di tranquillità. Lo staff non ne conosceva l'esistenza, oppure sapeva e se ne teneva lontano, o rinunciava tacitamente alla sua autorità quando si trovava in quei luoghi. La libertà, insomma, aveva una sua geografia. Chiamerò queste zone "luoghi liberi". E' più facile trovarli nei casi in cui l'autorità di un'organizzazione sia tutta arroccata nelle mani di un unico blocco, anziché in un sistema di comando di tipo piramidale. I luoghi liberi sono il retroscena della usuale rappresentazione del rapporto staff-internato.

Questi luoghi, nell'Ospedale Centrale, erano spesso usati come la ribalta per attività specificatamente proibite: il boschetto dietro l'ospedale veniva, occasionalmente, usato come nascondiglio dove andare a bere; la zona dietro il centro sociale ricreativo e l'ombra di un grande albero al centro dell'area ospedaliera, servivano come luoghi dove fare qualche partita a poker.

Talvolta, tuttavia, i luoghi liberi sembravano usati al solo scopo di passare un po' di tempo, lontani dalla lunga mano dello staff e dai reparti affollati e rumorosi. Per esempio, sotto alcuni edifici c'era un vecchio binario per i carri che servivano, un tempo, al trasporto del cibo dalle cucine centrali; ai fianchi di questo sottopassaggio i pazienti avevano portato sedie e panche, e alcuni di loro, stavano lì tutto il giorno, sicuri che nessun sorvegliante li avrebbe cercati. Lo stesso sottopassaggio era usato per spostarsi da una parte all'altra dell'ospedale, senza incontrare il personale curante nel rapporto usuale paziente-staff. Tutti questi luoghi sembravano pervasi da un'atmosfera rilassante, che consentiva la propria autonomia personale, in netto contrasto con il senso di disagio che regnava in alcuni reparti. Qui si poteva essere se stessi (84).

Come ho già accennato, i luoghi liberi variano a seconda del numero di persone che li frequentano, e secondo la zona da cui vengono ricavati, cioè la residenza di coloro che ne fanno uso. Alcuni luoghi liberi nell'Ospedale Centrale servivano soltanto ad un reparto. Ne era un esempio il gabinetto e il vano antistante dei reparti cronici maschili. Qui il pavimento era di pietra e le finestre senza tende. Ed era qui che i pazienti venivano mandati se volevano fumare, e qui si sapeva che gli infermieri avrebbero esercitato una scarsa sorveglianza (85). Senza badare all'odore che regnava in questa zona del reparto, alcuni pazienti sceglievano di restare lì buona parte del giorno, leggendo, guardando fuori della finestra, o solo sedendo sui sedili relativamente comodi del gabinetto. D'inverno i porticati aperti di alcuni reparti consentivano la medesima funzione, dato che alcuni pazienti preferivano avere un po' di freddo ed essere, in cambio, relativamente fuori controllo. Altri luoghi liberi servivano invece un intero dipartimento psichiatrico, composto da uno o più fabbricati. Il sotterraneo in disuso di un dipartimento maschile per cronici, era stato preso in modo informale dai pazienti che vi avevano trasportato qualche sedia e un tavolo da pingpong. Alcuni degenti di quel dipartimento passavano lì tutto il giorno, completamente liberi. Quando i sorveglianti venivano a giocare a ping-pong, lo facevano il più delle volte alla pari dei pazienti, e quelli che non accettavano questo tipo di finzione, tendevano a mantenersene lontani.

Oltre ai luoghi liberi per i reparti e per i dipartimenti, c'erano luoghi liberi che servivano i pazienti di tutta la comunità ospedaliera. Il prato, in parte alberato, dietro una delle costruzioni principali, era uno di questi luoghi, poiché offriva una bellissima veduta dall'alto della vicina città. (Famiglie che non avevano niente a che fare con l'ospedale, venivano a volte a fare picnic qui). Quest'area era importante per la mitologia dell'ospedale, dato che era il luogo dove si diceva accadesse attività sessuali. Un altro luogo libero della comunità era, stranamente, il posto di guardia all'ingresso principale dell'ospedale. Era riscaldato durante l'inverno, dava la possibilità di vedere chi entrava ed usciva dall'ospedale, era vicino alle comuni strade esterne, serviva come punto di riferimento per le passeggiate. Il posto di guardia era sotto la giurisdizione di poliziotti, non di sorveglianti, i quali - evidentemente in quanto isolati dal personale ospedaliero - si lasciavano andare ad un rapporto socievole con i pazienti; qui regnava un'atmosfera relativamente libera.

Forse il luogo libero più importante nella comunità era l'area intorno al piccolo negozio, a sé, che serviva come bar per i pazienti e che, gestito dall'Associazione per i ciechi, comprendeva alcuni ricoverati fra il personale. Qui i pazienti e alcuni sorveglianti passavano il tempo sulle panche sistemate all'esterno, riposando, chiacchierando, facendo commenti sull'ospedale, bevendo caffè o mangiando panini. Oltre ad essere un luogo libero, quest'area aveva la funzione aggiunta di fonte di notizie dalla città serviva cioè come centro informale di scambio di informazioni (86).

Un altro luogo libero, per alcuni pazienti, era il bar dello staff, un fabbricato dove i ricoverati potevano ufficialmente entrare se godevano della libertà di girare all'interno dell'ospedale (o erano con visitatori che se ne assumevano la responsabilità) e avevano i soldi per pagare (87). Mentre molti pazienti avevano soggezione di quel luogo e si sentivano a disagio quando vi si trovavano, altri riuscivano ad usarlo sfruttando la tacita comprensione del fatto che qui un paziente veniva trattato come qualsiasi altra persona. Un

gruppo di degenti veniva a prendere il caffè dopo aver pranzato in reparto, e si toglieva il sapore di un pasto avuto nelle condizioni del reparto, mescolandosi con le allieve infermiere e quelle in servizio, e usando generalmente quel luogo come un centro sociale - ciò finché ne veniva periodicamente scacciato.

Era evidente che non appena i pazienti progredivano, attraverso il «sistema di reparto», aumentando i privilegi, tendevano ad ottenere accesso in luoghi liberi, che servivano zone sempre più vaste (88). Inoltre, la natura stessa dello spazio era legata al sistema di reparto, in modo che ciò che era fuori limite per un paziente disobbediente, poteva, a poco a poco, diventare un luogo libero per uno obbediente (89). Si dovrebbe anche aggiungere che lo stesso reparto poteva diventare un luogo libero, almeno per i pazienti più in vista. Così alcuni reparti del dipartimento per cronici e il reparto per dimissioni o convalescenza dell'accettazione maschile, erano «aperti» all'epoca di questo mio studio. Qui non c'era personale o molto poco durante il giorno, e perciò questi luoghi erano relativamente liberi da sorveglianza. Poiché nel reparto di primo accoglimento del dipartimento c'erano tavole da bigliardo, giornali, televisione, carte, libri, allieve infermiere, ne risultava un'atmosfera di sicurezza, di benessere e di piacere, paragonata, da alcuni pazienti, ad un centro ricreativo per militari.

Molti tipi di incarichi di lavoro offrivano ai pazienti l'opportunità di usufruire di luoghi liberi, soprattutto se il lavoro era fatto sotto la guida di un assistente, anziché di un sorvegliante - perché in questi casi si tendeva a mantenere il clima del posto di lavoro; il che significava un grado diverso di libertà dall'autorità e dalle restrizioni rispetto alla normale vita di reparto. Ciò si verificava nei settori dell'ergoterapia, della lavanderia, e del negozio di scarpe. Ottenere un luogo libero era quindi un modo essenziale di lavorarsi un incarico. Per alcuni pazienti la stanza addeba alla terapia occupazionale nel reparto accettazione, dove veniva fatto il lavoro di falegnameria, offriva un luogo libero. Il pianoterra dove si faceva la terapia di danza serviva allo stesso scopo, in particolare per il gruppo di giovani pazienti (che godevano di una buona e vasta reputazione fra i compagni e presso lo staff) i quali formavano una sorta di compagnia teatrale per rappresentazioni drammatiche o balletti, e che erano nella possibilità di passare lunghe ore a provare sotto la guida di un simpatico terapista di danza. Durante gli intervalli e, per alcuni minuti, dopo le prove di danza, i pazienti passeggiavano per esempio nel vano antistante la sala da ballo e, con la coca cola presa dalle macchine automatiche e le sigarette distribuite talvolta dal terapista, si riunivano attorno ad un piano, ballavano facendo qualche scatenato passo di jazz, chiacchierando, prendendosi cioè quello che, nel mondo esterno, si chiamerebbe un riposino informale. In rapporto alla vita che molti di questi pazienti privilegiati erano costretti a fare nel reparto, questi momenti erano incredibilmente dolci, armoniosi e liberi da ogni pressione istituzionale.

Sebbene il fatto di poter usufruire di un luogo libero fosse un aspetto incidentale di molti incarichi di lavoro, ne risultava il guadagno principale. Per esempio, fuori della stanza dove si praticava l'insulinoterapia che, in uno dei dipartimenti, era vicina al reparto di primo accoglimento, c'era un piccolo vano dove le infermiere si riposavano e preparavano qualcosa da mangiare per quelli che si risvegliavano dallo shock. I pochi pazienti che riuscivano ad essere assunti come aiutanti dell'insulinoterapia, potevano godere della tranquilla atmosfera medica che vi regnava, e anche della premurosa attenzione accordata a quelli che erano stati sottoposti allo shock; li essi potevano anche uscire dal loro ruolo di pazienti, rilassarsi, fumare, pulirsi le scarpe, flirtare con le infermiere e farsi del caffè.

Alcuni luoghi liberi il cui carattere non fosse ancora fermamente definito, potevano essere trovati, paradossalmente, nella parte più centrale degli edifici (90). In una delle costruzioni più vecchie, il corridoio principale che portava agli uffici amministrativi era grande, con soffitto alto e fresco d'estate; tagliato ad angolo retto c'era un vano, largo circa dodici piedi, che portava attraverso una porta chiusa a chiave, ai reparti. Allineate su entrambi i lati di questo vano scuro c'erano delle panche, una macchina automatica per la coca cola e una cabina del telefono. Da un capo all'altro del corridoio e in questo vano c'era sempre un'aria da servizio civile amministrativo. Ufficialmente ai pazienti non era consentito «ciondolare» in questa zona e qualche volta venivano

anche diffidati dal passare per il corridoio. Tuttavia alcuni, che fossero ben conosciuti dallo staff o che avessero qualche lavoro di fiducia da fare, potevano starsene seduti; nei caldi pomeriggi d'estate potevano anche essere trovati lì e talvolta riuscivano perfino ad ottenere di giocare a carte, astraendosi così dall'ospedale, anche se erano lì, in uno dei suoi punti più centrali.

Il consumo sostitutivo dei luoghi liberi era uno degli esempi più vivi dello sfruttamento individuale di opportunità accessibili nell'ospedale. I pazienti in isolamento a volte passavano il tempo guardando fuori della finestra, quando era raggiungibile, o dal buco ingannatore della serratura seguendo, sostitutivamente, l'attività che si svolgeva fuori o nel reparto. Alcuni degenti dei reparti più regrediti litigavano fra loro per il possesso del davanzale della finestra; una volta ottenutolo, il davanzale veniva usato come sedile, il paziente si raggomitava sulla finestra e guardava fuori attraverso le sbarre, premendo il naso con tutto il corpo verso l'esterno, uscendo in questo modo dal reparto e liberandosi, in un certo senso, dalle restrizioni territoriali. I pazienti che avevano il permesso di girare all'interno dell'ospedale portavano, qualche volta, le panche il più vicino possibile al recinto esterno, e passavano il tempo guardando i «civili» camminare e passare in macchina davanti all'ospedale, ottenendo così un benché minimo senso di partecipazione al mondo libero esterno.

Si potrebbe suggerire che tanto più è insopportabile l'ambiente in cui un individuo è costretto a vivere, tanto più facilmente i luoghi saranno definiti come luoghi liberi. Così, in alcuni dei reparti peggiori che ospitavano fino a sessanta pazienti, molti dei quali «regrediti», il problema della riduzione del personale del turno di notte (dalle 16 alle 24) veniva risolto riunendo tutti i pazienti nel soggiorno e chiudendone l'ingresso, così che ogni paziente del reparto si trovava sotto la diretta sorveglianza di un solo paio d'occhi. La cosa succedeva al momento della partenza del personale medico; all'imbrunire (d'inverno) che era molto evidente poiché i reparti erano male illuminati; e spesso quando si chiudevano le finestre. In quel momento cadeva un drappo funebre su ciò che era già un drappo funebre, e c'era un'intensificarsi di emozioni negative, tensioni e conflitti. Alcuni pazienti, spesso quelli che aiutavano a scopare, a preparare i letti o portare gli altri a dormire, avevano il permesso di stare fuori da quella tana, e di girare liberamente nei corridoi vuoti, fra i dormitori e gli uffici di manutenzione. Allora, qualsiasi posto che non fosse la stanza di soggiorno assumeva un tono quieto, dato che lo staff determinava la situazione in maniera relativamente non ostile. Ciò che era fuori limite per i pazienti, diventava, per la medesima legge, un luogo libero per i pochi privilegiati.

2.

Il tipo di luogo considerato fino ad ora era di pertinenza di un'intera categoria di persone: il paziente che lo usava, doveva rendersi conto che anche altri degenti, ai quali non fosse particolarmente legato, vi potevano avere o vi avevano accesso; non erano implicati qui l'esclusività e il senso di proprietà. In alcuni casi, tuttavia, un gruppo di pazienti aggiungevano, al loro accesso in un luogo libero, il diritto di tenerne fuori tutti i pazienti che non fossero realmente invitati. In questo caso si può parlare di "territori di gruppo" (91). I territori di gruppo non erano molto sviluppati nell'Ospedale Centrale, poiché si presentavano come una semplice estensione dei diritti nei confronti dell'uso di un luogo particolare, legittimamente accordato ai pazienti. Per esempio uno dei dipartimenti per malati lungo-degenti aveva un cortile chiuso a vetri, fuori di un reparto, dove c'erano un tavolo da biliardo, un tavolo per giocare a carte, T.V., giornali, ed altro materiale ricreativo. Qui alcuni sorveglianti e alcuni lungo-degenti ben ambientati nell'ospedale stavano assieme in un clima di uguaglianza, parlando delle novità dell'ospedale, come in una sorta di mensa per sergenti maggiori. Poteva succedere che un sorvegliante portasse a far vedere il suo cane agli altri; che si organizzassero occasionalmente gite per andare a pesca con i pazienti che godevano di una certa libertà; che consultassero in gruppo la schedina delle corse, prendendosi in giro e scherzando sulle scommesse fatte o che si stavano per fare. Le partite a poker che i sorveglianti e i pazienti giocavano a fine settimana, ponevano in qualche modo i sorveglianti in

balia dei pazienti, così come quando un sorvegliante mangiava liberamente il cibo portatogli dalla cucina dei pazienti - il che era, di solito, proibito. I sorveglianti potevano richiamare i pazienti rumorosi, ma solo nel caso che anche gli altri degenti presenti approvassero tacitamente la cosa. Si trattava di un'evidente fraternizzazione, che offriva un contrasto interessante rispetto al tipo di rapporto che lo staff medico psichiatrico offriva a coloro per i quali dimostrava un certo interesse. Qui i pazienti e i sorveglianti, insieme, facevano di tutto per escludere dalla stanza, e in particolare dal poker, i degenti di altri dipartimenti.

Così come gli incarichi di lavoro, che mettevano i degenti in contatto diretto con l'ambiente dello staff, potevano offrire un luogo libero; un luogo libero, ristretto ad un piccolo numero di pazienti ad esso ufficialmente assegnati, poteva diventare un loro territorio (92). Per esempio uno degli uffici del centro sociale ricreativo era assegnato ai pochi pazienti che partecipavano attivamente alla stampa del settimanale interno. Qui potevano godere, non soltanto delle condizioni di lavoro tipiche di ogni piccolo ufficio appartenente allo staff, ma anche del fatto che gli altri pazienti non sarebbero potuti entrare senza una buona ragione. Durante le molte occasioni in cui non c'era niente da fare, un membro di questo gruppo poteva starsene seduto in una comoda sedia d'ufficio, con i piedi sul tavolo, sfogliare tranquillamente un giornale, bevendo una coca cola, fumandosi una sigaretta, e godendo di qualche altro piacere offertogli dalla generosità dello staff - condizione questa di privacy e di padronanza della situazione che può essere apprezzata solo se rapportata al retroscena delle condizioni abituali dell'ospedale.

Il centro sociale ricreativo fungeva, in altro modo, come un territorio di gruppo. Circa sei pazienti erano assegnati al centro per aiutare nei lavori domestici e di portineria. In cambio del lavoro, venivano loro accordati, tacitamente, alcuni diritti particolari. Alla domenica, dopo aver lavato i pavimenti e riordinati i locali dalla sera precedente, e prima di riaprire nella tarda mattinata, il luogo era loro. Potevano farsi il caffè e prendere dal frigorifero i dolci e i biscotti conservati dalle provviste ricevute, in cambio degli aiuti prestati in precedenza in cucina. Potevano prendere, per qualche ora, dal tavolo del dirigente, entrambi i giornali della domenica che venivano regolarmente consegnati al centro. Per un paio d'ore dopo la pulizia, mentre gli altri pazienti che godevano di una certa libertà, erano affollati intorno alla porta aspettando di poter entrare, questi lavoratori potevano godersi il lusso di un po' di calma, di agio e di padronanza della situazione. Se uno di loro arrivava in ritardo, poteva aprirsi il varco fra il gruppo che premeva alla porta, e solo lui era lasciato entrare da uno dei compagni di lavoro che erano già dentro.

Sebbene il posto di guardia risultasse un luogo libero per qualsiasi paziente avesse il permesso di muoversi nell'ospedale, c'erano altre aree che, pur servendo l'intero ospedale, non erano accessibili a tutti i pazienti. Una di queste era il piccolo ufficio dell'incaricato alla direzione del teatro. Durante le prove generali di commedie, spettacoli all'aperto e altre rappresentazioni del genere - quando il palcoscenico e tutta «la casa» diventava un posto libero per i pazienti che vi partecipavano - l'ufficio veniva usato da un piccolo gruppo di leaders come luogo ben protetto dove poter mangiare e chiacchierare. Il custode dell'edificio, essendo più in contatto con i pazienti che con i colleghi (come nel caso delle guardie) tendeva a giocare un ruolo marginale fra staff e pazienti e gli veniva concesso, almeno dai leaders, il rispetto e la confidenza di non essere trattato come uno dello staff.

In qualche reparto, il territorio di gruppo che era nelle mani di alcuni pazienti passò, tacitamente, sotto l'appoggio dello staff locale. Nei reparti, dove la maggior parte dei malati erano regrediti, senili organici, ai pochi pazienti che potevano stabilire un certo grado di contatto, veniva ufficialmente data, in cambio del loro aiuto nella pulizia dei pavimenti e nel tenere in ordine, un'intera ala del cortile, che restava chiusa agli altri pazienti da una barriera di sedie.

Alcune delle giurisdizioni territoriali sviluppate dai pazienti avevano un carattere periodico. Per esempio la mansione di cinque pazienti in un dipartimento maschile per malati cronici, era di aiutare a portare da mangiare ad alcuni degenti, che non erano in grado di andarselo a prendere dal reparto

alla stanza da pranzo. Dopo averli serviti, i pazienti-aiutanti si ritiravano con i piatti vuoti in una stanza attigua al reparto, addetta alla lavatura dei piatti. Poco prima o dopo aver fatto questo lavoro, veniva loro dato un piatto di cibo e un bicchiere di latte, che poteva essere consumato da soli e con tutta calma, nella cucina del reparto. Potevano prendersi dal frigorifero del caffè avanzato dalla colazione, lo scaldavano, si accendevano una sigaretta, e per una mezz'oretta sedevano e si riposavano, completamente padroni dell'ambiente. Alcuni diritti sui territori erano ancora più temporanei. Per esempio nel reparto di primo accoglimento maschile, dove venivano ricoverati depressi, eccitati, e malati con lesioni organiche, alcuni pazienti che avevano ancora la possibilità di stabilire un contatto abbastanza buono, si appartavano oltre una barriera di sedie, tentando di ricavare un angolo della stanza di soggiorno, libero dalla presenza dei compagni gravemente deteriorati (93).

3.

Ho qui accennato a due tipi di luoghi dove il paziente gode di una libertà non abituale: i luoghi liberi e i territori di gruppo. I primi li divide con tutti gli altri pazienti, e i secondi, con un gruppo di privilegiati. Resta ancora una sorta di diritto privato sullo spazio, dove l'individuo si costruisce qualche agio, una certa padronanza e un tacito diritto che divide solo con quelli che egli stesso vorrà invitare. In questo caso parlerò di un "territorio personale". E' qui coinvolto un continuum, fra una vera casa o un nido (94) da un lato, e un semplice luogo o rifugio (95) dall'altro, dove l'individuo si sente protetto e appagato, finché il sistema glielo consente.

Negli ospedali psichiatrici e in altre istituzioni analoghe, il tipo di territorio personale più classico è forse la stanza da letto singola, di cui può ufficialmente disporre il 50 o 10 per cento della popolazione del reparto.

Nell'Ospedale Centrale la stanza singola era talvolta concessa a chi faceva lavori nel reparto (96). Una volta ottenutala, si poteva rifornirla di oggetti che potevano offrire qualche agio, qualche piacere e un certo controllo personale della situazione. Fotografie di donnine, una radio, una scatola di gialli tascabili, una borsa di frutta, il necessario per farsi il caffè, fiammiferi, il completo da barba - sono alcuni degli oggetti, molti dei quali illeciti, portati dai pazienti.

I degenti che erano in un dato reparto da molti mesi, tendevano a costruirsi un territorio personale nella stanza di soggiorno, perlomeno fino al punto di crearsi qualche luogo favorito dove sedersi o stare in piedi, dal quale facevano ogni sforzo per allontanare chiunque volesse usurparglielo (97). In questo senso in un reparto per lungo-degenti un vecchio internato che aveva un buon contatto era, per tacito consenso, riconosciuto padrone di un radiatore libero; mettendo della carta sul radiatore, riusciva a sedersi sopra e lo faceva sempre. Dietro il radiatore teneva alcuni oggetti personali, che contrassegnavano maggiormente l'area come sua proprietà (98). A pochi piedi da lui, in un angolo della stanza, un paziente lavoratore aveva quello che era il suo «ufficio», dato che questo era il luogo dove lo staff sapeva di poterlo trovare quando aveva bisogno di lui. Egli era stato seduto per tanto tempo in quell'angolo, che c'era un incavo sporco nell'intonaco del muro dove generalmente posava la testa. Nello stesso reparto un altro paziente dichiarava di aver diritto ad una sedia, direttamente di fronte alla televisione; sebbene alcuni compagni gliela contestassero, generalmente riusciva a sostenere i suoi diritti.

La formazione di territori nei reparti ha una relazione particolare con la malattia mentale. In molte situazioni del mondo civile vige la regola egualitaria del «chi primo arriva meglio alloggia» che nasconde, in qualche modo, un altro principio organizzativo «la ragione è del più forte».

Quest'ultima regola vige con qualche estensione nei reparti peggiori, così come la prima vigeva invece in quelli migliori. Tuttavia bisogna qui introdurre un'altra dimensione. L'adattamento alla vita di reparto che, per ragioni volontarie o involontarie, molti pazienti regrediti raggiungevano, li portava a rimanere silenziosi, senza protestare, cercando di allontanare qualsiasi tipo di emozione potesse coinvolgerli. Una persona del genere poteva essere scacciata da una sedia o da un luogo, senza badare alla sua mole o alla sua forza. Per questo, nei reparti peggiori, si verificava una specie di particolare crudele gerarchia, poiché i pazienti che parlavano ed avevano un buon contatto, potevano

portar via la sedia e le panche migliori a quelli più regrediti. Tanto da arrivare fino al punto che un paziente poteva spinger via da uno sgabello un malato mutacista per appoggiarvi lui i piedi; il paziente che poteva parlare disponeva così della sedia e dello sgabello, mentre l'altro, restava senza niente - il che non è un fatto trascurabile, se si considera che, tranne per gli intervalli del pranzo, alcuni pazienti passano l'intera giornata in questi reparti, non facendo altro che sedere e stare in piedi nello stesso punto. Forse lo spazio più piccolo che veniva ricavato dal territorio personale, consisteva nella propria coperta. In qualche reparto alcuni pazienti si portavano appresso la loro coperta, tutto il giorno e, facendo un atto che veniva considerato altamente regressivo, si arrotolavano sul pavimento, nella coperta che li copriva completamente; all'interno di questo spazio riparato, ognuno conservava il suo margine di controllo sulla situazione (99). Come è prevedibile, un territorio personale può svilupparsi all'interno di un luogo libero o di un territorio di gruppo. Per esempio nella stanza di ricreazione di un dipartimento maschile per cronici, una delle due grandi poltrone di legno disposte favorevolmente vicino alla luce e al radiatore, veniva regolarmente occupata da un paziente anziano e rispettato, al quale sia gli altri ricoverati che lo staff riconoscevano questo diritto (100). Uno degli esempi più elaborati del formarsi di un territorio all'interno di un luogo libero nell'Ospedale Centrale era evidente nel seminterrato in disuso di uno degli edifici dei reparti per lungo-degenti. Qui alcune delle stanze in migliori condizioni erano state prese dal gruppo dello staff meno qualificato, per usarle come magazzini; poi c'era una stanza per la pittura e una dove veniva tenuta l'attrezzatura da giardinaggio. In ognuna di queste stanze, un paziente aiutante godeva di un dominio semiufficiale. Vi potevano essere fotografie di donne, una radio, una sedia relativamente morbida, e rifornimenti di tabacco dell'ospedale. Delle rimanenti stanze meno servibili, alcune erano state prese da vecchi lungo-degenti che godevano di una certa libertà, ognuno dei quali era riuscito a sistemare il suo nido con qualcosa, anche se solo con una sedia rotta o un mucchio di vecchi giornali (101). Nell'eventualità - molto rara - che qualcuno di questi pazienti venisse cercato, durante il giorno, da un membro dello staff, il messaggio sarebbe stato mandato direttamente al suo ufficio nel seminterrato, e non al suo reparto. In alcuni casi era l'incarico di lavoro a procurare un territorio personale. Per esempio, i pazienti che si occupavano dei vestiti del reparto e della stanza in cui venivano tenuti, potevano stare lì quando non c'era niente da fare; e potevano sedersi o distendersi sul pavimento, lontani dall'alternarsi del tumulto e del drappo funebre, tipico della stanza di soggiorno.

"Servizi".

Voglio ora considerare gli altri elementi della vita sotterranea che richiedono nuovi adattamenti fisici.

1.

Nella vita quotidiana, le proprietà legittime impiegate negli adattamenti primari vengono di solito tenute in serbo, quando non sono usate, in luoghi speciali, sicuri, dove possano essere raggiunte a piacere: cassoni, armadietti, cassetti e cassette di sicurezza. Questi ripostigli proteggono gli oggetti dai danni, dal cattivo uso, dall'appropriazione indebita, e permettono a coloro che li adoperano di nascondere ciò che posseggono, agli occhi degli altri (102). Quello che interessa è che essi possono rappresentare un'estensione del sé e della sua autonomia, diventando più importanti quanto più l'individuo è costretto a rinunciare alle altre riserve del sé. Se non si può tenere niente soltanto per sé e se tutto ciò che si usa è usato anche da altri, è consentita ben poca protezione dalla contaminazione sociale degli altri. Inoltre alcune delle cose cui si deve rinunciare, sono quelle con le quali ci si identifica in modo particolare, e che si usano per l'identificazione di sé in rapporto agli altri. Così un uomo in un monastero può essere preoccupato per la sua privacy, la sua cassetta per le lettere (103), mentre un uomo su una fregata sarà preoccupato per il suo sacco di tela per i vestiti (104).

Dove questi ripostigli personali non sono permessi, è comprensibile se ne sviluppino di illeciti. Inoltre, se si possiede un oggetto illecitamente, anche il posto dove poterlo mettere dovrà essere tenuto nascosto. Un nascondiglio personale che è nascosto o chiuso, non solo per frustrare il fatto che altri possano usare gli oggetti nascosti in modo illegale, ma anche perché l'autorità legale non ne venga a conoscenza, è talvolta chiamato nel modo criminale o semicriminale «la tana» e così sarà chiamato qui (105). Si può notare che questi nascondigli illeciti rappresentano un affare organizzativamente più complesso, di quanto non siano i semplici usi personali di oggetti disponibili, poiché una tana può comunemente salvaguardare più di un tipo di proprietà illecita. Vorrei aggiungere che l'oggetto più importante che potrebbe essere nascosto è il corpo umano (morto o vivo), il che dà origine a termini particolari come nascondigli, luoghi clandestini, starsene nascosti, e ad una mimica da detective. Quando i pazienti entravano nell'Ospedale Centrale, soprattutto se erano eccitati o depressi al momento dell'ammissione, veniva loro negato un luogo personale, accessibile, dove poter mettere la loro roba. I vestiti, per esempio, potevano essere riposti in una stanza, il cui uso restava fuori della loro discrezione. Il loro denaro era tenuto nell'ufficio dell'amministrazione, e non potevano ottenerlo senza il permesso del medico o del loro agente legale. Gli oggetti di valore o altri oggetti fragili come dentiere, occhiali, orologi da polso, spesso parti integrali dell'immagine del proprio corpo, potevano venir chiusi a chiave, in un luogo sicuro, dove il proprietario non avrebbe potuto trovarli. Anche i documenti di identità potevano essere tratti dall'istituzione (106). I cosmetici che occorre per poter presentare decorosamente la propria immagine agli altri, erano collettivi, e potevano essere usati dalle pazienti solo a certe ore. Nei reparti per convalescenti si poteva disporre di letti ad armadio, ma siccome non erano chiusi, erano soggetti a furti da parte di altri pazienti e dello staff e, in ogni caso, spesso erano sistemati in stanze che venivano chiuse ai pazienti durante il giorno. Se le persone fossero senza un sé, o venisse loro richiesto di esserlo, sarebbe naturalmente logico non possedere un luogo personale dove poter mettere la propria roba, come ci dice un ex paziente mentale:

"Cercai un armadietto con la chiave, ma senza successo. Sembrava non ce ne fossero in questo ospedale; la ragione fu subito chiara: non erano necessarie - non c'era niente da mettervi dentro - dato che si doveva dividere ogni cosa, anche quell'unico asciugamano per la faccia che veniva adoperato per un'infinità di altri usi; sul che le mie reazioni furono molto violente" (107).

Ma tutti hanno un "sé". Data la privazione implicita nella perdita del luogo dove poter mettere in salvo le proprie cose, è comprensibile come i pazienti dell'Ospedale Centrale si costruissero questi luoghi da soli. Sembrava tipico della vita dell'ospedale che la forma più comune di nascondiglio fosse quella che poteva essere portata con sé, ovunque si andasse (108). Le donne risolvevano la cosa con una grande borsa; gli uomini con un sistema analogo, cioè una giacca con ampie tasche che indossavano anche in piena estate. Mentre questi contenitori sono abbastanza usuali nella comunità esterna, nell'ospedale era particolare il loro contenuto: libri, il necessario per scrivere, pezze per lavarsi, frutta, piccoli valori, sciarpe, carte da gioco, sapone, il necessario per radersi (da parte degli uomini), contenitori per sale pepe zucchero, bottiglie di latte, erano alcuni degli oggetti trasportati, a volte, in questo modo. Questa tecnica era così comune, che uno dei simboli più attendibili della condizione del paziente nell'ospedale erano le tasche gonfie. Un'altra tecnica di immagazzinamento trasportabile era una borsa per la spesa, con un'altra borsa simile all'interno. (Quando era quasi piena, questo nascondiglio molto usato serviva anche da cuscino e come appoggio per la schiena). Gli uomini qualche volta ricavavano un piccolo nascondiglio da una calza lunga: annodandone il capo aperto e arrotolandolo intorno alla cintura, il paziente poteva lasciar pendere di nascosto questa specie di borsellino per i soldi, lungo la gamba dei calzoni. C'erano poi variazioni individuali di questi contenitori trasportabili. Un giovane ingegnere rese di moda un borsellino fatto esternamente di tela cerata scartata, diviso all'interno in vari scompartimenti separati, ben calcolati per il pettine, lo spazzolino da denti, le carte da

gioco, carta da lettere, matita, sapone, una piccola pezza per la faccia, carta igienica - il tutto attaccato, con un fermaglio nascosto, alla parte inferiore della cintura. Lo stesso paziente aveva anche cucita una tasca in più all'interno della giacca, per portarvi un libro (109). Un altro, avido lettore di giornali, indossava invariabilmente la giacca del vestito, evidentemente per nascondervi il giornale che portava piegato sotto la cintura. Un altro ancora, usava una borsa da tabacco ripulita per trasportare cibo; frutta intera, non sbucciata, si poteva facilmente mettere in tasca per portarla dal refettorio in reparto, ma la carne cucinata era meglio se la si metteva in un nascondiglio impermeabile al grasso.

Vorrei ripetere che c'erano buone ragioni per questi trasporti massicci. Molti dei piaceri della vita come sapone, carta igienica e carte da gioco, di solito accessibili in molti magazzini di ristoro nella società civile, non sono altrettanto facilmente ottenibili per dei pazienti, così che bisognava, in parte, provvedere ai propri bisogni quotidiani all'inizio della giornata. Venivano usati anche nascondigli fissi, oltre a quelli portabili, che il più delle volte, si trovavano nei luoghi liberi e nei territori. Alcuni pazienti tentavano di tenere i loro valori sotto i materassi, ma, come ho già detto, la regola generale dell'ospedale che rendeva fuori limite i dormitori durante il giorno, riduceva l'utilità di questa tecnica. Talvolta venivano usate, per questo scopo, le parti sotto i davanzali delle finestre. I pazienti che disponevano di una stanza singola e di rapporti di amicizia con i sorveglianti, usavano le loro stanze come nascondiglio. Alcune pazienti, a volte, nascondevano fiammiferi e sigarette nell'astuccio per la cipria che lasciavano nelle loro stanze (110). Una storiella esemplare, che piaceva molto in ospedale, era quella di un uomo anziano che si diceva avesse nascosto i suoi soldi, 1200 dollari, in una scatola di sigari nel cavo di un albero nel giardino dell'ospedale. Dovrebbe risultare chiaro che anche alcuni incarichi di lavoro potevano offrire la possibilità di nascondigli. Qualche paziente che lavorava in lavanderia si accaparrava l'uso di armadietti personali, che erano lì solo per i non pazienti. Gli internati che lavoravano nella cucina dell'edificio del centro sociale ricreativo, ne usavano gli armadi e il frigorifero come luoghi nei quali mettere il cibo e le bibite che avevano risparmiato dalle varie feste, o altre piccole cose che erano riusciti ad ottenere.

2.

Se si deve usare un nascondiglio fisso, si deve anche trovare il modo di portare l'oggetto nel nascondiglio e riportarlo dal nascondiglio al luogo in cui lo si vuole usare. In ogni caso, se si dovevano elaborare degli efficaci adattamenti secondari, si doveva individuare un mezzo non ufficiale, e generalmente nascosto, per trasportare gli oggetti; in breve, si doveva studiare un "sistema di trasporto". Tutti i sistemi di trasporto legittimi possono essere impiegati nella vita sotterranea, nel senso che in ogni sistema ci saranno regole su chi può usarlo, e a qual scopo, e ci sarà quindi la possibilità di farne un uso diverso. Nel caso di persone che abbiano una certa libertà di movimento, come ad esempio i pazienti con il permesso di girare all'interno dell'ospedale, un nascondiglio portabile funziona, naturalmente, anche come mezzo di trasporto. Almeno tre oggetti, diversamente definiti, possono essere trasportati con un simile sistema: corpi, oggetti o cose e messaggi scritti o verbali. Casi famosi di trasporto illegale di corpi possono essere trovati nei campi per prigionieri di guerra (111) e (se si considera la società come un tutto) nei canali di fuga clandestini. In entrambi i casi si può stabilire un itinerario di fuga regolare, piuttosto che contare sullo sforzo dell'ultimo momento. Nella vita quotidiana gli esempi di trasporto illecito di persone, non hanno a che fare con la fuga, ma con movimenti di routine. Un esempio può essere riferito dall'Ospedale Centrale: poiché il campo recintato dell'istituto copriva più di 300 acri, venivano usati autobus per trasportare i pazienti all'interno delle mura - da e verso i luoghi di lavoro, da e verso gli edifici medico-chirurgici e così via. I pazienti che godevano di una certa libertà conoscevano l'orario degli autobus, qualche volta ne aspettavano uno e cercavano di ottenere un passaggio dall'altra parte dell'area ospedaliera, per evitare di camminare (112).

Sistemi di trasporto illecito di "oggetti" sono naturalmente comuni e difficilmente si possono omettere in uno studio sugli adattamenti secondari. L'antica arte del contrabbando ce ne fornisce validi esempi e sia che ci si riferisca ad uno stato (113) o ad una istituzione sociale (114) si possono citare molte tecniche di trasporto segreto.

Gli ospedali psichiatrici ce ne offrono esempi tipici, se si includono anche le pratiche, largamente tollerate in via ufficiosa. Per esempio nell'Ospedale Centrale i reparti relativamente lontani dal bar, avevano escogitato un sistema informale per passare gli ordini e le consegne. Due o più volte al giorno, qualcuno nel reparto - staff o paziente - faceva la lista e raccoglieva il denaro necessario; un paziente libero di circolare andava fino al bar con gli ordini, e riportava la roba in una scatola di sigari che era il mezzo abituale non ufficiale usato, allo scopo, dal reparto.

Oltre a queste pratiche di raccolta relativamente istituzionalizzate, ce n'erano molte di individuali. In quasi ogni reparto chiuso c'erano uno o più pazienti che erano liberi di andare in città. Questi pazienti privilegiati erano in un'ottima posizione per funzionare da galoppini, e lo facevano di frequente per amicizia, per obbligo, per paura di guai, o con la promessa di una ricompensa. Il bar dei degenti e i negozi delle vicinanze erano, quindi, indirettamente accessibili a molti pazienti. Si deve aggiungere che, mentre alcuni degli oggetti trasportati potevano sembrare insignificanti, in un contesto di privazioni apparivano enormi. Infatti in ospedale c'era un paziente suicida, confinato nel reparto in un grave stato di depressione, che sentiva di poter superare la giornata se aveva le sue caramelle favorite da succhiare; ed era naturalmente molto grato a chi gli faceva questa commissione. Francobolli, dentifricio, pettini, eccetera si comperavano facilmente al bar, e potevano facilmente venir recapitati; spesso era una vera grazia per chi li riceveva. Importante come la circolazione dei corpi e degli oggetti materiali, è la circolazione di "messaggi". Sistemi nascosti di comunicazione sembrano essere un aspetto universale delle istituzioni totali.

Un tipo di comunicazione nascosta è quello faccia a faccia. Nelle carceri, gli internati hanno sviluppato la tecnica di parlare senza muovere le labbra e senza guardare la persona con cui si sta parlando (115). Nelle istituzioni religiose, alcune delle quali dividono con le prigioni e le scuole il fatto di avere la regola del silenzio, si sviluppa in modo evidente un linguaggio a gesti, che è abbastanza vario da venir usato dagli internati per fare scherzi (116). Gli ospedali psichiatrici ci offrono al proposito un materiale interessante. Come ho già detto, nei reparti per regrediti dell'Ospedale Centrale, molti pazienti mantenevano il proposito di non ricevere e di non offrire comunicazioni, chiaramente espresse. Una risposta poteva essere lenta e condotta in modo tale da far supporre che la domanda non fosse stata realmente ricevuta. Per questi pazienti, essere muti era la condizione ufficiale: una forma di difesa, forse, contro sorveglianti ed altri pazienti che li importunavano, accettata senza convinzione come un sintomo riconosciuto di malattia mentale.

(Questa accettazione sembrava dovuta alla difficoltà di distinguere un tale tipo di adattamento al reparto, dal disturbo analogo che altri pazienti presentavano, come espressione di gravi deterioramenti neurologici di natura irreversibile). Naturalmente sostenere questa posizione, una volta assunta, diventava un impegno che imprigionava con le sue stesse restrizioni. I pazienti mutacisti dovevano sottostare all'attenzione dei medici, senza esprimere paura con parole; ricevere abusi senza far rimostranze; nascondere ogni interesse e orientamento in ciò che succedeva nel reparto. Molte piccole transazioni, i piccoli scambi della vita sociale di ogni giorno, dovevano essere dimenticati.

Allo scopo di mantenere la scelta fatta di essere cieco e sordo e insieme evitare le conseguenti restrizioni di comunicazione, alcuni pazienti dei reparti più regrediti sembravano usare fra di loro, uno speciale linguaggio convenzionale. Volendo dare o ricevere qualcosa da un compagno, prima lo guardavano negli occhi, poi guardavano l'oggetto in questione (un giornale, un mazzo di carte; o il pezzo di panca più vicina) poi di nuovo negli occhi del compagno. Questi poteva allora troncargli il discorso facendo segno di no, o lasciando andare l'oggetto, manifestando la sua volontà di rinunciarvi, o, quando non era suo, poteva buttarsi verso l'oggetto, dimostrando il suo desiderio e la sua volontà di averlo. Si poteva scambiare una richiesta o

un'offerta, un'accettazione o un rifiuto, senza retrocedere sulla propria decisione di non lasciarsi coinvolgere in qualche comunicazione. Sebbene questo sistema sembrasse molto limitato, per suo tramite si poteva trasmettere più di un messaggio o richiesta. Si potrebbe anche aggiungere che qualche volta un paziente che si imponeva di agire come chi è fuori di ogni contatto, sceglieva, di preferenza, una persona particolare con la quale invece stabilirlo (117). Questa possibilità sembrava essere implicita in alcune storie esemplari sulla abilità di «provocare un contatto» di cui il personale curante parlava, illustrando le proprie capacità terapeutiche o quelle dello psichiatra favorito. Oltre ai mezzi nascosti di comunicazione diretta, gli internati, nelle istituzioni totali, sviluppavano sistemi mediati (118) - il termine abituale delle prigioni americane per questo tipo di comunicazione è «kiting» - e talvolta venivano usati sistemi ufficiali già in uso (119).

Nell'Ospedale Centrale i pazienti tentavano di usare i sistemi di comunicazione istituzionali. Chi lavorava nel ristorante dello staff, o aveva amici che lo facevano, poteva qualche volta usare il telefono interno della cucina per avvisare il proprio reparto, abbastanza distante da dove si trovava, che non sarebbe andato a cena, dato che colui che godeva di una certa libertà, poteva saltare il pasto se solo avvertiva in anticipo. I pazienti che partecipavano alla terapia di danza, potevano usare il telefono nel piccolo ufficio attiguo al pianterreno dove si faceva la terapia, e coloro che partecipavano alle rappresentazioni teatrali potevano usare a volontà quello interno dietro il palcoscenico. Naturalmente anche le persone che ricevevano la telefonata, dovevano escogitare un sistema per poter ottenere il permesso di usare il telefono, così che una telefonata interna fra due pazienti, o fra un paziente e un sorvegliante compiacente o qualche altra figura ufficiale, costituiva la conquista di un certo potere, dato che era segno di «farcela». Talvolta erano anche usati o «lavorati» i telefoni pubblici a pagamento all'interno dell'ospedale. Se un paziente che girava liberamente, faceva in modo di trovarsi ogni giorno alla stessa ora, alla stessa cabina telefonica, riusciva a ricevere una telefonata al giorno dalla sua ragazza, non importava dove le riusciva di trovare un telefono (120).

I sistemi di trasmissione illeciti, usati sia per la circolazione di persone, che di oggetti o messaggi, hanno caratteristiche generali degne di nota. Una volta che il sistema di trasmissione sia stato individuato, c'è la possibilità, per coloro che lo usano, di trasmettere più di un oggetto. Dal punto di vista dei dirigenti dell'istituzione, come ha suggerito Gresham Sykes, ciò significa che quello che inizia come una piccola infrazione alle regole, può diventare la base operante per trasportare del contrabbando severamente proibito (121). Un altro aspetto generale dei sistemi di trasmissione è che ogni internato il quale sia obbligato dalla sua mansione a girare all'interno dell'istituzione, sarà probabilmente scelto come un trasportatore e arriverà a «lavorarsi» in questo senso il suo incarico di lavoro, sia per proprio desiderio che sotto la pressione dei compagni (122). Analogamente, lo staff meno qualificato cui viene richiesto di andare regolarmente fuori in città per commissioni, e i visitatori esterni che hanno un contatto regolare con gli internati, si troveranno spinti a diventare portatori di oggetti di contrabbando (123).

"La struttura sociale".

Nel considerare i sistemi di trasporto nascosto, si è visto che chi consuma ciò che è illegalmente trasportato, può anche essere la persona che lo trasporta. Ma in molti casi, colui che riceve la consegna non autorizzata, fa uso regolare del lavoro di un altro. Adattando regolarmente ai propri intenti gli sforzi di un altro, l'individuo può aumentare notevolmente la misura e lo scopo dei suoi adattamenti secondari, includendo in ciò anche quelli che non si fondano primariamente sui sistemi di trasporto. Dato che questo uso d'altri costituisce un aspetto importante della vita sotterranea dell'internato, bisogna tentare di esaminare le sue forme e gli elementi di organizzazione sociale che le sottendono.

Il modo in cui un individuo può incorporare nella propria situazione l'attività di un altro, è basato sulla violenza non razionalizzata di ciò che può essere chiamata una "coercizione personale": in questo caso colui che aiuta, lo fa non perché la sua condizione attuale possa per questo migliorare, ma perché la sua mancanza di adesione alla richiesta gli costerebbe, tanto da fargliela apparire come imposta; la persona che chiede aiuto non offre infatti alcun pretesto alla legittimità della sua richiesta (124). Senza considerare qui la trasformazione di questa coercizione in una collaborazione, in altro modo, «volontaria», voglio accennare al fatto che nelle istituzioni totali la coercizione personale allo stato puro può essere importante per ciò che riguarda la vita sotterranea degli internati; l'espropriazione aperta, il ricatto, la tecnica del braccio di ferro, la sottomissione sessuale forzata, sono metodi che possono essere impiegati senza alcuna giustificazione, come mezzi atti a ridurre l'attività altrui alla propria linea d'azione (125). Una volta che tale coercizione diventi abituale, sarà interessante vedere quanto a lungo possa rimanere smascherata e quanto presto venga regolarizzata da una parvenza di reciprocità o di giustificazione morale.

Nell'Ospedale Centrale, come ho già detto a proposito del sistema usato per sedersi, il fatto che molti pazienti dei reparti più regrediti fossero fuori di ogni contatto, creava una situazione che facilitava la coercizione personale; si poteva essere certi che questi pazienti non avrebbero protestato e quindi potevano essere sfruttati liberamente. Per esempio, se per qualche motivo, un paziente pensava che le sue gambe non fossero una parte di sé che lo riguardasse, gli poteva succedere che un compagno glielne spostasse per togliergli lo sgabello di sotto, o che un altro le usasse, senza il suo consenso, da cuscino. t quindi comprensibile come i sorveglianti qualche volta scherzassero sul ruolo di «Svengali», per definire un paziente che si specializzava nell'«uso freddo» di un altro, come quando, per tenersi il posto migliore di fronte alla televisione e insieme prendersi un bicchiere d'acqua, un paziente nell'Ospedale Centrale usava un compagno perché gli tenesse la sedia, facendolo sedere mentre andava a prendersi da bere, e mandandolo via appena tornava.

2.

Un modo evidente in cui un individuo può far uso di un altro, è quando ingaggia con lui uno scambio apertamente economico che implica una vendita o un commercio. Una persona partecipa dei piani di un'altra semplicemente in virtù di una stipulazione precedentemente stabilita su ciò che ne ricaverà in cambio; non importa chi sia colui che vende: una macchina o un'agenzia di ordinazione per corrispondenza, servono esattamente come una persona. Le condizioni sociali richieste per questo tipo di collaborazione comprendono un grado di fiducia reciproca nei confronti della realtà che sottende l'apparenza di ciò che ciascuno offre; un accordo su un prezzo equo; qualche meccanismo per indurre ad impegnarsi in una richiesta o un'offerta, e la convinzione che si possa far uso in questo modo di persone e cose. Lo scambio economico in sé può «esprimere» queste condizioni sociali, nel senso che provvede tracce o prove della loro esistenza. Considererò più oltre il fatto che, in ogni situazione sociale, reale, il processo dello scambio economico viene modificato dall'influenza di adattamenti sociali aggiunti; mi limito qui ad accennare che, nel caso di scambi non autorizzati o nascosti, la fiducia nell'altro può dover essere notevole, poiché l'altro polo contraente potrebbe rivelarsi un rappresentante travestito dell'autorità, o qualcuno che più tardi può dare le prove del commercio in atto all'autorità, o qualcuno che non consegna la merce; si deve cioè fare affidamento sulla natura nascosta della transazione, per evitare la sanzione ufficiale.

Nell'Ospedale Centrale, come in molte altre istituzioni totali moderne, gli internati potevano spendere i loro soldi al bar interno e alle varie macchine a gettone che vendono caramelle. Tuttavia, come in altre istituzioni totali, c'era in questi acquisti un maggior numero di limiti rispetto all'esterno. Primo, la fonte e la quantità di denaro di cui potevano disporre erano fisse. Al momento dell'ammissione il paziente doveva rinunciare ai suoi soldi liquidi e anche al diritto di ritirare i suoi risparmi; in cambio, gli veniva data una piccola somma stabilita dall'ufficio dell'ospedale, incaricato di custodire i suoi fondi

(126). Per ottenere una somma extra dal proprio credito ospedaliero, o, in caso di veterani, per aumentare lo stipendio mensile da 10 a 20 dollari, occorre un ordine ufficiale, firmato dal proprio capo-reparto. Dato che si presumeva che tutti i loro «bisogni» fossero soddisfatti dall'istituto, ai pazienti veniva ufficialmente proibito di ricevere soldi, in cambio del lavoro prestato in ospedale (127). Secondo, la quantità di articoli in vendita era molto limitata rispetto al mercato esterno: al bar interno non si vendevano, per esempio, fiammiferi, alcolici, lamette da barba o anticoncezionali, e lo smercio era evidentemente troppo scarso per tenere una maggiore provvista di vestiario. Infine, per i pazienti che non godevano della libertà di girare nell'area ospedaliera, il bar era ufficialmente accessibile, solo se accompagnati in gruppo, o quando veniva loro permesso di andare con un sorvegliante, in caso si svolgesse qualche festa nel centro sociale ricreativo lì vicino.

Come si può prevedere da ciò che si verifica in altre situazioni, i pazienti escogitavano mezzi per evitare le restrizioni loro imposte sull'uso del denaro (128). Facevano di tutto per tenere fuori dal controllo dell'amministrazione ospedaliera i loro fondi, in parte perché si credeva che gli amministratori facessero una sorta di inquisizione sulle condizioni economiche di ciascun paziente che, a seconda delle proprie possibilità, doveva pagare una parte della retta. Un degente con una pensione mensile (Veterans Administration) dichiarò di essere riuscito, per un certo tempo, a tenerla fuori dal controllo dell'ospedale, poiché la sua ex padrona di casa la ritirava per lui. Altri usavano dei risparmi postali per avere un conto che solo loro potevano controllare. Alcuni, di recente ammissione, dimenticavano tranquillamente le regole dell'istituto e continuavano a firmare, dall'ospedale, assegni sulle banche locali. Si diceva che qualcuno avesse tentato di seppellire i suoi soldi nel giardino dell'ospedale, per tenerli al sicuro. Talvolta succedeva che un paziente usasse un compagno come una banca, pagando anche l'interesse. Nell'Ospedale Centrale gli oggetti e i servizi illecitamente acquistati dai pazienti, e le fonti di denaro illecitamente usate, erano illeciti secondo gradi diversi.

C'era l'atto severamente proibito di comprare e vendere bevande alcoliche, contrabbandate all'interno dell'ospedale. Si diceva fosse possibile acquistarne regolarmente ad un dato prezzo, ma, mentre io stesso ho bevuto più di una volta qualche alcolico sia con i sorveglianti che con i pazienti. Non ho una conoscenza personale diretta di un mercato di questo genere. Così come si diceva anche che alcune giovani donne, occasionalmente, si prostituissero per qualcosa meno di un dollaro, ma non ne ho alcuna prova. Come non ho alcuna prova che ci fosse un mercato di droghe. Alcuni pazienti avevano fama, fra gli internati e lo staff, di prestare denaro ai compagni o ai sorveglianti a un interesse relativamente alto, stimato sul 25 per cento per un breve periodo; in questi casi sembrava che colui che prestava il denaro fosse altrettanto interessato al ruolo sociale derivatogli dagli affari che riusciva a trattare, quanto alla restituzione del denaro prestato.

Altri tipi di servizi a pagamento erano meno proibiti. I pazienti dichiaravano che era possibile farsi stirare un paio di calzoncini per 25 cents. Alcuni ex barbieri di professione facevano «ottimi» tagli di capelli in cambio di sigarette o denaro, mercato questo che era stato creato dai «pessimi» tagli di capelli, generalmente forniti dall'ospedale (129). Un orologiaio, in uno dei dipartimenti, si era così ben organizzato nel suo commercio, che molti membri dello staff, oltre ai pazienti, pagavano per i suoi servizi, a un prezzo corrispondente circa alla metà di quello che valeva «fuori». Una coppia di pazienti si occupava della distribuzione dei giornali all'interno, e arrivava al punto di assumere altri degenti come aiutanti. Un paziente che non aveva la libertà di andare in città pagò 35 cents ad un compagno, che invece poteva farlo, perché gli consegnasse un vestito alla pulitura a secco e glielo riportasse (servizio per il quale c'erano richieste, ma nessun prezzo fisso) e pagò un compagno che lavorava nel negozio di calzoleria, per mettergli tacchi nuovi su un paio di scarpe che non gli erano state fornite dall'ospedale. Sebbene questi servizi fossero comprati e venduti, non erano tuttavia comprati e venduti da tutti i pazienti. Una delle vendite più sviluppate era quella dei fiammiferi, che erano formalmente proibiti, ma sul cui possesso veniva poi chiuso un occhio - tranne per quei pazienti considerati pericolosi nei confronti

del fuoco. Un degente era conosciuto in tutto l'ospedale come il venditore di fiammiferi - un penny per ogni pacchetto - e tutto il giorno, anche pazienti che non conosceva, venivano da lui, penny in mano, per comprare i fiammiferi. La fonte principale dei guadagni dei pazienti, a parte il denaro autorizzato o portato dai parenti, pare fosse il commercio che proveniva dal lavaggio delle macchine. I membri dello staff a tutti i livelli erano clienti, sia su una base «regolare» di due dollari il mese, o di una lavata ogni tanto, a 50 o 75 cents. (La tariffa commerciale in uso per un lavaggio era da 1,25 a 1,50 dollari). I visitatori occasionali che si trovavano in ospedale, venivano avvicinati come potenziali clienti, dagli apprendisti lavatori di macchine. Alcuni pazienti addirittura le lucidavano; il che però richiedeva un capitale per pagare il lucido in anticipo, e un contatto esterno per comprarlo. Il commercio sulle macchine, diversamente da molti altri nell'ospedale, aveva dato origine ad una divisione imprenditoriale del lavoro: un paziente vendeva per 5 cents grandi secchi d'acqua a chi lavava le macchine; un altro dichiarò di assumere dei compagni per lavare macchine per le quali aveva solo contrattato; un altro dichiarava di ricevere generalmente 50 cents di provvigione, per indicare un lavoro di lucidatura.

I pazienti cominciarono a sentire che il lavaggio delle macchine era una loro legittima prerogativa, e che le mansioni loro imposte nell'ospedale si trovavano ad interferire ingiustamente con i loro guadagni. Qualche volta si arrivava ad un compromesso non ufficiale per il quale il paziente poteva fare il suo lavoro d'ospedale riservandosi, tuttavia, il tempo per ciò che egli talvolta chiamava il suo «vero lavoro». Si può aggiungere che sebbene alcune pazienti lavassero le macchine, questa fonte di guadagno, come molte altre non autorizzate nell'ospedale, veniva considerata di proprietà degli uomini.

C'erano poi alcune tecniche minori per far soldi. Alcuni pazienti lucidavano le scarpe dei compagni e dei sorveglianti. Negli intervalli delle partite di calcio, alcuni vendevano bibite con piccoli guadagni. In qualche reparto i pazienti compravano delle polverine al bar interno e vendevano le bibite fatte da loro. Uno o due altri pazienti coglievano bacche nei cespugli del giardino e le vendevano, quando potevano, alle mogli del personale che risiedeva in ospedale.

Gli internati a volte si vendevano fra di loro il materiale che, in occasioni diverse, veniva distribuito dall'ospedale. Talvolta, quando tornavano dal centro sociale ricreativo dove si facevano i giochi, vendevano i premi vinti al bingo; talaltra vendevano le sigarette che venivano distribuite alla fine delle feste organizzate per tutto l'ospedale, così come quelle guadagnate dagli aiutanti della cucina nelle sere in cui, una particolare opera assistenziale della città vicina, organizzava il solito ballo per i pazienti nel centro sociale ricreativo. Talvolta vendevano i vestiti dell'ospedale; per il tabacco distribuito gratuitamente guadagnavano 5 cents.

Alcuni pazienti ottenevano apertamente denaro con mezzi che risulterebbero illeciti, così all'esterno come all'interno, dato che sono definiti disonesti. Si diceva che i telefoni a pagamento nell'area ospedaliera fossero stati fissati, in passato, con la gomma americana in modo da far restituire le monete solo a chi vi aveva messo la gomma. Si diceva anche che libri della biblioteca fossero stati rubati e venduti, e che alcuni pezzi dell'attrezzatura atletica fossero stati venduti a qualcuno del vicino paese (130).

Quando un internato di un'istituzione paga impropriamente del denaro, in cambio di vantaggi o servizi, a qualcuno che, come rappresentante dell'istituzione, controlla ufficialmente e dirige l'accesso a quei vantaggi e a quei servizi, è il caso di parlare di corruzione. Si diceva che la cosa succedesse quando veniva assegnata ad un paziente una stanza singola; ma questo l'ho solo sentito dire, e non penso fosse una pratica regolare. In prigione, naturalmente, la corruzione delle guardie è un fatto noto (131).

Finora ho descritto il ruolo, nella vita sotterranea dell'ospedale, della circolazione monetaria ufficialmente usata nella società esterna. Questo mezzo di scambio ha virtù fiduciarie ben note: occupa poco spazio, può essere maneggiato e conservato senza che si deteriori, è difficile falsificarlo, e, entro una certa denominazione, è un simbolo accettabile quanto un altro; può essere usato per una stima e per definire i limiti di un valore; il suo valore intrinseco o convenzionale non è tanto grande da causare sfrenate corse

all'accaparramento. La circolazione monetaria ufficiale, mentre non era facilmente ottenibile, aveva per i pazienti un valore aggiunto: con i soldi in tasca l'internato poteva esercitare dei diritti su beni fuori dell'ospedale, poteva cioè parlare un linguaggio comprensibile all'esterno anche se ufficialmente non gli veniva riconosciuta la possibilità di parlarlo. Nelle istituzioni totali si sviluppa spesso un mezzo di scambio non ufficiale. C'è un caso riportato di circolazione monetaria o «carta moneta inconvertibile» sviluppata in un campo di prigionieri di guerra (132); tuttavia di solito è largamente preferito il mezzo nascosto che si trova ad avere marcate limitazioni come una forma di denaro. Per esempio, quando le sigarette vengono usate come mezzo di scambio (133), la loro conservazione può risultare un problema; se ne confrontano le marche; possono facilmente essere svalutate perché squalcite; il consumo può quindi introdurre larghe fluttuazioni nel valore della moneta. La vita sotterranea ospedaliera illustra bene alcune limitazioni, tipiche di un mezzo di scambio sostitutivo. In qualche partita a poker venivano usate, come gettoni, sia monete che sigarette, ma il vincitore delle sigarette tendeva a tenerle per fumarsele. Durante i balli della comunità, organizzati nel centro sociale, un paziente poteva andare al bar interno per prendere ad un compagno una bibita o un pacchetto di sigarette, in cambio di qualche sigaretta. Analogamente, nei reparti per regrediti, un paziente che aveva una sigaretta poteva evitare di dover implorare al sorvegliante che gliela accendesse, ottenendo che un'altra persona andasse a chiederglielo per lui, con la promessa di un paio di tirate. In questi casi le persone coinvolte nella transazione si mantenevano nella condizione di chi metteva in atto un accordo freddamente stipulato, e non di chi fa un favore. Solo pochi pazienti, tuttavia, sembravano voler comprare questo tipo di servizi, e solo pochi pazienti erano noti come persone desiderose di offrirli.

L'uso di moneta sostitutiva (e lo sviluppo di uno speciale valore della moneta ufficiale circolante nella società esterna) non poteva estendersi troppo nell'Ospedale Centrale, poiché il rifornimento, sia di moneta che di beni, non era tanto limitato come in alcune carceri e campi di prigionieri di guerra (134). Entrava ed usciva un tal numero di visitatori, che entravano costantemente denaro e rifornimenti generali, sotto forma di favori da parte dei parenti. Inoltre, i degenti che potevano uscire in città erano nella condizione di introdurre rifornimenti, senza temere di essere perquisiti al cancello; così come i pazienti che erano liberi di circolare nell'area ospedaliera potevano facilmente evitare di essere scoperti quando facevano qualche sortita dall'ospedale (135). Al valore economico delle sigarette venivano applicate altre limitazioni dovute al fatto che l'ospedale distribuiva carta e tabacco quasi gratis a quelli che prestavano un servizio continuo, o a quelli che erano riconosciuti come «aiutanti». In alcuni casi queste sigarette, da farsi a mano, erano distribuite periodicamente sia che i pazienti avessero prestato un qualche servizio o no. Benché a nessuno piacesse fumare le sigarette fatte a mano, esse portarono ad un limite massimo il valore delle sigarette normali perché queste ultime non consentivano soltanto una fumata, ma una buona fumata, piena di prestigio.

Dovremmo ora ricordare un'ultima fonte nascosta di denaro e di vantaggi - il gioco d'azzardo (136). I piccoli circoli che si dedicavano a quest'attività nell'ospedale sono già stati descritti. Qui voglio solo sottolineare, ancora una volta, che perché sia possibile fare un simile uso di un altro, è necessario vi sia la comprensione sociale di ciò che sottende un mercato. Voglio solo aggiungere che la prontezza nell'accettare un individuo come partner possibile di una partita a poker e di blak-jack, era, qualche volta, indipendente dal fatto che potesse avere durante il giorno qualche manifestazione di sintomi psicotici (soprattutto se la posta era apprezzabile in rapporto ai mezzi economici dei partecipanti).

L'uso di denaro «vero» o sostitutivo è semplicemente una forma di attività economica, sebbene sia la forma più reale per larghi gruppi. All'altro estremo troviamo un «baratto diretto»; in questo caso ciò cui la persona rinuncia può essere desiderato solo da chi lo ottiene, e ciò che gli viene dato in cambio può avere uno scarso valore agli occhi di un altro. Si tratta qui di un tipo di commercio, non del commercio in generale. Questo genere di baratto, a parte il caso delle sigarette che si poteva, volendo, rivendere, era comune nell'Ospedale

Centrale. Per esempio, la frutta fresca che veniva data talvolta come dessert dopo il pranzo, poteva essere scambiata con altri oggetti desiderati; così come venivano barattati i vestiti forniti dall'ospedale.

3.

Ho accennato al fatto che la vendita o il baratto, e i principi dell'organizzazione sociale impliciti in queste attività economiche, provvedevano notevoli mezzi non ufficiali attraverso i quali gli internati facevano un reciproco uso l'uno dell'altro. Tuttavia, come probabilmente accade in molte istituzioni totali, c'era un mezzo più efficace di scambiarsi oggetti e servizi, un modo più efficace di moltiplicare i tentativi non ufficiali fatti da un individuo, attraverso l'appropriazione di azioni altrui usabili non ufficialmente.

Una persona, a causa dell'identificazione con la condizione o la situazione di vita altrui, può volontariamente assistere un'altra, e offrirgli una dimostrazione cerimoniale di rispetto; fornendo allo studioso, nel primo caso, un segno di solidarietà, nel secondo un suo simbolo. Tali segni e simboli di interesse verso l'altro sono, di solito, in qualche modo reciproci, poiché la persona verso la quale ci si pone in un atteggiamento oblativo spesso è in un atteggiamento oblativo verso l'altro. In questo caso si tratta di uno scambio reale di cose reciprocamente desiderabili e dove il rapporto è egualitario, lo scambio è spesso equilibrato (137). Tuttavia, parlando analiticamente, questo transfer a due vie, o ciò che può definirsi come uno scambio sociale, è diverso da uno scambio di tipo chiaramente economico. L'accordo precedente su ciò che deve essere scambiato è tipico di uno scambio economico, ma può risultare compromettente in uno scambio sociale, poiché la finalità palese dell'uno può essere semplicemente una conseguenza incidentale per l'altro. Chi viene meno ai propri obblighi in uno scambio economico può essere costretto a pagare ciò che deve; ma chi viene meno nel restituire un favore o un gesto di rispetto, può essere soltanto accusato di maleducazione, e venir richiamato con un rimprovero. (Se la parte offesa vuole intraprendere un'azione più diretta, maschererà spesso la vera causa del suo reclamo e scoprirà un'altra offesa, che possa essere affrontata in termini giuridico-economici, così da proteggere entrambi i sistemi di riferimento). Qualcosa dato in cambio deve essere immediatamente pagato, o deve essere pagata la dilazione del pagamento; ma mentre un favore sociale deve essere restituito quando il rapporto lo richiede, esso deve essere restituito solo "se" il rapporto lo richiede, cioè quando il ricevente putativo ha bisogno di un favore, o quando è stabilito ritualmente che debba ricevere un'espressione di riguardo cerimoniale. Nello scambio sociale è necessario mantenere l'equilibrio del rapporto, e un favore sostanziale dato dall'uno, può essere adeguatamente controbilanciato da un gesto puramente cerimoniale dell'altro; poiché entrambi gli atti possono ugualmente attestare che c'è un reale interesse reciproco (138). Negli scambi economici, d'altra parte, non c'è un numero di ringraziamenti che sia in grado di soddisfare colui che dà; egli deve ricevere in cambio qualcosa di valore equivalente. Talvolta un diritto economico su un altro può essere ceduto ad una terza persona, che, in questo caso, si trova nella condizione di esercitare su di lui i suoi diritti; ma il diritto ad un'espressione o ad un segno di solidarietà da parte di un altro, può essere limitatamente trasferito ad un terzo, come nel caso delle lettere di presentazione. Per quanto riguarda la richiesta di collaborazione altrui, dobbiamo perciò distinguere fra compensi economici e compensi sociali. La differenza fra compensi economici e sociali è ben evidente nel doppio uso fatto del denaro, nell'Ospedale Centrale. La paga ricevuta per lavare una macchina era soltanto una parte di ciò che sarebbe costato lo stesso lavoro all'esterno, e consisteva molto spesso semplicemente in denaro, come parte del sistema di mercato. Così, uno dei vantaggi del lavoro in ospedale, per alcuni membri dello staff, risultava la possibilità di far pulire la macchina a poco prezzo. Il denaro era comunque usato anche in modo puramente rituale. Un paziente che lavorava per un membro dello staff, poteva ricevere occasionalmente un quarto di dollaro, non come pagamento fatto in cambio di un servizio, ma solo come espressione di stima. Così, gli stessi pazienti talvolta non solo compravano ad un amico una bibita al bar, ma gli davano apertamente un nichelino o un soldo dicendo «To', comprati una coca cola». Come per le mance, questi

compensi potevano essere attesi ma non richiesti, e servivano a dare la misura di quanto si "apprezzasse" un rapporto; non si trattava quindi di uno "scambio di valore" per un lavoro fatto.

In ogni organizzazione sociale si sviluppano legami di solidarietà fra gruppi dei suoi membri. In istituzioni familiari e sociali, alcuni di questi legami possono essere ufficialmente richiesti a coloro che vi partecipano, come parte degli adattamenti primari. In altri casi, come nelle amicizie superficiali fatte durante il tempo libero che si riscontrano in alcuni uffici commerciali, gli adattamenti primari consistono in un'opzione sul fatto di lasciarsi coinvolgere o no in queste strutture. Tuttavia, spesso i legami funzionano come parte della vita sotterranea della istituzione, secondo due modalità. Primo, il sostegno puramente affettivo e il senso di un legame personale che ne deriva può non essere previsto nel piano ufficiale dell'organizzazione. Forse la forma più esplicita di questa modalità è il cosiddetto affare d'ufficio o, in termini ospedalieri, «un romanzetto fra malati» perché questo tipo di legame, come è stato prima suggerito, può assorbire un'enorme quantità di tempo dei partecipanti, riempiendo gran parte del mondo nel quale vivono. Secondo, e più importante in questo contesto, tali sottostrutture possono provvedere le basi per scambi economici sociali, del tipo che risulta nel trasferimento non autorizzato di beni e di servizi. Per considerare il ruolo degli scambi sociali nell'Ospedale Centrale dobbiamo analizzare i tipi di solidarietà qui riscontrati.

Nell'Ospedale Centrale, come in molte altre istituzioni totali, c'erano tipi standardizzati di legami. Le relazioni di «amicizia», nelle quali due individui mostravano ciò che era sentito come un rapporto non sessuale e che si identificava, fino ad un certo punto, con l'interesse che l'uno dimostrava per l'altro (139). Le relazioni di tipo flirt, quando due persone, generalmente di sesso opposto, dimostravano uno speciale tipo di interesse reciproco di carattere sessuale (140). Rapporti di amicizia fra gruppi, in cui tre o più persone, o due o più coppie, dimostravano di preferire la loro reciproca compagnia e si scambiavano qualche aiuto reciproco. Rapporti di categoria, in cui due internati, in virtù del fatto che si riconoscevano in quanto internati, dimostravano segni di reciproco rispetto. Infine rapporti di protezione, che si verificavano fra un membro dello staff e un paziente di cui faceva un qualche uso.

Propongo di raggruppare l'amicizia, il corteggiamento e i rapporti fra gruppi, nella categoria generale dei «rapporti personali». Di solito questi rapporti non erano proibiti in ospedale, sebbene le coppie che si corteggiavano, non avendo la possibilità di sposarsi, venissero diffidate dall'«andare troppo a fondo» e le relazioni omosessuali fossero ufficialmente proibite, anche se gruppi di omosessuali che potevano circolare liberamente, potessero dedicarsi tranquillamente alla loro particolare solidarietà all'interno dell'area ospedaliera.

Internati che avevano un certo rapporto personale fra di loro si prestavano denaro, sigarette, vestiti, e libri tascabili; si aiutavano a muoversi da un reparto all'altro; si portavano tranquillamente articoli di contrabbando dall'esterno dell'ospedale; tentavano di far pervenire qualche oggetto di conforto a quelli, del loro gruppo, che avevano fatto qualche «azione di disturbo» e perciò erano stati messi in un reparto chiuso; si consigliavano l'un l'altro, su come ottenere certi privilegi, e si ascoltavano reciprocamente nell'esposizione dei propri casi (141).

Nell'Ospedale Centrale, come negli ospedali psichiatrici in generale, sembrava esservi un tipo particolare di rapporto di amicizia: quello dell'«aiutante». Un paziente, spesso considerato dagli altri seriamente malato, si prendeva l'incarico di aiutare regolarmente un altro paziente che, secondo lo staff, era più malato di lui. L'aiutante vestiva l'amico, gli arrotolava e gli accendeva la sigaretta, se occorreva lo proteggeva nelle risse, lo accompagnava in refettorio, lo aiutava a mangiare (142). Mentre molti dei servizi che l'aiutante prestava erano quelli che il paziente avrebbe avuto il diritto di ricevere, ce n'erano spesso altri che quel particolare paziente non avrebbe ricevuto senza l'aiuto dell'amico. Il punto interessante è che, per un osservatore occasionale, il rapporto appariva ad una sola via: la persona aiutata non dava niente di visibile in cambio (143). Inoltre, poiché entrambi i partecipanti erano spesso

abbastanza regrediti, il tempo che intercorreva fra i servizi specifici, non era impiegato in dimostrazioni socievoli di amicizia, anche se avevano tutte le opportunità per farlo.

Gli scambi sociali nell'ospedale erano caratterizzati dalle scarse possibilità di cui i pazienti godevano di esprimere un reciproco rispetto e di offrire un reciproco aiuto. Questa era una notevole mancanza, dovuta alle ridotte possibilità della vita ospedaliera, mancanza che veniva ufficialmente riconosciuta nel fatto di mettere a disposizione dei pazienti, nel centro sociale ricreativo, materiale per far cartoline di Natale e di auguri da poter inviare agli altri. Quindi, come previsto, alcuni adattamenti secondari praticati nell'ospedale, avevano lo scopo di produrre oggetti che potevano passare ad altri - in breve, dei "rifornimenti rituali" (144). Le stanze da pranzo dei pazienti e i refettori servivano come una fonte di questi rifornimenti rituali, poiché quando veniva distribuita della frutta che poteva essere trasportata - arance, mele o banane - i pazienti la portavano in reparto senza mangiarla, non solo per farsene una scorta personale o per fare qualche scambio economico, ma come qualcosa da dare agli amici. Così giocando a bridge nel centro sociale ricreativo, uno poteva accettare una sigaretta, ricambiando il favore con un'arancia; un onesto scambio economico compiuto nello spirito di chi non si preoccupa minimamente di questa meschina onestà. Analogamente, mettendosi in fila per un secondo piatto, un paziente poteva domandare ai compagni che mangiavano con lui, se volevano che prendesse qualcosa per loro; in cambio, gli altri gli avrebbero offerto sale e pepe o zucchero che si erano portati appresso. Inoltre quando ricevevano dolci e biscotti al centro sociale ricreativo nelle sere di festa, un paziente incartava qualcosa per portarla all'amico, al quale non era stato permesso di lasciare il reparto. Anche il tabacco distribuito dall'ospedale poteva essere usato nello stesso modo. In breve, il sistema dell'ospedale poteva essere lavorato per dei rifornimenti rituali.

Il ruolo rituale delle sigarette era particolarmente interessante. Alcuni pazienti, soprattutto quelli appena entrati, erano ancora in una situazione abbastanza favorevole da poterne offrire, così come si fa nel mondo esterno, benché la cosa creasse qualche complicazione: un paziente che aveva il proprio pacchetto accettava spesso una sigaretta quando venivano offerte in giro.

(Conoscevo un giovane che era orgoglioso di essere capace di «lavorarsi» gli altri per ottenere una sigaretta, spegnendo quella che stava fumando, quando si avvicinava qualcuno facilmente «lavorabile») (145). Concedere un paio di aspirate o di «tirate» era una cortesia che si faceva comunemente ad un amico, come dargli la cicca della propria sigaretta. (Le cicche erano inoltre uno dei più importanti rifornimenti rituali usati dai sorveglianti, per concedere favori ai pazienti).

Nei reparti per vecchi pazienti regrediti, la misura del valore rituale cambiava. Qui era abbastanza improbabile che qualcuno, eccetto forse un sorvegliante, desse ad un paziente una sigaretta intera. Alcuni degenti non riuscivano ad arrotolare le loro sigarette, e dipendevano così dai pazienti più abili nel farlo. L'arrotolamento diventava allora un favore, talvolta richiesto (dato che il paziente si presentava di fronte al proprio aiutante con il necessario per farla), mentre talvolta veniva volontariamente offerto, prima che fosse domandato. La cicca di una sigaretta fatta a mano era ricercata da alcuni pazienti e offerta da altri, essendo questa una moneta cerimoniale di scarso valore nelle altre zone dell'ospedale. Generalmente la sigaretta di pacchetto soppiantava la sigaretta fatta a mano: quest'ultima veniva infatti scartata quando si otteneva la prima. Si riscontrava, al proposito, un tipo di rapporto di elemosina, per cui sorveglianti e pazienti si sceglievano dei destinatari favoriti per le loro concessioni. Un malato mutacico protetto, che volesse fare una fumata, veniva dal suo protettore e si fermava di fronte a lui quando si accendeva o stava già fumando una sigaretta. Il questuante stava lì ad aspettare finché la sigaretta non fosse consumata, tanto da poter essergli regalata. Egli stesso a sua volta poteva essere il protettore di un altro paziente, e gli passava la cicca, dopo aver fumato quel tanto che gli pareva giusto. Colui che la riceveva per terzo, doveva usare una specie di pinza per proteggersi dalle scottature. Una volta gettata sul pavimento, la cicca veniva spesso raccolta da un altro paziente che l'avrebbe ritenuta troppo piccola per fumarla, ma

abbastanza grande per usarne il tabacco. Alcuni reparti per regrediti erano organizzati in modo che una sigaretta passasse di "routine" per tre o quattro mani.

Un'analisi approfondita del ruolo delle sigarette, ci porterebbe tuttavia, fuori del terreno dei legami personali di amicizia e dei gruppi di internati, ad una considerazione sulla condizione del paziente come tale, e soprattutto alla considerazione del fatto che due persone potevano far amicizia fra di loro, semplicemente perché entrambi erano due pazienti. Quasi tutti i pazienti dell'ospedale, eccetto i pochi preadolescenti, facevano riferimento ad un unico sistema di sigarette, che comportava il diritto di chiedere e l'obbligo di garantire l'accensione di una sigaretta da una già accesa (146). Era sorprendente il fatto che i ricoverati dei reparti peggiori, tanto ammalati da essere mutacisti per anni, tanto ostili da rifiutare l'offerta di una sigaretta, e tanto distratti da dimenticare di spegnere quella che tenevano ancora accesa e che incominciava a bruciar loro le mani, osservassero questo sistema. La funzione del quale era naturalmente salvaguardare i pazienti dal dover pregare i sorveglianti per aver fuoco.

Come il sistema dell'ospedale, le mansioni ospedaliere venivano lavorate, non solo in vista di ciò che poteva essere consumato o commerciato individualmente, ma anche in nome di qualcosa che poteva passare per un sentimento di solidarietà. Chi lavorava nella serra poteva regalare fiori alle persone da lui preferite dello staff; quelli che lavoravano in cucina potevano portare del cibo in reparto. agli amici; quello che, in cambio della custodia del campo da tennis, otteneva delle palle buone, poteva darne qualcuna ai compagni preferiti. Nei reparti dove il caffè era servito con il latte già mescolato - privazione questa notevole per coloro ai quali piaceva nero - i pazienti che lavoravano nelle cucine erano in condizioni di fornire ai compagni il caffè di loro gusto. Quelli che aiutavano a dividere le noccioline in sacchetti, da consegnare ad ogni paziente che assisteva alle partite di calcio fuori dell'ospedale, potevano essere assillati dagli amici che richiedevano rifornimenti, il giorno dopo la partita.

Si può ora citare un'altra fonte di rifornimenti rituali: il cibo, le sigarette e il denaro portati ai pazienti dai parenti. Nei pochi settori dove regnava un alto spirito di reparto, ciò che portavano i parenti era spesso subito distribuito ai compagni, così che il reparto veniva inondato rapidamente di biscotti e tavolette di cioccolata.

Ho accennato che fossero le cattive condizioni di vita dei pazienti dell'Ospedale Centrale, con l'implicita perdita di rifornimenti rituali, a portare alla creazione di questi rifornimenti dalle materie prime che si trovavano a portata di mano. Qui si deve precisare un paradosso. E' stato detto dai criminologi che le regole creano la possibilità delle infrazioni e quindi delle corruzioni. Così si può dire che sono le restrizioni a creare un desiderio attivo, ed è il desiderio attivo che può portare a creare i mezzi per soddisfarlo. Questi mezzi possono essere consumati privatamente e commerciat: ma possono anche passare per un'espressione di rispetto verso gli altri. Per esempio, in molti reparti chiusi, almeno uno o due pazienti ricevevano un quotidiano. Dopo averlo letto, il proprietario se lo portava appresso, sottobraccio, o lo nascondeva in reparto; durante la mattina poteva perciò concederlo in prestito agli amici. Il materiale di lettura che mancava nel reparto diventava così il suo rifornimento rituale. Analogamente un paziente che riusciva ad ottenere il permesso di radersi con l'attrezzatura del reparto, in un giorno fuori programma, poteva riuscire a tenerlo tanto a lungo da permettere anche ad un amico di radersi.

Un esempio del carattere generatore di favori delle restrizioni, può essere individuato nelle pratiche di corteggiamento nell'Ospedale Centrale. Quando uno dei due componenti di una coppia veniva chiuso, l'altro poteva effettuare la consegna di messaggi, sigarette, caramelle, con l'aiuto di un compagno di reparto dell'amico segregato che potesse invece muoversi liberamente. Inoltre, entrando di nascosto in un edificio adiacente a quello dell'amico, era talvolta possibile vederlo dalla finestra di un fabbricato alla finestra dell'altro. Sapendo che l'amico rinchiuso avrebbe avuto il permesso di uscire in gruppo, era qualche volta possibile camminargli al fianco, mentre lui, o lei, veniva accompagnato dal reparto ad un altro edificio. Ma quando entrambi perdevano il

privilegio di muoversi liberamente all'interno dell'ospedale, o non lo avevano ancora ottenuto, si assisteva ad una serie di rapporti veramente complicati. Per esempio, una volta ho visto un paziente in un reparto chiuso usare la tecnica, ormai standardizzata, di far cadere un po' di soldi in un sacchetto di carta fuori dalla finestra, ad un amico libero di circolare, che stava lì sotto. Secondo le istruzioni, l'amico portò i soldi al bar interno, comprò patatine fritte e caffè e li portò ad una finestra del pianterreno dove la ragazza, amica dell'autore del piano, li poteva ritirare. Come si può vedere, per i pochi pazienti in questa posizione, l'ospedale forniva una sorta di situazione scherzosa nella quale ci si poteva mettere contro l'autorità, e alcuni dei rapporti che ne nascevano sembravano nascere, in parte, dal divertimento che traeva colui che li metteva in atto, nell'intrigo di sostenerli. Sebbene il passaggio di un favore da una persona ad un'altra possa essere mediato dall'assistenza di una o anche di due altre persone, la serie di mediazioni nell'Ospedale Centrale non sembrava estendersi oltre. Anche se piccoli gruppi di amici potevano agire come sistemi di trasporto, e la maggior parte dei pazienti liberi di circolare potevano parteciparvi, i pazienti come gruppo non formavano (in questo caso) un unico sistema informale poiché eccetto per una tirata di sigaretta, il proprio diritto poteva essere esercitato su pochi particolari compagni, e non su qualunque paziente, in quanto tale. Ho accennato al fatto che le restrizioni creano esse stesse la possibilità di essere eluse, individualmente ma anche in favore dei propri amici. C'è un altro modo in cui le condizioni di vita restrittive provocano, esse stesse, dei rifornimenti per uno scambio sociale ed economico: dove le persone sono tenute all'oscuro di ciò che sarà il loro futuro, e dove sono uniformate circa il modo di «cavarsela» in una situazione dove «cavarsela» significa sopravvivere psicologicamente, l'informazione in sé diventa un bene cruciale, e colui che può dispensarla si trova in una posizione favorevole nel sistema di scambio economico e sociale (147). E' comprensibile quindi come, nelle istituzioni totali, gli amici si aiutino l'un l'altro informandosi reciprocamente di tutto; così com'è altrettanto comprensibile che nell'Ospedale Centrale, come nelle carceri, ci sia il desiderio, da parte dello staff, di tenere i nuovi internati lontani da quelli vecchi, perché i nuovi - attraverso l'amicizia o uno scambio economico - non imparino i trucchi del mestiere.

4.

I legami personali, ora considerati, rappresentavano una importante categoria di rapporti che forniva le basi per uno scambio sociale non ufficiale. Un secondo tipo da considerare, è quello costituito dai "rapporti di protezione". In molti casi, credo, questi rapporti di protezione risultavano più stabili di quelli personali.

Nell'Ospedale Centrale c'erano due tipi fondamentali di suddivisioni ufficiali nei quali il paziente veniva collocato. Uno di questi era il «sistema di reparto», che consisteva in luoghi di residenza, nella sorveglianza imposta, e nei rapporti con altri reparti differenziati, dai quali il paziente proveniva e ai quali poteva essere inviato. L'altro era il «sistema di incarichi», per il quale il paziente, lasciato il reparto per tutto il giorno o parte di esso, passava sotto la sorveglianza del membro dello staff per il quale lavorava, e dal quale riceveva tipi diversi di terapia.

Come è stato già detto, la teoria ospedaliera era che, poiché l'istituto badava a tutti i loro bisogni, non c'era ragione che i pazienti venissero pagati per il lavoro che facevano. In ospedale il desiderio di lavorare per niente era, infatti, definito come un segno di convalescenza, un segno di interesse in attività socialmente costruttive, dato che il lavoro era definito in sé terapeutico. Ma, sia che fosse spinto dal desiderio di agire secondo i modelli della vita civile, o allo scopo di ottenere disciplina e motivazioni al lavoro, il personale al quale i degenti erano affidati, si sentiva obbligato a «mostrare quanto apprezzasse» i «suoi» pazienti. Un esponente dello staff, che non mostrasse questo tipo di riguardo nei confronti dei clienti, poteva trovarsi a dover constatare, alla fine dell'anno, la diminuzione del numero di pazienti occupati nell'attività che sovrintendeva.

Il principale vantaggio offerto a coloro che lavoravano, era il diritto di lasciare il reparto ogni giorno per la durata del lavoro - da mezz'ora a sei ore

- e il diritto ad un tempo libero occasionale, durante le ore lavorative, per andare al bar, o alle feste nel centro sociale ricreativo. La regola tradizionale ospedaliera era che la libertà di circolare all'interno dell'area istituzionale fosse data soltanto a coloro che la pagavano col lavoro. (Al tempo della mia indagine questa regola stava mutando - con molto rammarico da parte di alcuni esponenti dello staff, i quali sentivano che non sarebbero più stati in grado di disciplinare le persone a loro affidate. Pazienti del reparto accettazione incominciavano a godere di una certa libertà senza doversi impegnare in lavori, se non simbolici; e pazienti dei dipartimenti per cronici riuscivano sempre più ad ottenere di circolare liberamente, senza dedicarsi ad alcuna attività istituzionale).

La direzione dell'ospedale forniva una base ufficiale per il sistema di protezione, evidente nella consegna al personale di tabacco e carta da sigarette da distribuirsi una o due volte alla settimana agli internati loro affidati. Inoltre, a Natale, venivano talvolta forniti ai membri dello staff oggetti e piccoli doni, così che i pazienti ad essi assegnati sapevano che, colui per il quale lavoravano, avrebbe organizzato una festa annuale, che consisteva in un rinfresco e regali. In queste occasioni il membro dello staff poteva ordinare ufficialmente gelati, succhi di frutta, e torte, al forno dell'ospedale, senza pagare; ma quasi sempre chi organizzava la cosa si sentiva in obbligo di aggiungere altri acquisti fatti personalmente. I pazienti erano diventati giudici attenti della qualità di questi rinfreschi: è probabile che il più buon gelato e i dolci più grandi che venivano acquistati fuori, ottenessero un alto apprezzamento in rapporto al resto, da parte di questi critici consumatori; e il solito succo di frutta fornito dall'ospedale poteva far perdere qualche punto all'organizzatore che lo serviva.

Oltre a queste concessioni semiufficiali, il protettore ne forniva altre che i pazienti ormai si aspettavano. I lavoratori particolarmente efficienti di un protettore, potevano aspettarsi occasionalmente qualche pacchetto di sigarette, qualche coca cola, vestiti smessi, il resto di un penny rimasto dalle compere fatte al bar interno, e a volte qualche quarto di dollaro (148). Oltre a queste concessioni materiali, i lungo-degenti potevano occasionalmente ottenere dal protettore che intercedesse per loro, aiutandoli ad ottenere un trasferimento in un reparto desiderato, o a passare un giorno in città, o la riduzione di penalità quando erano stati sorpresi a infrangere una regola. Avere il proprio nome nella lista dei partecipanti ai balli locali, al cinema o ai giochi di baseball fuori dell'ospedale, era un altro vantaggio imprevisto. (Il fatto stesso che si sapesse che un membro dello staff faceva totale affidamento su un certo paziente per portare avanti un lavoro, si presume influisse sul modo in cui le altre persone dello staff lo trattavano). Infine, talvolta i pazienti ottenevano una riduzione della distanza sociale che li separava dai loro protettori, una maggior sincerità e uno spirito di uguaglianza che non avrebbero mai ottenuto da altre persone dello staff del medesimo rango.

Il sistema dell'automobile era anche molto significativo. Uno dei simboli di status più sicuri per differenziare lo staff dal paziente libero di circolare all'interno dell'ospedale, era guidare la macchina, cosa severamente proibita ai pazienti. Di conseguenza chiunque fosse stato visto al volante, veniva considerato un non paziente. In parte in reazione a questo, in parte forse a causa di questo, lo staff tendeva a camminare molto poco, usando la macchina anche per il più piccolo tragitto da fare nell'area ospedaliera (149). Ora, una delle concessioni più straordinarie che un membro dello staff potesse fare ad un paziente, era accompagnarlo in macchina da un punto all'altro del giardino; il che non significava soltanto che il paziente avrebbe avuto più tempo da dedicare alla sua successiva attività prevista, ma serviva come prova del fatto che quel paziente godeva la fiducia dello staff ed era un suo intimo. Questa dimostrazione poteva poi essere estesa ad un vasto pubblico dal sedile anteriore di una macchina, dato il limite di velocità molto basso consentito nell'area ospedaliera, e la tendenza dei pazienti liberi di circolarvi, di guardare chi andava, dove e con chi.

Qualche tipo di protezione ottenuta dal paziente era, naturalmente, un prodotto del controllo che doveva venire esercitato su di lui, per facilitare la sua partecipazione al lavoro del protettore. Così, il paziente incaricato di badare alla stanza a pianterreno, officiosamente usata come magazzino per

l'attrezzatura da giardinaggio, non solo aveva la sua sedia e il suo tavolo, ma vi teneva sotto chiave alcune provviste di tabacco, da distribuire al gruppo di pazienti che ufficiosamente lavoravano sotto di lui. Si trovava quindi nella posizione di essere un protettore di diritto. Analogamente il paziente di fiducia che aiutava in cucina durante le feste organizzate al centro sociale ricreativo, ne aveva le chiavi e con le chiavi il compito di tenere i pazienti non autorizzati, fuori della cucina. Era perciò nella posizione di permettere ad un amico di entrare per fargli assaggiare qualcosa. E' qui implicito, naturalmente, un modo particolare di «lavorarsi» il proprio incarico di lavoro (150).

Sebbene ci fossero sempre state concessioni che i pazienti, prevedendole in anticipo, potevano ottenere lavorando con una persona particolare dello staff (151), alcuni riuscivano a «lavorare» queste stesse tecniche abituali. Intorno a Natale, certi pazienti, che conoscevano bene la situazione ospedaliera, partecipavano con improvviso zelo a numerosi incarichi, facendo lavori e seguendo diverse terapie. Quando arrivava il periodo festivo, essi potevano contare così su molti regali e su un intero ciclo di feste - una stagione completa, nel vero senso del termine. (I protettori non erano decisamente contrari a questo uso della loro liberalità, perché una festa natalizia con pochi partecipanti, esprimeva le difficoltà incontrate nel lavoro o nella terapia e, inoltre, come ho già detto, un nome in più aggiunto alla lista delle persone occasionalmente presenti, faceva buona impressione al direttore). Alcuni pazienti cronici, poi, sentendo che avrebbero potuto ottenere la libertà di muoversi nell'area ospedaliera se solo si offrivano volontari per un lavoro continuo, assumevano il lavoro, ottenevano la libertà di muoversi e poi, gradualmente, ne diminuivano la partecipazione, sostenendo che non sarebbero stati immediatamente riportati, o se fossero stati riportati, non sarebbero stati immediatamente riaccompagnati in reparto. Altri si dedicavano, per un certo tempo, ad un'attività; stabilivano buoni rapporti con le persone dello staff incaricate, e poi andavano a «lavorarsi» qualcun altro, tornando periodicamente dal loro primo protettore per chiedere aiuti o qualche soldo: tentavano così di lavorarsi l'uomo, più che l'incarico di lavoro.

Nei reparti per regrediti, dove molti pazienti dimostravano una marcata resistenza all'instaurarsi di rapporti sociali comuni, i sorveglianti avevano uno o due «pazienti lavoratori», che potevano essere usati come una fonte continua di aiuto, per fare andare avanti il reparto. In questo caso, i due sistemi (il sistema di reparto e il sistema degli incarichi di lavoro) convergevano e il paziente si trovava a lavorare per la medesima persona che aveva l'incarico di sorvegliarlo. Data la situazione, il paziente lavoratore poteva contare su una serie di favori, perché le restrizioni stesse della vita del reparto per regrediti, creavano una serie di concessioni potenziali (152). Le stanze singole, o quasi, tendevano ad essere assegnate di diritto ai pazienti che lavoravano; le spese fatte al bar potevano essere compensate con una sigaretta, e in caso fossero state acquistate delle bibite, con le bottiglie vuote, che al bar venivano valutate due centesimi l'una; i sorveglianti potevano concedere ad un paziente il diritto di tenere rasoio e fiammiferi nella sua stanza, e i vestiti durante la notte; quando gli veniva chiesto del fuoco, il sorvegliante poteva agire prontamente e, in segno di particolare fiducia, gettare il suo accendino al paziente, riducendo al minimo il significato mortificante, implicito nel fatto di dover domandare per aver fuoco; il controllo della scorta dei vestiti e il fatto di poter stendere la lista dei partecipanti ad attività ricreative, mettevano i sorveglianti nella possibilità di distribuire favori.

Si deve aggiungere che il rapporto di protezione non era l'unica fonte di favori fra staff e pazienti; esistevano rapporti personali di amicizia che non avevano niente a che fare con l'incarico di lavoro, soprattutto, pare, fra giovani sorveglianti e giovani pazienti, dove la solidarietà di gruppo data dall'età, dal sesso, e dalla classe di provenienza comune, tendeva talvolta a trascurare le distinzioni di tipo gerarchico (153). Molti sorveglianti accettavano di essere chiamati per nome da alcuni pazienti e non da altri e gli addetti alla ginnastica, i giardinieri, i pompieri, le guardie e la polizia si dedicavano con piacere ad una serie di scherzi con molti degenti che godevano di una certa libertà. Cito un esempio dai miei appunti, presi direttamente sul campo:

"Questa sera cinema. La macchina della pattuglia di polizia passa lentamente davanti all'edificio del teatro, mentre i pazienti escono, per assicurare che si sparpaglino ordinatamente. La macchina rallenta e si ferma, il poliziotto guarda la folla di degenti che sta dando occhiate alle pazienti, e chiama un paziente - noto e ben voluto - di quelli che godevano di una certa libertà. Il paziente si volta e saluta il poliziotto come fosse un amico.

Paziente: Salve.

Poliziotto: Ti ho visto ieri sera [al ballo dei pazienti]; se ballavi ancora ti sarebbero partite le palle.

Paziente (con un gesto come per mandarlo via): Va' via".

Dato che il sorvegliante poteva controllare, a sua discrezione, la maggior parte degli articoli di prima necessità di cui i pazienti facevano uso, la solidarietà paziente-sorvegliante (prescindendo dal rapporto di protezione) poteva servire di base per la concessione di favori. Cito al proposito un altro esempio, tratto dalle mie annotazioni:

"Sto mangiando con un amico-paziente in uno dei refettori. Mi dice: «Il cibo è buono qui, ma non mi piace il salmone [in scatola]». Poi si scusa, rovescia il cibo nella pattumiera, va al servizio dieta per cibi a vapore, e ritorna con un piatto di uova. Sorride con un'aria scherzosa e complice e dice: «Gioco a bigliardo con il sorvegliante di questa sezione» (154).

Mentre molti di questi favori (di tipo protettivo e personale) erano in un certo senso illeciti, si dovrebbe notare che alcuni, come per esempio accendere subito la sigaretta e aprire subito una porta, dovevano essere semplicemente una cosa ufficialmente dovuta ai pazienti, che tuttavia raramente veniva fatta. Per esempio, nei reparti dove i pazienti dovevano recarsi per mangiare al refettorio centrale tre volte al giorno, i sorveglianti trovavano più comodo controllare l'ondata di pazienti, allineandoli tutti di fronte alla porta del reparto, quindici minuti prima dell'ora del pranzo, anche se la cosa costringeva gran parte dei degenti a stare ammutoliti per quindici minuti, senza aver niente da fare. I pazienti che lavoravano, o quelli che godevano di qualche particolare legame personale con i sorveglianti, potevano essere esentati da quest'obbligo e se ne andavano a pranzo, dopo che tutti gli altri erano già usciti, o li precedevano evitando l'attesa.

5.

Ho citato tre tipi di adattamenti per mezzo dei quali l'individuo può fare uso di oggetti o di servizi di un altro: la coercizione personale, lo scambio economico e lo scambio sociale. Ognuno di questi adattamenti ha il suo particolare insieme di presupposti impliciti e le sue particolari necessarie condizioni sociali. Ma questo è un quadro della situazione analiticamente semplificato. Ognuno di questi adattamenti agisce, a sua volta, come una forza costrittiva sul modo in cui l'individuo presenta la sua attività agli altri. Tuttavia, nella pratica cui mi riferisco, molti modi per l'uso d'altri erano spesso usati simultaneamente e per abitudine, dato che l'obbligo si limitava a costringere l'apparenza dell'attività, così che uno solo dei tre modelli appare come determinante di ciò che accade.

Per esempio nel contesto del rapporto di protezione era in genere facile distinguere fra i compensi di tipo economico e quelli di tipo sociale; tuttavia si verificavano casi che introducevano notevoli difficoltà. Ho sentito un sorvegliante contrattare con un paziente su quanto lavoro giornaliero fosse da ritenersi equo, in cambio del diritto di radersi ogni giorno; la contrattazione avveniva prima che le parti si fossero accordate, ed è appunto questo il tipo di scambio che, dopo un certo tempo, divenne espressione spontanea di rispetto reciproco. Inoltre, quando un protettore richiedeva un servizio di nuovo tipo o che non era considerato adatto, si potevano contrattare e pattuire prima, particolari concessioni e compensi, innestando un contratto economico impersonale in un rapporto che non era di mercato (155).

La distinzione fra compensi economici e compensi sociali coinvolge ulteriori problemi. Il fatto che il paziente si aspettasse che il suo protettore

ingaggiasse con lui un contratto puramente economico riguardo al lavaggio della macchina, induceva alcune persone dello staff a pagare per il lavaggio di macchine già pulite, fingendo così di instaurare un rapporto economico, allo scopo di mantenere un legame affettivo. I pazienti che si presumeva avessero pagato certi favori sessuali ad alcune degenti erano, in un certo modo, disapprovati, così come le presunte prostitute, poiché si riteneva che l'attività sessuale significasse un legame esclusivo (156) e non un oggetto di vendita (157). Inoltre, sembrava esservi coinvolto un certo grado di instabilità: ciò che era concesso una volta, come segno particolare di rispetto, poteva diventare in breve tempo un diritto, preso per garantito, così che veniva a verificarsi una sorta di processo regressivo - ogni nuovo modo di dimostrare un certo riguardo, veniva trasformato in routine, perdendo quindi la sua efficacia in quanto segno di rispetto, e doveva venire integrato con nuove successive concessioni. Una volta che un favore venisse preso definitivamente per garantito, il fatto che fosse ritirato poteva provocare commenti diretti e aperti. Per esempio quando i pazienti che ballavano nel centro sociale ricreativo mangiavano tutti i biscotti e i dolci preparati per l'occasione, gli aiutanti di cucina si lamentavano apertamente con lo staff per essere stati privati di ciò che era loro dovuto; per tenerli tranquilli, si permetteva loro di trattenersi la propria parte prima ancora che il cibo fosse servito. Si potevano trovare altre implicite combinazioni di coercizione, scambio economico e scambio sociale. In corrispondenza al fatto che il denaro veniva dato in modo rituale non puramente economico, c'era il fenomeno dell'accattonaggio - pratica molto importante nei sistemi di scambio di alcune società. I pazienti non attendevano di ricevere piccoli favori e sigarette, ma erano essi stessi a richiederli. Un degente andava dal suo sorvegliante favorito e, a volte, da un altro paziente a mendicare il prestito di un soldo per una coca cola o anche di un paio di penny per raggranellare quanto gli bastava per un acquisto. Lo stile secondo il quale veniva spesso praticato questo accattonaggio, con l'implicazione che la persona cui si chiedeva fosse «quadrata» e colpevole di una rispettabilità senza speranza, suggeriva che questo fosse un modo di esprimere una certa distanza dalla propria situazione, e di elevare la propria condizione ad una più onorevole. Qualunque fosse il suo significato, l'accattonaggio serviva a persuadere gli altri a dimostrare simpatia, prima che fossero disposti a farlo. C'erano ancora altri modi di usare gli altri diversamente combinati fra loro. Nell'Ospedale Centrale, come in altre istituzioni simili, c'era la questione che se uno dei doveri disinteressati del sorvegliante era di costringere e forzare materialmente i pazienti considerati come un pericolo per sé o per gli altri, veniva loro offerta una conveniente giustificazione alla coercizione personale. Compensi economici e sociali venivano a coprire adattamenti apparentemente estranei ad entrambi. Quando un paziente pagava un piccolo piacere ricevuto da un altro, con una sigaretta o una «boccata», manovrava talvolta la transazione in modo arrogante, dando l'impressione di trarre maggior piacere dal far fare all'altro un atto servile, che dal servizio stesso. I sorveglianti di vecchia formazione paternalistica dei reparti più regrediti, nel dare ad un paziente le caramelle comperate con i suoi soldi, depositati al bar interno, potevano talvolta, per gioco, aspettare di concedergliele finché non avesse dato qualche segno abietto di accattonaggio, o non avesse dichiarato di aver proprio bisogno di ciò che il sorvegliante stava per dargli. Anche la concessione delle cicche, sia da parte dei sorveglianti che dei pazienti, era talvolta usata per umiliare colui che le riceveva. Così, quando un'organizzazione caritativa veniva in visita e dava delle feste per tutta la comunità, nel centro sociale ricreativo, e durante l'intervallo alcune persone andavano in giro per la sala, regalando a ciascun paziente un paio di sigarette, colui che le riceveva si trovava nella posizione di ricevere qualcosa di cui aveva bisogno, da uno sconosciuto che non gli doveva niente. Il grande bisogno di sigarette, faceva sì che quasi tutti i pazienti presenti accettassero queste offerte, ma nel caso di pazienti appena entrati, o che si trovassero in compagnia di visitatori, le occhiate di risentimento, di derisione seminascosta o di imbarazzo facevano pensare che non ci fosse uno schema adatto, almeno del tipo «rispetto di sé» in cui collocare queste attività (158).

Infine è evidente che qualunque mezzo concesso di fare uso delle proprietà o dei servizi altrui, poteva essere ed era usato talvolta con astuzia e raggiri, così chi giocava a carte poteva essere imbrogliato, chi comprava poteva venir defraudato, e l'amico poteva venir sfruttato. (In teoria naturalmente, anche colui che pensa di non contribuire in alcun modo ai fini di un altro, e non lo farebbe se ne avesse coscienza, si può trovare nella condizione di contribuire involontariamente ai disegni altrui).

La questione è che ogni settore della vita sociale, e più specificamente ogni organizzazione sociale, provvede il sistema in cui le apparenze tipiche di quell'organizzazione siano incluse nell'insieme di ordinamenti attraverso i quali risulta possibile l'uso dell'altro, e le combinazioni di questi ordinamenti sono sostenute al di là delle apparenze (159). Sono queste unità strutturali di apparenza e di realtà che dobbiamo studiare (160). Vorrei aggiungere che, data una particolare entità sociale come punto di riferimento - un supporto, un'organizzazione sociale, un gruppo - si può esaminare qualche caso di completo diritto ufficioso che un particolare membro di questa entità sociale può esercitare sugli altri, ciò che in America è a volte chiamato il proprio «clout» e in Russia il proprio «blat».

Voglio esaminare due problemi generali nella vita sotterranea dell'Ospedale Centrale.

Primo, dovrebbe risultare evidente che la descrizione della vita sotterranea di un'istituzione può fornire sistematicamente un quadro prevenuto della vita che vi pullula. Finché coloro che vi partecipano si limitano agli adattamenti primari (sia perché ne risultano soddisfatti o per l'incapacità di costruirsi un mondo diverso) la vita sotterranea può non essere rappresentativa, e anche può non avere importanza. Inoltre gli adattamenti secondari che si riscontrano più facilmente, possono essere elaborati e coloriti; nel qual caso, come succedeva nell'Ospedale Centrale, possono essere messi in pratica soprattutto da un gruppo di leaders informali, strettamente collegati fra di loro. La loro condotta può essere di grande aiuto per lo studioso che vuole imparare come un'istituzione particolare possa essere «lavorata», e come possano esserlo le istituzioni in generale; ma nella ricerca del numero e dello scopo degli adattamenti secondari, lo studioso potrebbe trascurare di vedere come viva la media di coloro che ne fanno parte. Questo lavoro mette necessariamente a fuoco l'attività dei pazienti più abili con libertà di movimento, dando una veduta molto rosea, sia della vita dei pazienti come gruppo nell'Ospedale Centrale, che dell'efficacia delle loro tecniche, per alterare ufficiosamente le loro condizioni di vita.

La seconda questione generale che voglio sollevare ha a che fare con il controllo sociale e con la formazione di legami.

Gli adattamenti sociali che rendono possibile lo scambio economico e sociale funzionano, ovviamente, allo scopo di garantire che l'individuo sia capace di incorporare nel proprio piano d'azione l'azione altrui, aumentando spesso l'efficacia di adattamenti secondari escogitati da sé e nel proprio interesse. Ora, è chiaro che se si devono sostenere questi adattamenti sociali, si dovranno esercitare alcune forme di controllo sociale per tenere le persone «allineate», per costringerle cioè a rispettare i patti e gli obblighi assunti di concedere favori e cerimonie ad altri. Queste forme di controllo sociale costituiranno adattamenti secondari di un tipo molto particolare - un tipo di adattamento che sottende e dà stabilità ad un vasto complesso di altre pratiche non ufficiali; nelle istituzioni totali, questi controlli dovranno essere esercitati sia sugli internati che sullo staff.

Il controllo dello staff da parte degli internati assume forme tradizionali, per esempio provocare «incidenti» alle persone dello staff (161) o il rifiuto in massa di un particolare cibo (162), o un rallentamento nella produzione di lavoro, o il sabotaggio di tubature, dell'impianto elettrico, dei sistemi di comunicazione, i quali sono tutti accessibili all'internato che voglia in qualche modo danneggiarli (163). Altre sanzioni degli internati sullo staff possono prendere la forma di una presa in giro «collettiva» ed individuale, e forme più subdole di insubordinazione rituale, come la tecnica militare di incominciare a salutare un ufficiale seccante ancora a distanza, con troppa meticolosità o troppo lentamente. Ad una minaccia dello staff verso un intero sistema di adattamenti nascosti, può essere data come risposta un'azione estrema come scioperi o rivolta.

C'è un'opinione popolare secondo cui il controllo sociale del gruppo degli internati sui suoi stessi membri, è ben organizzato e forte, come nel caso delle «kangaroo courts». Nelle carceri la lealtà di un internato nei confronti degli adattamenti secondari degli altri internati, è un elemento importante per la tipologia sociale (164). Ma in generale, la realtà dimostra che il controllo sociale esercitato da parte di internati su altri internati, è debole. La mancanza di un'azione sotterranea che tenda a mantenere un certo ordine, sembrava tipica della vita nascosta dell'Ospedale Centrale (165), con l'eccezione parziale della Prison Hall (166).

Quando un paziente di un reparto si comportava male, tutti i pazienti di quel reparto potevano essere sottoposti ad ulteriori privazioni e, naturalmente, quando un paziente che godeva di una certa libertà fuggiva e commetteva un delitto orrendo «fuori», le condizioni di libertà venivano temporaneamente ridotte alla maggior parte dei pazienti; tuttavia nei casi in cui l'azione di una singola persona rendeva più difficile agli altri la possibilità di «accordi» con lo staff, non sembrava esservi, nei suoi confronti, un'evidente rappresaglia (167). Inoltre, la «sicurezza» della vita sotterranea sembrava debole. Un internato che decideva di fuggire, poteva parlarne, senza correre alcun rischio, ad uno o due amici; ma un gruppo di cinque o sei sembrava già essere meno fidato come confidente di un'informazione segreta. Questo era in parte dovuto al fatto che gli psichiatri dello staff ritenevano che i pazienti dovessero dire tutto nell'interesse della terapia e, per una strana estensione di questo principio, molti pazienti sentivano di poter migliorare la loro condizione psichiatrica, tradendo gli amici. Così non era una sorpresa sentire una sorvegliante dire, con aria rassegnata e un tono di benevolenza nella voce:

"Sai, sono come bambini. Appena qualcuno fa qualcosa che non va, gli altri vengono a dirtelo".

Né uno dei pazienti che aveva più successo per le sue imprese dire:

"Durante il campionato di baseball chiunque può capire se c'è qualcosa di nascosto, qui, di fronte al bar. Io non gioco mai qui in giro, perché ci sono troppe spie della polizia, sia bianche che di colore, e non si sa proprio. Se voglio passare un numero, telefono e al pomeriggio qualcuno sarà lì per prenderlo".

La mancanza di un controllo sociale informale e la mancanza ora descritta di una generale collaborazione fra i pazienti, potrebbero essere ritenute come l'evidenza della debolezza dell'organizzazione sociale informale dei pazienti. La psichiatria può spiegare la cosa sostenendo che i pazienti mentali sono, per definizione, incapaci di mantenere un ordine e una solidarietà, il che tuttavia non spiega l'esistenza di anomalie analoghe nelle carceri e nei campi di concentramento. Ad ogni modo, è interessante cercare qualche altra spiegazione possibile. Una è che i pazienti dell'Ospedale Centrale mostravano uno scarso livello di solidarietà reattiva; invece di tenersi uniti per affermare la loro condizione di malati di fronte al mondo tradizionale, cercavano di costituirsi in gruppi o in coppie, per definirsi normali e per definire gli altri come pazzi. Insomma pochi pazienti erano o diventavano orgogliosi di essere dei malati (168). La solidarietà reattiva era molto indebolita dal fatto che era difficile definire tutto lo staff come oppressivo e crudele, anche se in realtà le condizioni di vita del reparto lo erano.

6.

Descrivendo la serie di adattamenti secondari usati dai pazienti nell'Ospedale Centrale, ho tentato di sviluppare dei concetti secondo i quali possono anche essere descritti gli adattamenti secondari di altre organizzazioni. L'unità di descrizione era determinata da un interesse per l'analisi comparativa e non tanto emotiva. Ne è risultato che l'insieme di attività dei pazienti nell'Ospedale Centrale è stato smembrato in tante piccole parti, per poterle classificare. Può quindi risultarne l'impressione che in tutta la giornata i pazienti fossero occupati in giochi da bambini e in atti sconsiderati, allo scopo di migliorare la loro posizione, e che non c'è alcunché di incompatibile

fra questa patetica esposizione e ciò che tradizionalmente si pensa siano i pazienti mentali in quanto «ammalati». Voglio quindi precisare che, in realtà, quasi tutti gli adattamenti secondari da me riferiti, erano agiti dal paziente con una determinazione intelligente e aderente alla realtà, sufficiente, una volta conosciute il contesto, a far sentire a proprio agio un estraneo, in una comunità molto simile a quelle da lui conosciute. C'è un vecchio detto secondo il quale non si può tracciare una linea ben definita fra persone normali e malati mentali, vi sarebbe piuttosto un continuum fra un cittadino ben adattato, da un lato, e uno psicotico conclamato dall'altro. Ciò che posso dire, dopo un periodo di acclimatazione in un ospedale psichiatrico, è che la nozione di questo continuum mi sembra molto presuntuosa. Una comunità è una comunità. Così come essa può apparire bizzarra a quelli che ne stanno al di fuori, altrettanto risulta naturale, anche se sgradevole, a coloro che ne vivono all'interno. Il sistema di «manipolamento» di cui i pazienti fanno uso reciproco non porta a nulla, tuttavia offre un esempio di associazione umana, da evitare senza dubbio, ma che deve anche essere considerata, in sede di studio, alla stessa stregua di tutti gli altri esempi di associazione raccolti.

PARTE TERZA: CONCLUSIONI.

1.

Ogni istituzione sociale esige ufficialmente dai suoi partecipanti ciò che le spetta. Anche quando non c'è un compito specifico, come nel caso dei guardiani notturni, l'organizzazione richiederà una presenza attiva, una conoscenza della situazione e una certa prontezza verso eventi imprevedibili; nella misura in cui i suoi partecipanti non dormono sul lavoro, l'organizzazione esige che essi siano sensibili a certe questioni; quando invece il dormire è incluso nel far parte della istituzione, come in una casa o in un albergo, ci saranno allora limiti su dove e quando si deve dormire, con chi e quale comportamento si debba avere a letto (169). Al di là di queste imposizioni grandi o piccole che l'organizzazione fa sull'individuo, coloro che la dirigono avranno un concetto implicitamente totalizzante di ciò che deve essere il suo carattere, perché queste pretese organizzative gli risultino consone.

Ogni qualvolta prendiamo in esame un'organizzazione sociale, troviamo esattamente il contrario: coloro che ne fanno parte rifiutano in qualche modo di accettare il giudizio ufficiale di ciò che dovrebbero dare e prendere dall'organizzazione e, oltre a ciò, il tipo di sé e di mondo che dovrebbero accettare come proprio. Dove si esigerà entusiasmo ci sarà apatia, dove lealtà, slealtà, dove presenza assenza, dove sarà necessario un certo grado di salute ci sarà qualche tipo di malattia, dove saranno richieste azioni, ci saranno forme diverse di inattività. Troviamo una serie di piccole semplici storie, ognuna delle quali è un movimento di libertà. Su qualsiasi mondo si fondino, si sviluppano sempre delle forme di vita sotterranea.

2.

Lo studio della vita sotterranea nelle istituzioni totali di tipo restrittivo ha un interesse particolare. Dove l'esistenza è scarnificata fino all'osso, possiamo vedere ciò che le persone fanno per sopravvivere. Nascondigli, mezzi di trasporto, luoghi liberi, territori, rifornimenti per scambi economico-sociali, queste sono evidentemente alcune delle minime esigenze per costruirsi una vita. Di solito, questi adattamenti sono presi per garantiti, come parte del proprio adattamento primario, ma vedendole trapelare da una forma di vita pubblica, attraverso baratti, intelligenza, forza e astuzia, possiamo scoprirne un nuovo significato. Lo studio delle istituzioni totali ci dice anche che nelle organizzazioni formali ci sono zone vulnerabili standardizzate, come le stanze per le provviste, le infermerie, cucine o reparti per lavoro altamente tecnico. Questi sono angoli fertili, dove gli adattamenti secondari si sviluppano e incominciano ad infestare l'istituzione.

L'ospedale psichiatrico rappresenta uno strano esempio di quelle organizzazioni nelle quali è probabile che la vita sotterranea proliferi. I pazienti mentali sono persone che hanno causato nel mondo esterno, un tipo di guai che portano

qualcuno, ad essi vicino - fisicamente se non socialmente - ad intraprendere un'azione psichiatrica contro di loro. Spesso il guaio risulta legato al fatto che il «predegente» si era già lasciato andare a qualche scorrettezza in particolari circostanze: un comportamento anomalo rispetto al sistema. t questo tipo di «cattiva condotta» che comporta un disprezzo morale delle comunità, delle istituzioni e dei rapporti che avrebbero diritto ad un legame affettivo. Lo stigma di malato mentale e il ricovero coatto sono i mezzi con i quali rispondiamo a queste offese contro la correttezza. Il persistere dell'individuo nel manifestare i propri sintomi, dopo essere entrato nell'ospedale, e la sua tendenza a sviluppare altri sintomi attraverso le sue risposte reattive all'ospedale, non possono più servirgli come espressioni di disaffezione. Dal punto di vista del paziente, rifiutare di scambiare una parola con lo staff o con i compagni, può essere l'evidenza del suo rifiuto del giudizio istituzionale su ciò che è e su chi è, tuttavia la direzione può vedere in questa espressione alienata, il tipo di sintomatologia per la quale è stata costruita l'istituzione, e la migliore evidenza del fatto che il paziente è proprio di pertinenza dell'istituzione in cui si trova. In breve, il ricovero psichiatrico riesce ad avere la meglio sul paziente, derubandolo delle comuni espressioni per mezzo delle quali le persone si sottraggono al potere delle organizzazioni - insolenza, silenzio, osservazioni sottovoce, mancata collaborazione, distruzione intenzionale dell'arredamento interno, e così via - questi segni di rifiuto del fatto di essere affiliati all'istituzione, sono ora segni dell'affiliazione di colui che li mette in atto. In queste condizioni, tutti gli adattamenti sono primari.

Si tratta qui di un circolo vizioso. Le persone che vengono assegnate ai reparti «peggiori», si trovano a poter disporre di una scarsa attrezzatura, a tutti i livelli: i vestiti possono venir ritirati alla sera, il materiale ricreativo può venir rifiutato, il mobilio è costituito solo di pesanti sedie di legno e panche. Gli atti di ostilità contro l'istituzione devono quindi fondarsi su strumenti limitati, inadatti, come sbattere una sedia sul pavimento, o spaccare un foglio di giornale in modo da provocare un suono improvviso e irritante. Più questi strumenti sono inadeguati a rappresentare un rifiuto dell'ospedale, più l'atto appare come un sintomo psicotico, e più è probabile che la direzione si senta giustificata ad assegnare il paziente ad un reparto «peggiore». Quando un paziente si trova in isolamento, nudo e senza mezzi accessibili di espressione, potrebbe trovarsi a doversi esprimere solo facendo a pezzi il materasso, se gli riesce, o scrivendo con le feci sul muro azioni queste che la direzione ritiene caratteristiche del tipo di malato cui si assicura l'isolamento.

Possiamo vedere questo stesso processo circolare in atto nei piccoli beni illeciti (tipo talismano) che gli internati usano come mezzo simbolico per astrarsi dalla condizione nella quale si suppone siano. Ne è un esempio, credo tipico, lo stralcio che qui cito dalla letteratura delle prigioni:

"I vestiti delle carceri sono anonimi. Le proprietà personali sono limitate ad uno spazzolino da denti, un pettine, il sopra o il sotto della cuccetta, mezzo posto su un tavolino, un rasoio. Come in galera, il bisogno di collezionare proprietà è portato ad un vero eccesso. Sassi, corde, coltelli - ogni cosa fatta dall'uomo e proibita nell'istituzione dell'uomo - qualsiasi cosa - un pettine rosso, un diverso tipo di spazzolino da denti, una cintura - questi sono oggetti assiduamente raccolti, gelosamente nascosti e trionfalmente mostrati" (170).

Ma quando un paziente, i cui vestiti sono portati via ogni sera si riempie le tasche con pezzi di corda, carta arrotolata, e lotta, malgrado la noia che ne deriva per coloro che devono regolarmente frugargli le tasche, per tenere per sé queste sue proprietà, viene usualmente visto come impegnato in un comportamento sintomatico, tipico di un paziente molto ammalato, non come colui che sta solo tentando di allontanarsi dalla condizione che gli è stata accordata.

La psichiatria ufficiale tende a definire questi atti come atti psicotici - dato che questo punto di vista è rafforzato da processi circolari che portano il paziente ad esprimere l'alienazione in una forma sempre più bizzarra - ma l'ospedale non può essere diretto in base a questa teoria. L'ospedale non può evitare di richiedere ai suoi membri esattamente ciò su cui le altre organizzazioni devono insistere; la psichiatria è abbastanza elastica per farlo,

ma le istituzioni non lo sono. Dati i modelli della società esterna all'istituzione, vi deve essere all'interno almeno il minimo necessario per quanto riguarda il cibo, la pulizia, il vestiario, la condizione dei pazienti, e la loro protezione da danni fisici. Date queste possibilità quotidiane, ci devono essere incentivi ed esortazioni perché i degenti le seguano. Devono essere fatte richieste, e si deve mostrare delusione quando il paziente non fa ciò che ci si aspetta da lui. L'interesse nel seguire un «movimento» o un «miglioramento» psichiatrico dopo una stasi iniziale nel reparto, porta lo staff ad incoraggiare una condotta «corretta» e ad esprimere un certo disappunto quando un paziente slitta nella «psicosi». Il paziente è quindi riconfermato come qualcuno da cui gli altri dipendono, qualcuno che dovrebbe sapere di dover agire correttamente. Alcune sconvenienze, come il mutacismo e l'apatia che non ostruiscono, semmai facilitano la vita di routine del reparto, possono continuare ad essere considerate naturalisticamente come sintomi; ma l'ospedale nel suo insieme opera semiufficialmente sul presupposto che il paziente dovrebbe essere docile, rispettoso della psichiatria, e che colui che lo sarà, sarà premiato con un miglioramento delle condizioni di vita, così come il trasgressore sarà punito con una riduzione delle facilitazioni. Su questa reintegrazione semiufficiale delle pratiche organizzative usuali, il paziente trova che molti mezzi tradizionali per astrarsi da un luogo, senza allontanarsene, hanno conservato la loro validità; in questo senso gli adattamenti secondari sono possibili.

3.

Dei molti tipi di adattamenti secondari, alcuni sono di particolare interesse, poiché mettono in chiaro il tema generale del coinvolgimento e delle alienazioni caratteristiche di queste pratiche.

Uno di questi particolari tipi di adattamento secondario è l'«attività di rimozione» o i «kicks», attività che forniscono all'individuo qualcosa in cui perdersi, cancellando temporaneamente ogni percezione di ciò che gli sta attorno e dove deve vivere. Nelle istituzioni totali, un caso esemplare molto utile, è quello di Robert Stroud «l'uomo uccello» il quale, guardando dalla finestra della sua cella gli uccelli, attraverso uno spettacolare insieme di strumenti ottenuti con sotterfugi e fatti da sé, si fabbricò un laboratorio, e divenne un importantissimo ornitologo che ha contribuito alla letteratura medica; il tutto dall'interno di una prigione (171). I corsi di lingua nei campi per prigionieri di guerra e i corsi d'arte nelle carceri, possono fornire un esempio analogo (172).

L'Ospedale Centrale provvedeva alcuni «mezzi di fuga» per gli internati (173). Uno, per esempio, era lo sport. Alcuni giocatori di baseball ed alcuni giocatori di tennis sembravano venir presi nel loro sport e nel risultato quotidiano delle loro fatiche a tal punto che, almeno per l'estate, esso risultava il loro principale interesse. Nel caso del baseball, la cosa era anche accentuata dal fatto che nell'ospedale i pazienti con libertà di circolare potevano seguire le partite nazionali, così come chiunque nel mondo esterno. Per alcuni giovani degenti, che non mancavano mai di andare, quando potevano, al ballo tenuto nel loro dipartimento o nel centro sociale, era possibile continuare a vivere, con la speranza di incontrare qualche persona «interessante», o di rincontrare la persona interessante che avevano già incontrato - così come gli studenti universitari riescono a sopravvivere ai loro studi attraverso la ricerca di nuovi «appuntamenti» cui dedicarsi nelle attività extrascolastiche.

Nell'Ospedale Centrale, la «moratoria matrimoniale», che effettivamente liberava un paziente dai suoi obblighi matrimoniali con un non paziente, aumentava quest'attività di rimozione. Per un gruppo di pazienti, la produzione teatrale semiannuale era un'attività di rimozione estremamente efficace: prove, prove generali, i costumi, lo scenario, allestire il palcoscenico, scrivere e riscrivere, recitare - tutto questo aveva un effetto positivo come lo ha, all'esterno, la costruzione di un mondo particolare per chi vi partecipa. Un altro «kick» importante per alcuni pazienti - e una pesante preoccupazione per i cappellani dell'ospedale - era l'entusiastica adesione alle attività religiose. Un altro ancora, per alcuni, il gioco d'azzardo (174).

Altri mezzi tascabili per astrarsi erano molto diffusi nell'Ospedale Centrale: libri polizieschi di assassini (175), carte, giochetti di incastro, che ciascuno

portava con sé. Con questi mezzi, non solo ci si poteva astrarre dal reparto e dal giardino, ma se si doveva aspettare un'ora o giù di lì un infermiere, o il momento del pranzo o l'apertura del centro sociale ricreativo, l'implicazione del "sé" presente in questa subordinazione poteva essere evitata, estraendo immediatamente l'attrezzatura per la costruzione di un proprio mondo personale. Gli strumenti individuali per crearsi un mondo erano sorprendenti. Un depresso, alcolista suicida, buon giocatore di bridge, disdegnava di giocare con quasi tutti gli altri pazienti, portandosi in giro il suo mazzo di carte tascabili, e annotando ogni tanto un nuovo sistema di mani per il gioco. Con un rifornimento delle sue caramelle di gomma preferite e la radio tascabile, poteva astrarsi dal mondo dell'ospedale a volontà, abbandonandosi al piacere.

Considerando le attività di rimozione, possiamo di nuovo sollevare la questione del super attaccamento all'istituzione. Nella lavanderia dell'ospedale, per esempio, c'era un paziente lavoratore che lavorava lì da molti anni. Gli era stato dato l'incarico ufficioso di capo-squadra e, a differenza di altri pazienti lavoratori, si gettava nel lavoro con una capacità, una devozione e una serietà evidenti a tutti. Il sorvegliante incaricato della lavanderia diceva di lui:

"Quello lì è il mio aiutante speciale. Lavora più lui di tutto il resto messo insieme. Sarei perduto senza di lui".

In cambio di questa fatica, il sorvegliante gli portava quasi ogni giorno qualcosa da mangiare da casa. E tuttavia c'era un che di grottesco in questo adattamento, poiché era evidente che quel profondo viaggio nel mondo del lavoro, aveva un leggero carattere di finzione; in fondo era sempre un paziente, non un capo-squadra, e questo gli veniva chiaramente ricordato, fuori del posto di lavoro.

Ovviamente, come indicano alcuni di questi esempi, le attività di rimozione non sono necessariamente illegittime. E' la funzione che esse incominciano ad offrire all'internato che ci porta a considerarle insieme a tutti gli altri adattamenti secondari. Un esempio eccezionale è, forse, la psicoterapia individuale negli ospedali mentali di stato; questo privilegio è così raro in queste istituzioni (176), e il contatto che ne risulta con lo psichiatra così unico, secondo la struttura ospedaliera dello status sociale, che un internato può, fino ad un certo grado, dimenticare dove si trova mentre segue la psicoterapia. Ricevendo veramente ciò che l'istituzione dichiara di dare, il paziente può riuscire ad astrarsi da ciò che l'istituzione realmente gli offre. C'è qui un'implicazione generale. Forse ogni attività cui una organizzazione stimola o consente ai propri membri di partecipare, è un pericolo potenziale per l'organizzazione stessa, perché pare non esista una attività in cui l'individuo non possa essere assorbito più del previsto.

Un'altra caratteristica è chiaramente evidente in alcune pratiche nascoste e forse si tratta di un fattore presente in tutte. Mi riferisco a ciò che i freudiani chiamano, talvolta, la «sovradeterminazione» (overdetermination). Alcune attività illecite sono perseguite con una dose di disprezzo, malizia, gioia, trionfo e anche a proprio rischio; il che non può essere giustificato dal piacere implicito nel solo consumo del prodotto. E' vero che, nelle istituzioni coercitive chiuse, è importante che soddisfazioni evidentemente piccole, possano essere definite come grandi. Ma anche tenendo conto di questa diversa valutazione, resta ancora qualcosa da spiegare.

Un aspetto della sovradeterminazione di alcuni adattamenti secondari è il significato che l'azione viene ad assumere quando viene usata "solamente" perché è proibita (177). Nell'Ospedale Centrale, gli internati che erano riusciti ad escogitare qualche elaborata evasione alle regole, spesso sembrava cercassero un compagno, anche se non pienamente fidato, davanti al quale poter dare prova dell'evasione fatta. Un paziente di ritorno da una scorreria fino alle ore piccole nella vita notturna cittadina, il giorno dopo avrà un mucchio di storie da raccontare; un altro chiamerà da parte gli amici, per mostrare loro dove ha nascosto la bottiglia vuota di alcool bevuta la sera prima, o mostrerà gli anticoncezionali che tiene in portafoglio. Non era inoltre raro, veder mettere alla prova la sicurezza dei propri nascondigli. Conoscevo un alcolista, pieno di risorse, che comperava di contrabbando una pinta di vodka, la metteva in un

bicchiere di carta, si sedeva sul posto più esposto che potesse trovare nel prato, ubriacandosi lentamente; in quei momenti si divertiva ad offrire da bere alle persone che quasi appartenevano allo staff. Analogamente, conoscevo un sorvegliante che parcheggiava la sua macchina proprio di fronte al bar interno - il centro sociale dell'universo degli internati - dove, con un paziente suo amico, discuteva i requisiti più intimi delle donne che passavano, mentre si riposavano con un bicchiere di carta pieno di bourbon mascherato dalla tazza, di solito usata per altre bibite; proprio sotto agli occhi di tutti, brindando, pareva, alla distanza che li separava dalla scena attorno a loro.

Un altro aspetto della sovradeterminazione di alcuni adattamenti secondari è che il loro vero scopo sembra essere una fonte di soddisfazione. Come ho già detto per quanto riguarda i rapporti di corteggiamento, l'istituzione può essere definita come il proprio antagonista in un gioco serio, il cui oggetto sia segnare qualche punto contro l'ospedale. Ho sentito gruppi di pazienti discutere con piacere la possibilità di «ottenere un punto di vantaggio», quella sera, facendosi offrire un caffè (178), usando al proposito un termine generale per un'attività piuttosto minima (179). La tendenza dei detenuti a contrabbandare cibo ed altri generi di conforto nella cella di chi è stato messo in isolamento, può essere vista, non solo come un atto caritatevole, ma come un modo di dividere, associandovisi, lo spirito di colui che si è opposto all'autorità (180); analogamente gli elaborati piani di fuga, studiati da degenti, detenuti o prigionieri di guerra, possono essere visti non soltanto come un modo di riuscire a fuggire, ma come, un modo di pensare di stare per farlo.

Ritengo dunque che gli adattamenti secondari siano sovradeterminati e che alcuni di essi lo siano in modo particolare. Queste pratiche servono a coloro che le attuano, in modo diverso dall'uso che risulta più evidente: qualsiasi cosa ottengano, esse sembrano dimostrare a chi le mette in atto, se non ad altri, di possedere un'individualità e una autonomia personale, al di là della morsa in cui l'organizzazione lo stringe (181).

4.

Se la funzione degli adattamenti secondari è quella di innalzare una barriera fra l'individuo e l'unità sociale di cui si presume faccia parte, dovremmo supporre che alcuni adattamenti secondari non offrano un guadagno intrinseco, e funzionino semplicemente per esprimere una distanza non autorizzata - «il rifiuto di coloro che ti rifiutano» - (182) che serve alla propria tutela personale. La cosa sembra verificarsi nel caso di forme molto comuni di insubordinazione rituale, come per esempio il brontolamento e le lamentele che in realtà non ci si aspetta portino a dei mutamenti. Attraverso l'insolenza diretta che non incontra un'immediata correzione, o osservazioni quasi non udite dall'autorità, o gesti fatti alle spalle, coloro che sono subordinati esprimono un distacco dal luogo loro ufficialmente accordato. Un ex internato del penitenziario di Lewisburg ce ne dà un esempio:

"In superficie, la vita qui pare trascorrere molto placida, ma basta andare un po' al di sotto, per trovare i vortici e i gorgi della rabbia e della frustrazione. Il brontolio dello scontento e della ribellione è costante, la presa in giro sottovoce si verifica in qualunque occasione si passi vicino ad un ufficiale o ad una guardia, lo sguardo chiaramente calcolato per esprimere quel tanto di disprezzo che non richiede rappresaglie..." (183).

Brendan Behan ci presenta un esempio di un carcere britannico:

"Il guardiano gli urlò dietro.
«Bene, signore, - rispose. - Sto venendo, signore», e aggiunse in tono più basso «merdoso!»" (184).

Alcuni di questi modi di prender posizione apertamente ma con un margine di sicurezza al di fuori di quella autorizzata, sono magnifici, specialmente quando vengono sostenuti collettivamente. Ancora una volta le carceri ce ne danno esempi pronti:

"Come esprimere disprezzo per l'autorità? Il modo di «obbedire» agli ordini può essere una possibilità. I negri sono particolarmente adatti alla parodia, qualche volta rompevano la fila del passo dell'oca. Si sedevano a tavola dieci per volta, togliendosi, tutti insieme, il berretto, con un'estrema precisione" (185).

"Quando il «pilota del cielo» saliva sul pulpito per farci la predica settimanale, ogni domenica, faceva qualche debole scherzo, al quale ridevamo sempre più forte e più a lungo possibile, sebbene sapesse che lo stavamo prendendo in giro. Faceva qualche osservazione appena spiritosa e, ogni volta, la chiesa si riempiva di una risata rauca [sic], anche se solo metà del pubblico aveva ascoltato ciò che aveva detto" (186).

Alcuni atti di insubordinazione rituale, si fondano sull'ironia e sono riscontrabili nella società esterna nelle galanterie da patibolo e, nelle istituzioni, nella costruzione di mascottes pesantemente significative. Un'ironia standardizzata, nelle istituzioni totali, è quella di inventare soprannomi per aspetti particolarmente paurosi o spiacevoli dell'ambiente. Nei campi di concentramento le rape venivano chiamate talvolta «ananas tedeschi» (187), un'esercitazione faticosa «geografia» (188). Nei reparti psichiatrici dell'ospedale del Monte Sinai, i casi che avevano bisogno di operazioni chirurgiche chiamavano l'ospedale «Monte Cianuro» (189) (Mount Cyanide) e i medici dello staff

"erano chiamati impropriamente e ci si riferiva loro con termini come «avvocato», «colletto bianco», «capo-banda» «presidente» «barista» «supervisore dell'assicurazione» e «direttore di banca». Uno di noi (E.A.W.) era chiamato con queste variazioni come «Weinberg» «Weingarten» «Weiner» e «Wiseman»,..." (190).

Nelle carceri, il luogo dove si infliggevano le punizioni poteva essere chiamato «il giardino da tè» (191). Nell'Ospedale Centrale uno dei reparti dove erano ricoverati malati incontinenti veniva sentito qualche volta come il reparto punizione per i sorveglianti, che lo chiamavano «il giardino delle rose». Un'ex paziente mentale ce ne dà un esempio:

"Ritornate nel soggiorno, Virginia decise che il cambio dei vestiti avrebbe costituito la Terapia dei Vestiti. T.V. Oggi era il mio turno per T.V. Il che sarebbe stato anche abbastanza divertente se avessi bevuto prima qualcosa di forte. Un ipnotico insomma. Il cocktail al ginepro. «Un Martini, per favore, - dicevano le più sofisticate. - Ma, dov'è l'oliva, infermiera ...»" (192).

Naturalmente, si dovrebbe capire che il mondo minacciante al quale viene risposto con l'ironia, non ha bisogno di essere imposto da un'autorità umana estranea, ma può imporsi da sé, o per natura, come nel caso di una persona gravemente ammalata che scherza sulla propria condizione (193). Tuttavia, oltre all'ironia, c'era un tipo di insubordinazione rituale più sottile e interessante. C'è un atteggiamento particolare che può essere preso contro l'autorità altrui: esso comprende durezza, dignità e freddezza, combinate in modo da esprimersi in una forma di insolenza, non tanto sfacciata da richiedere punizioni immediate, ma tale tuttavia da rivelare che la persona è interamente presente a se stessa. Dato che questo tipo di comunicazione si attua attraverso l'espressione del corpo e della faccia, esso può essere costantemente usato, ovunque l'internato si trovi. Esempi del caso possono riscontrarsi nelle comunità carcerarie:

"La «correttezza» implica coraggio, sprezzo del pericolo, lealtà verso i compagni, saper evitare lo sfruttamento, netto rifiuto a riconoscere la superiorità del sistema di valori ufficiale, e il ripudio dell'idea che l'internato sia un uomo di un livello inferiore. Consiste principalmente nella riaffermazione dell'integrità essenziale, della dignità e di ciò che ha valore in una situazione profondamente degradante, e l'esibizione di queste qualità personali, senza riguardo alla dimostrazione di forza data dal sistema ufficiale" (194).

Analogamente, nell'Ospedale Centrale, nei reparti punitivi di alta sorveglianza, dove gli internati avevano poco da perdere, c'erano esempi di pazienti che non oltrepassavano i limiti facendo guai, ma che, con il loro modo di fare, dimostravano un indifferente e mite disprezzo per tutti i membri dello staff, unito ad una completa padronanza di sé.

5.

Sarebbe facile giustificare lo sviluppo degli adattamenti secondari, sostenendo che l'individuo possiede una serie di bisogni, innati o coltivati, e che quando viene collocato in un ambiente che li nega, risponde semplicemente sviluppando mezzi artificiali per soddisfarli. Credo che questa spiegazione non faccia giustizia all'importanza per la struttura del "sé" di questi adattamenti nascosti.

Le tecniche per preservare le riserve del "sé" dalla morsa dell'istituzione, sono evidenti negli ospedali psichiatrici e nelle carceri, ma possono essere individuate in istituzioni più benigne e meno totalizzanti. Voglio dire che queste resistenze non sono un casuale meccanismo di difesa, quanto piuttosto un elemento costitutivo, essenziale del "sé".

I sociologi hanno sempre avuto un grande interesse nell'indicare i modi in cui l'individuo è costituito dal gruppo, da identificazioni nel gruppo e come si isterilisce se non ne ottiene un sostegno emotivo. Ma quando osserviamo ciò che accade in un ruolo sociale - o in un qualsiasi altro tipo di organizzazione sociale - la totalizzazione dell'unità non è tutto ciò che si vede. Troviamo sempre che l'individuo usa mezzi per mantenere una certa distanza, uno spazio da aprirsi a gomitate, fra sé e ciò in cui gli altri tendono ad identificarlo. Senza dubbio un ospedale psichiatrico di stato è un terreno molto fertile per la crescita di questi adattamenti secondari, ma in realtà, come succede con le erbacce, esse nascono in ogni tipo di organizzazione sociale. Se si trova, quindi, che in tutte le situazioni studiate finora, colui che ne fa parte ha eretto delle difese contro ciò che lo lega socialmente, perché dovremmo basare la nostra concezione del "sé" su come un individuo agirebbe, se le condizioni fossero «ideali»?

Il più semplice giudizio sociologico dell'individuo e del suo sé, è che egli sia per sé ciò che la sua condizione nell'organizzazione definisce che egli sia. Quando ne è costretto, il sociologo modifica questo modello, ammettendo alcune complicazioni: il "sé" potrebbe non essere ancora formato e potrebbe mostrare la presenza di conflitti. Forse dovremmo complicare ancora lo schema, elevando questi requisiti ad un livello centrale, definendo inizialmente l'individuo, secondo fini sociologici, come un'entità che occupa spazio, un qualcosa che sta più o meno fra l'identificazione con un'organizzazione e il suo opposto, pronto alla più leggera pressione a riprendere il suo equilibrio, orientando la sua partecipazione in entrambe le direzioni. E' quindi lottando "contro qualcosa" che il "sé" può emergere. Questo è stato giustamente valutato dagli studiosi del totalitarismo:

"In breve, Ketman intende che la realizzazione del <sé> si attui <contro> qualcosa. Colui che segue Ketman soffre per gli ostacoli che incontra; ma se questi ostacoli fossero improvvisamente rimossi, si troverebbe in un vuoto che forse gli risulterebbe molto più doloroso. Una rivolta interna è a volte essenziale per la salute spirituale, e può creare una forma particolare di felicità. Ciò che può essere detto apertamente è spesso molto meno interessante della magia emotiva, implicita nel difendere il proprio santuario privato" (195).

Ho riscontrato lo stesso fenomeno nelle istituzioni totali. Ma questo non potrebbe tuttavia essere il caso anche della società libera? Senza qualcosa cui appartenere, non esiste sicurezza per il "sé" e, tuttavia, un inglobamento totale e un coinvolgimento con una qualsiasi unità sociale, implica un tipo di riduzione di sé. Il senso della nostra identità personale può risultare dall'uscire da una più vasta unità sociale; esso può risiedere dunque nelle piccole tecniche con le quali resistiamo alla pressione. Il nostro status

è reso più resistente dai solidi edifici del mondo, ma il nostro senso di identità personale, spesso risiede nelle loro incrinature.

IL MODELLO MEDICO E IL RICOVERO PSICHIATRICO.

Note sul lavoro di «riparazione».

Sono grato a Fred Divis e Sheldon Messinger per le critiche e i suggerimenti qui usati, senza alcuno specifico riferimento. Così come sono debitore - senza averlo citato esplicitamente - al lavoro fondamentale sull'argomento di ALFRED H. STANTON e MORRIS S. SCHWARTZ, "Medical Opinion and the Social Context in the Mental Hospital", in «Psychiatry», XII, 1949, p.p. 243-49.

In ogni società vi sono modalità preferite secondo le quali due individui possono avvicinarsi ed avere rapporti reciproci, per esempio un parente con un parente, o la classe superiore con quella inferiore. Ognuno di questi schemi di rapporto può essere, contemporaneamente, una fonte di identità, una guida per una condotta ideale e la base per il formarsi di una solidarietà o una frattura. Ogni schema coinvolge un insieme di presupposti interdipendenti, che si intersecano l'un l'altro, formando una sorta di modello. In ogni caso si riscontra che pressioni particolari impediscono la completa realizzazione dei propri ideali e che le deviazioni che ne derivano vengono a ripercuotersi con conseguenze specifiche. Uno studioso di rapporti sociali può quindi usare, per i suoi scopi, gli stessi modelli che i membri della società usano per i loro. Nella nostra civiltà occidentale, una delle modalità più significative secondo la quale due individui possono incontrarsi, è il rapporto servitore-servito (server and served). Esaminando i presupposti e l'ideologia che sottendono questo rapporto di lavoro, credo si sarà in grado di comprendere alcuni problemi relativi al ricovero psichiatrico.

1.

Le attività di carattere specialistico possono dividersi in due categorie: la prima, per mezzo della quale colui che le esercita si trova «a contatto con il pubblico»; la seconda in cui il contatto con il pubblico non si verifica, nel senso che chi pratica tali attività, le esegue solo per i membri costituiti dell'organizzazione di lavoro da cui dipende. Il fatto di aver contatto con il pubblico e di controllarlo, penso sia un fattore piuttosto importante da meritare di analizzare insieme tutti i tipi di attività che lo comportano. Ciò significa che l'impiegato in un magazzino di ferramenta e l'operaio in una fabbrica di arnesi di ferro devono essere separati a scopo di studio, senza lasciarsi trarre in inganno dalla somiglianza di ciò che fanno. Fra le attività che richiedono l'incontro con il pubblico, se ne possono distinguere due tipi, uno dove il pubblico è formato da un susseguirsi di individui, l'altro che consiste nel continuo mutare di tipi diversi di pubblico. Un dentista appartiene alla prima categoria, un attore alla seconda. Attività che richiedono a chi le esercita di aver contatti con il pubblico (in entrambe le forme ora accennate) variano a seconda del grado nel quale si presentano come un servizio personale, cioè un'assistenza desiderata da chi la riceve. La "prestazione di un servizio personale" può essere definita, teoricamente, come l'attività di chi presta personalmente un servizio specializzato, per un insieme di individui con i quali il servizio stesso comporta di impegnarsi in un rapporto personale diretto, senza esservi costretti da altri tipi di legami (1). Secondo questa definizione, il fatto di essere citato a giudizio, per esempio, non è un servizio personale per chi riceve la citazione. Uno psicologo che si fa pagare per un test professionale, fatto a persone che desiderano conoscere le proprie caratteristiche psicologiche, presta un servizio personale; ma se egli fa il test alle stesse persone per l'ufficio collocamento di un'organizzazione, si tratta semplicemente di oggetti del suo lavoro e non di clienti. Analogamente, nonostante il linguaggio di coloro che si occupano dei censimenti della popolazione, escludo dalla categoria dei prestatori di servizio anche i domestici, poiché una cameriera ha una padrona e

non un pubblico; ed escludo il personale addetto alle pulizie, poiché esso non instaura, d'abitudine, comunicazioni dirette con quelli che camminano sui pavimenti da loro puliti.

In questo saggio voglio analizzare le prestazioni di servizio personale, secondo i termini in cui le ho appena definite, inglobando tuttavia alcune attività che non corrispondono esattamente alla mia definizione, poiché l'ideale sul quale si fondano, include anche persone che non sono poi nella condizione di praticarle. Le deviazioni dal modello ideale che ci si impone da sé o che ci viene imposto da altri, creano problemi di identità, che lo studioso deve comprendere in relazione a questo stesso ideale - cioè a seconda del grado di deviazione rispetto ad esso - un venditore di macchine ad alta pressione e un dottore di una compagnia di assicurazioni, fanno entrambi qualcosa meno di un servizio personale, ma per un insieme diverso di motivi.

Un modo tradizionale di classificare le prestazioni di servizi personali, è in rapporto al valore loro riconosciuto: le professioni libere ad un estremo e gli umili commerci e i mestieri artigianali all'altro. E' questa, comunque, una distinzione confusa, poiché separa in categorie sociali coloro che sono simili in ispirito. La divisione che io voglio usare pone ad un capo estremo coloro - come i controllori e gli operatori del telefono - che fanno un servizio tecnico funzionale, e, all'altro, quelli che hanno un'esperienza che consiste in una competenza razionale dimostrabile, che può essere esercitata come fine a se stessa e non può, logicamente, essere ottenuta da colui cui si presta il servizio. Quelli che servono meccanicamente hanno, abitualmente, avventori, gruppi di individui e gente che richiede servizi; i tecnici hanno dei clienti. E' probabile che in entrambi i tipi di prestazione di servizio ci sia un certo grado di indipendenza dalle persone servite, ma solo i tecnici si trovano nella posizione di costruire questa loro indipendenza, in ruoli solenni e pieni di dignità. Io voglio considerare in questo saggio i presupposti sociali e morali che sottendono l'attività di un tecnico, più che di colui che presta un servizio meccanicamente.

Io ritengo che l'ideologia che sottende il servizio prestato da un tecnico, nella nostra società, sia radicata nel fatto che colui che la presta abbia un complesso sistema fisico da riparare, costruire o adattare - dove il sistema sia un oggetto o una proprietà del cliente. Quando quindi userò qui il termine «rapporto di servizio» (o di lavoro), mi riferirò soltanto a questo caso, se il contesto non richiederà un riferimento più preciso.

Noi lavoriamo su un triangolo, che ha avuto un ruolo storico determinante nella società occidentale - colui che presta un servizio, l'oggetto e il proprietario dell'oggetto. Ogni grande società dispone di tecnici come prestatori di servizi, ma nessuna società ha dato più peso di quanto abbia dato la nostra, a questo tipo di attività. La nostra è una società di servizi, tanto che anche organizzazioni come i grandi magazzini seguono - a parole, se non di fatto - questo modello, rispondendo al bisogno, sia dei commessi che dei clienti, di sentire che viene loro prestato un servizio tecnico personale, nonostante non sperino di ottenerlo.

Il tipo di rapporto sociale che prenderò in esame in questo lavoro è quello nel quale alcune persone (i clienti) si pongono nelle mani di altre (coloro che prestano il servizio). Teoricamente è implicito in questo rapporto il rispetto del cliente per la competenza tecnica di colui che lo serve, e la fiducia che userà moralmente; un senso di gratitudine e il compenso convenuto. D'altra parte, colui che presta il servizio offre: competenza esoterica e reale e prontezza a metterla a disposizione del cliente; discrezione professionale; una cautela volontaria che lo porta ad imporsi di non interferire negli altri affari del cliente o, addirittura (in casi estremi), con la ragione per la quale il cliente gli richiede il servizio; e, per ultimo, una educazione non servile (2). In questo consiste il servizio di «riparazione».

Si può incominciare a comprendere il rapporto di servizio, esaminando il concetto di pagamento. C'è un doppio significato per il quale il pagamento non è un prezzo (3). Tradizionalmente esso non è nient'altro che ciò che vale il servizio. Quando il servizio è prestato in una circostanza in cui agli occhi del cliente assume un grande valore, si suppone teoricamente che colui che lo presta si limiti ad un prezzo fissato dalla tradizione - di solito ciò di cui ha bisogno per mantenersi decentemente, mentre si dedica alla sua professione.

D'altra parte, quando si tratta di un servizio minore, colui che lo presta si sente invece in obbligo di rinunciare a farsi pagare, o di chiedere un basso compenso, evitando, in tal modo, di sprecare tempo, o che il suo lavoro (in definitiva, lui stesso) sia misurato con una valutazione che può arrivare fino a zero (4). Quando fa un servizio di una certa importanza per clienti poveri, chi lo presta può ritenere più dignitoso (e più sicuro) non far pagare, piuttosto che ridurre il prezzo (5). In questo modo egli evita di ballare alla musica del cliente, o anche di contrattare con lui, ed è quindi in grado di dimostrare di avere motivazioni disinteressate alla propria attività. E poiché il suo lavoro è un lavoro di riparazione (che ha a che fare con sistemi fisici chiusi e reali) si tratta di un'attività nella quale può dimostrare una partecipazione disinteressata: un lavoro valido di riparazione o di costruzione, è anche tale da potersi identificare, aggiungendo una fonte di interesse autonomo al lavoro stesso. Inoltre si presume che una delle motivazioni di chi presta un servizio sia anche il fatto di aiutare l'umanità come tale. L'adesione di chi presta un servizio alla propria definizione di sé come di un tecnico disinteressato, e la sua prontezza ad avere, su questa base, rapporti con gli altri, è una sorta di voto secolare di castità, che sta alla radice del magnifico uso che fanno di lui i clienti. Nel tecnico essi trovano qualcuno che non ha le usuali ragioni personali, ideologiche, contrattuali per aiutarli; tuttavia, egli è colui che si interesserà temporaneamente di loro, dal loro stesso punto di vista e secondo i loro interessi. Esattamente come ci dice uno studioso di rapporti umani:

"Come viene definito in questa cultura, il tecnico è colui che deriva il suo reddito e la sua condizione sociale (l'uno o entrambi) dall'uso di informazioni, insolitamente esatte e adeguate nel suo campo specifico, al servizio di altri. Questo «uso al servizio di» è fissato nel nostro sistema sociale industriale-commerciale. Il tecnico non commercia in oggetti pertinenti il suo campo di conoscenza; non è un «mercante», un «collezionista», un «conoscitore» o un «amatore» poiché questi usano la loro abilità principalmente nel loro stesso interesse" (6).

Il cliente è quindi costretto a fidarsi di coloro per i quali non ha le abituali garanzie di fiducia.

Questa onestà su richiesta, potrebbe essere una delle basi su cui si fondano i rapporti nella nostra società, ma c'è ancora un altro fattore: il lavoro di colui che presta un servizio ha a che fare con una competenza razionale, oltre la quale c'è la fede nel razionalismo, nell'empirismo e nel meccanicismo che contrasta con i processi a più inferenze del "sé" da cui, in genere, siamo afflitti.

L'interazione fra cliente e chi gli presta un servizio assume, teoricamente, una forma relativamente strutturata. Chi presta un servizio può dedicarsi ad operazioni meccaniche o eseguite a mano su oggetti di proprietà del cliente, soprattutto per quanto riguarda il lavoro di tipo diagnostico; oppure può intrattenersi con lui in scambi verbali. La parte verbale in sé contiene tre componenti: un elemento "tecnico", che consiste nel dare o nel prendere informazioni relative alla riparazione (o costruzione); un elemento "contrattuale", che consiste in un accordo, spesso relativamente breve sul costo e il tempo approssimativo richiesto dal lavoro, eccetera; infine, l'elemento "comunicativo" che consiste in qualche cortesia, affabilità e segni di deferenza. E' rilevante notare che, qualsiasi cosa intercorra fra cliente e chi gli presta un servizio, può essere rapportato a queste componenti e che qualsiasi divergenza può essere compresa secondo queste aspettative di norma. La completa assimilazione a questo schema di interazione fra colui che presta un servizio e il cliente è, spesso per il primo, una dimostrazione di garantire un «buon» rapporto di lavoro.

Le informazioni teoricamente rilevanti di cui ha bisogno chi presta un servizio, per riparare o costruire realmente qualcosa, gli provengono da due fonti: dall'esposizione verbale del cliente e dall'oggetto stesso, attraverso l'impressione diretta che ne riceve chi presta il servizio. Seguendo la pratica, talvolta in uso in medicina, si possono denominare le difficoltà riferite dal cliente, come sintomi, e i dati ottenuti direttamente dal tecnico, come "segni",

benché non vi sia alcuna garanzia particolare per questo uso in semeiotica. La dignità del rapporto di servizio è, in parte, basata sulla capacità del cliente di contribuire con informazioni utili, quantunque filtrate attraverso un linguaggio ed una sensibilità da inesperto. Colui che presta il servizio può, quindi, entrare nello spirito di una sorta di impresa comune, dove il tecnico mostra un certo rispetto per il giudizio del cliente sul problema, anche se non ne è un conoscitore.

Chi presta un servizio ha contatto con due entità fondamentali: un cliente e ciò che non funziona nel cliente. I clienti sono, in genere, persone autonome, entità nel mondo sociale, che devono essere trattate con riguardo e secondo le regole. L'oggetto posseduto fa parte di un altro mondo, che deve essere costruito secondo una prospettiva tecnica e non rituale. Il successo di questa prestazione di servizio sta nel fatto che il tecnico tenga separati questi due tipi di entità diverse, dando a ciascuna ciò che le è dovuto.

2.

Ritorniamo ora all'oggetto che colui che presta un servizio ripara o costruisce. Ho descritto questo oggetto (o possesso) come un sistema fisico che ha bisogno dell'attenzione di un tecnico e ne metterò qui a fuoco le riparazioni, essendo queste più comuni di quanto non siano le costruzioni. Legato alla nozione di riparazione c'è il concetto di ciclo di riparazione, le cui fasi vorrei descrivere brevemente.

Si può incominciare dal banale concetto di eziologia. Un semplice chiodo può servirci come punto di partenza, poiché si tratta di un oggetto che comunemente inizia un ciclo di riparazione. Un chiodo sulla strada può fermare una macchina; un chiodo sulla sedia può strappare i calzoni; un chiodo su un tappeto può rovinare un aspirapolvere; un chiodo sul pavimento può ferire un piede. E' da notare che un chiodo non è un oggetto tipico dell'ambiente in cui si vive, ma è, in un certo senso, un evento imprevisto. Una volta che si verifici questo contatto, ne segue una sorta di trasferimento causale, intimo e persistente, all'interno dell'oggetto posseduto. Si dice infatti «Mi sono seduto e ho tirato su una scheggia», oppure «Stavo guidando e ho tirato su un chiodo». Sebbene il chiodo e la macchina possano essere maledetti per i fastidi che provocano, è fuori luogo, sia per il tipo di servizio da fare per il cliente che per chi lo presta, attribuire seriamente un intento o una malizia a chi danneggia o all'oggetto danneggiato. (E' solo nel caso che il cliente non segua le precauzioni del senso comune o il consiglio dell'esperto, che il tecnico si trova, inevitabilmente, ad assumere un ruolo morale).

Ora, un agente estraneo collocato in un sistema fisico, potrebbe essere permanentemente manipolato dalle capacità correttive interne al sistema stesso, dalle riparazioni o dalle compensazioni naturali, così da cessare di rappresentare un problema per colui che possiede l'oggetto. Ma se vi sono molti agenti distruttivi, ne deriva una diversa situazione, nel senso di un aumento graduale del suo cattivo funzionamento. Il piccolo guaio si espande, finché è messo a repentaglio l'intero sistema. Così la gomma, una volta forata, si sgonfia piano piano, finché la camera d'aria e il cerchione sono rovinati, e non si può più andare avanti.

C'è un momento iniziale in cui lo stesso proprietario dell'oggetto si rende conto che l'oggetto da lui posseduto ha sofferto un danno o una lesione. Se non può fare da sé le riparazioni necessarie, e se ritiene si tratti di un problema che un tecnico può risolvere, egli diventa un cliente alla ricerca di un tecnico, o alla ricerca di un insieme di riferimenti che lo portino da un tecnico, attraverso un sistema di intermediari.

Una volta trovato il tecnico, il cliente gli affida l'oggetto o ciò che ne è rimasto e in più, se possibile, le parti rotte. Il punto centrale qui è che l'intero complesso dell'oggetto, tutto ciò di cui il tecnico ha bisogno per il suo lavoro, è messo volontariamente a disposizione da parte del cliente. Ora ha inizio il famoso processo: osservazione, diagnosi, prescrizione, trattamento. Attraverso ciò che il cliente gli riferisce, il tecnico rivive l'esperienza del fatto; si occupa brevemente di ciò che ancora funziona dell'oggetto da riparare, il cui cattivo funzionamento, ora, si manifesta ad occhi, orecchi e naso esperti. (E' da notare che, a questo punto, appare spesso una sorta di camice da laboratorio, che simbolizza non solo il carattere

scientifico dell'attività del tecnico, ma anche la certezza spirituale di un suo scopo disinteressato).

Dopo che il tecnico ha fatto il suo lavoro, vi può essere la necessità di un periodo di convalescenza, durante la quale vengono richieste all'oggetto prestazioni ridotte, e l'attenzione si concentra sui segni di ricaduta o di riparazione insufficiente. Attenzione e vigilanza vengono, gradualmente, limitate a periodiche revisioni, durante le quali il cliente stesso o qualche volta il tecnico, controlla il funzionamento per essere doppiamente sicuro che le cose funzionino bene.

La fase finale del ciclo di riparazione consiste nel momento in cui l'oggetto ritorna «come nuovo» o, se risulta un po' debole nel punto riparato, lo è tuttavia ad un grado, per cui l'intero sistema che si era occupato della sua riparazione può, con un margine di sicurezza, disinteressarsene.

Vorrei aggiungere una nota storica attinente al ciclo di riparazione. Uno dei cambiamenti fondamentali che si sono riscontrati nei servizi di riparazione negli ultimi cento anni, è la riduzione dei venditori ambulanti e delle vendite fatte di casa in casa, e lo sviluppo del sistema di laboratorio. Al posto del tecnico che va, con i suoi arnesi, dal cliente, è ora il cliente che va dal tecnico e gli affida l'oggetto da riparare, per ritornare più tardi a ritirare l'oggetto riparato.

Ci sono molti vantaggi nell'avere un proprio posto di lavoro che, senza dubbio, hanno avuto un peso nello sviluppo dei «laboratori». I clienti spesso preferiscono un indirizzo fisso, che offra loro la garanzia di un servizio continuo, piuttosto che un servizio a domicilio secondo un ritmo annuale, mensile o settimanale. Un altro vantaggio deriva dall'aumentata divisione del lavoro. Con un laboratorio, il tecnico può investire un certo capitale in una grossa attrezzatura da tenere fissa sul posto. Inoltre, può dedicarsi contemporaneamente a più di una riparazione, spezzettando il lavoro, cosicché un aiutante la cui prestazione gli costa cara, non perderà tempo nel fare lavori non di precisione. Non può rifiutare un lavoro mentre sta dedicandosi ad un altro, non può stare inattivo fra una commissione e l'altra, ma deve organizzarsi, tenendo conto da quando gli oggetti da riparare siano in giacenza nel negozio.

Un altro insieme di vantaggi rappresentati nel lavoro di laboratorio è di carattere sociale, poiché ha a che fare con la diversa condizione raggiunta dai tecnici, nel momento in cui dispongono di un negozio. Possedere o avere in affitto il proprio negozio, significa che il cliente non può scacciare il tecnico di casa, e che la polizia non lo può «far circolare». E' il cliente che diventa l'ospite. Inoltre, poiché il cliente non è presente quando viene eseguito il lavoro, possono venirgli facilmente nascosti errori e aggiunte sulle spese e, insieme, il tempo di cui il tecnico deve disporre per la riparazione dell'oggetto, gli consente di dare dignità al suo servizio e di farsi pagar caro (7). Infine, il tipo di vestiti, di gesti e di aiutanti associato al lavoro manuale, può essere nettamente separato dal tipo di facciata personale che meglio si adatta agli aspetti verbali del rapporto tecnico. L'addetto alle pulizie può essere tenuto sempre «fuori dalla vista», o il gestore del laboratorio può lavarsi le mani, togliersi il grembiule e mettersi la giacca quando sente il campanello della porta, nella parte anteriore del negozio. E' chiaro tuttavia che il laboratorio potrebbe anche funzionare come un indebolimento del servizio. Dopotutto il cliente deve ora rinunciare al suo oggetto per alcuni giorni, senza contare il controllo che deriva dall'assistere al lavoro del tecnico. Ma forse, il fatto di dover riporre maggior fiducia, ha portato anche ad essere più degni di fiducia. Ad ogni modo quando, in una comunità, un posto di lavoro è fisso, colui che presta un servizio si trova soggetto alle persone che serve. Si sa dove lo si può trovare, i clienti noiosi possono chiamarlo; egli è quindi in balia della attitudine generale della comunità nei suoi confronti. In queste circostanze, si sentirà obbligato ad offrire il tipo di servizio di cui la clientela non abbia a lamentarsi.

3.

Esamineremo ora alcuni presupposti concettuali che sottendono il rapporto di servizio e il ciclo di riparazione.

Se una proprietà o un oggetto deve essere utile a chi lo possiede, le varie parti che lo costituiscono devono essere in un esatto ordine funzionale, l'una rispetto all'altra. Le marce devono ingranare, il sangue deve scorrere e le ruote o le mani devono girare. Qui c'è un coordinamento che non può rimanere implicito: il funzionamento dell'oggetto, quando viene guardato - come è stato fatto - dal suo stesso punto di vista, ha una qualche relazione con il fatto che chi lo possiede sia o no capace di usarlo. In alcuni casi, come negli oggetti meccanici, il coordinamento è stato predisposto allo scopo, dato che l'oggetto è stato designato, in primo luogo, per essere usato in un modo particolare, se funziona bene. In altri casi, come con gli animali da tiro e il nostro stesso corpo, il coordinamento non è predisposto ma è tuttavia presente. Se si deve usare un cavallo, non deve essere molto ammalato.

Un secondo presupposto nel rapporto di servizio è che l'oggetto sia di proprietà del cliente e che egli possa, per legge, farne ciò che vuole.

Terzo, è previsto che l'oggetto posseduto consista, non solo in un organismo relativamente chiuso, ma anche abbastanza piccolo da poter essere trasportato da chi lo possiede o, se non proprio questo, che possa almeno essere visto come un unico intero, sia da chi lo possiede che dal tecnico.

Quarto, e più importante, gli oggetti su cui si devono fare certi servizi, formano non solo sistemi relativamente chiusi e maneggevoli, ma anche classi di sistemi distinte e chiare. Sia che si maneggino prodotti di natura o manufatti, si tratta di prodotti estratti da un unico modello, con limitata possibilità di riproduzione e con l'uso di soluzioni studiate per la loro costruzione e riparazione, anche quando l'apparenza esterna dei prodotti differisce dalla classe cui appartengono. Ne segue che, se colui che presta un servizio conosce le tecniche di lavoro di uno dei membri di una data classe, è automaticamente competente a trattare con altri membri di questa classe (8).

Ci sono alcuni presupposti alla base dello sviluppo del sistema di laboratorio, che dovremmo rendere più espliciti.

Il primo è che l'ambiente del laboratorio sia relativamente favorevole nei confronti del danno subito dall'oggetto: il laboratorio fermerà il corso progressivo del danno, anche se non ne effettuerà alcuna cura. Una macchina con la capote strappata viene portata in un garage vicino o messa sotto ad una tettoia, finché non si può incominciare il lavoro; questa precauzione non ripara lo strappo, ma garantisce anche che esso non aumenti o che l'imbottitura non ne sia maggiormente danneggiata. Una sedia che sta per rompersi può non essere riparata subito nel laboratorio dove la si porta, ma si presume che nessuno vi si sieda, aggravandone il danno.

Un secondo presupposto è che l'oggetto sia sufficientemente indipendente dall'ambiente in cui di solito è inserito, da consentire di essere temporaneamente trasferito al negozio, senza provocare nuovi danni.

Un terzo presupposto è che il cliente non sia inestricabilmente legato all'oggetto di sua proprietà e che possa sopportarne l'attesa, implicita nel fatto di portarlo in laboratorio. Spesso l'uso che il cliente fa dell'oggetto è intermittente, così che il tempo in cui resta senza poterne disporre, non è completamente sprecato (9), può cioè considerarlo come un periodo speso in attività di servizio.

Ho accennato ad alcuni presupposti di cui dobbiamo tener conto al riguardo di oggetti e laboratori di servizio, se teoricamente si vuol mantenere questo tipo di rapporto. Un ultimo insieme di questi presupposti riguarda la struttura della clientela.

Il carattere del rapporto di servizio sembra richiedere una clientela composta da un insieme di persone che, volontariamente, usano il servizio in modo da precludersi la possibilità di intraprendere certe azioni al riguardo: esse esercitano cioè un potere sul tecnico che presta loro il servizio, solo come un aggregato e non come una collettività. In queste circostanze il tecnico può essere indipendente dall'atteggiamento favorevole di ognuno di loro, rinunciando educatamente a qualsiasi cliente senta di non essere in grado di servire adeguatamente, così come ciascun cliente può ritirarsi se il rapporto si rivela insoddisfacente. Teoricamente c'è, come con le persone che vivono in peccato, un doppio volontarismo nel rapporto e un limite alle lamentele ragionevoli che entrambe le parti possono fare a proposito del legame che le unisce, rimanendo ad esso legate. Teoricamente, quindi, il servizio tecnico esprime un rispetto

reciproco fra il cliente e colui che gli presta un servizio, ed è designato ad essere un'operazione fra «gentiluomini».

4.

Il carattere del rapporto di servizio qui descritto, ha in sé una sua logica. Date le diverse premesse, chi presta un servizio sarà nella posizione di sostenere una definizione di sé come colui che, in cambio di un semplice compenso, offre un servizio tecnico di cui il cliente ha veramente bisogno; e il cliente sarà così in condizione di credere che, nella società, esistano persone estranee di buona volontà, profondamente competenti, che si dedicano a tal punto alla loro competenza, da occuparsi degli affari altrui, in cambio soltanto di un compenso. Tuttavia, mentre il rapporto di servizio è tratto da questo materiale puro e nobile, manca di sostegni istituzionali quali quelli sui quali si fondano alcuni dei nostri rapporti più altamente considerati: i rapporti familiari. Si può quindi prevedere che l'insieme dei diritti e dei doveri dell'uno e dell'altro polo del rapporto, formi una specie di matrice di ansietà e di dubbio, anche quando entrambi si comportano bene. Il cliente pensa: «Che il tecnico sia veramente competente? Sta agendo nel mio interesse? Sta facendomi pagare troppo? E' discreto? Sta forse disprezzando segretamente le condizioni in cui trova l'oggetto che gli ho portato da riparare?» (Ognuno di questi stati di abbandono potenziale può verificarsi in assenza di altri, così che il numero totale delle possibilità risulta abbastanza elevato). Il tecnico pensa: «Il cliente ha veramente fiducia in me? Sta nascondendomi il fatto di 'aver cercato altri' prima di venire da me? Mi pagherà?»

Oltre a questi stati d'ansia generali, si presume ne possano derivare altri, più specifici; una volta visto il sistema di servizio per ciò che è, un ideale e un modello, ci rendiamo conto che ogni tipo di servizio fornirà esempi particolari da esaminare, che non possono essere facilmente sistemati nel modello di riferimento, il che darà luogo a difficoltà particolari.

Per esempio ci sono bisogni di servizio, come quelli che fa un idraulico, che si tende a presentare a chi li fa come una catastrofe: la famiglia ha bisogno subito dell'acqua, o bisogna subito arginare l'allagamento. Allo stesso tempo, l'idraulico non può portare il pezzo difettoso nel suo negozio protetto, ma deve fare il lavoro sotto gli occhi della famiglia.

Un'altra difficoltà sorge con quel tipo di servizi, come la riparazione di radio e televisori, per i quali il compenso è stato considerevolmente ridotto, poiché i clienti spesso (e a ragione) si rendono conto di venir imbrogliati. Ma l'apparente dignità associata a questo tipo di servizi non è diminuita ed è sostenuta da un compenso minimo che va aumentando.

Inoltre, ci sono certe tendenze, nella società moderna, che indeboliscono il complesso di servizio. Molte organizzazioni trovano che si guadagna di più vendendo solo merce nuova, invece di sprecare spazio e personale in lavori di riparazione. Quelli che fanno le riparazioni, tendono sempre più ad introdurre interi nuovi sistemi di pezzi interni - a rimpiazzare cioè le parti maggiori, piuttosto che ripararle abilmente (10) - oltre, naturalmente, alla tendenza al «commercio automatico», macchina o bar, che riduce considerevolmente il ruolo del tecnico prestatore di un servizio o che addirittura lo elimina completamente.

Un altro problema importante sulla validità del modello di servizio è che colui che lo presta tende a selezionare una clientela, sulla base di fattori tecnicamente irrilevanti, come per esempio la condizione sociale e il potere di pagamento; e altrettanto fanno i clienti. Così, è probabile che anche colui che presta un servizio, offra ai suoi clienti un trattamento diverso sulla base di variabili estranee, sebbene forse una maggior deviazione dall'ideale si verifichi nel trovare un tecnico, più che nel modo di trattarlo quando lo si è trovato.

Una grave fonte di difficoltà al proposito è che la reciproca indipendenza teoricamente esistente fra colui che presta un servizio e chi lo riceve è spesso in pericolo. Dove colui che presta il servizio non è «libero» - che significa dove non è indipendente nei suoi affari - i rapporti con i clienti potrebbero essere determinati dai diritti che la direzione da cui dipende ha su di lui. (Naturalmente la direzione può, in corrispondenza, incontrare molti problemi a causa dei tentativi che gli impiegati fanno per assumere il ruolo di prestatori

di un servizio per i clienti della compagnia). Si può raggiungere un compromesso quando il dirigente di un'organizzazione di servizio, come un negozio dove si riparano scarpe, riserva per sé il contatto con il pubblico, togliendo quindi gli altri calzolai dalla categoria di chi presta un servizio - così come è stata qui definita, senza alcun riferimento a suddivisioni di classe o di censo. Analogamente, ci sono i problemi di coloro la cui professione è generalmente definita come adatta ad una pratica indipendente, come ad esempio legge e architettura, ma che si trovano in una condizione di gruppo nella quale si tende a mantenere legata una particolare clientela, o sono prigionieri dei clienti, o hanno un solo cliente; gettate nella forma tradizionale del prestatore di servizi libero, queste persone creano difficoltà a sé o agli altri, affettando un comportamento che non corrisponde alla realtà. I medici di corte ce ne offrivano un esempio classico, ricordandoci che oggi la dignità di un servizio medico richiede che il medico di un personaggio regale, sia anche medico di altre persone. Naturalmente, nel caso in cui i clienti di colui che presta un servizio provengano dallo stesso livello sociale, è probabile essi siano in un reciproco rapporto potenziale, se non attuale, pronti sempre ad allearsi in un «sistema di riferimento secolare», con un potere imprevisto su colui che presta loro servizio (11). Se ci sono pochi avvocati o medici nella comunità, è probabile allora che i clienti abbiano bisogno di questo potere.

Si dovrebbero ricordare ancora due fonti di difficoltà nell'applicazione del modello di servizio, entrambe direttamente legate alle conseguenze sociali della diffusione dei ruoli professionali. L'amore per la fiducia disinteressata sembra incidere in due modi. Primo, la crescente attenzione tecnica di colui che presta un servizio, agli interessi del cliente, può portarlo a formularne un concetto ideale che riferito agli standard professionali del gusto, dell'efficienza e della prudenza, può talvolta contrastare con ciò che un particolare cliente p in una particolare circostanza, considera il suo interesse. Anche un arredatore potrebbe invitare gentilmente il cliente a rivolgersi altrove, non sopportandone i desideri impossibili. Secondo, quanto più il tecnico è preoccupato di offrire un buon servizio, quanto più la sua professione avrà il compito pubblico di controllarlo, tanto più gli sarà affidato il mandato pubblico di mantenere i modelli della comunità; che, a volte, non corrisponderanno all'interesse immediato di un cliente specifico. Il codice al quale un costruttore deve attenersi, per esempio, costringe il suo cliente a tener conto anche dell'interesse«dei vicini, che il cliente lo voglia o no. L'obbligo degli avvocati di dare un solo avviso legale legittimo ne è un altro esempio. C'è qui una frattura fondamentale nel concetto iniziale di cliente e prestatore di servizio indipendenti. Ci si trova di fronte ad una triade - cliente, colui che serve e la comunità - che può colpire al cuore del servizio anche più delle caratteristiche triadiche che si verificano quando colui che presta un servizio entra in un'istituzione di qualche tipo e divide la sua lealtà fra i clienti e la direzione dell'organizzazione da cui dipende.

5.

Ora, ritorniamo alla versione medica del modello di servizio di riparazione (12). Il fatto di affidare il proprio corpo a colui che presta un servizio medico, e il trattamento razionale-empirico che ne farà, è uno dei punti più importanti del complesso di servizio. E' abbastanza interessante il fatto che l'affermarsi graduale del corpo come di un possesso di cui ci si può servire - un tipo di macchina psicodinamica - è spesso citato come un trionfo dello spirito scientifico secolare, quando, di fatto, questo trionfo sembra in parte essere stato causa ed effetto dell'interesse sempre più grande per tutti i tipi di servizio tecnico.

Le definizioni che i medici usano abitualmente, soprattutto quelle che comportano un lavoro rifinito di laboratorio, sono sempre più sofisticate e, tuttavia, essi continuano a dichiarare di basarsi sul paziente per riferirne i sintomi; il cliente è ancora uno dei poli del rapporto di servizio che deve essere rispettato. Ma, come in altre specialità, ci sono punti particolari di tensione nell'adattare la cura del corpo allo schema del servizio. Vorrei sottolinearne alcuni, sottintendendo che gli stessi problemi sorgono, fino ad un certo grado, anche in altri tipi di servizi.

Il primo punto da esaminare è che il corpo, come dicono gli psicoanalisti, è altamente valorizzato (cathected) nella nostra società; si riconosce grande valore al suo aspetto esteriore e al suo funzionamento e si tende ad identificarsi in esso. Gli individui non affidano facilmente il proprio corpo all'assistenza empirico-razionale altrui, quindi hanno bisogno che la loro «fiducia» in colui che li serve, sia continuamente sostenuta da rassicurazioni fatte presso il loro letto. Non si deve, tuttavia, insistere troppo su questo problema e ciò, non perché le persone non si identifichino con i loro corpi, ma perché stiamo lentamente imparando quanto si identifichino con oggetti non corporei, come orologi da polso o automobili, vedendo nella minaccia a questi «oggetti buoni», una minaccia per sé.

La stessa volontà dei clienti di mettere il destino del proprio corpo nelle mani dei medici, comporta un problema per questi ultimi: il fatto di simpatizzare con il paziente, può sottoporre i medici ad una tensione emotiva quando non sanno ciò che non va e ciò che potrebbe essere fatto per lui, o quando sanno che si può fare ben poco e devono comunicarlo alla persona (o a chi la tutela), il cui destino sarà definitivamente segnato dalla loro comunicazione (13). Ma qui, forse, il problema, non è tanto per il servizio medico come tale, quanto per coloro che lo prestano.

Un altro punto è il fatto che il corpo è una proprietà che non può essere affidata alle cure del tecnico, mentre il cliente va in giro per altri affari. E' noto che i medici dimostrano una notevole abilità nel proseguire nella parte verbale del loro ruolo di prestatori di un servizio, mentre si dedicano a quella meccanica, senza che questa separazione si guasti; ma ci sono al proposito difficoltà inevitabili, dato che il cliente è invece molto interessato a ciò che si sta facendo del suo corpo, ed è in una buona posizione per controllarlo.

(Anche barbieri, parrucchieri e prostitute conoscono queste situazioni, che una loro prestazione meccanica scadente può essere subito percepita dal cliente, sempre presente). Una soluzione può essere l'anestesia: un'altra, la magnifica formula del «trattamento impersonale» escogitata dal mondo medico, per cui il paziente viene ricevuto, per così dire, con civiltà e nello stesso modo salutato: tutto ciò che accade fra la sua entrata e la sua uscita si verifica come se il paziente non fosse una persona sociale, ma solo un oggetto che qualcuno ha dimenticato (14).

Un altro punto da esaminare è che, in medicina, si ha a che fare con un notevole margine d'azione che ha il valore di un semplice palliativo, di una «procedura elettiva» o di un trattamento senza successo. Nel caso di oggetti meccanici, i guasti spesso possono venir riparati, dato che la cosa dipende solo dalla misura in cui l'oggetto originale viene sostituito con pezzi nuovi, il che può anche non richiedere una grande abilità. Un mediocre radio-tecnico può sistemare qualsiasi radio rotta, col semplice espediente di controllare le sezioni del circuito e di sostituire le parti dove sembra sia il guasto. E' infatti il vanto di un rivenditore ben fornito di parti di automobili, il fatto di poter costruirne una completa nel suo magazzino, con i pezzi di cui dispone. Ma, in medicina, non è così. Alcune parti del corpo non possono essere sostituite, e non tutti i disturbi fisici possono essere corretti. Inoltre, l'etica professionale impedisce ad un medico di consigliare al proprio paziente di scartare l'oggetto danneggiato o consumato che il suo corpo può essere diventato (come possono invece fare quelli che prestano servizi per altri tipi di oggetti), sebbene il medico possa tacitamente dare un consiglio analogo ad altre parti interessate.

Anche se questa ridotta possibilità di riparazione è tipica della medicina, vi sono tuttavia tecniche efficaci per la manipolazione del dubbio. Nel caso della neurochirurgia, dove si dà per scontato di perdere metà dei casi operati, si può far credere ai clienti che si tratti di un reparto medico rischioso; l'ultima risorsa da tentare, dato il successo ottenuto in altri campi. D'altra parte, ci sono servizi tecnici, anche se non del tipo di riparazione, come quello dell'avvocato o del mediatore, dove la probabilità di successo può essere ancora inferiore di quanto non sia in medicina generale, e vi può sopravvivere un senso di servizio etico professionale. In questi casi, colui che presta un servizio, può dimostrare, che abbia successo o no, di usare le migliori tecniche con la migliore abilità e che, in generale, è meglio contare sulle tecniche e sull'abilità piuttosto che affidarsi al caso. Molti rapporti di stima protratti

fra mediatori e clienti, confermano il fatto che, una volta accettata la necessità dell'intervento di un tecnico, i clienti sono pronti ad accontentarsi di una probabilità di soluzione ancora minore a quella data dal caso fortuito, come giustificazione al mantenimento del rapporto. Il cliente si trova a considerare, non tanto i vantaggi ottenuti dalla prestazione del tecnico, ma quanto peggio si sarebbe trovato senza di lui, accordando così un ultimo tributo all'abilità esoterica: un pagamento fatto volentieri anche se l'oggetto, per la cui salvezza il tecnico era stato pagato, è andato perduto.

Un'altra difficoltà interessante nell'applicazione del modello di riparazione alla pratica medica, è che l'agente patogeno è riconosciuto, in molti casi, non un evento improbabile disposto a caso nell'ambiente circostante, ma l'ambiente stesso. Invece di esservi un chiodo per la strada, la strada è piena di chiodi. Così, per certi disturbi fisici, un dato clima o un dato tipo di lavoro è motivo di peggioramento. Nel caso il paziente possa permettersi un completo cambio di scena, l'ambiente patogeno può essere considerato semplicemente come uno dei molti ambienti possibili, e quindi come l'elemento improbabile all'interno di una classe generalmente salubre di ambienti. Ma per molti pazienti, è praticamente impossibile cambiare la propria situazione di vita, e in questo caso, il modello di servizio non può essere applicato con successo.

Associata al fatto che l'ambiente può essere un agente patogeno, c'è la possibilità che la medicina raggiunga un livello comunitario, nel trattamento non più di un singolo individuo, ma di una vasta unità sociale, riducendo così la probabilità di una malattia specifica all'interno di un intero sistema di persone, invece di curare un paziente specifico. Il campo dell'epidemiologia si muove su questo terreno e costituisce non tanto una minaccia alla professione privata, quanto un suo supplemento.

Mentre molti individui sono in grado di agire in piena responsabilità - responsabili cioè di se stessi per quanto riguarda il proprio corpo - è evidente che molti giovani, vecchi e malati mentali dovranno, «per il loro bene», essere accompagnati da altri dal medico, così che viene a mutarsi radicalmente il rapporto usuale fra cliente, oggetto e chi presta un servizio. Spesso si tenta di assimilare queste situazioni al modello dell'agente-libero, facendo in modo che il paziente sia accompagnato da qualcuno in cui si identifichi ufficialmente, un familiare che lo possa rappresentare e di cui ci si possa fidare come di un tutore che salvaguarda gli interessi del suo protetto. Forse un elemento importante è qui il fatto che la ricerca del servizio medico da parte di agenti liberi, spesso non è libera, nel senso che risulta il prodotto di un consenso, se non di una pressione, da parte del gruppo dei parenti del paziente. Si può aggiungere che quando si devono dare al paziente notizie infauste sulla sua malattia, si potrebbe trovare improvvisamente che la sua funzione di oggetto è nettamente separata da quella di cliente. Il paziente conserva la sua condizione di oggetto, ma trasferisce sottilmente a qualcuno a lui vicino il suo ruolo di cliente. A volte, non è che il malato abbia perso la sua figura sociale, ma il medico rifiuta di essere coinvolto come testimone-partecipe del responso diretto che gli conferma la perdita di ogni speranza di vita.

Il problema del tutore può illustrare il conflitto che potrebbe derivare tra ciò che il tecnico e la sua disciplina ritengono sia il miglior interesse del cliente e ciò che il cliente desidera. Questo conflitto potenziale è complicato da un altro fattore. Un esempio evidente è il caso delle malattie contagiose, dove il medico ha l'obbligo legale di proteggere sia la comunità che i propri clienti. Altri esempi di questo conflitto sono l'aborto e il trattamento di ferite da arma da fuoco non denunciate; sebbene in entrambi i casi vi sia un'illegalità, dato che spesso l'aborto viene definito non come il «migliore» interesse della persona che lo richiede, e le ferite da arma da fuoco sono curate solo se la polizia ne è contemporaneamente informata. Un terzo esempio è la vecchia restrizione nell'uso della chirurgia plastica per ragioni puramente estetiche, sebbene ciò che era messo in discussione qui non fosse tanto l'interesse della comunità, quanto la dignità e il disinteresse della professione medica stessa. Naturalmente, ci sono altri esempi come il problema del medico sovietico che si trova incerto se concedere ad un operaio quella che sarà la sua unica vacanza, anche se non sta molto male (15); la perplessità del medico americano se «fare la ricetta» per la droga ad un tossicomane inveterato.

Un altro problema dell'inserimento della medicina all'interno del modello di servizio, è che i pazienti spesso sentono di poter domandare consigli al loro medico su argomenti non tecnici, e il medico talvolta presume di disporre di una particolare competenza, che giustifichi l'accettazione da parte sua della dilatazione del suo ruolo (16). Più importante e sempre più diffuso è poi un altro problema: nonostante gli sforzi delle associazioni dei professionisti liberi, in alcuni paesi la pratica medica come sistema globale, tende ad allontanarsi dall'ideale del professionista con una clientela privata non organizzata, orientandosi verso sistemi burocratici di qualche tipo che offrono il servizio ai clienti, i quali si trovano così a disporre di una scelta di medici molto ridotta cui poter ricorrere. Questa è una seria minaccia al rapporto di servizio classico, ma non credo si conoscano ancora le conseguenze di lunga portata per il modello di servizio.

Dal punto di vista di questo mio saggio, lo sforzo più rilevante nell'applicazione dei modelli di servizio alla medicina, è riconosciuto nel complesso del laboratorio, nonostante il fatto che, in alcune occasioni, come certe operazioni chirurgiche, una camerata di persone possa essere familiarmente condotta da una moltitudine di regole dettagliate, la maggior parte delle quali sia razionalmente sistematizzata secondo considerazioni tecniche. Presentandosi come istituzioni deputate a servizi pubblici, gestiti a beneficio del genere umano, alcuni ospedali hanno apertamente operato a vantaggio dei loro proprietari ed hanno dimostrato un interesse discriminante sulle caratteristiche sociali del loro staff e dei pazienti. Analogamente, molti ospedali si occupano di programmi di insegnamento che portano a scegliere alcuni trattamenti sotto l'influenza, non soltanto dei bisogni dei pazienti, ma anche delle tecniche e delle cure per le quali l'ospedale è specializzato. Così come molti ospedali sono interessati in programmi di ricerca che, a volte, comportano un trattamento dettato non tanto dai bisogni dei degenti, quanto dalle esigenze della ricerca stessa.

Ci sono anche altre difficoltà. Come è già stato detto, il cliente troverà difficile trattare e veder trattare il suo corpo in modo impersonale e che si sorvoli sul fatto di non poterlo usare nel modo abituale, mentre lo stanno riparando. Inoltre, è sempre più riconosciuto che anche un breve soggiorno in ospedale può creare, in molti giovani, l'«ansia della separazione»; ciò che risulta implicito qui è che il laboratorio, in questi casi, non agisce come un ambiente neutro e favorevole, ma come un ambiente dannoso. Inoltre, dato che il cliente deve risiedere nel laboratorio durante la fase del trattamento attivo del ciclo di riparazione, è posto in una situazione in cui può rendersi conto delle difficoltà di assimilazione di tutto ciò che accade attorno a lui, al modello di servizio. Il fatto che il paziente riesca a fare questa assimilazione si fonda, necessariamente, sul presupposto che egli venga ingannato su certe procedure, perché parte della routine dell'ospedale non sempre è determinata da considerazioni mediche, ma da altri fattori, di solito regole per la manipolazione del paziente, emerse nell'istituzione, a vantaggio e per comodità dello staff. (Questa divergenza di regole determinate dal servizio, esiste naturalmente in ogni tipo di laboratorio, ma negli altri il cliente non è abitualmente presente per assistere a ciò che succede). Più dura il ricovero necessario in ospedale, più tende a diventare cronico il disturbo, più grande è la difficoltà del paziente di riconoscere, nell'ospedale, un servizio completamente razionale.

Nonostante queste e altre difficoltà per inglobare i servizi medici all'interno di un'istituzione ospedaliera, vi sono fattori che servono a permettere al paziente di assimilare la sua esperienza del ricovero al modello di servizio - sempre naturalmente che la degenza non sia troppo lunga. Ovviamente l'ospedale offre al paziente il beneficio di un'attrezzatura di gran valore e di strumenti specialistici di cui nessun ambulatorio medico potrebbe disporre. Inoltre, il fatto di rimanere immobili a letto è, dopotutto, ritenuto ciò che fa nella nostra società chiunque si senta male e, in alcuni casi, il paziente può sentirsi fisicamente incapace di fare qualsiasi altra cosa. Alcuni aspetti tecnici della cura medica aggiungono altri tipi di assistenza: le fratture, molti stati postoperatori richiedono, evidentemente, immobilità, come la richiedono occasionalmente gli stati postoperatori in cui risulti necessaria l'applicazione del tubo di drenaggio; alcune terapie richiedono una dieta molto

rigorosa; il lavoro di statistica e di laboratorio richiede spesso una costante disponibilità del paziente. Tutto ciò offre una giustificazione razionale alla posizione che il paziente deve assumere nell'ospedale.

Un altro fattore forza questa assimilazione dell'esperienza ospedaliera ad un modello di servizio. Durante il ricovero e la cura postospedaliera si assiste ad una frattura prodotta nell'ambiente del paziente: con una fasciatura, un'ingessatura o una parte del corpo in qualche modo impedita, si instaura un ambiente intensivamente medico; la condizione nella quale è mantenuto tutto ciò che è al di là di questa frontiera, può essere quindi razionalizzata, non sul diretto terreno della salute, quanto su una base che assicuri il mantenimento dell'ambiente interno. In questo modo, l'area nella quale si muovono le azioni mediche palesemente utili, può essere grandemente ridotta, senza mettere in pericolo la possibilità che il paziente assimili tutto ciò che gli sta accadendo al modello medico.

Queste basi di validità alle pretese di servizio fatte dagli ospedali, rendono più sicura la posizione di servizio assunta dal medico, che può muoversi solennemente, senza paura di non essere preso seriamente dai clienti o da se stesso. In una situazione di grande preoccupazione per il cliente e di fronte ad un disturbo che evidentemente non sa diagnosticare, il medico può spesso «trasferire la merce», dimostrando così di meritare il rispetto che la sua posizione comporta. Il cliente testimonia la validità di ciò che dice il medico e, attraverso questo, la validità del modello medico, adeguandosi a colui che lo sta esaminando in modo impersonale: nessuno vuole la sua malattia, nessuno la desidera, nessuno ne ha colpa. Il ricovero rimuoverà temporaneamente l'individuo dai suoi ruoli sociali, ma se sopravvive a questa prova, è probabile ritorni al posto sociale che si è lasciato alle spalle; posto che sarà tenuto scoperto e caldo per lui, attraverso l'istituzione dell'«assenza per malattia», per mezzo della quale altri comprendono l'importanza del suo allontanamento.

Sebbene l'esempio del servizio tecnico sia quello sul quale si modella la pratica medica, voglio concludere questa analisi sul modello medico notando che questo schema di servizio individuale, non è l'unico cui si adatti l'azione medica (precisazione questa precedentemente implicita nel riferimento ai medici delle compagnie di assicurazioni e nell'epidemiologia). Si devono ricordare ora altre due possibilità.

Primo: i medici possono essere impiegati non per servire un particolare individuo, ma per assicurare che un'impresa sociale coinvolgente un numero di persone, sia condotta in modo confacente ad alcuni livelli minimi di assistenza medica, essendo questi stabiliti e recentemente rafforzati da agenti che operano in nome della comunità generale. Ciò che è stato prima discusso come una limitazione alla prestazione di servizio ad un dato cliente, può diventare la funzione principale di un medico. Così, alcuni avvenimenti sportivi, come gli incontri di boxe, occupano alcuni medici come cani da guardia; come le fabbriche e le miniere sono obbligate a garantire il livello minimo di sicurezza. In questi casi si può parlare della funzione "normativa" della medicina. Ingegneri, elettricisti e architetti possono essere impiegati in modo analogo.

Secondo: i medici possono venir usati nel ruolo di "manutenzione", allo scopo di curare colui che partecipa ad una organizzazione, e ciò non per il malato in sé o a salvaguardia della comunità, ma semplicemente per elevare al massimo l'efficienza del lavoratore nei confronti dell'impresa. Le droghe somministrate agli atleti e ai cavalli ne sono un esempio: la supervisione medica alla tortura per assicurare che il prigioniero non muoia prima di aver parlato, ne è un altro; il dar da mangiare agli internati di un campo di lavoro, per mantenerli in vista dello scopo, ne è ancora un altro (17). La funzione normativa e la funzione di manutenzione si trovano spesso associate, come negli ambulatori dentistici e medici di alcune grandi organizzazioni sociali, in particolare quelle isolate come le compagnie navali e militari.

Quindi, oltre al servizio medico individuale, vi possono essere tipi diversi di organizzazioni sanitarie sociali. Nel suggerire questi altri modelli per l'attività medica, non nego che il servizio individuale ricevuto da qualche paziente non privilegiato sia, talvolta, meno adeguato - dal punto di vista del paziente - di quello ricevuto da alcuni impiegati, come parte della manutenzione e delle funzioni normative della medicina, nella loro organizzazione di lavoro.

La preoccupazione qui non è il tipo di attenzione medica che riceve l'individuo, ma piuttosto la struttura organizzativa nella quale la riceve.

6.

Ora, finalmente, si può ritornare al punto proposto dal titolo di questo lavoro: l'applicazione del modello di servizio tecnico, nella versione medica, alla psichiatria istituzionale.

La storia occidentale delle interpretazioni date a chi sembra agire in modo strano, è una storia drammatica: un patto intenzionale o involontario con il diavolo, l'essere catturati da istinti animaleschi e selvaggi, eccetera (18). In Inghilterra, nell'ultima parte del diciottesimo secolo, il mandato medico nei confronti di questi peccatori era incominciato con spirito fervido. Gli internati erano chiamati pazienti, gli infermieri venivano istruiti e si tenevano cartelle di tipo medico (19). I manicomi che erano stati ribattezzati «asili per alienati», furono chiamati ospedali psichiatrici. Un movimento analogo era incominciato in America nel 1756 nell'ospedale di Pennsylvania (20). Oggi, in Occidente, correnti diverse sostengono l'approccio «organico» al malato e quello «funzionale», ma i presupposti che sottendono entrambi i tipi di approccio confermano, analogamente, la legittimità di applicare la versione medica del modello di servizio agli internati degli asili. Per esempio, in molte comunità, il certificato medico è una richiesta legale per il ricovero psichiatrico involontario.

Quando un paziente si presenta alla prima visita di ammissione, i medici applicano immediatamente il modello di servizio medico. Qualunque siano le circostanze sociali in cui si trova il paziente, qualunque sia la natura particolare del suo disturbo, può essere trattato in questo contesto come qualcuno il cui problema può essere avvicinato, se non risolto, attraverso un'unica visuale tecnico-psichiatrica. Che un paziente differisca da un altro per sesso, età, gruppo sociale, stato civile, religione o classe, si può appena prendere in considerazione il fatto, per ridurlo in modo da poter applicare la teoria psichiatrica generale e scoprire temi universali dietro alla superficialità delle differenze esterne nella vita sociale. Come chiunque nel sistema sociale può avere un'appendice infiammata, così chiunque può manifestare una delle fondamentali sindromi psichiatriche. Ma la cortesia professionale uniforme mostrata ai pazienti, è in contrasto con la possibilità di applicare uniformemente la dottrina psichiatrica.

Vi sono certamente casi di disturbi mentali (legati a tumori cerebrali, paresi, arteriosclerosi, meningiti eccetera) che sembrano adattarsi perfettamente alle richieste del modello di servizio: un raro evento, distribuito a caso, attacca il funzionamento mentale del paziente, senza che nessuno lo sappia e senza che nessuno ne abbia colpa. Dopo un certo tempo, egli e/o altri sentono che c'è «qualcosa che non va». Attraverso una serie di riferimenti il presunto malato è portato, volontariamente o involontariamente, all'attenzione degli psichiatri. Essi raccolgono informazioni, fanno osservazioni, formulano una diagnosi, una prescrizione e suggeriscono untrattamento. Il paziente quindi migliora o si controlla il corso della sua patologia o (così come succede nelle «reazioni organiche») la malattia segue il suo corso lento e inevitabile, concludendosi con la morte del malato o la sua riduzione ad uno stato incurabile di semplice funzionamento vegetativo. Nei casi più favorevoli, in cui il paziente può beneficiare della cura, è probabile egli dia un nuovo valore alle sue passate esperienze, così da riconoscere che il servizio psichiatrico è stato fatto nel suo interesse e che l'avrebbe scelto volontariamente se avesse saputo che cos'era che non andava, e che cosa si sarebbe potuto fare. Ogni cosa finisce bene dopo (21), e, se non finisce bene, finisce almeno pulitamente. In alcuni ospedali psichiatrici si possono trovare le cartelle cliniche catalogate nei corridoi degli edifici medico-chirurgici che forniscono, di ogni caso, il profilo dei primi segni sociali di malattia (il prodromo), i sintomi, la documentazione della loro mancata esatta valutazione, la descrizione del comportamento del paziente mentre era ammalato, e i riferimenti di ciò che è stato trovato nell'autopsia e che confermano l'esattezza della diagnosi e del trattamento. Il cattivo comportamento sociale e la patologia organica visibile, sono associate per confermare esattamente l'applicabilità del modello medico.

Mentre alcuni casi psichiatrici possono essere affrontati all'interno dell'area stabilita dal modello medico, ci sono evidenti fonti di difficoltà per ciò che riguarda la più vasta categoria dei pazienti mentali, quelli cioè affetti dalle cosiddette «psicosi funzionali». Molte di queste difficoltà sono state descritte nella letteratura e sono ben note in psichiatria. Vorrei qui rivederle brevemente, incominciando con i tipi secondari, per arrivare a quelli più fondamentali.

Un esempio sul problema dell'applicabilità del modello di servizio alla psichiatria istituzionale, è evidente nel fatto che parte del mandato ufficiale dell'ospedale psichiatrico di stato è di proteggere la comunità dal pericolo e dal fastidio che comportano certi tipi di comportamento anomalo. Secondo la legge e le pressioni pubbliche cui l'ospedale psichiatrico è sensibile, la sua funzione è prettamente custodialistica. All'interno dell'istituzione, tuttavia, i riferimenti a questa sua funzione sono relativamente espliciti, dato che il punto focale è centrato sui servizi di tipo medico-terapeutico che l'ospedale fornisce ai pazienti. Se consideriamo i malati mentali come persone con le quali altri hanno avuto particolari problemi, allora può risultare comprensibile il ruolo custodialistico dell'ospedale (molto vicino al ruolo custodialistico delle carceri) ed i più lo riterrebbero giustificabile; il fatto è, tuttavia, che un servizio a beneficio dei parenti del paziente o dei vicini o del datore di lavoro, non è necessariamente un servizio a beneficio dell'intera comunità (qualunque essa sia); e un servizio a beneficio di chiunque di questi non è necessariamente un servizio, in particolare non è un servizio medico a beneficio dell'internato. Al posto di chi presta un servizio ed di colui che lo riceve, si trova qui un governatore e un governato, un funzionario e quelli che sono a lui sottoposti (22).

Durante il ricovero è probabile che il paziente passi dalla giurisdizione di un medico ad un altro, ma questo passaggio non è il risultato di un sistema di riferimenti nel quale il medico suggerisce di rivolgersi ad un altro tecnico e il paziente, spontaneamente, ne segue il consiglio; il paziente passerà dalla giurisdizione di un medico ad un altro semplicemente a causa dei turni giornalieri e settimanali, e per la frequenza con la quale i pazienti sono spostati da un reparto all'altro, e lo staff medico da un dipartimento all'altro. Essendo membri della medesima organizzazione, il paziente e il medico sono entrambi soggetti a decisioni che non vengono prese pensando ai loro diretti destinatari (23).

Inoltre, dobbiamo vedere l'ospedale psichiatrico, nel recente contesto storico nel quale si è sviluppato, come un'istituzione in una rete di altre istituzioni, deputate a fornire una residenza a diverse categorie di persone socialmente indesiderate. Queste istituzioni comprendono case di cura, ospedali generali, case per anziani, prigioni, cliniche geriatriche, case per mentalmente ritardati, fattorie di lavoro, orfanotrofi e case di ricovero. Ogni ospedale di stato ha una frazione notevole di pazienti che potrebbero benissimo essere ospitati in una di queste altre istituzioni (come altre istituzioni ospitano alcuni internati che potrebbero meglio essere ricoverati in un ospedale psichiatrico), ma che devono rimanervi perché non è possibile trovare posto, o non si può fornirlo altrove. Ogni volta che l'ospedale psichiatrico funziona come il punto di arrivo in mezzo a questa rete di altre istituzioni, per far fronte agli elementi di disturbo sociale, il modello di servizio è rinnegato. Tutto ciò che riguarda il reclutamento dei pazienti fa parte di quello che lo staff deve controllare, razionalizzare e rendere plausibile nel luogo dove presta il suo servizio.

Uno dei problemi più toccanti nell'applicazione del modello di servizio all'ospedalizzazione psichiatrica, ha a che fare, in America, con il carattere, per la maggior parte coatto, del ricovero in ospedale psichiatrico. Come nel caso di cure mediche richieste da persone molto giovani e molto vecchie, c'è qui il tentativo di usare il principio di custodia e di associare l'azione intrapresa da un parente, all'azione intrapresa dal paziente stesso. E' vero che trattando i giovani e i vecchi come irresponsabili non ci sembra di essere incoerenti o di alterare i rapporti che conserviamo con loro. Ma, sebbene alcuni pazienti coatti arrivino a vedere gli errori della loro resistenza al ricovero, in generale il risentimento del paziente che vi si oppone sembra perdurare. E' probabile che egli avverta di essere stato instradato su un binario, verso

l'ospedale, con l'aiuto o almeno il consenso delle persone più vicine a lui. Mentre di solito l'incontro con il tecnico può confermare la fiducia dell'individuo nella razionalità e nella buona volontà della società in cui vive, un incontro con gli psichiatri ospedalieri è probabile abbia un effetto alienante.

Il paziente non è il solo, sembra, a rifiutare di vedere il suo problema semplicemente come un tipo di malattia che deve essere curata e quindi dimenticata. Una volta risulti che egli è stato in ospedale psichiatrico, la maggior parte del pubblico, sia formalmente - in termini di riduzione di impiego - che informalmente - in termini del trattamento quotidiano generale - lo considera una persona da respingere; gli si mette addosso uno stigma (24). E' lo stesso ospedale a riconoscere, implicitamente, che il disturbo mentale è una vergogna; per esempio, molti ospedali forniscono un indirizzo postale cifrato, in modo che i pazienti possano spedire e ricevere posta senza che la loro condizione risulti reclamizzata sulla busta. Sebbene l'estensione della stigmatizzazione stia diminuendo in alcune zone, si tratta di un fattore fondamentale nella vita dell'ex paziente. Diversamente da ciò che succede in molte ospedalizzazioni mediche, la durata del ricovero nell'ospedale psichiatrico è troppo lunga, e l'effetto è troppo stigmatizzante per permettere all'individuo un facile ritorno al posto sociale dal quale proveniva (25). In risposta alla stigmatizzazione e al sentimento di privazione che si verifica al momento dell'ingresso in ospedale, l'internato sviluppa di frequente qualche alienazione nei confronti della società civile, che si esprime talvolta nel rifiuto di lasciare l'ospedale. Questa alienazione può svilupparsi senza alcun rapporto con il tipo di disturbo per il quale il paziente è stato ricoverato, il che costituisce un aspetto laterale dell'ospedalizzazione che frequentemente ha maggior significato per il paziente e per il suo processo personale, di quanto lo abbiano le sue difficoltà originarie. Qui ci troviamo di nuovo di fronte a qualcosa che non si adatta al modello di servizio (26).

Un'altra difficoltà sta nella natura stessa della scienza psichiatrica. E' da dire che il presupposto corrente, riguardo agli psicotici funzionali, è che il paziente abbia sviluppato modalità colpevoli di rapporto e che abbia bisogno di impegnarsi in esperienze terapeutico-educative per correggere i modelli cui si riferisce. Ma la capacità di offrire ad un paziente queste esperienze, non coincide con l'abilità tecnica, né può essere direttamente insegnata come si insegna una tecnica. Inoltre, questa particolare abilità di cui lo staff dovrebbe disporre, non può essere distribuita nella gerarchia dei diversi gradi di abilità tecnica, come accade in altre istituzioni di servizio, dove il personale altamente specializzato esegue brevi compiti molto importanti, mentre il personale meno qualificato compie un lavoro di routine preparatorio, o garantisce semplicemente che l'ambiente sia ben tenuto. Un sorvegliante di reparto, spesso, sembra tanto ben preparato ad offrire un «buon» rapporto ad un paziente, quanto uno psichiatra altamente specializzato; ma che il suo contributo sia buono o cattivo, egli si troverà in contatto continuo con il paziente, invece di avere un contatto intermittente come quello dello psichiatra (27). Gli inservienti che preparano il paziente ad incontrare il medico, si presume siano in grado di agire, attraverso questi preparativi, circa quanto l'intervento dello psichiatra nella sua qualità di psichiatra; dato che il terreno dei rapporti sociali diretti è tale che ciascun partecipante al gioco può ugualmente portare ed usare lo scalpello. Questo succede anche se le amministrazioni ospedaliere che operano all'interno del modello medico, riconoscono agli psichiatri il diritto di prendere decisioni cruciali su ciò che si deve fare del paziente.

Un altro punto è tentare di enfatizzare il fatto che risulta evidente, un po' dovunque, una scarsa abilità psichiatrica, e che dove c'è una certa abilità, non sempre coincide con la suddivisione gerarchica dello staff; l'usuale cautela o la «specificità funzionale» di colui che presta un servizio, è apertamente negata nel servizio psichiatrico. Tutte le azioni dei pazienti, i sentimenti e i pensieri - il passato, il presente e il futuro - sono ufficialmente usabili dal terapeuta nella diagnosi e nella prescrizione. Le interpretazioni correnti sul carattere psicogenetico di molti disturbi fisici, includono nel terreno psichiatrico anche disturbi che sarebbero, altrimenti, di pertinenza della medicina generale, con il risultato che lo psichiatra può veramente dichiarare

di curare l'«intera persona» (28). L'organizzazione dei servizi ausiliari all'interno dell'ospedale - internisti, psicologi, neuropsicologi, assistenti sociali, infermieri - testimonia il vasto mandato dello psichiatra, informandolo che lui solo gode del diritto ufficiale di occuparsi dell'intero organismo del paziente. Tutto ciò che riguarda il paziente riguarda quindi lo psichiatra; niente dovrebbe essere da lui tralasciato, come non pertinente il suo lavoro. Nessun altro tecnico che disponga di un sistema di «riparazione» sembra arrogarsi questo tipo di ruolo.

In corrispondenza al vasto mandato diagnostico dello psichiatra, ce n'è uno altrettanto vasto di carattere descrittivo. Le istituzioni carcerarie agiscono sulla possibilità di definire quasi tutti i diritti e i doveri degli internati. Ma qualcuno qui si trova nella posizione di incombere fatalmente su qualsiasi cosa l'internato riesca ad ottenere, e su qualsiasi cosa di cui l'internato venga privato, e questa persona è, ufficialmente, lo psichiatra. Lo psichiatra non ha bisogno di esercitare questo diritto in accordo con le regole burocratiche generali, come dovrebbe fare qualsiasi membro del servizio civile o militare. Quasi tutti gli ordinamenti ai quali il paziente viene legato nel ciclo giornaliero, possono essere modificati a volontà dallo psichiatra, purché vi sia una spiegazione psichiatrica che lo giustifichi.

E' di nuovo evidente che il ruolo dello psichiatra è unico fra i tecnici, in quanto a nessun altro è riconosciuto un tale potere.

Nel discutere il modello medico nell'ospedale generale, si era detto che le condizioni di vita ospedaliere, possono essere divise in una sfera interna ed una esterna: la sfera interna contiene l'area disturbata dell'organismo in condizioni di controllo medico adatto, rispondenti allo stato del disturbo; la sfera esterna si occupa più grossolanamente dell'alloggiamento per la sfera interna. Negli ospedali psichiatrici talvolta si può mantenere questa distinzione fra l'ambiente terapeutico e quello di tipo custodialistico. Dove vengono praticati interventi medici (come opposti a quelli psicologici) vi possono essere alcuni tentativi di somministrare la cura in condizioni di stretto controllo, lasciando però che il tempo che intercorre fra un trattamento e l'altro sia condotto con minore rigore medico. Vi sono casi, come quelli di pazienti suicidi o omicidi, dove l'intero ciclo giornaliero è rigorosamente determinato e costituisce una sfera interna di controllo medico, intimamente adattata alle circostanze; in questo caso le condizioni di vita possono essere assimilate alla cura. Analogamente, per i pazienti ad uno stadio avanzato di deterioramento neuro-fisiologico, le condizioni dei reparti per regrediti, sembrano perfettamente adatte alle capacità dell'organismo: il fatto che il paziente sieda tutto il giorno nello stesso posto, con un'espressione vuota sulla faccia fa, in certa misura, parte inevitabile ed irrimediabile del suo stato.

Ma durante le precedenti fasi di deterioramento cerebrale, e durante la maggior parte del decorso di alcuni disturbi organici, come l'epilessia, l'assoluta assicurazione che si tratti di una sindrome organica non è, in alcun modo, in diretta relazione con le condizioni di vita accordate al paziente nell'ospedale. Per quanto siano senza speranza le condizioni di un paziente, sono relativamente pochi i malati così deteriorati, per i quali la vita dei reparti per regrediti sia da ritenersi il preciso riflesso o la risposta alle loro capacità. Non ci sono accordi, attualmente, su quanto «normale» dovrebbe essere il tipo di vita organizzata. La diagnosi può, quindi, essere medica, mentre il trattamento non lo è, dato che il paziente è trattato semplicemente con il tipo di vita adatto - in generale - a questo tipo di pazienti. Quando ci si riferisce a dei casi funzionali, la vita di reparto cessa di essere la risposta tecnica alle loro capacità, così come il riposo a letto è l'espressione dello stato fisico di un paziente appena operato. E tuttavia, come vedremo, lo staff dell'ospedale psichiatrico deduce che le condizioni di vita dei pazienti sono l'espressione delle loro capacità e della loro organizzazione personale e, insieme, la risposta medica ad esse.

Ora voglio accennare al fatto che, paragonato ad un ospedale generale o ad un garage, un ospedale psichiatrico si rivela male attrezzato per essere un posto dove si attui il ciclo classico di riparazione. Negli ospedali psichiatrici di stato e in gran parte delle cliniche private o dei ricoveri per anziani, l'opportunità per osservare il paziente ci sarebbe, ma lo staff è spesso troppo

occupato per registrare qualcosa oltre gli atti di disobbedienza. D'altra parte, anche quando ci sarebbe tempo per questo tipo di lavoro, il comportamento del paziente nel reparto può difficilmente essere preso come esempio della sua condotta esterna: un comportamento ritenuto inaccettabile fuori, qui non si verifica (soprattutto quando questo comportamento sia una reazione a persone non amate, nell'ambiente familiare del paziente), mentre vengono a sovrapporsi, a quelle precedenti, altre forme di comportamento anomalo che si verificano in risposta alla situazione in cui l'internato è costretto. Si assiste qui ad una sorta di rifrazione del comportamento, dove le mura dell'istituto agiscono come un prisma che ingrandisce e colpevolizza. Ammenocché non si dimostri la validità del fatto di sottoporre ad un esame persone che si trovano in questa particolare condizione di stress, il reparto sembrerebbe il posto meno indicato perché il tecnico vi possa fare le sue osservazioni.

Analogamente, anche quando si fanno consulti diagnostici su un caso, lo scopo di questi incontri può vertere nell'accordarsi con quale etichetta fra quelle legalmente richieste si vorrà incasellarlo; in tal modo le fasi di questi incontri possono avere poco a che fare con la presenza o l'assenza di una serie di dati su cui lavorare.

Ciò che è reale circa le difficoltà di formulare una diagnosi negli ospedali psichiatrici, è ancor più reale per ciò che riguarda la cura. Come ho già detto, il problema di ammorbidire la disposizione del paziente verso il mondo, è confuso ed esacerbato dal problema di ammorbidirne la disposizione verso il ricovero coatto. In ogni caso è probabile che la cura prestata negli ospedali psichiatrici non sia specifica per il particolare tipo di disturbo di cui soffre il paziente, così come, di solito, accade in un ospedale generale, in un garage o in un negozio di riparazioni radio; se viene fatta una cura, si tratta di un ciclo di terapie che tende ad essere distribuito uniformemente ad un'intera classe di pazienti, dove la tecnica medica viene usata più per individuare se vi siano controindicazioni al trattamento generale, che per trovare le indicazioni esatte.

Contemporaneamente, la vita del paziente è regolata e ordinata secondo un sistema disciplinare, sviluppato per la conduzione di un largo numero di pazienti coatti, da parte di un piccolo staff. In questo sistema è probabile che il sorvegliante si trovi ad essere il personaggio chiave dello staff, dato che è lui ad informare il paziente delle punizioni e dei premi che regolano la sua vita, promuovendo l'autorizzazione medica alla concessione di privilegi e punizioni. Un comportamento tranquillo ed obbediente porta il paziente un passo avanti nel sistema del reparto; un comportamento cattivo e disordinato, ad una retrocessione. E' abbastanza interessante il fatto che, quando il paziente si rivela desideroso di migliorare il proprio comportamento sociale, è probabile che il sorvegliante lo porti all'attenzione del medico, come degno di considerazione e capace di trarne profitto; così - come ha detto Ivan Belknap - il paziente riceve attenzione medica quando ne ha meno bisogno (29).

E' difficile che il paziente riesca a vedere sotto il profilo del modello medico il periodo passato in ospedale psichiatrico. Una lamentela generale è: «Non mi fanno niente. Mi lasciano qui a sedere». E, in corrispondenza a queste difficoltà, c'è il fatto che la cura psichiatrica ufficiale per i disturbi funzionali non offre, in sé, una probabilità di successo, tale da giustificare la pratica della psichiatria istituzionale come servizio professionale specialistico, come è stato qui definito; soprattutto finché la probabilità che il ricovero danneggi le possibilità di vita dell'individuo sia, come si è già detto, reale e frequente.

Il problema, tuttavia, non è semplicemente quello della scarsa probabilità di successo di un servizio, ma in alcuni casi si tratta, in primo luogo, della validità di applicare l'intero sistema di riferimenti di quel servizio. Primo, dobbiamo vedere se è possibile la distinzione dell'entità con cui il disturbo si manifesta. E' vero che, in casi di natura organica, il paziente racchiude in sé il mondo nel quale possono essere apportate, se possibile, alcune riparazioni. Ma questo non è il caso delle psicosi funzionali. Finché il comportamento sintomatico del paziente è ritenuto espressione della sua situazione interpersonale, il tecnico dovrebbe trasportare la situazione globale del paziente in ospedale, per osservare le difficoltà e curarle. Al posto di un ambiente relativamente favorevole e passivo e un punto isolato in cui si

evidenzia un disturbo, l'apparenza e la sostanza delle usuali concezioni di servizio si fondono in un'unica realtà, dato che l'ambiente interpersonale del paziente risulta inseparabile dal disturbo di cui soffre. Teoricamente, naturalmente, un piccolo scambio terapeutico potrebbe avere sul paziente un effetto benefico, dilatabile anche al suo ambiente una volta che vi faccia ritorno; ma, in pratica, il paziente è di solito restituito, quando viene dimesso, al sistema del quale la sua reazione psicotica era una parte naturale. C'è ancora un punto fondamentale da esaminare, che consiste nell'applicabilità del concetto di «patologia». Di solito la patologia che per prima porta l'attenzione sulla condizione del paziente, è una condotta «inappropriata alla situazione». Ma il fatto di stabilire se un dato atto sia appropriato o inappropriato, è spesso il risultato di una decisione presa da parte di profani, semplicemente perché non si dispone di una mappa tecnica delle diverse culture di comportamento nella nostra società, se se ne tralasciano i modelli prevalenti in ognuna di esse. Le decisioni diagnostiche, una volta eccettuati i sintomi estremi, possono diventare etnocentriche, poiché il tecnico giudica dal punto di vista della sua cultura la condotta di individui che può essere giudicata, in realtà, soltanto dalla prospettiva del gruppo dal quale derivano. Inoltre, dato che il comportamento inappropriato è di solito il comportamento che a qualcuno non piace e che ritiene estremamente fastidioso, le decisioni in merito tendono ad avere un carattere politico, nel senso che esprimono gli interessi particolari di una data fazione particolare, o di una data persona, anziché un tipo di interessi che possa essere definito come al di sopra di ciò che riguarda ogni particolarità di gruppo, come nel caso della patologia fisica (30). Per il paziente, l'applicazione del concetto di patologia al comportamento, può avere effetti che risultano incompatibili con l'ideale di servizio. Finché sente di aver agito in modo non appropriato, vede ancora la sua azione come parte del normale mondo sociale dell'intenzionalità, della responsabilità e della colpa - molto simile a com'era nel momento in cui la sua condotta è stata percepita da qualcuno come fastidiosa. Avere il proprio comportamento definito come involontario, non responsabile e non incolpabile può risultare utile, in alcuni casi; ma la cosa, non di meno, comporta uno schema tecnico e non uno schema sociale e, teoricamente, dovrebbe squalificare il paziente da qualsiasi partecipazione al rapporto di servizio, mentre lo qualifica come un oggetto di servizio. La descrizione di Szasz può essere qui citata:

"Più precisamente, secondo la definizione del senso comune, la salute mentale è la possibilità di giocare qualsiasi gioco in cui possa consistere il vivere sociale, e di giocarlo bene. Al contrario, rifiutarsi di giocarlo, o giocarlo male, significa che la persona è mentalmente malata. Il problema che può sorgere è quali possano essere le differenze, se ce ne sono, fra ciò che è il non conformismo sociale (o la devianza) e la malattia mentale. Lasciando da parte per il momento le considerazioni psichiatriche tecniche, sostengo che la differenza fra queste due nozioni - espresse per esempio nelle frasi «Ha torto» e «E' malato di mente» - non sta necessariamente in qualsiasi <fatto> osservabile su cui si punti l'attenzione, ma può consistere solo nella differenza delle nostre <attitudini> verso il soggetto con cui ci rapportiamo. Se lo prendiamo <seriamente>, riteniamo che egli goda di diritti umani e di dignità e lo consideriamo più o meno un nostro uguale - in questo caso si parla di disaccordo, devianze, lotte, crimini, forse anche di tradimento. Ma se sentiamo che non possiamo comunicare con lui, che è in qualche modo «fondamentalmente» diverso da noi, saremo inclini a considerarlo non più un uguale, ma un inferiore (raramente un superiore) e allora si parlerà di lui come di un matto, di un pazzo, di un malato, di uno psicotico, un immaturo e così via" (31).

Non dobbiamo, tuttavia, sopravvalutare questo problema perché, di fatto, non c'è nell'ospedale psichiatrico un grande pericolo di trovare i propri atti uniformemente definiti, in un sistema di referenze tecniche neutrali. In medicina è possibile agire come se non ci fossero streptococchi giusti o sbagliati, ma semplicemente pericolosi. In psichiatria c'è un tentativo formale di agire, come se il trattamento fosse il punto cruciale e non un giudizio morale, ma la cosa non è abitualmente mantenuta. La neutralità etica è difficile

da sostenere in psichiatria, perché il disturbo del paziente è intrinsecamente rapportato al suo agire, in un modo che offende coloro che ne sono testimoni. Inoltre, la modalità usuale di far fronte a questo tipo di offese, nella nostra società, è applicare le sanzioni all'offensore in modo da correggerlo. La nostra società opera su questo presupposto in ogni aspetto e dettaglio della vita, e senza un equivalente funzionale, è difficile vedere come potremmo mantenere un ordine sociale al di fuori di questo sistema.

E' quindi comprensibile come, anche le occasioni messe in evidenza per dimostrare come la psicoterapia professionale non moralistica stia prendendo piede nell'istituzione, saranno pervase da una prospettiva moralistica, seppur modificata. Ed è quindi logico che gran parte della psicoterapia consista nel far vedere al paziente i suoi peccati, mettendolo nella condizione di individuare l'errore del suo comportamento. Del resto, non vedo come potrebbe o dovrebbe essere diversamente. Il punto interessante qui è che lo staff psichiatrico si trova in una posizione in cui non può dimenticare la finzione di neutralità, né può sostenerla veramente.

Quando è applicato all'ospedale psichiatrico, il modello di servizio porta ad un'ambivalenza particolare nell'azione dello staff. L'ideologia psichiatrica richiede una neutralità etica nel trattamento dei pazienti, perché ciò che gli altri giudicano come un cattivo comportamento, dovrebbe essere visto dallo staff come un comportamento patologico. Anche la legge sottoscrive questa posizione, dato che un paziente mentale gode del privilegio di commettere crimini, senza dover affrontare un'azione legale. E tuttavia nella condizione reale dei pazienti, l'ideale della buona condotta è sostenuto come desiderabile, le infrazioni sono punite ed il paziente è trattato come persona «responsabile», capace cioè di uno sforzo personale per comportarsi bene. Lo staff psichiatrico divide con i poliziotti lo strano compito professionale di educare e moralizzare gli adulti; la necessità di sottomettersi a queste lezioni è una delle conseguenze del fatto di aver commesso atti contro l'ordine sociale della comunità.

7.

Date queste interpretazioni a giustificazione del fatto che al paziente mentale non viene offerto un servizio tecnico, o comunque che il concetto di servizio tecnico non viene applicato alla condizione del paziente mentale, si possono dedurre alcune difficoltà nell'interazione fra psichiatra istituzionale e paziente; difficoltà che sono un prodotto necessario e naturale del ricovero in ospedale psichiatrico. La preparazione dello psichiatra, il suo orientamento e la sua condizione gli impediscono di avvicinare un paziente mentale civilmente, come per offrire un servizio tecnico ad un cliente che lo ha spontaneamente richiesto. Lo psichiatra si aspetta che il paziente domandi un trattamento e abbia una mente tanto lucida - anche se non qualificata - da venire a chiedere assistenza a coloro i quali sono al suo servizio. L'istituzione, in ogni occasione, conferma questo servizio attraverso la terminologia usata, le uniformi indossate e il modo di trattare.

Tuttavia, se lo psichiatra deve considerare le parole del paziente come un valore nominale dei suoi sintomi, così come accade nel servizio medico, allora il paziente deve voler rispondere in un modo particolare: una contrita ammissione di malattia, constatata in termini modestamente non tecnici, e un desiderio sinceramente espresso di sottostare ad un cambiamento di sé, attraverso il trattamento psichiatrico. In breve, il paziente dovrebbe seguire una linea psichiatrica, se si vuole riconoscere lo psichiatra come un tecnico medico.

Ma la probabilità che un paziente segua la linea psichiatrica, non è grande. Potrebbe non aver mai avuto l'occasione di rendersi conto di non essere un cliente che si cura volontariamente, e risentire quindi della sua condizione. Egli vede lo psichiatra come una persona che ha del potere. E' probabile gli faccia quel tipo di domande e di richieste e prenda quel tipo di posizioni che fanno slittare il rapporto dallo schema di servizio; per esempio far chiedere al proprio padrone la concessione di maggiori privilegi, oppure un detenuto potrebbe presentare rimostranze verso un carceriere che abusa del proprio potere, o un uomo orgoglioso rifiutare di aver rapporti con qualcuno che lo reputa pazzo.

Se lo psichiatra prende seriamente queste lamentele, il rapporto cessa di essere quello per il quale è stato preparato. Per difendere il suo ruolo professionale e l'istituzione che lo paga, lo psichiatra è costretto a rispondere, trattando questi sfoghi non come informazioni utili, ma come segni della malattia stessa, da usarsi come informazioni dirette (32). Ma considerare ciò che dice il paziente come segno, e non come riferimento di sintomi validi, significa, negare che egli sia - insieme - un polo, così come un oggetto del rapporto di servizio. Lo psichiatra e il paziente sono destinati, dal contesto istituzionale, ad una relazione falsa e difficile e sono costretti ad un rapporto che la esprimerà; lo psichiatra deve estendere la civiltà del servizio dalla posizione di colui che lo presta, ma non può continuare in quella posizione più di quanto il paziente non possa accettarla. Ciascun polo della relazione è destinato a cercare l'altro, per offrire ciò che l'altro non può accettare, e ciascuno è destinato a rifiutare ciò che l'altro offre. In molte istituzioni psichiatriche si può evidenziare quello che appare come l'incontro cruciale fra paziente e psichiatra: lo psichiatra incomincia il rapporto, offrendo al paziente i riguardi civili dovuti ad un cliente, e riceve una risposta che non può essere integrata nell'interazione del servizio convenzionale: quindi, anche mentre tenta di sostenere alcune forme esterne del rapporto tecnico-cliente, deve studiare il modo di uscire dalla situazione. Lo staff psichiatrico sembra dunque costantemente occupato nel ritirarsi dalle proposte implicite nel suo ruolo.

8.

Nell'analizzare l'applicazione del modello di servizio tecnico ad attività diverse, avevo accennato a qualche difficoltà e tensione, ed avevo arguito che anche il servizio psichiatrico istituzionale dovesse affrontare un insieme molto vasto di problemi analoghi. Questa situazione in sé non è degna di nota; ci sono molti servizi «tecnici» che soddisfano anche meno di quanto la psichiatria non soddisfi le richieste del modello secondo cui si presenta, anche se pochi servizi coinvolgono tanti clienti così duramente provati. Ciò che risulta analiticamente interessante nel caso dell'ospedale psichiatrico, è che i medici sono coinvolti, così come lo sono i malati coatti. I medici, nella nostra società, sono esempi del servizio razionale di riparazione e, di solito, viene concesso di investire le loro prestazioni di grande dignità e importanza. Avendo impegnato tempo e denaro per ottenere il ruolo professionale medico, e dato che ritengono che la loro attività giornaliera li sostenga nel ruolo ottenuto con la loro preparazione, è comprensibile che si sentano obbligati a mantenere un approccio medico e la versione medica del modello di servizio. La società sembra sostenerli in questo, poiché tutti siamo contenti di sapere che coloro che esiliamo nei manicomi, stanno ricevendo una cura sotto controllo medico, e non una punizione. Contemporaneamente, il ricovero involontario (e spesso anche quello volontario) comporta, di solito, una condizione di vita realmente misera e desolata, che genera spesso una ostilità prolungata verso chi la determina. La limitata applicabilità del modello medico agli ospedali psichiatrici unisce, da una parte, un medico che non può permettersi di interpretare la sua attività se non in termini medici, e dall'altra un paziente che può sentire di dover combattere e odiare chi lo custodisce, se vuole dare un significato alla durezza cui è sottoposto. Gli ospedali psichiatrici istituzionalizzano un tipo grottesco di rapporto di servizio.

I medici e gli internati si trovano in un sistema istituzionale difficile, ma i primi, avendo nelle mani il controllo della situazione, hanno una maggiore opportunità di sviluppare alcuni meccanismi per farle fronte. La loro risposta ci fornisce, non solo un aspetto importante della vita ospedaliera, ma anche l'esempio di casi di interazione tra modelli sociali - quello del tecnico e delle istituzioni sociali con le quali c'è un tentativo di istituzionalizzare un'identità di ruolo.

Ci sono alcune caratteristiche della situazione ospedaliera che aiutano lo psichiatra nelle difficoltà dategli dal ruolo. Il mandato legale del medico sul destino del paziente, e il suo potere istituzionale su alcuni elementi dello staff, gli forniscono automaticamente l'autorità che altri tecnici sono invece costretti, in parte, a conquistare attraverso un'interazione reale con il cliente. Inoltre, mentre la scienza psichiatrica spesso non consente allo psichiatra di prevedere esattamente il comportamento del paziente, la stessa

ignoranza gli fornisce una scappatoia interpretativa: aggiungendo alla sua analisi "post hoc" riserve e presentimenti, lo psichiatra può ottenere un quadro di ciò che sta accadendo che può essere più smentito che provato, come quando un'esplosione psicotica imprevista dà l'avvio all'interpretazione secondo la quale il paziente si sente ora abbastanza sicuro e forte da esprimere la sua psicosi. A quest'autorità che non può essere screditata, lo psichiatra aggiunge la forza derivatagli dalla tradizione medica, dall'«esperienza clinica». Attraverso questa qualità magica, alla persona formalmente qualificata, con una maggiore esperienza su casi del genere di quello in esame, è accordata la parola finale quando c'è un dubbio o un'incertezza, dato che si tratta del medico di più alto livello cui si possa ricorrere.

Lo psichiatra, avendo una preparazione medica, può fornire i pazienti di servizi medici minori, rimettendo i casi più difficili all'ospedale generale. Questa funzione normativa (caratteristica, come ho già detto, di ciò che si fa sotto le armi, su una nave, in una fabbrica, o dovunque sia riunito un gran numero di persone per contribuire ad un fine amministrativo) invece di essere considerata un servizio ausiliario di tipo interno, è assimilata al funzionamento centrale dell'istituto, confermando così la base concreta dell'idea che i pazienti mentali ricevano, negli ospedali psichiatrici, trattamenti quasi medici. E' abbastanza interessante il fatto che gli ospedali psichiatrici di stato a volte siano così scarsi di personale che lo staff medico può passare la giornata dedicandosi a riparazioni mediche minori sui pazienti, così da dover applicare trattamenti psichiatrici - nella misura in cui li applicano - a scapito delle cure mediche necessarie.

Un modo evidente per lo psichiatra di risolvere il problema del suo ruolo è quello di lasciare l'ospedale psichiatrico di stato appena può, dichiarando spesso di andarsene per trovare un posto dove «sia realmente possibile fare della psichiatria». Allora può trasferirsi, specialmente per l'ultimo anno o due del suo internato obbligatorio, in una clinica privata ad indirizzo, forse, psicoanalitico, dove ci sarà un tipo di approccio al paziente simile a quello della pratica privata e dove un maggior numero di pazienti entrano volontariamente e risultano adatti alla psicoterapia. Da questa clinica (o direttamente dall'ospedale di stato) lo psichiatra può passare alla pratica privata, un tipo di organizzazione che non gli consentirà di estendere la sua abilità a molti pazienti, ma gli garantirà che l'attività è condotta in conformità al complesso di servizio: uno studio, una segretaria, gli appuntamenti, il paziente che si presenta volontariamente alla consultazione, il semplice controllo sulla diagnosi e il trattamento, e così via (33). Qualunque sia il motivo, questo ciclo a due o tre fasi, risulta abbastanza comune, da costituire uno schema standard della carriera dello psichiatra.

Nel caso lo psichiatra non possa o non voglia andarsene dall'ospedale psichiatrico di stato, ci sono allora pronte per lui alcune altre possibilità. Egli potrebbe ridefinire il suo ruolo da quello di tecnico a quello di saggio governatore, accettando cioè l'aspetto custodialistico dell'istituzione, e dedicandosi a raddolcirne la conduzione. Può riconoscere l'impossibilità di applicare la terapia individuale nella situazione, e orientarsi verso terapie sociali più nuove, tentando di coinvolgere i parenti del paziente nella psicoterapia (con il presupposto che il disturbo risieda nel sistema familiare) (34), o tentando di allargare la terapia al complesso dei contatti giornalieri del paziente con tutti i livelli dello staff (35). Può limitarsi alla ricerca scientifica. Può ridurre il più possibile il contatto con i degenti, dedicandosi alla pubblicazione di lavori, o alla psicoterapia con i livelli meno qualificati dello staff, o con un piccolo numero di pazienti «promettenti». Può fare un serio tentativo per informare i pazienti di quanto poco egli sappia, ma questo tipo di sincerità sembra destinato a fallire, perché il ruolo medico è definito diversamente nella nostra società, e perché il potere di cui lo psichiatra gode sul paziente, non è rapidamente inteso come qualcosa che possa essere stato dato a chiunque ne sappia così poco (36). Qualche volta lo psichiatra diventa «l'uomo dei pazienti», nel senso che si accorda con i loro reclami su ciò che l'istituzione sta facendo di loro, criticando apertamente con loro l'istituzione. Se non assume una di queste linee, può - alla fine - diventare cinico circa il suo ruolo nell'ospedale, accontentandosi di proteggere se stesso, se non può proteggere i suoi pazienti (37).

Oltre a questi modi di adattamento che comportano allineamenti di carriera, si riscontrano adattamenti di tipi più diffusi, e più ideologici cui partecipano alcuni livelli dello staff. E' come se il dilemma del servizio costituisca un punto doloroso nel sistema sociale dell'ospedale, e che attorno ad esso vengano sprecate energie intellettuali per costruire una membrana protettiva di parole, credenze e sentimenti. Qualunque sia l'origine, il sistema di credenze che ne risulta serve a sostenere e a stabilizzare la definizione della situazione come di un servizio medico. Siamo quindi provvisti di un esempio in miniatura del rapporto fra ideologia e posizione sociale.

Forse l'esempio più ovvio dell'ideologia istituzionale è riscontrabile nell'attività di public relations, abbastanza tipica negli ospedali psichiatrici. Esposizioni nelle sale, libretti di orientamento, giornali istituzionali, attrezzature in mostra e le più nuove terapie - queste fonti di definizioni della situazione aspettano al varco il paziente, i parenti e i visitatori, definendo apertamente l'intenzione da parte dell'istituto di seguire la linea del servizio medico.

Inoltre, abbiamo negli ospedali psichiatrici una raccolta di storie tradizionali i cui casi illustrano la validità della prospettiva usata dallo staff. Queste storie raccontano di tempi in cui era stato concesso ad un paziente un privilegio troppo presto, o era stato rilasciato contro l'opinione del medico, e si era trovato a commettere un omicidio o a suicidarsi. I sorveglianti raccontano aneddoti che illustrano la natura animalesca del paziente. I membri dello staff, che partecipano alle consultazioni diagnostiche, hanno storielle spiritose da riferire sul loro conto - per esempio di un internato che faceva una richiesta perfettamente equilibrata, ma che, alla fine, ammise di essere un agente del F.B.I. Ci sono storie di «predegenti» che presentavano sintomi psicotici sempre più floridi e pericolosi, finché gli altri finalmente si convincevano della loro malattia e ne provvedevano il ricovero; al qual punto essi avevano abbandonato la sintomatologia, dato che erano riusciti a comunicare il loro bisogno di aiuto. Infine, erano arrivati ad instaurare un buon rapporto con un medico comprensivo e da allora erano improvvisamente migliorati. Come altri racconti esemplari, queste storie sembrano tutte comprovare l'esattezza della posizione presa dallo staff (38).

Le implicazioni ideologiche o interpretative dell'attività istituzionale, sembrano mettere a fuoco due punti da esaminare: la natura del paziente e la natura dell'attività ospedaliera, che sostengono entrambe la definizione della situazione come di un servizio medico.

Il punto di vista cruciale per quanto riguarda il paziente è: se egli fosse «se stesso» si ricovererebbe volontariamente e, una volta in grado di venir dimesso, riconoscerebbe di essere stato curato come doveva realmente essere curato. E' qui implicita una variazione del principio custodialistico. L'idea che il paziente psicotico possieda un "sé" malato, e di conseguenza relativamente adulto, «intatto» e «non danneggiato», porta un passo avanti il concetto di custodia, dato che, nella stessa struttura dell'io, si riscontra la frattura fra oggetto e cliente, richiesta per completare la triade di servizio.

In questo momento la cartella clinica assume il suo ruolo. Essa fornisce il pezzo per ricostruire, sistematicamente, un quadro del passato del paziente che dimostri come il processo della malattia fosse lentamente infiltrato nella sua condotta, finché tutto il suo comportamento, come un intero sistema, non fu patologico. Un comportamento che sembra normale è visto semplicemente come una maschera o uno scudo per la malattia essenziale che sta dietro ad esso. Viene dato alla patologia un nome totalizzante come schizofrenia, personalità psicopatica eccetera, e questo fornisce un nuovo punto di vista sul carattere «essenziale» del paziente (39). Quando vi è costretto, parte del personale ammette che queste definizioni di sindromi sono vaghe e incerte, e che vengono usate solo per poter regolare il censimento ospedaliero. Ma, in pratica, queste categorie diventano un sistema magico per ridurre ad una singola unità la natura del paziente - un'entità soggetta al servizio psichiatrico. Attraverso questi meccanismi le aree di «funzionamento normale» nel paziente, possono non essere prese in considerazione, tranne per il fatto che lo portino ad accettare volontariamente il trattamento.

La reazione del degente al ricovero può essere, in sé, ben manipolata attraverso la sua traduzione in uno schema tecnico di referenze per cui il contributo

dell'ospedale al disturbo del paziente diventa accessorio, dato che la cosa più importante è il modo internamente generato del disturbo, tipico del suo comportamento. Gli avvenimenti interpersonali sono trasferiti nel paziente, che viene così definito come un sistema relativamente chiuso che può essere pensato come patologico e correggibile. Un'azione intrapresa da un paziente nei confronti di un esponente dell'istituzione che potrebbe riconoscervi un'impronta aggressiva, viene tradotta nel termine sostantivo di «aggressività», che può essere ben localizzata all'interno del paziente (40). Analogamente, in un reparto in cui gli infermieri non si preoccupano di iniziare un contatto con i pazienti lungo-degenti (che, di fatto, risponderebbero ai loro approcci) può essere trasferita nel paziente parlando di lui come di un «muto» (41). Come ha suggerito Szasz, questo punto di vista è simile a quello antico, secondo il quale il paziente mentale era preda di un diavolo o uno spirito cattivo e doveva - ed era solo di questo che aveva bisogno - essere esorcizzato (42).

Un tale processo di traduzione può essere chiaramente visto nella psicoterapia di gruppo. In generale questa terapia - la principale terapia «verbale» che i pazienti ricevono negli ospedali psichiatrici - incomincia come una sessione di controllo durante la quale i pazienti fanno domande e presentano lamentele, in un'atmosfera relativamente permissiva, con possibilità di accesso, abbastanza diretto, ad un membro dello staff. La sola azione da parte del terapeuta che sembra in connessione con il suo obbligo istituzionale e professionale, consiste nel capovolgere le domande, convincendo il paziente che i problemi che egli sente nei confronti dell'istituzione - o dei parenti, o della società e così via - sono in realtà i suoi problemi; il terapeuta gli suggerisce allora di affrontarli, riordinando il suo mondo interno e non tentando di alterare l'azione di questi agenti esterni. Ciò cui si assiste qui è un tentativo diretto, anche se senza dubbio non intenzionale, di trasformare il paziente ai suoi stessi occhi, in un sistema chiuso che ha bisogno di un servizio. Così, per citare un esempio abbastanza estremo, ho visto un terapeuta trattare le rivendicazioni di un paziente negro sui rapporti razziali, in un ospedale psichiatrico in cui vigeva una parziale discriminazione, invitandolo a domandarsi perché, lui solo, fra tutti gli altri negri presenti, avesse scelto quel particolare momento per esprimere i suoi sentimenti, e che significato potesse avere per lui, in quanto persona, questa espressione, a parte la condizione dei rapporti razziali nell'ospedale in quel particolare momento (43).

Una delle definizioni di servizio più essenziali della natura del paziente, può essere riscontrata nell'area del «mandato pericoloso», tipico di molti servizi di riparazione. È stato detto che uno studente in medicina diventa medico, nel momento in cui si trova nella posizione di fare un grosso sbaglio (44). Sotto a quest'idea c'è la credenza secondo la quale un sistema utile possa presentare una certa pericolosità per l'organizzazione, che potrebbe risultare gravemente danneggiata qualora venga intrapresa un'azione inesperta in un contesto tanto precario. Come è già stato detto, la cosa tende a fornire il terreno razionale per una gerarchia di abilità tecniche, ed una gerarchia sociale di tecnici in ogni organizzazione di servizio. Anche negli ospedali psichiatrici c'è una versione del «mandato pericoloso». Si tratta dell'opinione secondo cui un'azione errata può mettere in serio pericolo il paziente e per la quale lo psichiatra si trova nella posizione, datagli dalla sua preparazione e dalla sua abilità, di intraprendere azioni potenzialmente pericolose, che persone meno qualificate, nella gerarchia medica, non dovrebbero poter intraprendere. Naturalmente, per quanto riguarda la prescrizione del dosaggio dei farmaci e il calcolo degli effetti collaterali in caso di controindicazioni, il modello resiste, ma le conseguenze nella sfera psicoterapeutica sono più incerte, sebbene spesso non vi si insista meno. Si dice talvolta che il personale meno qualificato - assistenti sociali, infermieri e sorveglianti - non dovrebbe occuparsi di «terapie da dilettanti» e tantomeno di «psicoanalisi» da dilettanti. Uno staff psichiatrico che segue un internato in sessioni speciali di psicoterapia, non dovrebbe essere sostituito da altri nel suo lavoro, e specialmente da persone meno qualificate. La mossa sbagliata in psicoterapia, si dice possa «precipitare» un psicosi o far retrocedere il paziente ad uno stato di regressione dal quale potrebbe non riprendersi più; e ci sono esempi che lo confermano. Ora, mentre è perfettamente chiaro che quest'idea ben si adatta alla nozione tradizionale del mandato pericoloso, e mentre è chiaro che il possesso di questo mandato conferma la

propria definizione di sé come di un tecnico che presta un servizio, è meno chiaro che un atto puramente verbale possa, in realtà, avere questi effetti. Ad ogni modo, come ho già detto, ogni internato dell'ospedale in terapia individuale è probabile sia sottoposto, durante le altre ventitre ore del giorno, ad una serie di esperienze potenzialmente traumatizzanti, relativamente controllate quanto a crudezza, che certamente annullano l'effetto di qualsiasi approccio verbale, che vada in direzione giusta o sbagliata. Inoltre, dato il livello delle conoscenze e delle competenze psichiatriche, se un approccio verbale usato a sproposito può causare questo tipo di danni, i pazienti sarebbero in serio pericolo durante la ventiquattresima ora. Si possono segnalare ancora due imputazioni sulla natura del paziente, entrambe funzionanti, ancora una volta, a sostegno del modello di servizio. Quando ad un paziente si propone la dimissione ed egli la rifiuta, talvolta facendo qualche azione calcolata che gli assicuri di poter restare, si dice comunemente che questo prova quanto egli sia ancora ammalato; egli è, di fatto, troppo ammalato per poter essere dimesso. In questo modo si fa un legame fra due diversi aspetti della situazione: l'essere definito malato o sano, e l'essere dentro o fuori dell'ospedale. Ci sono, naturalmente, buone giustificazioni al fatto che il paziente non voglia andarsene, che non sono connesse al modello di servizio. Per esempio, egli può avere già sofferto lo stigma di essere un paziente mentale e, in questa condizione ridotta, si trova ad avere, fuori, prospettive ancor minori di quante ne avesse prima di entrare; inoltre, al momento in cui sarà pronto per essere dimesso, è probabile abbia imparato il sistema dell'ospedale, e si sia costruito una posizione desiderabile nel «sistema del reparto».

L'altra azione del paziente, razionalizzata secondo il modello medico, è quella dell'improvvisa alterazione del suo comportamento. Dato che la condotta abituale del paziente si suppone sia un riflesso profondo, o un segno dell'organizzazione della sua personalità - il suo sistema psichico - ogni alterazione improvvisa, in direzione «sana» o «malata», apertamente non provocata, deve in qualche modo essere spiegata. Cambiamenti improvvisi in peggio sono talvolta chiamati ricadute o regressioni. Cambiamenti improvvisi in meglio sono talvolta chiamati remissioni spontanee. Attraverso il potere di queste definizioni, lo staff può dichiarare che, sebbene non si sappia ciò che ha causato il cambiamento, il cambiamento sarà trattato all'interno della dimensione medica. Naturalmente, questa interpretazione della situazione preclude di usare la dimensione sociale. In ciò che è chiamato un'improvvisa regressione, la nuova condotta può comportare ne più ne meno malattia o salute, di qualsiasi altro allineamento alla vita; e ciò che è accettato come una remissione spontanea, può essere il risultato del fatto che il paziente non era ammalato fin dall'inizio.

Voglio cioè dire che la natura del carattere del paziente è ridefinita così che, di fatto se non nelle intenzioni, egli diventa il tipo di oggetto sul quale può essere compiuto un servizio psichiatrico. Essere ridotto ad un paziente, significa essere ridotti ad un oggetto di cui ci si può servire, e l'ironia di tutto questo sta nel fatto che un tale piccolo servizio sia accessibile solo una volta che questa oggettivazione (45) sia stata fatta. La carenza di staff psichiatrico può allora essere vista non come legata al numero delle persone ammalate, ma al meccanismo istituzionale che definisce quest'area come un'area di servizio.

Voglio ora, per ultimo, considerare le definizioni che lo staff mantiene nei confronti della natura, non del paziente, ma dell'azione ospedaliera sul paziente. Dato che lo staff possiede la voce dell'istituzione, è attraverso queste definizioni che il meccanismo amministrativo e disciplinare dell'ospedale viene presentato al paziente e al pubblico. In breve, si trova che la conduzione del reparto e le dinamiche del sistema del reparto sono espressi nel linguaggio del servizio medico psichiatrico.

La presenza del paziente nell'ospedale è presa come testimonianza del fatto che egli è malato di mente, poiché l'ospedalizzazione di queste persone è la ragione stessa per cui l'istituzione esiste. Una risposta molto comune ad un paziente che dichiara di essere sano è: «Se non fossi ammalato, non saresti in ospedale!» A parte i servizi terapeutici somministrati dallo staff, si dice che l'ospedale provveda un senso di sicurezza al paziente (talvolta si può ottenerlo solo sapendo che la porta è chiusa) (46) e un sollievo dalle responsabilità giornaliera. Entrambi questi provvedimenti sono detti terapeutici. (Siano

terapeutici o no, è difficile trovare un ambiente che presenti un più profondo senso di insicurezza; e le responsabilità da cui i pazienti sono sollevati, sono rimosse ad un prezzo troppo alto e definitivo).

Si possono ricordare altre traduzioni. L'irreggimentazione può essere definita come uno schema di regolarità terapeutica, deputata a colmare il senso di insicurezza; la mescolanza sociale forzata di una moltitudine di compagni eterogenei e scontenti, può essere descritta come l'opportunità di imparare che ci sono altri che stanno peggio. I dormitori sono chiamati reparti, il che è confermato dalla presenza di qualche attrezzatura sanitaria, in particolare i letti, acquistati dai fornitori dell'ospedale. La punizione di essere mandati in un reparto peggiore, è descritta come il trasferimento di un paziente, in un reparto la cui attrezzatura può risultargli più adatta; e la cella di isolamento è descritta come un luogo dove il paziente potrà sentirsi a proprio agio, con la sua impossibilità di dominare gli impulsi agli acting-out (47). Rendere un reparto quieto, di notte, attraverso la somministrazione forzata di farmaci, che permetta allo staff di diminuire la guardia notturna, viene chiamato trattamento medico o sedativo. Donne da molto tempo incapaci di prestare il minimo compito medico di routine come prelevare il sangue, sono chiamate infermiere e indossano uniformi da infermiere; medici con preparazione in medicina generale, sono chiamati psichiatri. Gli incarichi di lavoro sono definiti come «terapia industriale», mezzo attraverso il quale il paziente può esprimere la sua capacità risvegliata di riassumere i suoi doveri civili. Il premio per il buon comportamento, che consiste nell'aumento progressivo del diritto a partecipare ad incontri sociali, può essere descritto come un controllo psichiatrico sul dosaggio e i tempi dell'«esposizione» sociale. I pazienti alloggiati nel reparto di primo accoglimento si dice facciano parte del dipartimento per «acuti»; coloro che non si ristabiliscono dopo un ciclo iniziale di azione medica, sono trasferiti in ciò che è chiamato il «servizio per cronici» o, più recentemente, nei «reparti a trattamento continuo»; degenti pronti per la dimissione, sono alloggiati in un «reparto per convalescenti». Infine, la dimissione stessa, che nel volgere di un anno tende ad essere garantita alla maggior parte dei pazienti di prima ammissione, in genere ai pazienti collaborativi o a qualunque altro abbia parenti che facciano pressione per il suo rientro in famiglia, è spesso presa come la dimostrazione che c'è stato un «miglioramento» e questo miglioramento è tacitamente imputato all'azione della istituzione. (Fra le motivazioni alla dimissione di un particolare paziente, vi può essere la pressione della popolazione del reparto, una remissione spontanea, o la conformità sociale, impostagli dal potere disciplinare del sistema del reparto). Anche le frasi concise come «dimesso come guarito» o «dimesso in prova» implicano che l'ospedale ha una sua parte nella cura e nel miglioramento. (Contemporaneamente, la mancata dimissione tende ad essere attribuita alla difficoltà di curare il disturbo mentale, alla tenacia e alla profondità del tipo di malattia, confermando così il modello medico, anche di fronte all'evidenza di non essere in grado di fare niente per il paziente). In realtà, un'alta percentuale di dimissioni potrebbe, proprio per gli stessi motivi, essere presa come la dimostrazione del cattivo funzionamento dell'ospedale, poiché, dato che è possibile ricavare un trattamento molto limitato, il miglioramento del paziente avviene nonostante l'ospedalizzazione, e si presume sarebbe più frequente in circostanze diverse da quelle di assoluta privazione, tipiche dell'istituzione.

Alcune delle traduzioni verbali, individuate negli ospedali psichiatrici, rappresentano non tanto i termini medici per pratiche disciplinari, quanto un uso disciplinare di pratiche mediche. Qui la storia degli ospedali psichiatrici contiene qualche indicazione esemplare per i sociologi. Si dice che, in alcuni ospedali psichiatrici, un modo di far fronte al problema delle pazienti che restavano incinte all'interno dell'ospedale, fosse di sottoporle ad isterectomia. Meno comune, forse, era la maniera di risolvere il caso di quei pazienti, talvolta chiamati «morditori» che mordevano le persone intorno a loro: la totale estrazione dei denti. Il primo di questi atti medici era talvolta definito «trattamento per promiscuità sessuale», il secondo «trattamento per morsi». Un altro esempio è la moda, ora sempre più in declino negli ospedali americani, di sottoporre a lobotomia i pazienti incorreggibili e particolarmente fastidiosi (48). L'uso dello elettroshock, su raccomandazione del sorvegliante,

come mezzo per costringere gli internati alla disciplina, e per calmare quelli che non ascoltano minacce, offre un esempio, in qualche modo più moderato ma più largamente diffuso, del medesimo processo (49). In tutti questi casi, l'attenzione medica è presentata al paziente e ai suoi parenti come un servizio individuale, ma ciò che viene servita qui è l'istituzione, dato che l'azione specifica si inserisce in ciò che ridurrà i problemi della conduzione amministrativa. In breve, sotto l'apparenza di un modello di servizio medico, si può trovare talvolta la pratica di una manutenzione medica.

9.

Conclusioni.

Citando alcune modalità con cui l'ospedalizzazione psichiatrica non si adatta al modello di servizio medico, non ho ricordato le difficoltà nell'applicarlo ai pazienti esterni, in pratica privata, sebbene queste naturalmente esistano (per esempio: la lunghezza di tempo richiesto per il trattamento, con conseguente aumento dei compensi; la scarsa probabilità di un trattamento efficace; e la grandissima difficoltà di sapere a cosa attribuire il cambiamento nelle condizioni del paziente).

Inoltre, nel mettere a fuoco le difficoltà dell'applicazione all'ospedale psichiatrico del modello di servizio medico, non intendo dire che l'applicazione del modello non sia risultata talvolta utile a pazienti istituzionalizzati. La presenza del personale medico nei manicomi, senza dubbio è servita a fermare, in qualche modo, la mano ai sorveglianti. Sembra vi siano pochi dubbi che i medici vogliano lavorare in questi ambienti malsani e isolati, solo perché la prospettiva medica offre loro un modo di interpretare le persone che escono dalle norme sociali standardizzate, e quindi un modo di essere, in un certo senso, ciechi ai gusti e alle ripugnanze comuni. L'attendibilità della versione medica della situazione ha fornito, senza dubbio, ad alcuni pazienti il diritto ad una considerazione del tipo "middle-class" all'interno dell'ospedale; il moratorio, nell'area ospedaliera, dalla vita familiare è stato senza dubbio di grande aiuto ad alcuni; la nozione medica generale della «curabilità» del disturbo mentale, conseguente alla somministrazione del trattamento, ha facilitato senza dubbio la reintegrazione nella comunità esterna, per alcuni degenti e per coloro presso i quali hanno fatto ritorno; e l'idea che uno sia stato sottoposto ad un trattamento che dura tutta la vita, sprecando i suoi anni, può fornire ad alcuni un modo di ricavare un significato accettabile del tempo passato in esilio in ospedale.

Nel citare le limitazioni del modello di servizio, non intendo sostenere di essere in grado di suggerire alcuni sistemi migliori per la conduzione di persone, chiamate pazienti mentali. Gli ospedali psichiatrici non esistono nella nostra società perché direttori, psichiatri ed infermieri hanno bisogno di lavoro; gli ospedali psichiatrici esistono perché c'è un mercato per loro. Se tutti gli ospedali psichiatrici, di una data regione, fossero oggi svuotati e chiusi, domani parenti, polizia, e giudici ne richiederebbero di nuovi; e questi clienti reali dell'ospedale psichiatrico domanderebbero un'istituzione che soddisfacesse i loro bisogni.

Lo stesso staff professionale psichiatrico non ha un ruolo facile. La laurea dà ai medici uno dei diritti alla deferenza e al rispetto più forti fra quelli accessibili nella nostra società, e una delle occupazioni dei servizi tecnici più sicuri; tuttavia nell'ospedale psichiatrico il loro ruolo è costantemente messo in discussione. Tutto ciò che succede in ospedale, deve essere legittimato attraverso l'assimilazione e la traduzione, per farlo aderire allo schema del servizio medico. Le azioni giornaliere dello staff devono essere definite e presentate in termini di osservazioni, diagnosi e trattamento. Per effettuare questa traduzione, la realtà deve essere considerata capovolta, in qualche modo come lo è per i giudici, gli istruttori e gli esponenti di altre istituzioni coercitive. Si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione, e ricostruire la natura dell'internato per adattarla al crimine.

Ma lo staff non è l'unico gruppo che trova difficoltà nell'applicazione del modello di servizio; anche i pazienti hanno problemi, con l'attenzione accentrata sulla relazione fra la posizione in cui si trovano e la loro realtà. La vita del paziente è dura e povera. Ma questo non ha alcun interesse

sociologico per noi qui; ci sono - dopotutto - altre situazioni nella vita americana che sono quasi altrettanto brutte ed alcune anche peggio. La nostra preoccupazione qui è che il modello di servizio, usato negli ospedali psichiatrici, comporta un restringimento ed una riduzione addizionale a queste privazioni.

In un ospedale generale, le proprie incapacità fisiche sono prese come un segno che la cura, in qualsiasi modo sia spiacevole o richieda un isolamento, è necessaria per il proprio bene e deve essere accettata. Negli ospedali psichiatrici, il fatto di non essere un paziente facilmente maneggiabile - il che significa per esempio mancare nel lavoro o nell'essere gentile con lo staff - tende ad essere preso come la dimostrazione che la persona non è «pronta» per la libertà, e che deve essere sottoposta ad un ulteriore trattamento. Il problema non è che l'ospedale sia un luogo odioso per i pazienti, ma che per il paziente esprimere odio nei confronti dell'ospedale è la dimostrazione che la sua presenza lì è perfettamente giustificata, e che non è ancora pronto per andarsene. Viene cioè perpetuata una confusione sistematica fra l'obbedienza agli altri e il proprio adattamento personale.

Inoltre, quando si indagano le particolarità dei modi in cui queste istituzioni sono fornite di personale e condotte, e le credenze su cui si fondano, si trova che, qualunque altra cosa facciano, uno dei loro effetti principali è sostenere il concetto del "sé" dello staff professionale, lì impiegato. Gli internati e i livelli meno qualificati dello staff sono coinvolti in una vasta azione di sostegno - un tributo drammatizzato ed elaborato - che ha l'effetto, se non lo scopo, di affermare che qui è in atto un servizio di tipo medico e che lo staff psichiatrico lo fornisce (50). Qualcosa sulla debolezza di questa affermazione è evidente nel lavoro richiesto per sostenerlo. (Forse viene qui suggerita una generalizzazione sociologica di tipo emotivo: quanto più i propri ideali divergono dai fatti, tanto più sforzo si

sogna esercitare e più aiuto si deve avere per sostenere la propria posizione). I pazienti mentali possono trovarsi in un legame particolare. Per uscire dall'ospedale o per facilitare la loro vita all'interno, essi devono mostrare di accettare il luogo loro accordato, e il luogo accordato loro deve sostenere il ruolo professionale dello staff. Questa schiavitù morale alienativa del "sé", che forse aiuta a giustificare il fatto che alcuni pazienti diventano dei confusi mentali, è ottenuta invocando la grande tradizione del rapporto di servizio tecnico, specialmente nella sua varietà medica. I pazienti mentali possono così trovarsi frantumati dal peso di un ideale di servizio, che facilita la vita per il resto di noi.

POSTFAZIONE

di Franco e Franca Basaglia.

[Questo testo compariva come "Introduzione" nell'edizione Einaudi di "Asylums", pubblicata in prima edizione nella collana Nuovo Politecnico nel 1968.]

«Si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato per adattarla al crimine». Goffman così definisce il significato delle "istituzioni totali", smascherando l'ideologia che le sottende e chiarendo la natura esclusiva e discriminante di un intervento, la cui obiettività reale sembra creata dal pregiudizio che l'ha provocato. Ciò che risulta da questa sua affermazione è la "necessità" della punizione, come partenza originaria attorno alla quale viene a costruirsi e a giustificarsi l'esistenza della istituzione stessa. In un certo senso, questa "necessità" di punizione risulterebbe la funzionalità delle istituzioni al sistema sociale di cui sono strumento e mezzo di controllo.

L'analisi delle "contingenze di carriera" che Goffman fa nel ricostruire la storia del predegente, mette in luce l'assenza di un'obiettività concreta nella realtà della malattia mentale e il suo stretto legame con l'elemento soggettivo-interpretativo di chi la definisce e la determina per ciò che è: la scienza (nella sua azione classificatoria e discriminante che fa riferimento al concetto

di "norma" come ad un valore assoluto, nettamente definibile); e la società (che, in base alle indicazioni date dalla scienza, costruisce l'immagine sociale della malattia mentale che sarà determinante nello sviluppo della malattia stessa). Si tratterebbe del risultato di un pregiudizio che, una volta messo in atto, riesce a giustificarsi, facendo combaciare la realtà alla propria ipotesi. Ora, se si analizza la natura del pregiudizio, è evidente che non si tratta di un atteggiamento psicologico individuale, quanto dell'espressione dei valori della società in cui l'individuo è inserito, risultato di una selezione discriminante fra norma e abnorme, bene e male, maggioranza e minoranza, potere e non potere.

"Daniel J. Levinson (1) illustra, al proposito, un test sul <pregiudizio>, per sondare l'opinione pubblica su individui, o gruppi di individui, di dubbia localizzazione sociale, come immigrati, negri, criminali, pazzi. L'ambiguità provocatoria di un item come questo («Noi spendiamo troppo per riabilitare i criminali e i pazzi e per l'educazione di persone intrinsecamente incapaci») costringe il testato a prendere apertamente posizione nei confronti di chi non è nella norma, rivelando - in caso la sua reazione sia negativa e discriminante - una personalità «etnocentrica». «Il modo etnocentrico di risolvere i conflitti di gruppo... consiste nel <liquidare> gli 'out', o tenerli completamente <soffermati, segregati> in modo da ridurre ogni contatto con gli 'in'. Nel primo caso, si tratta di un metodo etnocentrico politicizzato - fascismo e dissoluzione dei valori democratici... L'atteggiamento secondo cui la maggior parte dei gruppi out deve essere soggetta e segregata, è tipico dell'etnocentrismo americano... I valori democratici spesso impediscono il ricorso ad azioni più drastiche, ma possono anche servire a permettere la discriminazione e l'oppressione sotto una facciata pseudodemocratica»".

Questo quanto sostiene Levinson circa la situazione americana. Quale sarebbe tuttavia, in Italia, la risposta ad un formulario del genere? Se si può prendere come campione - ridottissimo ma abbastanza significativo - il risultato di una brevissima inchiesta televisiva (spontanea o no, il significato non muta, poiché rivelerebbe le intenzioni di chi l'ha organizzata, se non quelle degli intervistati), parrebbe fossimo ancora drammaticamente pregni dello spirito «etnocentrico politicizzato - fascismo e dissoluzione dei valori democratici -» di cui parla Levinson. Due donne anziane e alcuni giovani, alla domanda del telecronista che introduceva un documentario sull'assistenza psichiatrica in Italia, risposero che, per quanto concerneva loro, il problema dei malati di mente poteva essere risolto solo "uccidendoli tutti". La Germania nazista lo aveva già fatto, a tutela della purezza della razza; ma la nostra attuale società non pensa di essere nazista e, purtuttavia, continua ad oscillare fra un estremo e l'altro dell'etnocentrismo, come metodo di soluzione dei propri conflitti e delle proprie contraddizioni.

Il malato mentale - uno degli "out" della nostra società - è quasi dovunque segregato e soggetto, in istituzioni che non consentono il minimo contatto con gli "in" e che sono, appunto, deputate ad impedirlo. Le descrizioni minuziose fatte da Goffman dei modi di sopravvivenza degli internati in queste istituzioni, mettono esplicitamente a nudo le "responsabilità" delle organizzazioni sociali, deputate a gestire le aree delle devianze. L'analisi sulla condizione degli internati non si limita, infatti, all'aspetto apparente del fenomeno, nel considerare gli internati delle diverse istituzioni come il prodotto di una particolarità specifica, tipica di ogni singola categoria; ma tende ad individuare le analogie fra le diverse situazioni totali, dove la diversa specificità originaria (malattia, colpa, abnorme) non risulta la causa prima del livello di regressione e di disumanizzazione che le accomuna. L'analisi di Goffman parla da sé e non ha bisogno di interpretazioni: con la chiarezza di chi ha individuato ogni risvolto possibile della situazione, ci fa vivere la condizione del diseredato, cui è stato negato il diritto di essere uomo, accomunando in uno stesso destino, colpa, malattia e ogni deviazione dalla norma. Ciò che Goffman riesce a distruggere - attraverso la sua analisi dell'istituzione psichiatrica e le analogie con le altre istituzioni totali - è l'immagine (quindi la cultura) dell'internato mentale, come prodotto di una malattia che distrugge e disumanizza, mostrando lo stesso volto e gli stessi

meccanismi di sopravvivenza in istituzioni che con la malattia mentale non hanno niente a che fare. In qualità di non psichiatra (in quanto libero da ogni pregiudizio scientifico al riguardo) Goffman è riuscito a trovare, al di là di ogni classificazione e codificazione, il significato razionale e umano di malati mentali, la cui razionalità e umanità vengono sistematicamente distrutti, all'interno dell'istituzione deputata alla gestione dell'"irrazionale" e del "disumano".

Tralasciando ogni definizione nosografica, egli è riuscito a cogliere le sfaccettature dell'aspetto sociale della malattia (ciò che ne è stato fatto, il significato che le è stato dato, la faccia che ne è stata costruita) individuando il malato mentale come l'oggetto di una violenza originaria, familiare, sociale e istituzionale - "il vortice degli inganni" - confermata dall'etichettamento scientifico che la giustifica. Se si tralascia, infatti, la malattia come fatto reale e se ne considera soltanto l'aspetto sociale, si possono definire i malati di mente come la presenza di un "terzo mondo" all'interno del mondo occidentale. Che il negro sia negro è indiscutibile, così com'è indiscutibile che esistano le malattie mentali, anche se gli psichiatri in realtà non conoscono nulla sulla loro natura. Ma ciò che ha fatto il negro quello che è stato finora, ha poca relazione con il suo essere nero; così come ciò che ha dato al malato mentale la faccia che tuttora ha, ha poco a che fare con la malattia. L'esclusione - come fatto sociale - di cui il negro è oggetto in una società razzista che ha bisogno di sfruttarlo per sopravvivere, è ciò che determina il negro come inferiore e selvaggio; come l'esclusione (come fatto sociale) di cui il malato mentale è oggetto nella nostra società, è ciò che lo determina come inferiore e pericoloso.

Avvicinando il problema da questo punto di vista, è dunque evidente che ciò che viene affrontato e discusso, attraverso la messa fra parentesi della malattia reale è il suo aspetto sociale; confortati in ciò anche dalle indicazioni che l'istituzione psichiatrica stessa ci fornisce, dato che essa si occupa della malattia in quanto tale, solo nel momento in cui la definisce e la cataloga, per dedicarsi poi alla gestione dell'esclusione che ne è stata fatta: la custodia. Del resto, è stata la psichiatria che, nel definire il malato come "irrecuperabile" e "incomprensibile" ha proposto un'unica possibilità di approccio: quello di natura oggettuale (antiterapeutico per essenza) in una relazione dove il secondo polo del rapporto non esiste, se non come oggetto da inglobare e incorporare nel sistema generale. Sotto la copertura del modello medico, in realtà, l'istituzione psichiatrica tradizionale non è che un'istituzione carceraria, deputata a gestire gli elementi di disturbo sociale. Lo studio di Goffman ha dunque spalancato le porte delle istituzioni totali, smascherando l'ideologia scientifica - religiosa, custodialistica, pedagogica - che copre la realtà violenta comune a tutte. Ma ciò che Goffman tende anche a mettere a fuoco - seppure in modo ancora incerto e contraddittorio - è la funzione delle istituzioni «deputate a fornire una residenza a categorie diverse di persone socialmente indesiderate. Queste istituzioni comprendono case di cura, ospedali generali, case per anziani, prigioni, cliniche geriatriche, case per mentalmente ritardati, fattorie di lavoro, orfanotrofi e case di ricovero. Ogni ospedale di stato ha una frazione notevole di pazienti che potrebbero benissimo essere ospitati in una di queste istituzioni (così come altre istituzioni ospitano alcuni internati che potrebbero meglio essere ricoverati in un ospedale psichiatrico) ma devono rimanervi perché non è possibile trovare o fornire posto altrove. Ogni volta che l'ospedale psichiatrico funziona come il punto di arrivo in questa rete di istituzioni, per far fronte agli elementi di disturbo sociale, il modello di servizio è rinnegato».

Partendo, dunque, da un'intuizione generale del significato e della funzionalità delle istituzioni nella gestione delle devianze (con l'implicito giudizio politico sul sistema sociale che traccia la linea di divisione fra la norma e la devianza, e deputa queste istituzioni più o meno violente, alla gestione degli "indesiderati sociali") Goffman rientra nel problema specifico dell'applicabilità o meno del modello medico in psichiatria. E' evidente che - nonostante avverta la dimensione politica in cui ogni problema si muove (non a caso precisa più oltre: «dato che il comportamento inappropriato è di solito il comportamento che a qualcuno non piace e che ritiene estremamente fastidioso, le decisioni in merito tendono ad avere un carattere politico, nel senso che

esprimono gli interessi particolari di una data fazione particolare, o di una data persona...») - ciò che interessa a Goffman, e che pure è estremamente utile alla distruzione della cultura tradizionale della malattia mentale, è dimostrare la non applicabilità del modello medico in questo contesto, il che presuppone tuttavia una fiducia nel modello medico in generale (il provvedimento psichiatrico è espressione «degli interessi di una data fazione particolare o di una data persona, anziché di un tipo di interessi che possa essere definito come al di sopra di ogni particolarità di gruppo, come nel caso della patologia fisica») e nella neutralità della scienza medica che contrasta con la non neutralità della psichiatria.

Goffman vede nella relazione psichiatra-malato un rapporto di potere come da "governatore" a "governato" e ricostruisce, attraverso l'analisi di questo rapporto, la graduale demolizione del "sé" dell'internato che si trova soggetto a questo potere. Il suo scopo è dimostrare che l'istituzione deputata alla cura del malato mentale è contemporaneamente deputata alla sua totale distruzione, evidenziando così la contraddizione dell'istituzione stessa che, in quanto organizzazione sociale, deve la sua sopravvivenza alla spoliatura di ogni ruolo umano dell'internato in essa incorporato. Qui la violenza è drammaticamente palese, dato che la malattia è essa stessa giustificazione in atto di ogni sopraffazione ed arbitrio: se il malato è incurabile e incomprensibile, l'unica azione possibile è oggettivarlo nella realtà istituzionale, nella cui azione distruttiva egli dovrà identificarsi.

Risulta dunque evidente, dall'analisi di un'istituzione totale quale l'ospedale psichiatrico, che - sotto l'apparenza del modello medico - esso è deputato a gestire l'aspetto sociale della malattia mentale e non la malattia in sé. Nel momento in cui l'istituzione entra in rapporto con il «malato», l'assenza di un'obiettività organica nella malattia, colora di una certa ambiguità la sua azione. In medicina generale si ha a che fare con un corpo malato che esige e giustifica un apparato tecnico che lo ripari. Ma l'istituzione psichiatrica, di fronte ad un individuo che deve ricoverare perché non è più tollerato nella società esterna perché ha varcato il limite della norma da essa fissato pare solo presumere un corpo malato e, in base a questa presunzione, si limita ad oggettivarlo come se fosse malato, instaurando un rapporto che non ha nulla di terapeutico, dato che perpetua l'oggettivazione del paziente, fonte essa stessa di regressione e di malattia. Così, come Goffman sostiene che «si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato per adattarla al crimine», si può dire che l'istituzione psichiatrica, una volta oggettivato il paziente come se si trattasse di un "corpo malato", deve ricostruire quel corpo, per adattarlo all'oggettivazione che ne ha fatto. Presumere un "corpo malato" come base di incontro fra psichiatra e paziente mentale, significa imporre a quest'ultimo un ruolo oggettivo sul quale l'intera istituzione che lo tutela viene a fondarsi. Il particolare tipo di approccio oggettivante finisce, quindi, per influire sul concetto di sé del malato, il quale - attraverso un tale processo - non può noniversi che come "corpo malato", esattamente nel modo in cui è vissuto dallo psichiatra e dall'istituzione. L'istituzione, nata per curare una malattia di cui risultavano ignote l'eziologia e la patogenesi, si è trovata così a fabbricare un malato a sua immagine, tale da giustificare e garantire insieme, i metodi su cui fonda la sua azione terapeutica. La malattia è venuta a trasformarsi gradualmente in ciò che è l'istituzione psichiatrica, e l'istituzione psichiatrica trova nell'internato, costruito secondo i suoi parametri, la conferma alla validità dei suoi principi. Proponendosi come un'istituzione medica e non trovando un'obiettività concreta nella malattia, l'istituzione psichiatrica è costretta ad oscillare fra l'azione custodialistica (che è la sua unica realtà) e l'ideologia medica che è costretta a concretare nel rapporto oggettivo con il paziente.

Ma, al di là della contraddizione palese che Goffman denuncia fra le finalità ideologico-scientifiche e la quotidianità concreta dell'istituzione psichiatrica, si può intravedere un'identità fra la realtà istituzionale (oppressiva, mortificante e distruttiva) e la funzionalità dell'istituzione in rapporto al nostro sistema sociale che sopravvive appunto escludendo (quindi opprimendo, mortificando e distruggendo) gli elementi di disturbo. Da questo punto di vista l'analisi di Goffman - necessaria allo smascheramento della

natura carceraria, custodialistica e, entro certi limiti, sadica dell'organizzazione psichiatrica che, sotto la copertura del modello medico, agisce come una pura istituzione violenta - si ferma, limitandosi a rendere esplicita la contraddizione fra ideologia e realtà.

Ma sarebbe sufficiente applicare realmente all'istituzione psichiatrica il modello medico, renderla cioè tecnicamente efficiente, per risolvere le sue contraddizioni? Se l'istituzione psichiatrica è deputata alla gestione dell'esclusione (la faccia sociale della malattia mentale) in che modo possiamo garantire che, applicando il modello medico ad una nuova istituzione psichiatrica, che superi attraverso tecniche psicologiche l'oggettivazione del malato, avremo risolto il problema sociale della malattia mentale? Il rapporto di potere all'interno dell'istituzione non continuerebbe a sussistere fra il tecnico che presta il suo servizio continuando a stabilire i valori di norma, e il malato che, in base ad essi, viene discriminato? In che modo la psichiatria diventerebbe neutrale (così come Goffman sembra ritenere neutrale la medicina generale) nel momento in cui è sempre facoltà dello psichiatra - come espressione della società di cui è delegato - stabilire i limiti della norma e il grado di permissività cui la società che egli rappresenta è disposta? Da dove nasce la fiducia di Goffman nella neutralità tecnica della medicina generale, se la relazione fra medico e malato risulta compromessa dalla natura socio-economica che sottende ogni rapporto? Entro certi limiti, la curabilità o l'ineluttabilità della propria malattia sono proporzionali alla nostra possibilità di gestirla in proprio, cioè al potere contrattuale che il malato ha nei confronti del medico. La medicina, come ogni altra scienza nella nostra cultura, è una scienza di classe, di cui la psichiatria è forse l'espressione più palese e più drammatica, dato l'enorme divario fra l'assistenza nelle case di cura private e la gestione degli internati nei manicomi provinciali. Ma questo divario non è assente nelle altre branche della medicina: il malato di "corsia" e il "dozzinante" vivono il rapporto psicologico, se non anche quello tecnico - con il medico, ad un livello completamente diverso, essendo il primo in balia dell'arbitrio del personale curante, in quanto privo di un ruolo sociale capace di controbilanciare quello del medico. Il potere contrattuale è ciò che determina la natura del rapporto, che si rivela così ancora economico e di classe.

Forse per lo psichiatra istituzionale - più che per il cosiddetto scienziato puro - il rapporto fra scienza astratta e internato è più strettamente evidente: la realtà manicomiale, come risultato di una scienza che ha avuto la funzione di discriminare l'abnorme e di definirlo nei suoi diversi aspetti, è di un'efferatezza così palese che, non appena lo psichiatra si renda conto di quale sarebbe la sua funzione all'interno di quell'istituzione, non può non sentirsi complice e rifiutare il suo ruolo. Lo psichiatra si trova a godere del pesante privilegio di avere direttamente sotto agli occhi il risultato di una violenza che è sua, della società e dell'istituzione. Se solo incominci a sospettare che la realtà malata che gli sta di fronte - internati che non parlano perché nessuno li ascolta; che non camminano perché non sanno dove andare; che sbavano perché non c'è una ragione per non farlo, uno scopo, un fine per cui abbia un senso resistere alla tentazione di lasciarsi vivere e vegetare - non sia solo il frutto di una malattia, ma il risultato di una violenza perpetrata a tutti i livelli, questa realtà non può non capovolgerti ai suoi occhi, coinvolgendolo nella sua parte di responsabilità e coinvolgendo i «sani» nella loro. Se ogni giorno - al di là dei suoi calcoli astratti - il fisico nucleare dovesse fare i conti con le vittime di Hiroshima e Nagasaki, riuscirebbe a sostenere la neutralità della scienza cui si dedica, come se l'uso fatto dei risultati da lui ottenuti non si trovasse a sovrapporsi e a coincidere con la finalità della sua stessa ricerca scientifica? E' difficile dimostrare la neutralità della medicina, come prestazione di un servizio tecnico, che trascenda ogni tipo di rapporto di natura più specificamente socio-economica, se non addirittura politica (2).

L'analisi di Goffman sui tecnici come prestatori di un servizio serve dunque a chiarire la natura oggettiva del rapporto fra psichiatra e malato mentale (le analogie implicite fra l'oggetto da riparare che il cliente consegna al tecnico, aggiungono drammaticità alla condizione dell'internato diventato, in questo contesto, un oggetto che non può essere riparato e che tuttavia continua a

funzionare), ma trascura esplicitamente una dimensione senza la quale il discorso resterebbe monco o limitato («la categoria di chi presta un servizio, così com'è stata qui definita, non ha alcun riferimento a suddivisioni di classe o di censo»).

Per questo - oltre l'acuta analisi sociologica e fenomenologica della condizione dell'internato di cui Goffman sviscera e approfondisce ogni aspetto ed ogni risvolto (con le implicazioni per la struttura del "sé" presenti in ogni regola istituzionale) - si sente la necessità di affrontare la condizione dell'internato, non solo come un dato di cui è necessario conoscere ogni modalità di esistenza, ma come un prodotto che ci consenta di risalire dalla condizione di esclusione tipica dell'internamento, all'individuazione di ciò che lo produce e della natura del rapporto che unisce ciò che esclude all'escluso, e che spieghi la funzionalità e il significato dell'istituzione deputata alla gestione dell'esclusione. In questo senso il problema si apre sulla funzionalità sociale delle istituzioni totali, deputate a gestire le nostre contraddizioni più palesi.

Ciò che risulta subito evidente - oltre la violenza di questa gestione - è un fatto costantemente ricorrente: nella società capitalistico-produttivistica la norma è la salute, la giovinezza, la produzione. La malattia, la vecchiaia, l'infortunio sono accidenti all'interno di una realtà che non vuole e non può premunirsi e preoccuparsi delle proprie contraddizioni.

In ogni società si vive, ci si ammala, si diventa vecchi, si è soli. Ma una società produttivistica che si fonda sull'ideologia del benessere e dell'abbondanza per coprire la fame, non può programmare sufficienti misure preventive o assistenziali. Si salva ciò che può essere facilmente recuperato; il resto viene negato attraverso l'ideologia dell'"incurabilità", dell'"incomprensibilità", della "natura umana", su cui si costruisce il castello del pregiudizio. Nella società dell'abbondanza-fame o c'è "abbondanza" o c'è "fame". Ma la fame (con tutti i significati che questa parola comporta) non può manifestarsi brutalmente per ciò che è (ciò che consente all'abbondanza di essere e di mantenersi tale), ma deve venir velata e schermata attraverso le ideologie che la definiranno di volta in volta come vizio, malattia, razza, colpa.

Importante è che le contraddizioni - inevitabili in ogni tipo di società - vengano sancite come un "dato" irriducibile, come condizione insanabile insita nell'uomo e nella sua natura, oltre la quale l'uomo non può nulla. E' in questo senso che il manicheismo del sì e del no, del bene e del male, della salute e della malattia, dell'abbondanza e della fame, è costretto a fondarsi sull'ideologia del bene, della salute, dell'abbondanza come unica realtà e possibilità umana: il resto è il risultato di un fallimento che troverà spiegazioni scientifiche e filosofiche, in una scienza e in una filosofia che maschereranno il loro legame con la classe dominante, sotto la mistificazione della neutralità tecnica. Solo in questo senso si può comprendere l'assurda incuria e l'assoluta mancanza di previdenza (sempre insufficiente rispetto alle necessità) del nostro sistema sociale, paragonabile alla cicala che continua a cantare l'estate e l'abbondanza, per nascondere la fame dell'inverno.

Nel nostro sistema sociale non c'è posto per la dialettica; o si è formiche, alienate nella produzione; o cicale imprevedenti destinate a morire. Finché la divisione fra bene e male è netta, i pochi che detengono il potere dispongono di un'arma sicura per creare una distanza, umanamente accettabile, fra "chi ha" e "chi non ha". I valori sono fissati una volta per tutte dalla classe dominante e da una scienza che la difende, ma solo "chi non ha" cade nelle sanzioni studiate per dominarlo e indebolirlo. Se le malattie sono incurabili, la prostituzione è vizio, la fame ineliminabile, la violenza è colpa; la malattia, la prostituzione, la fame, la violenza sono il polo negativo di un "dato irriducibile", e non ciò che consente alla salute, alla purezza, all'abbondanza, alla pace di essere ciò che sono.

L'ospedale psichiatrico, come tutti i luoghi di internamento, non è che la triste conseguenza della copertura di una contraddizione, attraverso l'ideologia dell'ineluttabilità e dell'incomprensibilità della malattia. Nella misura in cui la malattia può essere considerata una contraddizione, non si può risolverla negandola in quanto tale e soffocandola sotto una qualsiasi ideologia. Il significato di una comunità psichiatrica dovrebbe consistere nel rendere più

esplicite le contraddizioni inerenti il background sociale su cui la malattia mentale si sviluppa, in modo che il paziente riesca ad individuarle, dialettizzarle, e affrontarle. Ma com'è possibile se egli è stato negato in quanto contraddizione in atto rispetto alla norma, attraverso l'ideologia psichiatrica che lo ha definito e fissato entro limiti invalicabili?

L'analisi di un'istituzione totale, funzionale ad un sistema sociale come il nostro, è dunque la dimostrazione di "quanto paga chi si trova costretto a pagare", per dare agli altri la possibilità di vivere nella «norma» e nel «benessere».

Il disturbato mentale inizia abitualmente la sua carriera «con un'infrazione alle norme del vivere sociale, nel proprio ambiente familiare, nel posto di lavoro, in un'organizzazione semipubblica come una chiesa o un grande magazzino, in zone pubbliche come strade o parchi. Spesso la cosa viene riferita da un accusatore che risulta così colui che ha dato l'avvio al ciclo che porterà l'accusato all'ospedalizzazione. Costui può anche non essere quello che fa il primo passo, ma quello che ha portato alla prima azione determinante. E' qui che comincia "socialmente" la carriera del paziente e ciò prescindendo dal momento in cui può collocarsi l'inizio psicologico della sua malattia mentale».

La netta separazione fra salute e malattia non esiste: il malato mentale è in balia delle circostanze che faranno precipitare la situazione o la lasceranno inalterata. L'obiettività non c'è fino al momento in cui non viene costruita dall'atto stesso dell'internamento e dalla definizione di malattia. Prima di allora, tutto è ancora possibile, perché quello che sarà il futuro malato mentale è ancora considerato una presenza contraddittoria nella realtà in cui vive: il datore di lavoro che si lamenta delle sue stranezze, il familiare che lo colpevolizza per il suo comportamento, stanno ancora pretendendo da lui qualcosa, il cui ottenimento lo manterrebbe ai loro occhi su un terreno d'uguaglianza. Lamentarsi di un comportamento presume ritenere la possibilità che un tale comportamento venga modificato in seguito al proprio intervento, tenendo conto, contemporaneamente, delle ragioni che verranno opposte a spiegazione o a giustificazione del comportamento stesso. Ma è il tecnico (il "mediatore" prima e il professionista specialistico poi) che sembra strappare il malato da questo rapporto ancora personale (con la possibilità di una reciproca aggressività e di una reciproca difesa in esso implicita) per fissarlo in un ruolo oggettuale, nel momento in cui diventa l'oggetto della loro ricerca e della loro cura. Nei suoi rapporti con i mediatori, difficilmente il malato viene contraddetto o rimproverato: la realtà comincia, già molto prima del suo internamento definitivo, ad apparirgli ambigua e gradualmente sempre più problematica, nel senso che, se originariamente egli voleva - attraverso acting-out qualche volta apparentemente ingiustificati - contestare il mondo, ora è il mondo stesso a venirgli incontro lasciandosi contestare in modo irreali. Questa azione del mediatore e del tecnico assume così il significato di un giudizio che definisce e nello stesso tempo de-responsabilizza il comportamento del malato, aiutandolo a staccarsi dal reale, il cui confronto è per lui tanto problematico. Quando questo giudizio tecnico sia stato formulato, il malato cessa di essere vissuto da chi lo circonda, come un problema costante che richiede costanti prese di posizione reali, per diventare un fantasma, liberato di volta in volta da ogni vincolo di responsabilità e di consapevolezza. Il che agisce su di lui come la dimostrazione che, il fatto di essere stato riconosciuto malato dai tecnici, lo autorizza a regredire perdendo ogni controllo sulla propria vita.

Fintantoché la malattia mentale era considerata una delle modalità umane con cui l'uomo conviveva, esisteva fra società e malati un rapporto del tipo malato-accusatore: una partecipazione all'abnorme attraverso una vita comune, in cui il malato conserva, agli occhi della società, il suo carattere contraddittorio, così come lo conserva la realtà agli occhi del malato. Ma con lo svilupparsi della società industriale la linea di separazione fra norma e abnorme ha incominciato ad assumere un significato particolare, che si accentra sul concetto di produttività: la distanza fra salute e malattia è stata esasperata, facendo precipitare coloro che stavano in bilico fra l'una e l'altra.

Dal momento della liberazione dei folli di Pinel, dalle carceri della Bicêtre, dov'erano confusi con la colpa e il peccato, si è assistito ad una sorta di

dilatazione scienziata in cui l'area delle devianze e delle malattie mentali si è andata mano a mano enfatizzando, assorbendo il terreno stesso, da un lato, della delinquenza, e dall'altro del disadattamento. La nostra società attuale preferisce definirsi «malata» anziché riconoscere nelle proprie contraddizioni il prodotto del sistema su cui si fonda. In un certo senso, la malattia deresponsabilizza sia la società che il singolo; il terreno delle competenze risulta confuso, soprattutto nella misura in cui la malattia conserva in sé una parte oscura di colpa, e la colpa una traccia di malattia.

Ma ora è stata smascherata la funzione dei malati mentali come uno dei «capri espiatori» di un sistema che ha bisogno di aree di compenso per sopravvivere, e si tenta di correre ai ripari attraverso la liberalizzazione degli ospedali psichiatrici. La faccia sociale della malattia mentale potrà forse incominciare a mutare attraverso la nuova cultura che verrà creandosi e, forse, sarà possibile incominciare ad occuparci della malattia in quanto tale. Ma, in questo caso, quale sarà la nuova area di compenso, qualora il malato mentale venga riabilitato e reintegrato nella nostra attuale società? Un sistema fondato sull'ideologia dell'opulenza non può risolvere né smascherare le sue contraddizioni, che le ideologie sono appunto deputate a nascondere. Quali saranno dunque i nuovi "out da escludere" e da coprire?

Basterebbe assorbire - e ce ne sono già le indicazioni - nella sfera delle devianze ogni disadattamento, ogni segno di rifiuto nei confronti del tipo di società in cui si è costretti a vivere, e farli cadere sotto la giurisdizione psichiatrica, per costruire scientificamente un nuovo alibi, che converta in patologia ciò che è aperto segno di dissenso verso una vita invivibile, che può ancora essere diversa. In questo caso, quale sarà la posizione degli psichiatri, dei tecnici? Sanciranno, ancora una volta, nella loro qualità di delegati del potere, un'esclusione sociale sotto l'etichetta della malattia? O lo smascheramento di ciò che è stata la loro azione istituzionale li rivelerà - ai loro stessi occhi - come semplici strumenti di controllo sociale, in balia del "sistema" che li determina? E' possibile, in queste condizioni, parlare di scienza, se non si chiarisce prima che cos'è la politica di questa scienza?

Tutto ciò può essere facilmente tacciato di ovvietà. Non è una novità individuare e rifiutare la sopraffazione dell'uomo sull'uomo; non è una novità cercare le cause, rifiutando di coprirle sotto il pregiudizio. Ma finché la sopraffazione e la violenza sono ancora l'ovvio leitmotiv della nostra realtà, non si può che usare parole ovvie, per non mascherare sotto la costruzione di teorie apparentemente nuove il desiderio di lasciare le cose come sono.

FRANCO e FRANCA BASAGLIA

NOTE.

PREFAZIONE

di Alessandro Dal Lago.

(1). Il concetto di «carriera», tratto dalla sociologia delle professioni, descrive le sequenze interattive in cui un attore viene socialmente costruito come «problema relazionale», malato e infine internato. Si tratta di un concetto centrale nella cosiddetta "labelling theory, una corrente di ricerca della sociologia americana che ha studiato, a partire dagli anni Cinquanta, i meccanismi di definizione sociale della devianza. Si veda A. Dal Lago, "La produzione della devianza. Teoria sociale e meccanismi di controllo", Ombre Corte, Verona 2001.

(2). E. Goffman, "Prefazione dell'autore", nel presente volume, p. 26.

(3). P. P. Giglioli, "Presentazione" a E. Goffman, "L'ordine dell'interazione", Armando, Roma 1998.

(4). E. Goffman, "L'ordine dell'interazione" cit., p.p. 96-97.

(5). Con l'obiettività e l'ironia che gli erano peculiari Goffman ha spesso offerto analisi controcorrente delle istituzioni e dei mondi sociali. Si veda per esempio E. Goffman, "Gender Advertisement" (Harper & Row, New York 1979),

leggibile anche come smascheramento della manipolazione pubblicitaria degli stereotipi di genere.

(6). Goffman si riferisce a pratiche «terapeutiche» estreme come l'estrazione dei denti, nel caso dei pazienti «morditori», o la lobotomia per quelli più violenti o irrequieti.

(7). In questo volume, p. 396,

(8). Si pensi all'anti-psichiatra Ronald Laing, le cui analisi sono state lette come complementari a quelle di Goffman (R. Laing, "The Divided Self. A Study of Sanity and Madness", Tavistock Publications, London 1960 [trad. it. "L'io diviso. Saggio di psichiatria esistenziale", Einaudi, Torino 1969, 1998]).

(9). Si veda A. W. Gouldner, "The Coming Crisis of Western Sociology", Basic Books 1970 [trad. it. "La crisi della sociologia", il Mulino, Bologna 1973]. Si tratta di una critica «da sinistra» (in cui Goffman viene presentato come esponente di una cultura del ceto medio in crisi) che oggi appare forzata e ingiustificata.

(10). E. Goffman, "Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity", Prentice-Hall, Englewood Cliffs N. J. 1963 [trad. it. "Stigma. L'identità negata", Laterza, Bari 1968].

(11). L'influsso di Goffman sulla ricerca sociale in Italia è stato per molto tempo limitato a una piccola cerchia di estimatori e di curatori delle sue traduzioni. La prima monografia di rilievo è R. Trifiletti, "L'identità controversa", Cedam, Padova 1990. Il lavoro di messa a punto del significato dell'opera di Goffman nella sociologia contemporanea si deve soprattutto a P. P. Giglioli, di cui si veda "Rituale, interazione, vita quotidiana. Saggi su Goffman e Garfinkel" (Clueb, Bologna 1990), oltre che la "Presentazione" a "L'ordine dell'interazione" cit. Per un tentativo di inquadrare il lavoro di Goffman nella prospettiva di un mutamento radicale della teoria sociale negli ultimi decenni, si veda A. Dal Lago, "Profondità e pericolo nella vita quotidiana. Note sulla sociologia di Erving Goffman", in "Il politeismo moderno", Unicopli, Milano 1986. La ricezione di Goffman in Francia è stata tardiva anche se relativamente fortunata. Si veda Y. Winkin (a cura di), "Erving Goffman: les moments et leurs hommes", Seuil/Minuit, Paris 1988. La presenza di Goffman nella sociologia di lingua inglese è ovviamente imponente. Sotto ogni punto di vista, la monografia più completa è T. Burns, "Erving Goffman" (Routledge, London 1992 [trad. it. "Erving Goffman", il Mulino, Bologna 1997]). Per la bibliografia goffmaniana si vedano comunque le opere di Giglioli e Trifiletti citate sopra.

(12). Si vedano, per esempio, le considerazioni introduttive a E. Goffman, "Frame Analysis. The Social Organization of Experience", Penguin, Harmondsworth 1975.

(13). E. Goffman, "Communication Conduct in an Island Community", tesi di dottorato, University of Chicago, 1953.

(14). Si veda per un'interessante rilettura di Goffman nell'ambito degli studi urbani, U. Hannerz, "Exploring the City" (Columbia University Press, New York 1993 [trad. it. "Esplorare la città", il Mulino, Bologna 1992]).

(15). E. Goffman, "L'ordine dell'interazione" cit., p. 66.

(16). P. P. Giglioli, "Presentazione", in E. Goffman, "L'ordine dell'interazione" cit., p. 21.

(17). Si veda anche, per una rilettura della tradizione sociologica in questa prospettiva, P. Maranini, "La società e le cose", ILI, Milano 1972.

(18). Si tratta di una sacralità che l'attore sociale rivendica o persegue anche in situazioni apparentemente consegnate alla routine quotidiana, oppure difficilmente percepibili perché riguardano lo svolgimento di «attività» minori o coincidenti con ruoli altamente codificati. Esempi insuperabili di descrizione di queste pratiche di protezione del "self" sono le pagine di Goffman sulle manovre con cui i bambini «interpretano» il loro ruolo in una giostra o l'analisi dell'ironia con cui i professionisti, in situazione di tensione (per esempio i chirurghi durante un'operazione), alleggeriscono il loro ruolo. Si pensi inoltre alle descrizioni delle sale da gioco nel celebre saggio "Where the Action Is". Dal comportamento delle casalinghe sedute alle "slot-machines" di un casinò di Las Vegas, Goffman ricava anche profonde considerazioni sull'identità nella società contemporanea. Si veda E. Goffman, "Espressione e identità", Mondadori, Milano 1979; e Id., "Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face

Behavior", Aldine, Chicago Ill. 1967 [trad. it. "Il rituale dell'interazione", il Mulino, Bologna 1988].

(19). In questo volume, p.p. 302-303.

(20). Come è noto, sia "Giacchetta bianca" di Melville sia "L'aviere Ross" di T. E. Lawrence sono rielaborazioni letterarie delle esperienze degli autori, rispettivamente, nella marina da guerra degli Stati Uniti e nell'aviazione militare inglese.

(21). M. Foucault, "Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-1975", Feltrinelli, Milano 2000.

ASYLUMS.

SULLE CARATTERISTICHE DELLE ISTITUZIONI TOTALI.

(1). La categoria delle istituzioni totali è stata indicata, di volta in volta, nella letteratura sociologica sotto denominazioni diverse, ed alcune loro caratteristiche sono state segnalate, in particolare, in un lavoro trascurato di HOWARD ROWLAND, "Segregated Communities and Mental Health", in F. R. MOULTON (a cura di), "Mental Health Publication of the American Association for the Advancement of Science", n. 9, 1939. Un' esposizione preliminare di questo saggio è riportata in BERTRAM SCHAFFNER (a cura di), "Group Processes", Transactions of the Third (1956) Conference, Josiah Macy junior Foundation, New York 1957. Il termine «totale» è stato anche usato nel suo significato attuale in AMITAL ETZIONI, "The Organizational Structure of «Closed» Educational Institutions in Israel", in «Harvard Educational Review», XXVII, 1957, p. 115.

(2). Il duplice carattere delle istituzioni totali mi fu segnalato da Gregory Bateson ed è stato osservato nella letteratura. Confer LLOYD E. OHLIN, "Sociology and the Field of Corrections", Russell Sage Foundation, New York 1956, p.p. 14-20. Nelle situazioni in cui si richiede allo staff di vivere nell'istituzione, è presumibile che esso avverta di essere sottoposto ad una particolare privazione, oltre al fatto di essere soggetto ad una condizione di dipendenza che supera ogni aspettativa. Confer JANE CASSELS RECORD, "The Marine Radioman's Struggle for Status", in «American Journal of Sociology», LXII, 1957, p. 359.

(3). Per la versione carceraria confer S. KIRSON WEINBERG, "Aspects of the Prison's Social Structure", in «American Journal of Sociology», XLVII, 1942, p.p. 717-26.

(4). MARY JANE WARD, "The Snake Pit", New American Library, New York 1955, p. 72.

(5). IVAN BELKNAP, "Human Problems of a State Mental Hospital", McGraw-Hill, New York 1956, p. 177.

(6). Un rapporto completo al proposito ci è dato nel capitolo "Information and the Control of Treatment" nella monografia di prossima pubblicazione di Julius A. Roth sui sanatori per tubercolotici. Il suo lavoro promette di essere un modello di studio di un'istituzione totale. Cenni preliminari possono essere individuati nei suoi articoli "What is an Activity?", in «Etc.», XIV, autunno 1956, p.p. 54-56, e "Ritual and Magic in the Control of Contagion", in «American Sociological Review», XXII, 1957, p.p. 310-14.

(7). Proposto da OHLIN, "Sociology" eccetera cit., p. 20.

(8). T. E. LAWRENCE, "The Mint", Jonathan Cape, London 1955, p. 40.

(9). Un caso marginale interessante è, a questo proposito, il kibbutz israeliano. Confer MELFORD F. SPIRO, "Kibbutz, Venture in Utopia", Harvard University Press, Cambridge 1956; e ETZIONI, "The Organizational Structure of «Closed» Educational Institutions in Israel" cit.

(10). Termine usato da ROBERT SOMMER, "Patients Who Grow Old in a Mental Hospital", in «Geriatrics», XIV, 1959, p.p. 586-87- Il termine «desocializzazione» usato talvolta in questo contesto, sembrerebbe un po' troppo forte, poiché implica la perdita di capacità fondamentali quali quelle di comunicare e di cooperare.

(11). Per un esempio della descrizione di questi processi, confer GRESHAM M. SYKES, "The Society of Captives", Princeton University Press, Princeton 1958, cap. 4, "The Pains of Imprisonment", p.p. 63-83.

- (12). SANFORD M. DORNBUSCH, "The Military Academy as an Assimilating Institution", in «Social Forces», XXXIII, 1955, p. 317. Per un esempio di restrizioni iniziali alle concessioni di visite in un ospedale psichiatrico confer D. MCI. JOHNSON e N. DOWS (a cura di), "The Plea for the Silent", Christopher Johnson, London 1957, p. 16. Confer anche la proibizione di ricevere visite che, spesso, ha legato i servitori domestici alle loro istituzioni totali. Confer J. JEAN HECHT, "The Domestic Servant Class in Eighteenth-Century England", Routledge and Kegan Paul, London 1956, p.p. 127-28.
- (13). Per un'utile analisi sulle carceri americane, confer PAUL W. TAPPAN, "The Legal Rights of Prisoners", in «The Annals», CCXCIII, maggio 1954, p.p. 99-111.
- (14). Confer J. KERKHOFF, "How Thin the Veil: A Newspaperman's Story of His Own Mental Crack-up and Recovery", Greenberg, New York 1952, p. 110; ELIE A. COHEN, "Human Behaviour in the Concentration Camp", Jonathan Cape, London 1954, p.p. 118-22; EUGEN KOGON, "The Theory and Practice of Hell", Berkley Publishing Corp., New York s. d., p.p. 63-68.
- (15). BRENDAN BEHAN, "Borstal Boy", Hutchinson, London 1958, p. 40. Confer anche ANTHONY HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months", Allan Wingate, London 1954, p. 26.
- (16). Per una versione di questo processo nei campi di concentramento, confer E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p. 120, e KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit, p.p. 64-65. Per un racconto romanzato della cerimonia di benvenuto in un riformatorio per ragazze, confer SARA HARRIS, "The Wayward Ones", New American Library, New York 1952, p.p. 31-34. Per una versione meno esplicita sulle carceri confer GEORGE DENDRICKSON e FREDERICK THOMAS, "The Truth about Dartmoor", Gollancz, London 1954, p.p. 42-57.
- (17). Confer THOMAS MERTON, "The Seven Storey Mountain", Harcourt, Brace and Company, New York 1948, p.p. 290-91; E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p.p. 145-47.
- (18). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 83-84, e "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 55.
- (19). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 69.
- (20). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 55.
- (21). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 58.
- (22). JOHN M. MURTAGH e SARA HARRIS, "Cast the First Stone", Pocket Books, New York 1958, p.p. 239-40. Sugli ospedali psichiatrici, confer KERKHOFF, "How Thin the Veil" eccetera cit., p. 10. WARD, "The Snake Pit" cit., p. 60, propone un ragionevole suggerimento secondo il quale gli uomini, nella nostra società, soffrono meno per quanto riguarda il problema del proprio annullamento personale nelle istituzioni totali, di quanto non soffrano le donne.
- (23). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 15; per una versione carceraria, confer ALFRED HASSLER, "Diary of a Self-Made Convict", Regnery, Chicago 1954, p. 33.
- (24). L. D. HANKOFF, "Interaction Patterns Among Military Prison Personnel", in «U.S. Armed Forces Medical Journal», X, 1959, p. 1419.
- (25). KATHRYN HULME, "The Nun's Story", Muller, London 1957, p. 52.
- (26). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 44.
- (27). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 76.
- (28). SYKES, "The Society of Captives" cit., p.p. 70-72.
- (29). Confer LAWRENCE, "The Mint" cit., p.p. 34-35.
- (30). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 35.
- (31). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 102.
- (32). HULME, "The Nun's Story" cit., p.p. 48-51.
- (33). Anche le comunità libere nella società occidentale hanno, naturalmente, usato queste tecniche, sotto forma di fustigazioni, impiccagioni pubbliche, gogna e berlina. Funzionalmente legata all'enfasi pubblica sulle moritificazioni nelle istituzioni totali, è la severa regola riscontrata, secondo cui lo staff non deve essere umiliato da altri membri dello staff, in presenza di internati.
- (34). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 41-42.
- (35). BEHAN, "Borstal Boy" cit., p. 23.
- (36). Confer KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 128; HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 16. Per quanto riguarda situazioni analoghe in un'istituzione religiosa, confer HULME, "The Nun's Story" cit., p. 48. L'autrice descrive anche la perdita del proprio spazio personale, dovuta al fatto che

soltanto leggere tende di cotone sono usate per separare le celle, dove ciascuna suora dorme (p. 20).

(37). HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 21; DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 53.

(38). L. E. HINKLE junior e H. G. WOLFF, "Communist Interrogation and Indoctrination of «Enemies of the State»", in «A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry», LXXVI, 1956, p. 153. Per un rapporto estremamente utile sul ruolo profanante di tutto ciò che riguarda le feci e la necessità sociale di un controllo personale e dell'ambiente, confer C. E. ORBACH e altri, "Fears and Defensive Adaptations to the Loss of Anal Sphincter Control", in «The Psychoanalytic Review», XLIV, 1957, p.p. 121-75.

(39). Confer JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 75; HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 15.

(40). GEORGE ORWELL, "Such, Such Were the Joys", in «Partisan Review», XIX, settembre-ottobre 1952, p. 523.

(41). DAVID P. BODER, "I Did not Interview the Dead", University of Illinois Press, Urbana 1949, p. 50.

(42). Ibid.

(43). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 16.

(44). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 122.

(45). Confer LOWELL NAEVE, "A Field of Broken Stones", Libertarian Press, Glen Gardner, New Jersey 1950, p. 17; KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit, p. 67; HOLLEY CANTINE e DACHINE RAINER (a cura di), "Prison Etiquette", Retort Press, Bearsville (N.Y.) 1950, p. 46.

(46). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 196.

(47). HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 14.

(48). Ibid, p. 17.

(49). HINKLE e WOLFF, "Communist Interrogation" eccetera cit., p. 156.

(50). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 91.

(51). Confer HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 104.

(52). HULME, "The Nun's Story" cit., p.p. 52-53.

(53). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 128.

(54). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p.p. 62-63.

(55). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 175.

(56). HULME, "The Nun's Story" cit., p.p. 50-51.

(57). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 194.

(58). HERMAN MELVILLE, "White Jacket", Grove Press, New York s. d., p. 135.

(59). Ibid.

(60). LAWRENCE "The Mint" cit., p. 62.

(61). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit, p. 160.

(62). HULME, "The Nun's Story" cit., p. 53.

(63). Nella società civile i crimini e altre forme di devianze coinvolgono il modo in cui il colpevole è accolto in tutte le sfere della sua vita, ma la rottura delle distinzioni di questi settori si verifica in coloro che sono colpevoli e non nella maggioranza della popolazione che non agisce in questo modo particolare, né in chi, pur essendo colpevole, non viene arrestato.

(64). Confer per un chiaro esempio R. RAPOPORT e E. SKELLERN, "Some Therapeutic Functions of Administrative Disturbance", in «Administrative Science Quarterly», II, 1957, p.p. 84-85.

(65). Il lasso di tempo in cui un impiegato lavora a sua discrezione e senza un controllo può, di fatto, essere assunto come la misura di quanto è pagato e della sua posizione in un'organizzazione. Confer ELLIOTT JAQUES, "The Measurement of Responsibility: A Study of Work, Payment, and Individual Capacity", Harvard University Press, Cambridge 1956. E, dato che il «breve sprazzo di responsabilità» è indice della propria posizione, un tempo prolungato in cui si possa agire liberi da ogni ispezione, è il compenso di una data posizione.

(66). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 155, cita Robert McGreery.

(67). T. E. GADDIS, "Birdman of Alcatraz", New American Library, New York 1958, p. 25. Per una regola analoga sul silenzio nelle prigionie britanniche, confer FRANK NORMAN, "Bang to Rights", Secker e Warburg, London 1958, p. 27.

(68). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 68.

(69). Ibid., p.p. 99-100.

- (70). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 83. Confer al proposito il commento di M. Brewster Smith, sul concetto di «chicken» in SAMUEL STOUFFER e altri, "The American Soldier", 4 voll., Princeton University Press, Princeton 1949, vol. 1, p. 390.
- (71). HULME, "The Nun's Story" cit., p. 3.
- (72). Ibid., p. 39.
- (73). WARD, "The Snake Pit" cit., p. 23.
- (74). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 39.
- (75). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 36.
- (76). Confer SYKES, "The Society of Captives" cit., p.p. 73-76, "The Deprivation of Autonomy".
- (77). HULME, "The Nun's Story" cit., p. 18; ORWELL, "Such, Such Were the Joys" cit., p. 521.
- (78). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 78; JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 17.
- (79). Questa è 'una fonte di mortificazione che i «civili» praticano durante le vacanze che trascorrono in tenda, forse partendo dal presupposto che si possa raggiungere un nuovo senso del "sé", rinunciando volontariamente ad alcuni agi, particolarmente significativi al riguardo, di cui godevano.
- (80). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 66.
- (81). Ibid., p. 61.
- (82). Ibid., p. 78.
- (83). Confer ALFRED H. STANTON e MORRIS S. SCHWARTZ, "The Mental Hospital", Basic Books, New York 1954, p.p. 200, 203, 205-6.
- (84). Per un esempio di questo trattamento impersonale, confer JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 122.
- (85). T. MERTON, "The Seven Storey Mountain" cit., p. 372.
- (86). MELVILLE, "White Jacket" cit., p.p. 62-63.
- (87). Ibid., p. 140. Per esempi del medesimo processo nei campi per prigionieri di guerra, confer EDGAR H. SCHEIN, "The Chinese Indoctrination Program for Prisoners of War", in «Psychiatry», XIX, 1956, p.p. 160-61.
- (88). E' abbastanza interessante notare che talvolta esiste il corrispondente di una festa precedente il ricovero, durante la quale colui che sarà internato indulge in attività che sente non gli saranno più concesse. Per un esempio relativo alle suore, Confer HULME, "The Nun's Story" cit., p. 7.
- (89). Confer S. F. NADEL, "Social Control and Self-Regulation", in «Social Forces», XXXI, 1953, p.p. 265-73.
- (90). E' stato detto tuttavia che in qualche caso questo sistema non è né efficace né degno di fiducia. In alcune carceri, i compensi ricavati dalle aspettative usuali sono garantiti al momento dell'ingresso e ben pochi miglioramenti ufficiali di posizione risultano accessibili - poiché l'unico cambio di status possibile implicherebbe una perdita di privilegi (SYKES, "The Society of Captives" cit., p.p. 51-52). E' stato inoltre detto che nella misura in cui l'internato è già sufficientemente privo di privilegi, invece di rallegrarsi di ciò che gli resta, può arrivare a vedere quanto sia minima la differenza esistente fra la sua situazione e la spoliazione totale, cessando quindi di assoggettarsi al potere dello staff che lo costringe all'obbedienza, soprattutto quando la disobbedienza può portargli un certo prestigio fra il gruppo degli internati (ibid.).
- (91). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 164.
- (92). Confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 99-100.
- (93). Per la bibliografia, confer MORRIS G. CALDWELL, "Group Dynamics in the Prison Community", in «Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science», XLVI, 1956, p. 656.
- (94). Confer NORMAN S. HAYNER e ELLIS ASH, "The Prisoner Community as a Social Group", in «American Sociological Review», IV, 1939, p.p. 364 segg., sotto i processi di «connivenza»; confer anche CALDWELL, "Group Dynamics" eccetera cit., p.p. 650-51,
- (95). Confer l'estesa descrizione di Melville sulla rissa che i compagni marinai organizzarono per impedire che venisse loro rasata la barba, dato che la rasatura era imposta dal regolamento navale. MELVILLE, "White Racket" cit., p.p. 333-47.

- (96). Confer DONALD CLEMMER, "Leadership Phenomena in a Prison Community", in «Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science», XXVIII, 1938, p. 868.
- (97). Confer IDA ANN HARPER "The Role of the «Fringer» in a State Prison for Women" in «Social Forces», XXXI, 1952, p.p. 53-60.
- (98). Per quanto riguarda i campi di concentramento, confer l'analisi degli «esponenti» di E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit.; per gli ospedali psichiatrici confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 189; per le prigioni confer l'analisi sui "Politicians" in DONALD CLEMMER, "The Prison Community", Christopher Publishing House, Boston 1940, p.p. 277-79 e 298-309; confer anche HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p. 367; e CALDWELL, "Group Dynamics" eccetera cit., p.p. 651-53.
- (99). Per quanto riguarda la solidarietà fra internati riscontrata nelle accademie militari, confer DORNBUSCH, "The Military Academy" eccetera. cit., p. 318.
- (100). Confer HASSLER, "Diary" eccetera cit., p.p. 74, 117. Negli ospedali psichiatrici, l'antagonismo del paziente nei confronti dello staff si sostiene soprattutto sulla scoperta che molti altri pazienti sono, come lui, più simili a persone normali che a qualunque altra cosa.
- (101). RICHARD MCCLEERY, "The Strange Journey", in «University of North Carolina Extension Bulletin», XXXII, 1953, p. 24 (in corsivo nell'originale). Brewster Smith (STOUFFER, "The American Soldier" cit.) sostiene che nel momento in cui il campo per addestramento ufficiali «riconosce» all'allievo ufficiale qualche diritto sugli arruolati, questi diventa un ufficiale. Le sofferenze subite possono allora servire di giustificazione al piacere del comando.
- (102). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 97 (in corsivo nell'originale).
- (103). LLOYD W. MCCORKLE e RICHARD KORN, "Resocialization within Walls", in «The Annals», CCXCIII, maggio 1954, p. 88.
- (104). Il punto è incisivamente trattato in ibid., p. 95.
- (105). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 59; confer anche NORMAN, "Bang to Rights" cit, p.p. 56-57.
- (106). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 39-40.
- (107). "Resistance in Prison" di CLIF BENNETT, in CANTINE C RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 3-11, ci offre un'utile analisi delle tecniche del prendere in giro collettivo.
- (108). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 59 (puntini di omissione nell'originale).
- (109). Confer HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit, p. 30. BEHAN, "Borstal Boy" cit., offre molto materiale sulle relazioni di amicizia o sui rapporti fra internati.
- (110). S. A. RICHARDSON, "The Social Organization of British and United States Merchant Ships", monografia non pubblicata rintracciabile alla New York State School of Industrial and Labor Relations, Cornell University, 1954, p. 17.
- (111). Per un'esposizione completa di questo tema confer D. CRESSEY e W. KRASSOWSKI, "Inmate Organization and Anomie in American Prisons and Soviet Labor Camps", in «Social Problems», V, inverno 1957-58, p.p. 217-30.
- (112). Confer P. R. REID, "Escape from Colditz", Berkley Publishing Corp., New York 1956.
- (113). Confer PAUL FOREMAN, "Buchenwald and Modern Prisoner-of-War Detention Policy", in «Social Forces», XXXVII, 1959, p.p. 289-98.
- (114). Per una vecchia analisi al proposito confer P. NITSCHKE e K. WILMANN, "The History of Prison Psychosis", in «Nervous and Mental Disease Monograph Series», n. 13, 1912.
- (115). RICHARDSON, "The Social Organization" eccetera cit., p. 42.
- (116). Confer l'analisi di "The Resisters", in SCHEIN, "The Chinese Indoctrination Program" eccetera cit., p.p. 166-67.
- (117). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 192.
- (118). Nel caso degli ospedali psichiatrici, coloro che seguono questa linea sono talvolta chiamati «istituzionalizzati» o si dice che soffrano di «ospedalizzazione».
- (119). SCHEIN, "The Chinese Indoctrination Program" eccetera cit., p.p. 167-69.
- (120). Confer BRUNO BETTELHEIM, "Individual and Mass Behavior in Extreme Situations", in «Journal of Abnormal and Social Psychology, XXXVIII, 1943, p.p. 447-51. Si deve aggiungere che nei campi di concentramento la colonizzazione e

la conversione si presentano spesso associate. Confer E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p.p. 200-3, dove è analizzato il ruolo del «kapo».

(121). Brewster Smith in STOUFFER, "The American Soldier" cit., p. 390.

(122). Confer l'analisi in SCHEIN, "The Chinese Indoctrination Program" eccetera cit., p.p. 165-66, dei "Get-Alongers", e ROBERT J. LIFTON, "Home by Ship: Reaction Patterns of American Prisoners of War Repatriated from North Korea", in «American Journal of Psychiatry», CX, 1954, p. 734.

(123). Questo avere due facce è facilmente riscontrabile nelle istituzioni totali. Nell'ospedale psichiatrico di stato analizzato dall'autore, perfino i pochi pazienti privilegiati, selezionati per la psicoterapia individuale, che si trovavano nella migliore posizione per accettare l'approccio psichiatrico al "sé", tendevano ad esprimere il loro giudizio favorevole alla psicoterapia soltanto ai compagni più intimi. Per notizie sul modo in cui i detenuti militari nascondevano ai compagni di prigionia il loro interesse all'«essere riabilitati» nell'esercito, confer i commenti di Richard Cloward nella quarta sessione di HELEN L. WITMER e RUTH KOTINSKY (a cura di), "New Perspectives for Research on Juvenile Delinquency", U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Children's Bureau Publication n. 356, 1956, in particolare a p. 90.

(124). BETTELHEIM, "Individual and Mass Behaviour" eccetera cit., p. 425.

(125). Così, SCHEIN, "The Chinese Indoctrination Program" eccetera. cit., p.p. 165 segg., sostiene che i cinesi liberarono i portoricani ed altri prigionieri di guerra che non parlavano inglese e lasciarono che trovassero un tipo di vita possibile, per mezzo di piccoli lavori servili.

(126). Per esempi carcerari, confer HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 18; HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p.p. 29-30.

(127). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 116.

(128). Per materiale sul problema del concetto del tempo nelle istituzioni totali, confer MAURICE L. FARBER "Suffering and Time Perspective of the Prisoner", parte quarta, "Authority and Frustration" di KURT LEWIN e altri, in «Studies in Topological and Vector Psychology, III, University of Iowa Studies in Child Welfare», vol. 20, 1944.

(129). La migliore descrizione che io conosca di questo sentimento di esilio dalla vita, è il saggio di S. FREUD, "Mourning and Melancholia", dove lo stato è riferito come conseguenza della perdita di un oggetto amato. Confer "Collected Papers of Sigmund Freud", Hogarth Press, London 1925, vol. 4, p.p. 152-70.

(130). Confer E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p. 128.

(131). Un buon esempio carcerario è quello di NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 71.

(132). Confer la fine descrizione di BEHAN, "Borstal Boy" cit., p.p. 72-75, sul piacere del leggere a letto nella propria cella, e la conseguente precauzione nel suddividere la propria scorta di libri.

(133). Una tale attività non è, naturalmente, limitata alle istituzioni totali. Si trova infatti il classico esempio della casalinga stanca e affaticata che «prende qualche momento per sé» per «distendersi» astraendosi da casa attraverso la lettura del giornale del mattino, con una tazza di caffè e una sigaretta.

(134). CLEMMER, op. cit., p.p. 244-47.

(135). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 59-60, ce ne danno un esempio.

(136). Confer CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 59, quando citano James Peck:
«Sentivo la mancanza del bere ancor più che delle donne e molti compagni erano della mia stessa opinione. Quando sei depresso, fuori, puoi sempre ammazzare la depressione in un paio di bicchieri. Ma in prigione devi semplicemente aspettare che la depressione passi, il che può anche durare un bel po'».

(137). Una prova interessante al proposito, ci proviene dalla conoscenza del riadattamento di prigionieri di guerra, rimpatriati, che erano stati sottoposti al «brainwash». Confer HINKLE e WOLFF, "Communist Interrogation" eccetera cit., p. 174.

(138). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 48.

(139). Annotazioni sul campo dell'autore.

(140). Cloward in WITMER e KOTINSKY, "New Perspectives" eccetera cit., p.p. 80-83.

- (141). E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p. 7; KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 72.
- (142). ROTH, "What is an Activity?" cit.
- (143). Avviso pubblicitario in «Mental Hospitals», VI, 1955, p. 20.
- (144). MELVILLE, "White Jacket" cit., p. 139.
- (145). Per osservazioni sul difficile ruolo del guardiano, confer MCCORKLE e KORN, "Resocialization within Walls" cit., p.p. 93-94 e GRESHAM M. SYKES, "The Corruption of Authority and Rehabilitation", in «Social Forces», XXXIV, 1956, p.p. 257-62.
- (146). D. CRESSEY, "Achievement of an Unstated Organizational Goal: An Observation on Prisons", in «Pacific Sociological Review», I, 1958, p. 43.
- (147). J. BATEMAN e H. DUNHAM, "The State Mental Hospital as a Specialized Community Experience", in «American Journal of Psychiatry», CV, 1948-1949, p. 46.
- (148). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 170.
- (149). ORWELL, "Such, Such Were the Joys" cit., p.p. 506-9.
- (150). ORWELL, "Such, Such Were the Joys" cit., p. 521.
- (151). Confer R. LIFTON, "«Thought Reform» of Western Civilians in Chinese Communist Prisons", in «Psychiatry», XIX, 1956, in particolare p.p. 182-84.
- (152). Traggo questa osservazione dalla recensione di Everett C. Hughes del "Leopold von Wiese's Spätlese", in «American Journal of Sociology», LXI, 1955, p. 182. Un'area analoga è compresa sotto il corrente termine antropologico «etnopsicologia», se si eccettua il fatto che l'unità cui questa si riferisce è una cultura e non un'istituzione. Si dovrebbe aggiungere che gli internati acquistano una teoria della natura umana assorbendo, in parte, quella dello staff e sviluppandone una di opposta per loro conto. Confer al proposito in MCCLEERY, "The Strange Journey" cit., p.p. 14-15, la descrizione molto interessante del concetto di «spia», così come viene usato dai detenuti.
- (153). SIMON RAVEN, "Perish by the Sword", in «Encounter», XII, maggio 1959, p.p. 38-39.
- (154). Il carattere inglobante della teoria sulla natura umana sostenuta da un'istituzione è, attualmente, molto ben espresso nelle organizzazioni psichiatriche di tipo progressista. Le teorie originariamente sviluppatesi per il trattamento degli internati, vengono sempre più applicate anche allo staff, cosicché il personale meno qualificato deve pagare la penitenza in psicoterapie di gruppo, e il personale più qualificato in trattamenti analitici individuali. C'è anche qualche tentativo di coinvolgere l'intera istituzione in attività terapeutiche di carattere sociologico.
- (155). Confer l'utile lavoro di ALBERT BIDERMAN, "Social-Psychological Needs and «Involuntary» Behaviour as Illustrated by Compliance in Interrogation", in «Sociometry», XXIII, 1960, p.p. 120-47.
- (156). Sarebbe errato giudicare queste «terapie» troppo cinicamente. Un lavoro come quello della lavanderia o della riparazione delle scarpe ha un suo ritmo ed è spesso condotto da persone più strettamente legate alla loro attività, di quanto non lo siano all'ospedale; il tempo trascorso in queste attività è quindi, molto spesso, più piacevole di quello passato in un reparto buio e silenzioso. Inoltre, l'idea di impiegare i pazienti in lavori «utili» sembra un'opportunità così seducente nella nostra società, che attività come quella della riparazione delle scarpe o dei materassi potrebbero essere mantenute, almeno per un certo tempo, senza il minimo guadagno per l'istituzione.
- (157). Suor MARY FRANCIS, P. C., "A Right to Be Merry", Sheed and Ward, New York 1956, p. 108.
- (158). Ibid., p. 99. L'uso di un significato alterno della povertà è, naturalmente, un elemento strategico fondamentale nella vita religiosa. Gli ideali di semplicità spartana sono stati usati anche da gruppi politici e militari, di carattere radicale; attualmente i beatniks danno un significato particolare all'ostentazione della povertà.
- (159). Un buon esempio di questa estensione interpretativa e di questa profondità è dato dal romanzo di Bernard Malamud sui problemi di conduzione di una piccola drogheria: "The Assistano", New American Library, New York 1958.
- (160). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 66.

- (161). Confer HARVEY POWELSON e REINHARD B. BENDIX, "Psychiatry in Prison", in «Psychiatry», XIV, 1951, p.p. 73-86, e WALDO W. BURCHARD, "Role Conflicts of Military Chaplains", in «American Sociological Review», XIX, 1954, p.p. 528-35.
- (162). Confer E. GOFFMAN, "The Presentation of Self in Everyday Life", Anchor Books, New York 1959, p.p. 200-4; MCCORKLE e KORN, "Resocialization within Walls" cit., p.p. 93-94. Il principale studio sull'argomento è quello di ALFRED H. STANTON e MORRIS S. SCHWARTZ, "The Management of a Type of Institutional Participation in Mental Illness", in «Psychiatry», XII, 1949, p.p. 12-26.
- (163). LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 40. Per una versione sui campi di concentramento confer KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 84-86. Come eccezione si deve aggiungere che in alcune istituzioni totali, specialmente sulle navi, questi servizi personali possono essere riconosciuti come parte dei propri doveri, corrispondenti al grado di ognuno; lo stesso vale per quanto riguarda il ruolo degli attendenti nell'esercito inglese. Ma in queste eccezioni lo staff può trovare una sua piccola vita non ufficiale.
- (164). Questo termine è stato suggerito da Everett C. Hughes ed è usato in un lavoro non pubblicato, "Social Control and Institutional Catharsis" di JOSEPH GUSFIELD.
- (165). Le dotte petizioni legali scritte dagli internati, che circolano in molte prigioni e ospedali psichiatrici, sembrano assolvere alla stessa funzione.
- (166). Naturalmente le «feste d'ufficio» che si riscontrano in istituzioni non totali, hanno dinamiche simili e sono state certamente le prime a dare adito a commenti. Confer per esempio, GUSFIELD, "Social Control" eccetera cit. I migliori racconti su questo genere di eventi restano comunque i romanzi. Confer la descrizione di NIGEL BALCHIN di una festa in una fabbrica in "Private Interests", Houghton-Mifflin, Boston 1953, p.p. 47-71; la descrizione di Angus Wilson di una festa per ospiti e personale di un albergo, nel suo breve racconto "Saturnalia" in "The Wrong Set", William Morrow, New York 1950, p.p. 68-89; e J. KERKHOFF, "How Thin the Veil" eccetera cit., p.p. 224-25, con la sua descrizione della festa annuale in un ospedale psichiatrico.
- (167). Confer MAX GLUCKMAN, "Custom and Conflict in Africa", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1955, cap. 5, "The Licence in Ritual", p.p. 109-36.
- (168). HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 199. Confer anche McCreery in HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 157. Per quanto riguarda il permesso per brevi dimissioni in un ospedale psichiatrico, confer KERKHOFF, "How Thin the Veil" eccetera cit., p.p. 185, 256. Per una nave da guerra, confer MELVILLE, "White Racket" cit., p.p. 95-96.
- (169). Confer la versione sulle carceri di NORMAN, Bang to Rights cit., p.p. 69-70.
- (170). Per un esempio di prigionieri che prendono in giro le guardie e il direttore delle carceri, confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 110-11.
- (171). MELVILLE, "White Racket" cit., p. 101 (in corsivo nell'originale). Melville procede quindi commentando amaramente come, poco dopo questo rilassamento dei ruoli, gli ufficiali mostrassero una capacità di «inalberare le loro facce da cassero di poppa», ritornando alla loro abituale severità. Confer anche KERKHOFF, "How Thin the Veil" eccetera cit., p. 229, e HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p.p. 195-99.
- (172). Né il «prima» né il «dopo» hanno bisogno di presentare una stretta relazione con i fatti, poiché ogni versione vuole chiarire una situazione e non misurarla e, in ogni caso, il passato può essere abilmente presentato per la sua analogia con il presente. Ho visto pazienti mentali appartenenti a reparti abbastanza buoni, dare, in un teatro pubblico, una rappresentazione esplicita di condizioni che era presumibile avessero vissuto in ospedali psichiatrici più arretrati. Venivano usati costumi vittoriani. Il pubblico consisteva in volenterosi, con qualche idea di psichiatria, della vicina città. A pochi isolati da dove si svolgeva la rappresentazione, potevano essere individuate, dal vero, condizioni altrettanto cattive. In molti casi gli attori conoscevano bene i ruoli che dovevano recitare, semplicemente perché erano stati i loro.
- (173). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 92.
- (174). J. M. GRIMES, "When Minds Go Wrong", pubblicato dall'autore, Chicago 1951, p. 81.

- (175). Per un esempio carcerario, confer CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 62.
- (176). NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 103.
- (177). Un caso esemplare dell'uso che gli internati fanno del valore di questi hobby in rapporto alle relazioni pubbliche, è il laboratorio ornitologico costruito dal detenuto Robert Stroud a Leavenworth (confer GADDIS, "Birdman of Alcatraz" cit.). Com'è prevedibile, gli internati artisti si sono a volte rifiutati di collaborare, rifiutavano cioè di accettare la libertà di dipingere non volendo produrre qualcosa che potesse essere usato dallo staff come l'evidenza del carattere «superiore» dell'istituzione. Confer NAEVE, "A Field of Broken Stones" cit., p.p. 51-55.
- (178). Confer CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 61; DENDRICKSON e THONIAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 70.
- (179). Conosciamo bene quanto le istituzioni totali abbiano bisogno di organizzazioni caritative di divertimenti, ma tendiamo a renderci meno conto di quanto alcuni attori non professionisti abbiano disperatamente bisogno di un pubblico per il quale essere caritatevoli. Per esempio, l'ospedale psichiatrico da me analizzato, disponeva dell'unico teatro che esistesse nei dintorni, abbastanza grande da consentire agli allievi di una scuola di danza di dare spettacolo tutti assieme. Alcuni genitori degli allievi non gradivano molto il fatto di dover entrare nell'area ospedaliera, ma se la scuola voleva fare dei numeri d'insieme, si doveva ricorrere al teatro dell'ospedale. Inoltre, i genitori che pagavano l'iscrizione alla scuola, pretendevano che i figli partecipassero alla rappresentazione scolastica annuale, fossero o no sufficientemente preparati o abbastanza adulti per poter prendervi parte. Alcuni attori dello show richiedevano, perciò, un pubblico estremamente indulgente. I pazienti possono offrire appunto questo, essendo la maggior parte di loro portata a teatro sotto la sorveglianza degli infermieri e, una volta lì, trovandosi ad assistere allo spettacolo sotto la medesima sorveglianza; poiché l'infrazione alle regole può portare alla riduzione del privilegio di uscire dal reparto, in queste occasioni. Lo stesso tipo di legame disperato lega il pubblico dell'ospedale ad un gruppo di lavoratori che vengono a suonare le campane.
- (180). Confer i commenti sugli sports che si praticano nelle prigioni in BEHAN, "Borstal Boy" cit., p.p. 327-29.
- (181). Per un esempio carcerario confer NORMAN, "Bang to Rights" cit., p.p. 119-120.
- (182). Per un'analisi recente, completa di un numero di scherzi organizzati dai servitori per la presa in giro dei padroni, confer M. ASTOR, "Childhood at Cliveden", in «Encounter», XIII, settembre 1959 p.p. 27-28. Feste che coinvolgono un intero villaggio e gruppi di nobiltà locale, sono descritte in molti romanzi inglesi, per esempio, L. P. HARTLEY, "The Go-Between". Un buon racconto romanizzato è "The Loneliness of the Long-Distance Runner" di ALAN SILLITOE.
- (183). GLUCKMAN, "Custom and Conflict in Africa" cit., p. 125. Confer anche il suo "Rituals of Rebellion in South-East Africa", The Frazer Lecture, 1952, Manchester University Press, Manchester 1954.
- (184). Un'analisi sulle differenze dei ruoli fra prigionieri può essere trovata in SYKES, "The Society of Captives" cit., cap. 5, "Argot Roles", p.p. 84-108, e ID., "Men, Merchants and Toughs: A Study of Reactions to Imprisonment", in «Social Problems», IV, 1956, p.p. 130-38. Per la definizione data dallo staff dei tipi diversi di pazienti mentali, confer OTTO VON MERING e s. H. KING, "Remotivating the Mental Patient", Russell Sage Foundation, New York 1957, in particolare p.p. 27-47, "A Social Classification of Patients".
- (185). Le dinamiche di questo processo sono sottolineate nel ben noto libro di S. FREUD, "Group Psychology and the Analysis of the Ego". Per una loro applicazione, confer ETZIONI, "The Organizational Structure of «Closed» Educational Institutions in Israel" cit., p. 123. Vi sono anche altri tipi di proiezione; per esempio, la mascotte della squadra e forse dovrebbero venir considerate tutte assieme.
- (186). Confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 110.

- (187). Confer ELLIOTT JAKES, "Social Systems as a Defence against Persecutory and Depressive Anxiety", in MELANIE KLEIN e altri, "New Directions in Psycho-Analysis", Tavistock, London 1955, p. 483.
- (188). Gregory Bateson, in "The Study of Culture at a Distance", M. MEAD e R. METRAUX (a cura di), University of Chicago Press, Chicago 1953, p. 372.
- (189). Confer l'analisi sul ruolo di «capocarico» in RICHARDSON, "The Social Organization" eccetera cit., p.p. 15-18. Il sergente maggiore di reggimento e di battaglione rispetto al luogotenente di plotone, ne è un altro esempio.
- (190). HULME, "The Nun's Story" cit., p. 20.
- (191). FRANCIS, "A Right to Be Merry" cit., p.p. 179-80. La regola nella tradizione militare anglo-americana secondo la quale gli ufficiali dovrebbero correre tutti i rischi nei quali mettono i loro uomini ed interessarsi del cibo e delle loro necessità, più che delle proprie, prima della battaglia, ci dà una variante sottile di queste pesanti cerimonie; dimostrando per i loro uomini un maggior interesse che per se stessi, gli ufficiali possono contemporaneamente rinforzare i legami con loro e mantenerne la distanza.
- (192). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 2.
- (193). DORNBUSCH, "The Military Academy" eccetera cit., p. 317. Un famoso caso di questo tipo di livellamento di gruppo è evidente nel sistema in uso nelle scuole inglesi del far fare i servizi ai più giovani.
- (194). HULME, "The Nun's Story" cit., p.p. 22-23. Per quanto riguarda la regola benedettina del non tener conto dell'età, confer "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 63.
- (195). Qui c'è un ritorno alla conduzione medica degli ospedali psichiatrici che adatterebbero il trattamento ad ogni singola, specifica diagnosi.
- (196). Questo succede anche nei campi di concentrazione. Confer per esempio E. A. COHEN "Human Behaviour" eccetera cit., p. 154. San Benedetto (cap. 57) nota saggiamente il pericolo di questa pratica:
 «Se ci sono degli artigiani nel monastero, che praticino la loro arte con tutta umiltà, se così vuole l'Abate. Ma se uno di loro diventasse orgoglioso per la conoscenza della sua arte, perché sembra portare un beneficio al monastero, che egli sia allontanato da tale attività e non la pratichi, se prima non abbia fatto penitenza umiliandosi, finché l'Abate non lo riassuma».
- (197). SYKES, "The Corruption of Authority" eccetera cit. Confer anche CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 96-97.
- (198). Sembra che in qualsiasi istituzione i ruoli più alti e quelli più bassi nella gerarchia, tendano ad essere relativamente permeabili agli standards della comunità in generale, mentre le tendenze impermeabili sembrano essere messe a fuoco negli strati centrali della gerarchia istituzionale.
- (199). ORWELL, "Such, Such Were the Joys" cit., p.p. 510, 525.

LA CARRIERA MORALE DEL MALATO MENTALE.

- (1). Si può trovare materiale sulla carriera morale nei primi lavori di antropologia sociale a proposito delle cerimonie di transizione di status, e nelle classiche descrizioni di psicologia sociale degli spettacolari mutamenti che la partecipazione a movimenti sociali, o sette, può comportare per la valutazione del "sé". Recentemente nuovi dati significativi sono stati suggeriti dall'interesse psichiatrico sul problema dell'«identità», e dagli studi sociologici sulle carriere di lavoro e sulla «socializzazione degli adulti».
- (2). Questo punto è stato recentemente rilevato da ELAINE e JOHN CUMMING, "Closed Ranks", Commonwealth Fund, Harvard University Press, Cambridge 1957, p.p. 101-2: «L'esperienza clinica conferma l'impressione secondo cui molti definiscono la malattia mentale come 'la condizione per la quale una persona è curata in un ospedale psichiatrico'... La malattia mentale sembrerebbe una condizione che colpisce coloro che si ricoverano in un ospedale psichiatrico, ma finché non vi entrano, quasi tutto ciò che fanno è normale». Leila Deasy mi ha fatto presente, a questo proposito, il parallelismo con la situazione dei delitti fatti da membri della classe media (white-collar). Tra coloro che sono scoperti in attività del genere, solamente chi non riesce ad evitare il carcere si trova a vedersi assegnare il ruolo sociale di criminale.

- (3). Ora si incomincia a servirsi di cartelle cliniche negli ospedali psichiatrici, per mostrare quale incredibile quantità di disturbi una persona possa causare a sé e agli altri, prima che qualcuno cominci a considerarla sotto l'aspetto psichiatrico, per non parlare di promuoverne il ricovero. Confer JOHN A. CLAUSEN e MARIAN RADKE YARROW, "Paths to the Mental Hospital", in «Journal of Social Issues», XI, 1955, p.p. 25-32; AUGUST B. HOLLINGSHEAD e FREDRICK C. REDLICH, "Social Class and Mental Illness", Wiley, New York 1958, p.p. 173-74.
- (4). Un esempio di come questo punto di vista sia applicabile a tutte le forme di devianze, si può trovare in EDWIN LEMERT, "Social Pathology, McGraw-Hill, New York 1951, in particolare p.p. 74-76. Per un'applicazione specifica agli insufficienti mentali confer STEWART E. PERRY, "Some Theoretic Problems of Mental Deficiency and Their Action Implications", in «Psychiatry», XVII, 1954, p.p. 45-73, in particolare p.p. 67-68.
- (5). Questo semplice quadro si complica per l'esperienza un po' particolare di circa un terzo degli ex degenti, cioè il rientro in ospedale, che costituisce la fase del recidivo o del «repatient».
- (6). Harry Stack Sullivan, in HELEN SWICK PERRY, MARY LADD GAWEL e MARTHA GIBBON (a cura di), "Clinical Studies in Psychiatry", Norton, New York 1956, p.p. 184-85.
- (7). Questa esperienza morale può essere avvicinata a quella di chi comincia a drogarsi con la marijuana; lo scoprire di poter essere euforici ed eccitati senza che altri se ne accorgano, porta ad un nuovo livello l'uso della droga. Confer HOWARD S. BECKFR, "Marihuana Use and Social Control", in «Social Problems», III, 1955, p.p. 35-44; in particolare p.p. 40-41.
- (8). Confer HOLLINGSHEAD e REDLICH, "Social Class" eccetera cit., p. 187, tav. 6, dove viene indicata la relativa frequenza di autodenunce secondo i diversi gruppi sociali.
- (9). La distinzione qui usata fra degenti spontanei e non-spontanei, contrasta con quella legale fra volontari e ricoverati d'autorità; poiché alcuni pazienti che entrano di loro volontà in ospedale psichiatrico possono entrarvi con pratiche legali, mentre tra coloro che vengono ricoverati soltanto a causa delle forti pressioni dei familiari, qualcuno potrebbe risultare volontario.
- (10). CLAUSEN e YARROW, "Paths to the Mental Hospital" cit.
- (11). Un'esplicita applicazione di questa nozione al campo della sanità mentale si può trovare in EDWIN LEMERT, "Legal Commitment and Social Control", in «Sociology and Social Research», XXX, 1946, p.p. 370-78.
- (12). Confer JEROME K. MEYERS e LESLIE SCHAFFER, "Social Stratification and Psychiatric Practice: A Study of an Outpatient Clinic", in «American Sociological Review», XIX, 1954, p.p. 307-10; LEMERT, "Legal Commitment" eccetera cit., p.p. 402-3; "Patients in Mental Institutions", Department of Commerce, Bureau of the Census, Washington (D.C.) 1941, p. 2.
- (13). Per quanto riguarda il circuito di agenti e le sue conseguenze sulle contingenze di carriera, confer OSWALD HALL, "The Stages of a Medical Career", in «American Journal of Sociology», LIII, 1948, p.p. 327-36.
- (14). Confer E. e J. CUMMING, "Closed Ranks" cit., p. 92.
- (15). HOLLINGSHEAD e REDLICH, "Social Class" eccetera cit., p. 187.
- (16). Per un'analisi di alcune implicazioni per il paziente presenti in questo circuito, confer LEILA DEASY e OLIVE W. QUINN, "The Wife of the Mental Patient and the Hospital Psychiatriest", in «Journal of Social Issues», XI 1955, p.p. 49-60. Altro esempio interessante di questo tipo di analisi si può trovare in ALAN G. GOWMAN, "Blindness and the Role of the Companion", in «Social Problems», IX, 1956, p.p. 68-75. Per un'esposizione generale confer ROBERT MERTON, "The Role Set: Problems in Sociological Theory", in «British Journal of Sociology», VIII, 1957, p.p. 106-20.
- (17). Ho la cartella clinica di un uomo che afferma di aver creduto di essere stato lui a portare la moglie dallo psichiatra e di essersi accorto che era stata la moglie a predisporre tutto, solo quando ormai era troppo tardi.
- (18). Una parafrasi tratta da KURT RIEZLER, "Comment on the Social Psychology of Shame", in «American Journal of Sociology», XLVIII, 1943, p. 458.
- (19). Confer HAROLD GARFINKEL, "Conditions of Successful Degradation Ceremonies", in «Arnerican Journal of Sociology», LXI, 1956, p.p. 420-24.
- (20). Le pratiche in uso nei campi di concentramento forniscono un buon esempio della funzione del «vortice degli inganni» nello spingere alla collaborazione e

nel ridurre l'opposizione e il disordine, anche se - in questo caso - non si possa dire che i mediatori agissero nell'interesse dei reclusi. I poliziotti, andando a prelevare la gente a casa, talvolta scherzavano con bonarietà e si dicevano disposti ad aspettare finché non avessero preso il caffè. Le camere a gas erano arredate come camere di spidocchiamento e alle vittime che si spogliavano veniva raccomandato di ricordarsi dove lasciavano i loro vestiti. I malati, i vecchi, i deboli e i pazzi che venivano scelti per essere mandati allo sterminio, venivano talvolta portati in ambulanze della Croce Rossa a campi indicati con termini come «ospedali di osservazione». Confer BODER, "I Did not Interview the Dead" cit., p. 81; e E. A. COHEN, "Human Behaviour" eccetera cit., p.p. 32, 37, 107.

(21). Le interviste raccolte dal gruppo di Clausen per il National Institute of Mental Health suggeriscono che, nel caso la moglie diventi il «guardia no», la responsabilità possa eliminare la distanza precedentemente instauratasi dagli altri parenti, portando o ad un nuovo rapporto di sostegno o ad una completa rottura.

(22). Per un'analisi di questo tipo di percezione non psichiatrica, confer MARIAN RADKE YARROW, CHARLOTTE GREEN SCHWARTZ, HARRIET S. MURPHY e LEILA DEASY, "The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family", in «Journal of Social Issues», XI, 1955, p.p. 12-24. CHARLOTTE GREEN SCHWARTZ, "Perspectives on Deviance - Wives' Degrations of their Husbands' Mental Illness", in «Psychiatry», XX, 1957, p.p. 275-91.

(23). Questa funzione colpevolizzante si trova, naturalmente, in altri insiemi di ruoli. Quando una coppia del ceto medio intraprende il processo di separazione legale o divorzio, ciascuno degli avvocati ritiene generalmente suo dovere informare il cliente sulle pretese e sui suoi diritti potenziali, spingendolo in tal modo a reclamarli, anche se il suo giudizio personale sui diritti e sull'onorabilità dell'ex coniuge è favorevolmente orientato. Il cliente, in completa buona fede, può allora dire a se stesso e all'ex coniuge che le richieste sono state fatte soltanto perché l'avvocato insisteva che era meglio fare così.

(24). Riportato nei dati Clausen.

(25). Questo punto viene segnalato da F. e J. CUMMING, "Closed Ranks" cit., p. 129.

(26). Qui c'è una divergenza interessante con la carriera morale del paziente tubercolotico. Mi ha riferito Julius Roth che i tubercolotici sono propensi a ricoverarsi in ospedale spontaneamente, accordandosi con la "persona di fiducia" sulla necessità di farsi curare. Più tardi, nella loro carriera ospedaliera, quando apprendono quanto a lungo si protrarrà il ricovero e quanto siano irritanti e irrazionali certe regole istituzionali, possono tentare di uscire, ma ne sono dissuasi dai parenti e dal personale e soltanto allora incominciano a sentirsi traditi.

(27). La strategia iniziale seguita dal paziente per tenersi appartato da ogni contatto, può trovare una parziale spiegazione nella relativa mancanza di formazione di gruppi fra degenti negli ospedali psichiatrici di stato, il che è stato proposto da William R. Smith. Il desiderio di evitare legami personali che potrebbero consentire domande biografiche, potrebbe essere un altro fattore. Inoltre negli ospedali psichiatrici, così come nei campi di concentramento, il personale può tentare di interrompere intenzionalmente l'incipiente formarsi di gruppi, allo scopo di evitare ribellioni collettive ed altri disordini di reparto.

(28). Un «rivelarsi» analogo si verifica nel mondo degli omosessuali, quando una persona si presenta apertamente ad una «gaia» riunione, non come un semplice turista, ma come «disponibile». Confer EVELYN HOOKER, "A Preliminary Analysis of Group Behavior of Homosexuals", in «Journal of Psychology», XLII, 1956, p.p. 217-25; in particolare p. 221. Per una buona versione romanzata confer JAMES BALDWIN, "Giovanni's Room", Dial, New York 1956, p.p. 41-57. Un esempio familiare di questo processo è senz'altro evidenziabile fra i ragazzi in età prepuberale, quando uno di loro rientra furtivamente nella stanza da dove era uscito con uno scatto d'ira e lesò "amour propre". E' presumibile che la frase stessa derivi da una cerimonia di "rite-de-passage" che una volta le madri delle classi superiori organizzavano per le figlie. E' abbastanza interessante notare come, nei grandi ospedali psichiatrici, il paziente simbolizzi talvolta un

aperto «rivelarsi», al momento della sua prima attiva partecipazione al ballo dei pazienti di tutto l'ospedale.

(29). Per una buona descrizione del sistema di reparto confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., cap. 9, in particolare p. 164.

(30). Gli ospedali psichiatrici possono essere peggiori dei campi di concentramento e delle carceri, per quanto riguarda il «far passare il tempo»; nelle carceri l'isolamento del "sé" dalle implicazioni simboliche dell'ambiente è forse più facile. Negli ospedali psichiatrici esso risulta tanto difficile che i pazienti sono costretti ad usare mezzi per attuarlo, interpretati dal personale come sintomi psicotici.

(31). Per quanto riguarda i carcerati confer HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p.p. 52-53. Per gli alcolizzati confer l'analisi di HOWARD G. BAIN, "A Sociological Analysis of the Chicago Skid-Row Lifeway", tesi di laurea non pubblicata, Department of Sociology, University of Chicago, settembre 1950, in particolare "The Rationale of the Skid-Row Drinking Group", p.p. 141-46. Questa tesi trascurata di Bain è un'utile fonte di materiale sulle carriere morali. Uno dei pericoli professionali più evidenti nella prostituzione, è che i clienti e gli altri contatti professionali insistano, talvolta, nel manifestare simpatia, chiedendo una spiegazione drammaticamente plausibile alla loro tanto bassa condizione. In questo caso, dovendo preoccuparsi di aver pronta una triste storia da raccontare, la prostituta è forse più da compatire che da condannare. Per buoni esempi di tristi storie di prostitute confer HENRY MAYHEW, "London Labour and the London Poor", vol. 4, "Those That Will not Work", Charles Griffin and Co., London 1862, p.p. 210-72. Per fonti attuali confer C. H. ROLPH (a cura di), "Women of the Streets", Secker and Warburg, London 1955, in particolare p. 6: «Quasi sempre, tuttavia, dopo qualche commento sulla polizia, la ragazza incomincia a spiegare com'è stato che è entrata nella vita, e generalmente lo fa in termini di autogiustificazione ...» Più tardi, naturalmente, l'esperto psicologo ha aiutato la professione a preparare tristi storie veramente notevoli. Confer HAROLD GREENWALD, "The Call Girl", Ballantine Books, New York 1958.

(32). Un analogo ruolo autoprotettivo è stato notato nelle carceri. HASSLER, "Diary" eccetera cit., p. 76, nel descrivere una conversazione con un compagno di cella, così dice: «Non disse molto sulla ragione per la quale era stato condannato e non gliela chiesi, dato che questa era l'abitudine del carcere». Per una versione romanzata sugli ospedali psichiatrici, confer KERKHOFF, "How Thin the Veil" eccetera. cit., p. 27.

(33). Da annotazioni nel campo di rapporti informali fra i pazienti, trascritti quanto più letteralmente possibile.

(34). L'esame psichiatrico di una persona, con conseguente alterazione o riduzione del suo status, è noto nel gergo ospedaliero e carcerario come «far ammattire», dato che, una volta caduti sotto l'attenzione degli esaminatori, si viene automaticamente classificati come pazzi o sarà lo stesso processo dell'esame a fare impazzire. In questo senso il personale sanitario psichiatrico è visto spesso non tanto come chi scopre se sei malato, ma come chi provoca la malattia; e la frase «non farmi impazzire» può significare «non tormentarmi fino a farmi uscir di senno». Sheldon Messinger ha proposto una relazione fra il significato di questo «far impazzire» e l'installazione in una stanza di un microfono segreto per carpire informazioni, da usare poi per screditare chi parla.

(35). Mentre molte organizzazioni conservano documentazioni su coloro che ne fanno parte, in quasi tutte accade che alcuni attributi significativi siano inclusi solo indirettamente, dato che non risultano ufficialmente importanti. Ma poiché gli ospedali psichiatrici pretendono di trattare la persona «nella sua totalità», ufficialmente non riconoscono limiti a ciò che considerano rilevante; il che è una libertà sociologicamente notevole. E' un fatto storico molto curioso che persone, in altre aree di vita impegnate a promuovere lo sviluppo delle libertà civili, tendano a concedere allo psichiatra poteri discrezionali sul paziente. Evidentemente si ritiene che quanto più potere abbiano il direttore e il terapeuta qualificato, tanto meglio saranno serviti gli interessi dei pazienti. I pazienti, per quanto ne sappia, non sono stati comunque intervistati al proposito.

(36). Trascrizione letterale di cartelle cliniche.

(37). Alcuni ospedali psichiatrici hanno però una «raccolta riservata» di cartelle scelte, che possono essere consultate solo con permessi speciali. Può trattarsi di documentazioni di ricoverati che esercitano funzioni di fattorini negli Uffici amministrativi e che - altrimenti - potrebbero gettare qualche occhiata alle relazioni dei propri casi; di ricoverati che godevano di una condizione sociale d'élite nella comunità esterna; di degenti che potrebbero intentare causa all'ospedale e quindi avere qualche ragione speciale per manovrare l'accesso alle documentazioni che li riguardano. Alcuni ospedali hanno perfino una «raccolta riservatissima» che viene tenuta nell'ufficio del direttore. Inoltre, il titolo professionale del paziente, specialmente se si tratta di un medico, viene talvolta ommesso di proposito dalla sua cartella. Tutte queste eccezioni alla regola generale sul controllo delle informazioni, mostrano naturalmente che l'istituto si rende conto di ciò che implica la raccolta delle documentazioni negli ospedali psichiatrici. Per un ulteriore esempio, confer HAROLD TAXEL, "Authority Structure in a Mental Hospital Ward", tesi di laurea non pubblicata, Department of Sociology, University of Chicago 1953, p.p. 11-12.

(38). Si tratta del problema del «controllo delle informazioni» che affligge, in gradi diversi, molti gruppi. Confer GOFFMAN, "Discrepant Roles", in "The Presentation of Self in Everyday Life" cit., cap. 4, p.p. 141-66. Questo problema, in relazione alle documentazioni dei casi nelle carceri, è indicato da James Peck nel suo racconto "The Ship That Never Hit Port", in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 66.

«I secondini hanno, naturalmente, il coltello dalla parte del manico nei riguardi di qualsiasi detenuto, perché possono descriverlo in modo da far apparire inevitabile una punizione. Ogni infrazione alle regole viene annotata nell'incartamento del detenuto, dove sono documentati tutti i dettagli della sua vita privata, prima e durante la detenzione. Vi sono rapporti scritti dai secondini, dai guardiani di celle e da chiunque possa aver ascoltato una conversazione. Vi sono anche inclusi racconti strappati alle 'spie'.

«Ogni lettera che interessi le autorità, finisce nell'incartamento. Il censore della corrispondenza può fare una copia fotostatica di un'intera lettera del detenuto, o copiarne solo un passaggio. Oppure può passare la lettera ad un superiore. Spesso un detenuto, chiamato dal capo e dal funzionario, viene messo di fronte a qualcosa da lui scritto tanto tempo prima da averlo dimenticato del tutto. Può trattarsi della sua vita personale o delle sue opinioni politiche - un frammento di pensiero che le autorità della prigione hanno ritenuto pericoloso ed hanno archiviato per usarlo più tardi».

(39). Per questo ed altri suggerimenti devo ringraziare Charlotte Green Schwartz.

(40). Confer "La vita sotterranea di un'istituzione pubblica", in questo libro.

LA VITA SOTTERRANEA DI UN'ISTITUZIONE PUBBLICA.

(1). EMILE DURKHEIM, "Professional Ethics and Civic Morals", trad. Cornelia Brookfield, Routledge and Kegan Paul, London 1957, p.p. 171-220.

(2). Amitai Etzioni mi ha suggerito questo argomento in una conversazione personale.

(3). CHESTER BARNARD, "The Functions of the Executive", Harvard University Press, Cambridge 1947, cap. 11, "The Economy of Incentives".

(4). Per quanto riguarda le istituzioni economiche l'argomento è stato recentemente compendiato da TALCOTT PARSONS e NEIL J. SMELSER, "Economy and Society", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1956, cap. 3, "The Institutional Structure of the Economy". Per un'analisi dettagliata sulle organizzazioni industriali confer REINHARD BENDIX, "Work and Authority in Industry", Wiley, New York 1956.

(5). Ibid., "Managerial Conceptions of «The Worker»", p.p. 288-97.

(6). Il nostro concetto di lavoro distingue nettamente le finalità dell'organizzazione dal pagamento dei lavoratori, quando, di fatto, questi potrebbero realmente coincidere. Sarebbe infatti possibile definire la finalità di un'organizzazione, come la distribuzione ai propri impiegati di premi consumabili personalmente, dato che anche lo stipendio del direttore ha il medesimo significato, nel senso che i profitti dell'azionista sono una delle

finalità dell'organizzazione. Confer R. M. CYERT e J. G. MARCH, "A Behavioral Theory of Organizational Objectives", in MASON HAIRE (a cura di), "Modern Organization Theory", Wiley, New York 1959, p. 80.

(7). Per considerazioni sul valore implicito nel lavoro delle organizzazioni economiche, confer PHILIP SELZNICK, "Leadership in Administration", Row, Peterson & Co., Evanston (Ill.) 1957.

(8). Per lo studio di un caso confer ALVIN GOULDNER, "Wildcat Strike", Routledge & Kegan Paul, London 1955, in particolare "The Indulgency Pattern", p.p. 18-22, dove l'autore sottolinea le esigenze morali che l'organizzazione impone ai lavoratori, come parte non ufficiale del contratto di lavoro.

(9). La cosa è molto ben raccontata in un racconto di ISAAC ROSENFELD, "The Party", in «The Kenyon Review», autunno 1947, p.p. 572-607.

(10). Confer LOWELL NAEVE, "A Field of Broken Stones", in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 28-44.

(11). Ibid., p. 35.

(12). ALBERT BIDERMAN, "Social-Psychological Needs" eccetera cit., p.p. 120-47, in particolare p.p. 126-28.

(13). EDMUND G. LOVE, "Subways Are for Sleeping", Harcourt Brace and Co., New York 1957.

(14). Ibid., p. 12.

(15). DAVID MAURER, "Whiz Mob", American Dialect Society Publication n. 24, 1955, p. 142.

(16). [Magazzini dove si vende merce al di sotto di un dollaro].

(17). E. R. e H. S. SERVICE, "Tobati: Paraguayan Town", University of Chicago Press, Chicago 1954, p. 126.

(18). HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 34.

(19). ROBERT DELAVIGNETTE, "Freedom and Authority in French West Africa", International Afrocan Institute, Oxford University Press, London 1950, p. 86. In breve, le mura non sempre fanno la prigione, tema questo che viene trattato nel primo capitolo di EVELYN WAUGH, "Decline and Fall".

(20). Confer BENDIX, "Work and Authority" eccetera cit.

(21). Sui presupposti che nascondono motivazioni economiche, confer DONALD ROY, "Work Satisfaction and Social Reward in Quota Achievement: An Analysis of Piecework Incentive", in «American Sociological Review», XVIII, 1953, p.p. 507-14; e WILLIAM F. WHYTE e altri, "Money and Motivation", Harper, New York 1955, in particolare p.p. 2 segg., dove l'autore analizza l'idea dei dirigenti sulla natura umana del lavoratore, implicita nelle regole del lavoro a cottimo.

(22). ALBERT M. OTTENHEIMER, "Life in the Gutter", in «The New Yorker», 15 agosto 1959.

(23). P. R. REID, "Escape from Colditz" cit., p. 18.

(24). DONALD CLEMMER, "The Prison Community", riedito da Rinehart, New York 1958, p. 232.

(25). Nello studio classico di Hawthorne sui gruppi di lavoro informali o non ufficiali, la funzione principale della solidarietà del lavoratore sembra consista nell'opporli al giudizio della direzione su ciò che i lavoratori dovrebbero fare e dovrebbero essere, nel qual caso gli adattamenti secondari ed informali si riferirebbero allo stesso meccanismo. Tuttavia, studi più recenti ritengono che gruppi informali di lavoro potrebbero sostenere attività perfettamente compatibili e addirittura a sostegno del ruolo stabilito per i lavoratori dalla direzione. Confer EDWARD GROSS, "Characteristics of Cliques in Office Organizations", in «Research Studies», State College of Washington, XIX, 1951, in particolare p. 135; "Some Functional Consequences of Primary Controls in Formal Work Organizations", in «American Sociological Review», XVIII, 1953, p.p. 368-73, Ovviamente, la scelta di una razionalità «essenziale» che viene a sovrapporsi ad una «formale» - alcune finalità ufficiali scelte tra altre finalità ufficiali in conflitto - può essere stabilita dalla direzione e anche da coloro che da essa dipendono. Confer CHARLES PAGE, "Bureaucracy's Other Face", in «Social Forces», XXV, 1946, p.p. 88-94; A. G. FRANK, "Goal Ambiguity and Conflicting Standards: An Approach to the Study of Organization", in «Human Organization», XVII, 1959, p.p. 8-13. Confer anche il notevole studio di MELVILLE DALTON, "Men Who Manage", Wiley, New York 1959, per esempio p. 222: «... l'azione informale può tendere a diverse finalità: a mutare e a preservare l'organizzazione, proteggere i deboli, punire coloro che sbagliano, premiarne

altri, reclutare nuovo personale, mantenere la dignità formale e, anche, naturalmente sostenere le lotte di potere e lavorare per finalità che noi disapproveremmo».

(26). Confer l'analisi di PAUL JACOBS, "Pottering about with the Fifth Amendment", in «The Reporter», 12 luglio 1956.

(27). DALTON "Men Who Manage" cit., in particolare cap. 7, "The Interlocking of Official and Unofficial Reward". Dalton sostiene (p.p. 198-99) che, nell'industria - in corrispondenza ad un largo complesso di compensi non ufficiali - c'è un insieme molto vasto di servizi non ufficiali che l'esecutivo deve, in qualche modo, usare per i suoi uomini se vuole che l'organizzazione funzioni:

«Sebbene il compenso informale venga teoricamente dato in cambio del lavoro e del contributo che va oltre ciò che ci si aspetta da un ruolo specifico, esso viene garantito per molti altri scopi, spesso non è atteso ed è invece formalmente proibito, ma risulta tuttavia importante per il mantenimento dell'organizzazione ed il raggiungimento dei suoi fini. Potrebbe essere concesso, per esempio, 1) in cambio di un aumento di promozione o di salario che altrimenti non si sarebbe potuto ottenere; 2) come un'indennità per il fatto di dover svolgere attività necessarie ma spiacevoli o di poco prestigio; 3) come un narcotico per far dimenticare fallimenti in lotte politiche o nel tentativo di progredire nella propria condizione sociale; 4) come un prezzo per conciliare un collega irato, o fare un'alleanza con altri dipartimenti; 5) come un modo di circoscrivere persone in gruppi d'ufficio o di staff, allo scopo di evitare una riduzione del lavoro e per aumentare l'attenzione su possibili errori, durante i periodi critici; 6) come un aperto supplemento ad un basso salario, considerato come il massimo possibile; 7) per comprendere e sostenere l'azione di difesa di un sistema non ufficiale di incentivi; 8) in cambio di grandi sacrifici personali. Vi sono, tuttavia, compensi più nascosti che non possono essere descritti, ma sono intuitivamente riconosciuti e concessi dove possibile. Questi comprendono: possibilità di mantenere la morale nel gruppo o nel dipartimento; abilità di raggruppare e maneggiare i dipendenti; una tacita comprensione di ciò che i superiori e i colleghi si aspettano, ma di cui non vorrebbero in alcun caso parlare, se pur non ufficialmente; e abilità nel salvare la faccia dei superiori e mantenere la dignità dell'organizzazione in condizioni avverse».

(28). Confer PECK, "The Ship" eccetera cit., p. 47.

(29). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 123-24.

(30). MELVILLE, "White Jacket" cit., p. 346.

(31). BENDIX, "Work and Authority" eccetera cit., p. 39.

(32). "The Holy Rule of Saint Benedict", cap. 45.

(33). Confer l'utile analisi di BEATE R. SALZ, "The Human Element in Industrialization", Memoir n. 85, in «American Anthropologist», LVII, 1955, n. 6, parte seconda, p.p. 97-100.

(34). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 62.

(35). Confer C. K. WARRINER, "The Nature and Functions of Official Morality", in «American Journal of Sociology», LXIV, 1958, p.p. 165-68.

(36). Una ben nota esposizione di questo tema, relativo ai regimi politici, è quella di DAVID RIESMAN, "Some Observations on the Limits of Totalitarian Power", in «The Antioch Review», estate 1952, p.p. 155-68.

(37). «The New Yorker», 27 agosto 1960, p. 20.

(38). Questa caratteristica che definisce gli adattamenti secondari repressi, è stata notata da Richard Cloward. Confer quarta sessione di WITMER e KOTINSKY, "New Perspectives" eccetera cit., in particolare p. 89. Confer anche il suo "Social Control in the Prison", in "Social Science Research Council Pamphlet" n. 15, "Theoretical Studies in Social Organization of the Prison", 1960, p.p. 20-48, in particolare p.p. 43 segg, dove l'autore esamina il carattere «conservatore» degli adattamenti di internati d'élite.

(39). CLEMMER, op. cit., p.p. 159-60; HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p.p. 362-69.

(40). Proposto da Paul Wallin.

(41). Notizie in merito sono riferite nella prefazione.

(42). E' chiaro che nelle istituzioni totali dove le famiglie del personale curante vivono nell'ospedale, vi sono internati usati come baby-sitter. Confer

LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 40, un intelligente lavoro sulla vita di caserma nell'esercito e nell'aeronautica, dell'Inghilterra del ventesimo secolo.

(43). Confer l'interessante materiale di KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 84-86, sull'uso privato che le guardie delle S.S. facevano del lavoro di internati nei laboratori di sartoria del campo, nei dipartimenti fotografici, nei laboratori di stampa, nel lavoro di armamento, nei laboratori di porcellane e di pittura, specialmente durante la stagione natalizia. Dalton ("Men Who Manage" cit., p. 199), analizzando i compensi non ufficiali nell'organizzazione industriale americana, cita un caso di specializzazione al proposito:

«Ted Berger, ufficialmente capo del laboratorio di falegnameria di Milo, era "sub rosa", custode e difensore del sistema dei premi supplementari. Leale oltre ogni dubbio, gli era permessa grande libertà dai doveri formali e ci si aspettava da lui, almeno da parte dei capi del dipartimento, che funzionasse come un sistema di compensazione per l'intera organizzazione. Il compenso che ne ricavava era sociale e materiale insieme, ma il suo modo di manipolare il sistema non intenzionalmente, produceva una speciale coesione che legava fra loro persone di livello e di dipartimenti diversi. Non essendogli richiesto di lavorare direttamente sulle macchine, Berger passava un minimo di sei ore al giorno, facendo cose come culle, finestre per temporali, portiere da garage, cavalli a dondolo, tavole, taglieri e mattarelli. Questi oggetti venivano fabbricati, di abitudine, per i vari dirigenti».

(44). Confer DALTON, "Men Who Manage" cit., p. 202, per un esempio tipico dell'industria.

(45). Il rilassamento nel turno di notte è, naturalmente, un fenomeno generale nelle organizzazioni di lavoro americane. Confer S. M. LIPSET, M. A. TROW e J. S. COLEMAN, "Union Democracy", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1956, p. 139.

(46). Confer per esempio l'uso dell'elettroshock a scopo disciplinare. JOHN MAURICE GRIMES, "Why Minds Go Wrong", pubblicato dall'autore, Chicago 1951, p. 100, cita il ben noto «soap-sock» come uno strumento efficace del sorvegliante: non lascia tracce, si nasconde facilmente e non ammazza mai.

(47). Ne è un esempio il lavoro di DONALD ROY, "Quota Restriction and Goldbricking in a Machine Shop", in «American Journal of Sociology», LVII, 1952, p.p. 427-42. Confer anche O. COLLINS, M. DALTON e D. ROY, "Restriction of Output and Social Cleavage in Industry", in «Applied Anthropology» [ora «Human Organization»], V, 1946, p.p. 1-14.

(48). Come da nota di EDWARD GROSS, "Work and Society", Crowell, New York 1958, p. 521:

«Talvolta si chiama anche 'lavoro per casa' ed è usato per riferirsi a piccoli lavori personali [da farsi in compagnia], come riparare la gamba della tavola della stanza da pranzo, aggiustare gli arnesi di casa, fare giocattoli per i bambini e così via».

(49). Per esempio, DONALD ROY, "Efficiency and «The Fix»: Informal Intergroup Relations in a Piecework Machine Shop", in «American Journal of Sociology», LX, 1954, p.p. 255-66.

(50). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 42.

(51). NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 90.

(52). Ibid., p. 92.

(53). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 172.

(54). Ibid., p.p. 172-73.

(55). Confer l'equivalente navale (MELVILLE, "White Racket" cit., p. 189): «... il duro, rigido, pesante cappello d'incerato, d'ordinanza sulla flotta, quando è nuovo è tanto duro da potervisi sedere sopra e, infatti, invece del suo vero uso, serve come panca al marinaio semplice».

(56). Confer, per un esempio britannico, DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 66.

(57). Nell'Ospedale Centrale molti pazienti erano completamente mutacisti, incontinenti, allucinati e presentavano altri sintomi classici. Pure, pochi pazienti, per quello che potevo vedere, osavano gettare, di propria volontà e persistentemente, la cenere sul pavimento di linoleum, così come pochi rifiutavano di mettersi in fila per il cibo, fare la doccia, andare a letto e alzarsi in tempo. Dietro alla dimostrazione di reparto di un'aperta psicosi, c'era una base routinaria della vita di reparto cui aderivano completamente.

(58). HULME, "The Nun's Story" cit., p. 33. NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 87, racconta che, nella prigione inglese di Camp Hill, durante il rilassamento della disciplina il giorno di Natale, gli omosessuali si truccavano la faccia con polvere bianca per i denti e si dipingevano le labbra, con una tintura ottenuta bagnando le copertine dei libri.

(59). Da un punto di vista topologico, gli ospedali psichiatrici americani sono, di solito, ufficialmente organizzati in reparti e dipartimenti. Un reparto consiste abitualmente di zone notte (che spesso possono essere chiuse), una stanza di soggiorno, una stanza per gli infermieri con possibilità di controllo sulla stanza di soggiorno, vari uffici di manutenzione e amministrazione, una fila di celle di isolamento e qualche volta una zona per il pranzo. Un dipartimento consiste di un insieme di questi reparti che occupano uno o più edifici separati, con un'amministrazione comune e la stessa base di omogeneità di pazienti - età, sesso, razza, cronicità eccetera. Questa omogeneità permette al dipartimento di formare reparti di carattere e funzione diversi, fornendo rozzamente una scala di privilegi lungo la quale spostare, con un minimo sforzo burocratico, ogni paziente del dipartimento. L'ospedale, nel suo complesso, tende a ripetere attraverso i dipartimenti, ciò che, in miniatura, ogni dipartimento fa con i suoi reparti.

(60). La conoscenza del sistema usuale di guardia figura in molte storie di fughe romanzate. La disperazione e la conoscenza del ritmo routinario di vita si presentano associati nell'esperienza reale, così come KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 180, illustra nell'analizzare la risposta dei prigionieri di Buchenwald alla riduzione e alla privazione delle razioni: «... Quando un internato moriva nelle baracche, la cosa veniva tenuta nascosta e il morto veniva trascinato o portato da uno o due uomini alla distribuzione del pane, dove veniva consegnata anche la sua razione agli 'aiutanti'. Il corpo veniva poi gettato in qualunque posto nello spiazzo dove si svolgeva l'adunata».

(61). Confer l'esperienza dei campi di concentramento (KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 111): «... c'erano centinaia che, a volte, tentavano di saccheggiare le pattumiere dei rifiuti cercando qualche avanzo sfruttabile da cui raccoglievano e facevano bollire le ossa».

(62). Una parte significativa dell'equipaggiamento che i ragazzi delle piccole città usano per fabbricarsi il loro mondo, proviene dai depositi di rifiuti di vario tipo. La versione psicoanalitica di questa attività tipo «cloaca» è interessante, ma spesso suggerisce un'enorme distanza etnografica dai saccheggiatori in questione.

(63). Confer KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 137: «In ogni campo di concentramento dove i prigionieri politici avevano una certa influenza, trasformavano l'ospedale degli internati, teatro degli orrori delle S.S., in luogo di aiuto per moltissimi prigionieri. Non solo i pazienti venivano veramente curati quand'era possibile; ma prigionieri sani, in pericolo di venire uccisi o trasferiti ad un campo di morte, venivano contrabbandati nella lista dei malati, per metterli fuori delle grinfie delle S.S. In casi speciali, quando non c'era altro modo di farcela, gli uomini in pericolo venivano fatti 'morire' ufficialmente e continuavano a vivere sotto il nome di prigionieri realmente morti».

(64). In un dipartimento dell'ospedale c'era un numero considerevole di pazienti che erano entrati quando il lavoro era scarso, ed essendo in qualche modo tagliati fuori dal corso degli avvenimenti esterni, pensavano ancora che il ricovero fosse per loro un buon «affare». Qualcuno, ricevendo un dolce senza doverlo pagare, commentava infatti: «Non prendi una torta di mele come questa per 25 cents, fuori, non la prendi». Qui è ancora possibile studiare l'apatia e la necessità di un posto sicuro, tipici degli anni della depressione economica, dato che sono stati preservati nell'ambito dell'istituzione.

(65). Per un uomo della classe più povera, che avesse già subito lo stigma di essere stato ricoverato in ospedale psichiatrico, e che fosse già ridotto ad un tipo di lavoro in cui l'esperienza o l'anzianità non abbiano molta importanza, il fatto di venire ricoverato in un ospedale psichiatrico dove conosce i mestieri e ha amici fra i sorveglianti, non è una grande menomazione. Si diceva che alcuni di questi ex pazienti portassero con sé un documento attestante la loro storia medica: quando venivano presi dalla polizia, sotto qualsiasi accusa, presentavano il loro certificato, influenzando così la disposizione nei loro

confronti. I pazienti che conoscevo, tuttavia, dichiaravano che, tranne per un'accusa di assassinio, il ricovero era un modo ben gramo di risolvere la situazione: le carceri in fondo offrono in cambio sentenze precise, possibilità di guadagnare qualche soldo, e sempre più, ottime opportunità di vedere la televisione. Avvertivo comunque che questa preferenza doveva essere considerata come parte di una morale antistaff, tranne in quegli ospedali, come l'Ospedale Centrale, dove c'era uno speciale edificio murato per i «pazzi criminali».

(66). Nella pratica psichiatrica, come ho già detto, queste motivazioni al ricovero possono essere interpretate come sintomatiche di un «vero» bisogno di trattamento psichiatrico.

(67). Ho spesso sentito sorveglianti bianchi e pazienti di vecchia tradizione, brontolare di fronte ad un degente negro che dava un appuntamento ad una bianca. Opposta a questo gruppo di vecchia tradizione e, da esso separata da una sorta di epoca sociale che aveva prodotto una trasformazione, la direzione dell'ospedale aveva eliminato la discriminazione razziale nei dipartimenti di primo accoglimento e in quelli geriatrici, ed aveva incominciato ad eliminarla negli altri dipartimenti e nei gruppi di pazienti giovani che sembravano più evidentemente preoccupati del fatto di essere «pazzi» che di mantenere la linea di colore.

(68). Tutti questi temi possono essere naturalmente individuati in qualsiasi gruppo di stigmatizzati. Quando, ironicamente, i pazienti dicono «Siamo solo diversi dalle persone normali, ecco tutto» non tengono conto - così come fanno altri «devianti normali» - che ci sono alcuni sentimenti altrettanto stereotipati, tipici e «normali» in ogni gruppo stigmatizzato.

(69). Socialmente parlando, nessun paziente «se la faceva» con questo gruppo. Incidentalmente, i bambini dei medici che vivevano nell'ospedale erano l'unica categoria di non-pazienti che non mantenesse le ovvie distanze di casta con loro. Il perché non lo so.

(70). HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 65.

(71). Confer un caso di un ospedale psichiatrico inglese in JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p.p. 17-18:

«Subito in questo reparto di trenta o più pazienti, ho fatto amicizia con le due persone ragionevolmente sane. Per primo il ragazzo di cui ho già parlato; il capo fu subito d'accordo sul fatto che io aiutassi in cucina e il mio premio furono due tazze in più di tè al giorno».

Per un esempio di campo di concentramento confer KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 111- 12:

«All'esterno del filo spinato i cani favoriti, che la maggior parte delle S.S. teneva, venivano nutriti di carne, latte, cereali, patate, uova e sangue: una dieta così buona che molti prigionieri affamati tentavano di cogliere ogni occasione per lavorare a preparare il pasto dei cani, sperando di potersi prendere un po' del cibo delle bestie».

Un esempio carcerario è riferito da Don Devault nella descrizione di McNeil Island, in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 92:

«Per quel che riguardava il problema del cibo, poteva servire lavorare nel gruppo dell'orto durante la stagione della raccolta della frutta. Mangiavamo tutta la frutta che potevamo mangiare sul posto e ne portavamo molta agli altri internati. Poteva essere utile anche far parte del gruppo incaricato delle riparazioni, perché potevamo andare nel pollaio a sistemare i fili e, insieme, farci bollire un uovo, o andare in cucina a riparare il lavandino e farci friggere un hamburger dai cuochi, quando nessuno ci vedeva, o anche prendere una bottiglia di latte in più».

Heckstall-Smith, un ex detenuto della prigione britannica di Wormwood Scrubs ("Eighteen Months" cit., p. 35) sostiene:

«Ho passato la maggior parte del tempo piantando verdura e togliendo l'erba nei letti di cipolle primaverili. Dato che non vedevamo mai verdura fresca, i primi giorni mangiavamo tante cipolle che temevo la loro mancanza nelle fila sarebbe stata notata dagli ufficiali».

(72). Come una persona innamorata del cinematografo può cercare lavoro come «maschera», ricavando dalla sua attività un compenso che va oltre il pagamento.

(73). Si dovrebbe notare che, mentre questi diversi sforzi tesi al raggiungimento di un beneficio, sembrano fruttuosi, l'uso personale di materiali o di arnesi descritto da DALTON, "Men Who Manage" cit., p.p. 199 segg., in

un'organizzazione industriale e commerciale, ha una misura ed una grandezza difficile da essere compresa dagli internati delle istituzioni totali. Per imprese più fruttuose è probabile ci si debba riferire alla grande operazione «organizzativa» condotta dal personale americano militare, di stanza a Parigi alla fine della fase europea della seconda guerra mondiale.

(74). La letteratura sulle istituzioni totali ce ne dà buoni esempi. A volte i prigionieri preferiscono lavorare nelle fattorie o nelle cave, potendo qui respirare aria fresca e far moto (DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 60); confer i corsi per corrispondenza di ingegneria strutturale come aiuto ad astrarsi dalla prigione (GADDIS, "Birdman of Alcatraz" cit., p. 31); o i corsi di legge per imparare a fare la propria difesa, o i corsi d'arte per rubare la frutta fresca usata da modello (J.F.N. 1797, "Corrective Training", in «Encounter», X, maggio 1958, p. 17). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 83, dice quanto segue, sul lavoro nei campi di concentramento:

«In ogni tipo di lavoro, la preoccupazione principale dei prigionieri era orientata verso due cose: riparo e fuoco. Il che significava una grande corsa verso certi lavori desiderabili durante la stagione invernale. Venivano pagati compensi enormi per corrompere il capo dei prigionieri, per ottenere lavori vicino al fuoco, anche se all'aperto».

(74). L'uso illegittimo dell'ospedale è, ovviamente, un tema tradizionale nelle istituzioni totali. Confer la versione navale di MELVILLE, "White Racket" cit., p. 313:

«Ma, nonostante tutto questo, nonostante l'oscurità e l'afa dell'infermeria che un malato deve sopportare, finché il medico lo dichiara guarito, avviene che, specialmente con il protrarsi del cattivo tempo, finti malati si sottomettano a questa triste degenza ospedaliera, per sfuggire al duro lavoro e alle giacchette bagnate».

(76). NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 44, dà un esempio di prigioniera britannica (sue parole): «La parata dei malati è la più grande buffonata che si conosca; se ce ne sono venti sulla lista, forse uno ha qualcosa che non va; la maggior parte di quelli che sono in infermeria, o vanno lì perché non hanno voglia di andare a lavorare quella mattina, o sono d'accordo con qualcuno che vogliono vedere e che è in un'altra ala, perché anche lui finga di essere ammalato. Questa è l'unica maniera per incontrarsi e stare insieme. In alcune prigioni molto grandi, puoi avere un amico in un'ala e se sei in un'altra, può darsi tu non lo veda per tutto il tempo che siete lì, dovessero passare degli anni. Così devi escogitare questo tipo di stratagemmi per poterlo incontrare».

(77). Le cappelle delle prigioni a volte diventano un evidente luogo d'incontro per omosessuali, il che dà alla religione una cattiva fama. Confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 117-18.

(78). Una situazione analoga esiste per quanto riguarda le celle delle prigioni. Confer NORMAN, "Bang to Rights" cit., p. 32. Per alcuni padroni di casa, la moglie e i bambini possono avere il medesimo effetto di stantuffo nello spingerli fuori, a giocare a bocce bere, pescare, presenziare conferenze e dedicarsi ad altre attività che si svolgano al di là delle proprie mura domestiche. Se ci si limita a guardare queste attività, è difficile capire il piacere che si possa ricavarne.

(79). Un caso esemplare è qui l'entusiastica adesione alla religione, verificatasi quando i cappellani furono, per la prima volta, introdotti nelle carceri americane. Confer H. E. BARNES e N. K. TEETERS, "New Horizons in Criminology", 2a ed., Prentice-Hall, New York 1951, p. 732.

(80). Lo studio dell'uso sociale dello spazio è stato recentemente nuovamente stimolato dal lavoro degli etologi animali come H. Hediger e Konrad Lorenz. Confer l'interessante lavoro di ROBERT SOMMER, "Studies in Personal Space", in «Sociometry», XXII, 1959, p.p. 247-60, e H. F. ELLENBERGER, "Zoological Garden and Mental Hospital", in «Canadian Psychiatric Association Journal», V, 1960, p.p. 136-49.

(81). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p.p. 179-80.

(82). Un esempio di prigioniera americana è citato da HASSLER, "Diary" eccetera. cit., p. 123:

«Pochi minuti dopo, la guardia fa la 'conta' e in quel momento ogni uomo dovrebbe essere in piedi, completamente vestito, alla porta. Dato che la guardia

dà soltanto un'occhiata dallo spioncino, è un affare abbastanza semplice infilarsi la camicia e, mettendosi vicini alla porta, dare l'impressione desiderata».

(83). CARL SOLOMON, "Report from the Asylum" in G. FELDMAN C M. GARTENBERG (a cura di), "The Beat Generation and the Angry Young Men", Dell Publishing Co., New York 1959, p.p. 177-78.

(84). Per un buon esempio a bordo di una fregata confer MELVILLE, "White Jacket" cit., p.p. 305-7:

«Nonostante la vita comune alla quale i marinai sono condannati su una nave da guerra, e la pubblicità con la quale si compiono certe funzioni per natura schive e riservate, c'è tuttavia qualche angolo appartato dove si può talvolta nascondersi e, per un po', rimanere quasi soli.

«Principali fra questi luoghi sono le lande, sulle quali talvolta cercavo di affrettarmi durante il piacevole viaggio di ritorno, mentre scivolavamo sulle malinconiche latitudini del tropico. Dopo essermi riempito la testa delle selvagge storie della nostra coffa, qui potevo adagiarmi e, se non venivo disturbato, trasformavo, in tutta serenità, l'informazione in saggezza.

«Le lande corrispondono ad una piccola piattaforma esterna dello scafo, alla base delle grosse sartie che scendono dalle tre teste d'albero, alle murate... Qui un ufficiale di marina poteva oziare dopo l'azione, fumando un sigaro, per scacciar dai baffi il cattivo odore della polvere da sparo...

.....
«Ma sebbene le gallerie del cassero di poppa e la stessa galleria di poppa della nave da guerra siano scomparse, tuttavia le lande rimangono ancora, né si può immaginare un più piacevole rifugio. Gli enormi bozzelli e le gomene, che formano i piedestalli delle sartie, dividono le lande in numerose cappelle, alcove, nicchie e altari, dove ci si può pigramente adagiare, sul bordo esterno della nave. Ma nel mondo delle navi da guerra c'è sempre una quantità di gente che divide con voi ogni cosa buona. Spesso, mentre comodamente seduto in una di queste alcove, scrutavo l'orizzonte e pensavo al Cathay, venivo disturbato nel mio riposo da qualche vecchio sottocapo cannoniere che, dopo aver pitturato il fondo dei barili da micce, li metteva ad asciugare.

«Altre volte erano gli artisti del tatuaggio che si arrampicavano sulle murate, seguiti dai clienti; e allora c'era un braccio nudo o una gamba allungata e cominciavano, sotto i miei occhi, le spiacevoli punture; altra volta rovinava la mia solitudine l'improvvisa irruzione di alcuni lupi di mare armati di sacchi e borse e mucchi di vecchi calzoni da rammendare che facevano circolo e mi distraevano con le loro chiacchiere.

«Ma, una volta, in un pomeriggio di domenica, mentre stavo comodamente sdraiato in una nicchietta molto ombrosa e appartata fra due drizze, sentii ad un tratto una voce bassa e supplichevole. Guardai attraverso gli interstizi dei cavi e scorsi un vecchio marinaio inginocchiato, col volto rivolto al mare e a occhi chiusi, immerso nella preghiera».

(85). I gabinetti hanno una funzione analoga, anche in altre istituzioni totali. KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 51, dà un esempio in riferimento ai campi di concentramento: «Quando si instaurava un campo completo, venivano installati un bagno e un gabinetto aperto fra le due ali. Qui i prigionieri venivano segretamente a fumare, quando ne avevano la possibilità, dato che era severamente proibito fumare nelle baracche».

Per un esempio carcerario confer HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 28: «Nel locale per la posta, come in tutti i laboratori nelle carceri, c'erano dei gabinetti dove gli uomini sembravano passare tanto più tempo possibile. Andavano lì per una fumata nascosta, o semplicemente per sedere e per evitare di lavorare, perché raramente si incontra un uomo - in prigione - che abbia il minimo interesse per il lavoro che sta facendo».

(86). MELVILLE, "White Jacket" cit., p.p. 363-64, ce ne dà un esempio navale: «Sulle navi da guerra, la cucina o la cosiddetta "cookery" che è sul ponte di batteria, è il grande centro delle chiacchiere e delle notizie che corrono fra i marinai. Perché lì si radunano in folla a chiacchierare nella mezz'ora dopo il pasto. La ragione per cui sono scelti questo luogo e questo momento della giornata è che, solo nelle vicinanze della cucina e solo dopo i pasti è permesso agli uomini delle navi da guerra ristorarsi con una fumata».

Nelle cittadine americane, la facciata esterna di alcune organizzazioni commerciali può servire in modo analogo, per alcune categorie di cittadini; una buona descrizione al proposito è data da JAMES WEST, "Plainville", U.S.A., Columbia University Press, New York 1945, "Loafing and Gossip Groups", p.p. 99-107.

(87). Questa regola è un esempio dell'atteggiamento umanitario della liberalità mantenuta nell'Ospedale Centrale, in certi aspetti della vita interna. Un resoconto sull'ospedale potrebbe essere costruito interamente su queste liberalità ed alcuni giornalisti l'hanno infatti fatto. Rivedendo la relazione preliminare del mio studio, quello che era allora il primo assistente medico mi disse che, mentre non si sentiva di discutere alcun particolare della mia esposizione, avrebbe potuto confutarne il risultato finale, con argomentazioni altrettanto vere e favorevoli nei confronti dell'organizzazione ospedaliera. Ed avrebbe potuto farlo. La questione è, tuttavia, se una parvenza liberale dell'organizzazione ospedaliera tocchi la vita soltanto di un certo numero di pazienti in alcuni momenti della giornata, o se sia una caratteristica cruciale e ricorrente del sistema sociale che governa l'aspetto centrale della vita della maggior parte degli internati.

(88). Nella società civile, come è già stato detto, un luogo libero può essere fornito da un'area molto vasta, come nel caso dei parchi cittadini. A Londra, fino al diciottesimo secolo, si tenevano i ladri, prigionieri in luoghi liberi, chiamati «santuari» che, talvolta, consentivano loro di evitare di essere arrestati. Confer L. O. PIKE, "History of Crime in England", 2 voll., Smith, Elder and Co., London 1876, vol. 2, p.p. 252-54.

(89). Si può aggiungere che alcuni luoghi considerati fuori limite per i pazienti, come i quartieri residenziali dei membri dello staff scapoli, erano, secondo le regole, luoghi dove lo staff poteva «rilassarsi», fuori del controllo sul proprio comportamento che la presenza dei pazienti esigeva.

(90). E' uno strano fatto sociale che i luoghi liberi si trovino spesso nell'immediata vicinanza delle zone ufficiali, parte della funzione delle quali è esercitare la sorveglianza su vaste aree fisiche. Per esempio, gli alcolisti nelle piccole città si riuniscono, talvolta, sul prato di fronte al tribunale della contea, godendo in tal luogo del diritto di stare insieme, negatogli invece altrove. Confer IRWIN DEUTSCHER, "The Petty Offender: A Sociological Alien", in «Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science», XLIV, 1954, p.p. 595 segg.

(91). Un esempio ben conosciuto di territorio era la divisione di Chicago in zone, ciascuna delle quali era controllata da una banda diversa. Confer JOHN LANDESCO, "Organized Crime in Chicago", parte terza di "The Illinois Crime Survey", 1929, p. 931:

«Mentre le grandi stragi della guerra della birra non portarono alla distruzione dei gangsters, come molti cittadini ligi alla legge ottimisticamente si aspettavano, avevano indotto quelli che, per ragioni diverse, erano i leaders, ad accordarsi fra di loro, definendo il territorio all'interno del quale ogni banda o sindacato avrebbe potuto operare, senza competere con le altre, e oltre la quale non avrebbe dovuto entrare nel territorio altrui». Un tipo di territorio, recentemente oggetto di attenzione, è il "turf" del delinquente. Il concetto originario di territorio deriva dall'etologia, in particolare dall'ornitologia e si riferisce all'area che un animale o un gruppo di animali difendono usualmente dai maschi della loro stessa specie. Questi territori variano grandemente in ciò che includono: ad un estremo, soltanto un nido o la tana dell'animale, e all'altro la «propria area», cioè l'area all'interno della quale l'animale limita i suoi movimenti abituali. All'interno della propria area ci sono località specializzate: luoghi per i piccoli, luoghi per bere, luoghi per bagnarsi, per grattarsi e così via. Confer W. H. BURT, "Territoriality and Home Range Concepts as Applied to Mammals", in «Journal of Mammalogy», XXIV, 1943, p.p. 346-52; H. HEDIGER, "Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals in Zoos and Circuses", Butterworths Scientific Publications, London 1955, p.p. 16-18; C. R. CARPENTER, "Territoriality: A Review of Concepts and Problems", in A. ROE e G. G. SIMPSON (a cura di), "Behavior and Evolution", Yale University Press, New Haven 1958, p.p. 224-50. Sul concetto di territorialità sono debitore a Irven De Vore.

(92). Questi adattamenti sono stati citati in altri lavori sugli ospedali psichiatrici. Confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 174: «Sia i gabinetti, che i guardaroba, che gli armadi erano, per la maggior parte dei pazienti, territori proibiti, tranne nei momenti autorizzati. Ad un gruppo selezionato di internati era, tuttavia, permesso entrare nella stanza dove si tenevano i vestiti, e, in alcune circostanze, nel ripostiglio».

Le carceri sono, naturalmente, famose per questo tipo di possibilità. Per un esempio inglese, confer HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 70: «Nell'ufficio istruzione avevo molte opportunità di parlare apertamente e francamente con gli ufficiali della prigione. La nostra posizione lì era, in qualche modo, unica. Eravamo molto fidati. Potevamo andare e venire quasi a piacere e non eravamo sotto un diretto controllo, dato che lavoravamo soli e portavamo le chiavi dell'ufficio con noi. A parte il fatto che si trattava del lavoro più comodo nella prigione - poiché in ufficio avevamo una radio e, durante l'inverno, un bel fuoco...»

(93). Questo tipo di formazione di territori è, naturalmente, molto comune nella vita civile. Si può osservare negli sbarramenti ad Ascot e nelle barriere di sedie improvvisate dai musicanti che suonano ai matrimoni. Confer HOWARD S. BECKER, "The Professional Dance Musician and His Audience", in «American Journal of Sociology», LVII, 1.951, P. 142.

(94). Sul concetto del «farsi il nido» confer E. S. RUSSELL, "The Behaviour of Animals", 2a ed., Arnold, London 1938, p.p. 69-73; HEDIGER, "Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals" eccetera cit., p.p. 21-22.

La linea di separazione fra i territori personali (del tipo nido) e quelli di gruppo, è talvolta difficile a definirsi. Per esempio, nel mondo sociale dei ragazzi americani, una casa su un albero, un forte o una cava costruita nel giardino di un ragazzo, sarà probabilmente il suo territorio personale e gli amici vi parteciperanno su suo invito, che potrà venir ritirato una volta che i rapporti dovessero deteriorarsi; lo stesso edificio costruito su un territorio di nessuno, sarà invece probabilmente di proprietà comune.

(95). I luoghi di rifugio sono, spesso, una delle zone specializzate all'interno dell'area, delimitata come propria dall'animale.

(96). A parte il prezzo da pagare con il lavoro, in cambio di una stanza singola, c'erano altri inconvenienti. Nella maggior parte dei reparti, le porte delle stanze singole erano tenute chiuse durante il giorno e il paziente doveva chiedere ogni volta avesse bisogno di entrarvi, esponendosi ad un rifiuto o allo sguardo d'impazienza dello staff che aveva la chiave. Inoltre, alcuni degenti ritenevano che queste stanze non fossero tanto ben ventilate come i grandi dormitori, ed erano inoltre soggette a maggiori sbalzi di temperatura, così durante i mesi più caldi alcuni facevano di tutto per farsi trasferire temporaneamente dalle loro stanze singole.

(97). Territori dove potersi sedere, famosi nella letteratura amena sui clubs, sono riferiti fra il materiale relativo all'ospedale psichiatrico. Confer JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., P. 72:

«Ho occupato questi dormitori per diversi mesi. Durante il giorno, stavamo in un piacevole soggiorno, grande e ben pulito con sedie comode. A volte stavamo lì seduti, per ore, senza che nessuno parlasse. Non c'erano rumori tranne qualche movimento occasionale, quando uno dei più vecchi si opponeva al fatto che un nuovo venuto volesse occupare la sedia che era sua di diritto».

(98). Ovunque gli individui abbiano un posto di lavoro fisso, come un tavolo d'ufficio, uno sportello per i biglietti, o un banco, tendono - col tempo - a fabbricarsi adattamenti di confort e di controllo, circondando la propria area immediata con le piccole sciocchezze di cui sono fatte le case. Cito ancora un esempio dalla vita del proscenio, OTTENHEIMER, "Life in the Gutter" cit.: «Una volta che la rappresentazione sia organizzata, nel proscenio dov'è sistemata l'orchestra si crea un'atmosfera calda e vissuta. Gli uomini fissano dei ganci dove appendere gli strumenti durante l'intervallo e mensole dove sistemare lo spartito, i libri e altri oggetti. Una pratica comune è legare una scatola di legno al leggio, con un filo di ferro per appendervi il cappotto, dove riporre carta, matita, gomme americane e occhiali. Un tocco particolarmente familiare si era visto nella sezione degli strumenti a corda dell'orchestra di "West Side Story", dove c'erano fotografie di donnine (naturalmente fuori dalla vista del pubblico) puntate sul lato interno delle tende che pendevano sul proscenio.

Alcuni avevano anche portato piccole radio portatili - in genere per seguire le partite dei loro sport preferiti».

(99). Nicchie come porte o tende fatte di coperte, si possono trovare fra i bambini autistici, così come viene riferito, per esempio, da BRUNO BETTELHEIM, "Feral Children and Autistic Children", in «American Journal of Sociology», LIV, 1959, p. 458: «Altri ancora si costruiscono dei rifugi in angoli nascosti o negli armadi, dormono soltanto in questi luoghi e vi stanno tutto il giorno e tutta la notte».

(100). Per esperimento, aspettai una sera in cui la seconda sedia buona era stata spostata in un altro angolo della stanza e, prima che arrivasse il paziente, mi sedetti tentando di fingere di stare innocentemente leggendo. Quando - alla sua ora abituale - il paziente arrivò, mi guardò a lungo, quietamente. Io risposi alla sua occhiata come chi non sa proprio perché lo si stia guardando in quel modo. Non ottenendo alcun risultato, il paziente se ne andò in giro per la stanza, alla ricerca dell'altra sedia buona, la trovò e la portò al suo solito posto, vicino a quella dove stavo seduto io. Allora mi disse, in tono molto rispettoso e per nulla aggressivo: «Ti spiacerebbe, caro, sederti su questa?» Cambiai posto, ponendo fine all'esperimento.

(101). Alcuni pazienti tentarono di costruirsi un nido del genere, in alcune zone riparate da steccati di legno, ma subito lo staff li faceva smontare.

(102). Ripostigli personali dove poter tenere le proprie cose al sicuro sono, naturalmente, conosciuti in culture diverse dalla nostra. Confer JOHN SKOLLE, "Azalai", Harper and Bros., New York 1956, p. 49: «I tuareg tenevano tutte le loro proprietà in borse di cuoio. Quelle che contenevano oggetti di valore venivano chiuse con le loro primitive "cadenas", ed occorrevano talvolta tre chiavi per aprirne la combinazione. Il sistema sembrava particolarmente inefficace come misura di precauzione, dato che ogni uomo portava il coltello e chiunque lo avesse voluto, avrebbe potuto trascurare il lucchetto e tagliare la borsa di cuoio. Ma nessuno pensava di farlo. Il lucchetto veniva rispettato da tutti come simbolo della privacy personale».

(103). T. MERTON, "The Seven Storey Mountain" cit., p. 384.

(104). MELVILLE, "White Jacket" cit., p. 47.

(105). Un esempio di prigioniera americana è citato da HASSLER, "Diary" eccetera cit., p.p. 59-60:

«Direttamente di fronte a me c'è il detenuto più illustre del dormitorio - 'Nocky' Johnson, ex dirigente politico di Atlantic City e, se la mia memoria non sgarra, concessionario, in quel luogo, delle più sordide attività. Nocky è un uomo alto, ben costruito, sui sessant'anni. La sua posizione nella gerarchia della prigione è evidente, a prima vista, nella mezza dozzina di buone coperte di lana ammassate sul suo letto (il resto di noi ne ha due, di qualità molto più scadente) e nel fatto che possiede un lucchetto nella sua cassetta di latta - decisamente "de trop" per quelli che valevano meno di lui. Il mio compagno di cella mi dice che le guardie non controllano mai le proprietà di Nocky, come invece fanno per tutti gli altri. Io ho dato una occhiata alla sua cassetta che pareva piena di pacchetti di sigarette - il principale mezzo di scambio in questo 'santuario' senza denaro».

(106). Si dovrebbe chiaramente stabilire che ci sono validi argomenti clinici ed amministrativi per rifiutare a certi particolari pazienti le loro proprietà personali. Non è comunque il caso di analizzare qui il problema dell'opportunità di tali rifiuti.

(107). JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 86.

(108). Nella letteratura amena sulle attività criminali, sono riferiti nascondigli trasportabili ben noti: tacchi falsi, valige con doppio fondo, sostenitori anali eccetera. Gioielli e droghe sono gli oggetti favoriti, trasportati con questi mezzi. Nascondigli più fantasiosi sono descritti nei romanzi polizieschi.

(109). BEHAN, "Borstal Boy" cit., p. 173, descrive come si arrangiava un internato in una prigione britannica, con il cibo messo a disposizione dei detenuti che andavano a Messa, e ce ne dà un esempio parallelo:

«Dirò una cosa, - disse Joe raccogliendo la sua cicca e mettendola nel suo nascondiglio, un pezzo di sacco da posta, cucito sul fondo della camicia, - tu non ottieni tanto dalla chiesa anglicana».

Una fonte attendibile per ciò che riguarda molti aspetti della vita sotterranea, è MELVILLE, "White Jacket" cit., p. 47:

«Non si ha altro posto al di fuori del sacco e dell'amaca, dove si possa tener la propria roba in una nave da guerra. Se si lascia qualcosa incustodito, anche per un momento, è certo che sparisce.

«Ora, nell'abbozzare il progetto preliminare e nel gettare le basi di quella mia memorabile giacchetta bianca, avevo tenuto d'occhio tutti questi inconvenienti, ed ero deciso ad evitarli. Mi proponevo che la mia giacchetta non solo mi tenesse caldo, ma che fosse fatta in modo da contenere un paio di camicie, un paio di calzoni e diversi ammennicoli quali gli utensili da cucire, i libri, i biscotti ed altre cose simili. Per questo scopo l'avevo perciò provvista di una grande quantità di tasche, dispense, guardaroba e armadi.

«I principali appartamenti, due di numero, erano posti negli orli, con un largo ingresso ospitale dall'interno; altri due, di capacità minore, erano sistemati da ciascuna parte del petto, con porte a due battenti in comunicazione, così in caso mi fossi trovato nell'urgente necessità di sistemare qualche grosso oggetto, le due tasche laterali potevano trasformarsi in una. C'erano anche parecchi invisibili recessi dietro gli arazzi, dato che la mia giacchetta, come un antico castello, era piena di scale a chiocciola, di misteriose stanze, cripte e stanzini e, come una fida scrivania, abbondava di piccoli scompartimenti segreti e di nascondigli fuori mano, per gli oggetti di valore. «Oltre a queste, c'erano quattro capaci tasche esterne, un paio dove poter far scivolare i libri quando ero richiamato all'improvviso dai miei studi sul pennone di controvelaccio, e un altro paio da usare come guanti permanenti, dove sprofondare le mani nelle fredde notti di guardia».

(110). I riferimenti sui nascondigli ben escogitati nelle istituzioni totali, specialmente nelle prigioni, possono servire di ispirazione. Un esempio ci viene proposto da un obiettore di coscienza, detenuto in una cella di sicurezza, CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 44:

«Mi portavano i pasti dalla mensa ufficiali - uova degli ufficiali, formaggio degli ufficiali. Mi passavano anche dolci, caramelle. In diverse occasioni, un guardiano sentì l'odore forte di formaggio e frugò la cella. Il formaggio era nascosto su una mensola che mi ero ricavato sotto il ripiano del tavolo. Il guardiano perplesso annusava e continuava a cercare. La mensola nascosta e il formaggio non furono mai trovati».

Un detenuto di una prigione inglese descrive il tentativo di fuga di un suonatore di tamburo, trasformatosi in un fabbro. DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 133:

«Jacobs corse verso il laboratorio e infilò la chiave nel lucchetto. Il lucchetto scattò. Mentre Jacobs stava per girare la chiave, una mano pesante calò sulla sua spalla. Fu riportato ignominiosamente in cella.

«Ne seguì un rovesciamento di un'accuratezza mai vista e fu infine risolto un mistero che durava da molto tempo a Dartmoor - il mistero dei suoi nascondigli. Lime, lame da sega, scalpelli, calchi di chiave, un martello e molti altri articoli furono trovati sospesi a dei fili tesi all'interno del suo tamburo».

(111). Confer REID, "Escape from Colditz" cit. e ERIC WILLIAMS, "The Wooden Horse", Berkley Publishing Corp., New York 1959.

(112). Non credo ci siano molti sistemi di trasporto che evitano di essere usati illecitamente. La grande istituzione americana del «trasporto merci» ne è un esempio molto diffuso; un altro esempio è l'«autostop». Durante l'inverno nel Canada del Nord, prima che si diffondesse l'uso dei trattori, il mezzo più usuale di trasporto per i ragazzi, era chiedere un passaggio su una slitta. Una caratteristica interessante di tutte queste forme molto in uso di trasporto parassita, è l'estensione della entità sociale coinvolta nell'adattamento secondario: una città, una regione e anche un'intera nazione.

(113). Confer la recente monografia di NEVILLE WILLIAMS, "Contraband Cargoes", Longmans, Toronto 1959.

(114). Sulle tecniche per il contrabbando di alcolici a bordo di una fregata, confer MELVILLE, "White Jacket" cit., p.p. 175-76. Naturalmente gli esempi carcerari al proposito abbondano. Confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 103:

«La situazione relativa alla lettura è, a Dartmoor, un po' alleggerita da un piccolo numero di libri conosciuti come 'fluttuanti'. Si tratta di libri

trafugati, in qualche modo, dalla biblioteca, senza essere stati messi sotto la responsabilità di un particolare detenuto. Alcuni sono stati contrabbandati dall'esterno. Questi libri - soprattutto i lavori del compianto Peter Cheyney - seguono la loro furtiva esistenza sotterranea, quasi come delinquenti in fuga. Passano di mano in mano, nascosti sotto alla camicia o alla giacca. Volano misteriosamente nella tua cella quando sta passando il capo del piano, scivolano sotto il tavolo durante il pasto, si nascondono sopra i serbatoi dell'acqua nel gabinetto. In caso di perquisizioni a sorpresa, volano spesso velocemente dalla finestra, piuttosto che farli scoprire e farne arrestare il traffico. Un giro d'affari che probabilmente divertiva e interessava chi lo metteva in atto». Analogamente, Howard Schoenfel, in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 23, descrive la sua esperienza in una cella di isolamento: «Incomincia ad aspettare l'ora dei pasti quando un internato, che non poteva parlarmi a causa della presenza della guardia, mi lasciò il vassoio all'interno della cella. Una sera avevo trovato una sigaretta e un fiammifero attaccati alla parte inferiore del vassoio».

(115). Per un esempio inglese confer JIM PHELAN, "The Underworld", Harrap and Co., London 1953, p.p. 7, 8, 13.

(116). Confer MERTON, "The Seven Storey Mountain" cit., p. 382; HULME, "The Nun's Story" cit., p. 245.

(117). Un'autobiografia anonima, edita da JOHNSON e DODDS, "The Plea for the Silent" cit., p. 62, riferisce un'implicazione analoga:

«Cerano oltre quaranta pazienti nel reparto e di queste solo due erano capaci di sostenere una conversazione prolungata. Una era un'alcolista che era lì da tredici anni; l'altra una minorata che era stata ricoverata tutta la vita. Mi sono subito resa conto che le due sorelle erano due donne capaci e ben intenzionate. In due giorni persero l'abitudine di dare risposte sciocche alle mie domande e, da allora, mi trattarono alla pari e decisero di conversare con me come se fossi stata sana».

(118). Un esempio è fornito nel capitolo di James Peck, in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 68, dove si parla del modo in cui gli scioperanti, nelle prigioni, riuscivano a comunicare fra di loro:

«Ma la nota più divertente [nel diario giornaliero delle guardie che Peck vide per sbaglio] era questa: 'Ho scoperto un modo ingegnoso con cui si passavano i giornali di cella in cella, e l'ho bloccato'.

«Fino allora ci eravamo serviti di questi mezzi per trasmettere messaggi, ma subito cambiammo sistema con trucchi ingegnosi. Li avevamo inventati il primo giorno di sciopero. Intorno ai tubi del radiatore, dove il tubo entra nel muro, c'erano dei dischi metallici, così come ci sono, in ogni casa privata, sulle tubature. Dato che questi anelli erano abbastanza stretti da passare sotto le porte, li staccavamo e vi attaccavamo circa 8 piedi di corda. Prima ci si costruiva le corde con i lacci ricavati dai sacchetti di tabacco Bull Durham (detto Stud in Danbury), distribuiti gratis dalla prigione. Più tardi ci impadronimmo di una vecchia mappa che ci servì per tutto il tempo.

«All'altro capo dello spago legavamo i giornali o le carte che volevamo far circolare. Poi ci gettavamo per terra e facevamo scivolare l'anello metallico sotto la porta, oltre l'androne, fino alla cella di fronte - o da una cella laterale all'altra. L'amico allora tirava la corda, finché il messaggio gli arrivava. Procedendo a zig zag per l'androne, si poteva raggiungere ogni scioperante».

(119). Nelle carceri, dove le lettere sono spesso limitate quanto a frequenza, contenuto e destinatario, potevano venir usati codici particolari. Don Devault, un detenuto della prigione di McNeil Island, ce ne dà un esempio, in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 92-93: «La maggior parte delle lettere veniva censurata solo se riguardava uno dei dieci elementi specifici stampati dal regolamento. Per esempio mi fu rifiutata una lettera perché in essa chiedevo a mia madre di fare copie delle lettere che spedivo a lei per mandarle ai miei amici. Il censore mi disse che ciò che chiedevo era contro le regole, poiché tentavo di comunicare con persone non autorizzate, per mezzo di destinatari autorizzati. Tuttavia, riscrivendo la lettera, dissi a mia madre che me ne era stata censurata una dove le chiedevo di copiare le mie lettere per mandarle agli amici e che io non volevo trasgredire le regole eccetera. Il censore naturalmente ha allora lasciato passare la cosa! Inoltre mia madre citava

continuamente lettere indirizzate a me come scritte a lei e lo faceva apertamente, il che era permesso. Io rispondevo parlando semplicemente della persona cui non ero autorizzato a scrivere, invece di dire 'Scrivi a...' Per queste ragioni noi, a McNeil, non prendevamo troppo seriamente la censura». Un altro tipo di stratagemmi viene riferito da HULME, "The Nun's Story" cit., p. 174, nella sua analisi di come veniva delimitato l'anno:

«Cerano le quattro lettere all'anno che aveva il permesso di scrivere a casa, ciascuna di quattro pagine, non una frase in più, ammenocché non avesse avuto un permesso speciale che raramente otteneva; ella ridusse invece la sua scrittura grande e quadrata ad un merletto fine che le permetteva di scrivere più righe sulla pagina; si accorse allora di scrivere esattamente come tutte le altre sorelle missionarie».

(120). Questo è un adattamento secondario modesto per quanto riguarda l'uso della cabina telefonica. A. J. Liebling, nella sua ben nota analisi sul Jollity Building, un edificio commerciale non molto importante di New York, a Broadway, descrive l'uso molto esteso fatto delle cabine telefoniche a pagamento, come luoghi dove intrattenere affari commerciali. Confer "The Telephone Booth Indian", Penguin Books, New York 1943, p.p. 31-33. Egli sostiene che, per mutuo accordo, queste cabine diventavano, a tempi alterni, territori personali per i promotori indigenti che vi commerciavano nascostamente.

(121). SYKES, "The Corruption of Authority" eccetera cit., p. 259.

(122). Confer Bernard Phillips in CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p.p. 103-4: «Trasmettere messaggi e formare un coordinamento generale è compito dell'uomo di zona, che serve varie celle in un'area ed organizza baratti e scambi. Persone altamente socializzate cercano questo tipo di lavori ed altri, come fare il fattorino della biblioteca che distribuisce i libri e la posta e l'incaricato delle consegne. Non occorre avere amici molto intimi: chiunque sia abbastanza libero da raggiungere la cella di un compagno, farà commissioni e lavori che all'esterno verrebbero affidati solo ad amici fidati. Se non lo fa, non può durare a lungo nella sua piacevole mansione senza andare incontro a guai».

HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p. 367, dà un esempio analogo del Washington State Reformatory a Monroe: «Può venire organizzata una specie di tombola alla quale partecipano molti detenuti. Il vincitore raccoglie una somma notevole e anche chi la organizza, di solito ne trae vantaggio. I giovani membri del gruppo educativo, facilmente agiscono da organizzatori. Dato che devono fare, ogni sera, il giro di tutti i giocatori per assegnare loro i compiti scolastici o per aiutarli in qualche problema, sono nella posizione di vedere tutti i detenuti e di chiedere se desiderano partecipare al gioco. I pagamenti ai vincitori possono venire recapitati nello stesso modo». Per un esempio carcerario inglese, confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 93:

«Il fatto di uscire ordinatamente in corridoio esulava dalla routine di lavoro giornaliero... Era questione, per i funzionari di piano, di prendere e trasmettere messaggi, segnare sulle liste chi voleva parlare con il direttore o vedere il cappellano eccetera. In quel momento si poteva godere di una certa libertà nei corridoi e dell'opportunità di passare cibo e libri nelle altre celle; si trattava quindi di un generale miglioramento del monotono ritmo di vita».

(123). Confer HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p. 367: «Gli uomini che appartengono a questo gruppo [detenuti che lavorano e restano anche la notte nella fattoria] hanno la possibilità di raccogliere gli oggetti dal bordo della strada - oggetti lasciati lì da automobilisti, durante la notte. Il luogo dove trovare l'oggetto è fissato in precedenza, durante una visita al detenuto, nel riformatorio. Un membro del gruppo residente nella fattoria può prendere del denaro e passarlo ad un membro che lavora lì, solo di giorno».

(124). L'uso della forza fisica da parte dello staff, negli ospedali psichiatrici, per scopi presentati come legittimi, è una caratteristica fondamentale della vita del paziente; alcune delle sue forme, come l'imboccamento forzato, la prevenzione del suicidio, o la protezione di un paziente dagli assalti di un altro, non vengono facilmente criticati.

(125). Per un'utile enunciazione al proposito confer SYKES, "The Society of Captives" cit., p.p. 91-93, dove sostiene che uno dei ruoli informali delle

carceri, quello del «gorilla» è basato sulla possibilità di azioni, sostenute a scopo coercitivo.

(126). In alcune istituzioni totali, in particolare nelle prigioni, le regole potrebbero richiedere che gli internati usino dei "buoni" o dei documenti di credito al bar, in cambio del denaro; ma entrambi questi accorgimenti sono, di solito, vissuti come privazioni.

(127). I pazienti con un'esperienza carceraria, dichiararono talvolta che uno dei vantaggi delle prigioni era che lì si poteva, in genere, guadagnare e mettere da parte piccole somme di denaro. Alcuni ospedali psichiatrici hanno sperimentato la possibilità di pagare i pazienti e c'è qualche teoria sull'opportunità di instaurare una sorta di commercio psichiatrico (che io approvo pienamente) e che migliorerebbe di molto la tollerabilità della vita ospedaliera.

(128). Al livello comunitario, il fatto è ben documentato da E. W. BAKKE, "The Unemployed Worker", Yale University Press, New Haven 1940, nella sua analisi di come i disoccupati durante la grande depressione economica, riuscivano a risolvere il problema del conto del droghiere, per mezzo della distribuzione di sussidi. Confer "Loss of Function of Spending", p.p. 355-59. Dostoevskij nel suo "Memoirs from the House of the Dead", trad. Jessie Coulson, Oxford University Press, London 1956, presenta un interessante materiale sui modi in cui i detenuti di una prigione siberiana riuscivano ad ottenere ed usare il denaro (p.p. 15-17), sostenendo (p. 16) che «il denaro è la libertà in moneta, ed è dieci volte più caro a colui che è privato di ogni altra libertà».

(129). Un paziente estremamente popolare che faceva il barbiere di professione, dichiarò di poter guadagnare otto dollari al mese in ospedale, con il suo commercio. Dato che proveniva dall'edificio penale di alta sicurezza, qualche volta vi veniva rimandato per qualche scorrettezza che compiva, mentre si muoveva liberamente all'interno dell'ospedale. Egli dichiarò che una delle conseguenze sul lavoro di questi suoi allontanamenti periodici, era il fatto che ogni volta perdeva la sua clientela e doveva ricostruirselo quando ritornava nell'ospedale vero e proprio.

(130). Nei campi per prigionieri di guerra europei, la vendita degli articoli di approvvigionamento del campo ai civili era, a volte, di un certo peso, soprattutto quando i pacchi della Croce Rossa contenevano cose come caffè, che era di grande valore alla borsa nera. Confer R. A. RADFORD, "The Economic Organisation of a P.O.W. Camp", in «Economica», XI, 1945, p. 192.

(131). Il gergo di una prigione britannica è molto istruttivo al proposito. Confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 25:

«Il termine 'storto' necessita di una spiegazione particolare. Esso è usato solo nella forma del participio passato, per denotare una persona disonesta.. Una 'vite storta' [secondino o guardiano] è uno che collaborerà con i ragazzi nel portare loro cose da mangiare in cella. Non pieghi una vite - giusto per complicare la faccenda, la 'drizzi' possibilmente corrompendola. E così se raddrizzi una vite dritta, ti diventa storta!»

DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 91-94 descrivono alcuni usi possibili di una «vite storta».

(132). RADFORD, "The Economic Organisation" eccetera cit., p.p. 196 segg. Questo lavoro segna, passo passo, lo sviluppo di un'economia «ombra» in un luogo chiuso ed io procedo qui a fatica. L'analisi è un modello per studiosi della vita sotterranea.

(133). Ciò significa che una grande quantità di beni e di servizi può essere ottenuta in cambio di sigarette, e che le persone che non fumano sono disposte ad accettare questa forma di pagamento, dato che possono a loro volta scambiarle con qualcos'altro. Confer ibid., p. 193, che scrive sui campi per prigionieri di guerra tedeschi:

«In quel momento c'era in atto un mercato embrionale. Anche quando le sigarette non scarseggiavano, c'era sempre qualche persona sfortunata disposta a far servizi per averne in cambio. I lavandai barattavano la lavatura di un vestito per due sigarette. Il vestito da fatica poteva venir spazzolato e stirato e un paio di calzoni prestati per un periodo indeterminato per dodici sigarette. Un buon ritratto a pastello costava trenta sigarette o un barattolo di Kam. Analogamente servizi di sartoria ed altri avevano il loro prezzo.

«C'erano anche lavori di tipo imprenditoriale. Il proprietario di un banco di vendita di caffè, vendeva tè, caffè e cioccolato per due sigarette alla tazza, comprando il materiale grezzo a prezzo di mercato, e assumendo degli aiutanti per raccogliere il carburante e attizzare il fuoco».

HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 193, descrivendo la prigione inglese di Wormwood Scrubs, dice:

«Ora che i detenuti non sono più pagati con i soldi ma in beni da consumare al magazzino, tabacco e sigarette vengono usati come moneta circolante. In prigione, se si vuole far pulire la propria cella, si paga un uomo con un certo numero di sigarette perché ti faccia il lavoro. Con queste si possono anche comperare razioni in più di pane e zucchero. Si può farsi lavare la camicia, o farsi ritoccare un vestito nel laboratorio di sartoria.

«La sottile sigaretta arrotolata a mano, riesce a pagare qualunque cosa - anche il corpo di un compagno prigioniero. Così non c'è da meravigliarsi se in ogni prigione, in questo paese, c'è un fiorente mercato nero di tabacco, o - snout -, come viene chiamato dai 'Barons'».

La situazione a Dartmoor, dove vengono fatte scommesse con tabacco in base alla cronaca radiofonica delle corse di cavalli, è descritta da DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p.p. 95-96. Per la versione di una prigione americana confer HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p. 366.

(134). RADFORD, "The Economic Organisation" eccetera cit., descrive lo sviluppo di un mercato unificato, con stabilità di prezzi, cambi regolari sul livello dei corsi, commerci, arbitrati, uscita di monete, ruoli dei mediatori, stabilità del prezzo per evitare i mercanteggiamenti ed altre sottigliezze tipiche di un sistema economico. Dove le economie dei prigionieri di guerra erano legate all'economia libera locale, si erano evidentemente sviluppati luoghi di mercato giornaliero. L'economia ombra dell'Ospedale Centrale non poteva vantarsi di alcuna di queste finenze.

(135). L'Ospedale Centrale, per quanto riguarda le guardie al cancello, seguiva una linea di condotta umanitaria. I pazienti che non avevano la libertà di uscire, potevano, di fatto, farlo e rientrare senza molte probabilità di essere fermati dalle guardie. Quando era quasi evidente che un paziente stava uscendo, senza averne l'autorizzazione, le guardie talvolta gli si avvicinavano tranquillamente al ritorno e discretamente gli domandavano se avesse avuto il permesso di uscire. Un paziente che desiderasse fuggire, poteva trovare diversi luoghi dove scavalcare il muro di cinta e anche zone in cui il muro finiva e il filo spinato che lo sostituiva, poteva essere facilmente sollevato. Una via, conosciuta sia dai pazienti che dallo staff, consisteva in un sentiero ben calpestato che portava, attraverso i boschi, ad un largo buco nello steccato. In questo senso l'ospedale era decisamente diverso da certe prigioni. E' abbastanza interessante notare come alcuni pazienti dichiararono che, anche quando ottenevano la libertà di uscire e potevano passare - di diritto - per il cancello principale, si sentivano estremamente insicuri e colpevoli nel farlo. Io stesso ho provato questo sentimento.

(136). In alcune istituzioni totali, le scommesse e i giochi d'azzardo possono costituire una forma basilare su cui si struttura la vita istituzionale. Confer HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p. 365: «Il gioco d'azzardo nel riformatorio è particolarmente popolare... Gli internati giocano ad ogni pretesto... Il pagamento per queste scommesse, può essere qualunque servizio o confort possa essere trasferito da un internato ad un altro. Un compagno di cella pagherà spesso un debito di gioco contratto a carte, facendo la pulizia necessaria della cella, per un periodo stipulato».

(137). Per un'analisi di questi problemi di reciprocità confer MARCEL MAUSS, "The Gift", trad. Ian Cunnison, Colien and West, London 1954; C. LEVI-STRAUSS, "Les structures élémentaires de la parenté", Presses Universitaires, Paris 1949; G. HOMANS, "Social Behavior as Exchange", in «American Journal of Sociology», LXIII, 1958, p.p. 597-606; e ALVIN GOULDNER (cui sono debitore al proposito), "The Norm of Reciprocità", in «American Sociological Review», XXV, 1960, p.p. 161-78. Confer anche M. DEUTSCH, "A Theory of Cooperation and Competition", in «Human Relations», II, 1949, p.p. 129-152.

(138). Uno dei dilemmi interessanti nello scambio sociale è che in un rapporto d'uguaglianza, il fatto di non ricambiare l'esatto equivalente di ciò che si è ricevuto, è espressione di mancato riguardo per il rapporto e segno di cattivo

carattere; tuttavia, un tentativo evidente di dare esattamente l'equivalente di ciò che si è ricevuto, o di domandare il preciso equivalente per ciò che si è dato, viola la base che si presume per questa attività e mette le cose su un piano puramente economico. In qualche modo bisogna prendere l'equivalente di ciò che si dà, e tuttavia la cosa deve risultare come una conseguenza non prestabilita per cui si tende ad aiutare spontaneamente gli altri e ad essere da loro altrettanto spontaneamente aiutati.

(139). L'elemento distintivo dei rapporti d'amicizia in alcune istituzioni totali, è che si tratta di un rapporto reciproco di tipo esclusivo (come nel caso della relazione matrimoniale): si ha un solo amico e si è il suo solo amico. In cockney inglese il termine gergale «china plate» (piatto di porcellana) (per «amico») viene usualmente ridotto a «china» ed è molto usato in questo senso. Nelle carceri inglesi il rapporto d'amicizia è così pesantemente istituzionalizzato, nella società carceraria, che un detenuto non accorto può trovarsi compromesso, per il solo fatto di essere gentile con un compagno che gli parla durante il giorno. HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 30 dice: «Così, te ne vai alla fine del tuo orario di lavoro, con un geniale 'Arrivederci a domani'. E domani sarà di nuovo lì al tuo fianco. Domani e il giorno dopo domani e il giorno dopo ancora. Allora gli altri detenuti lo incominceranno a guardare come il tuo 'compagno'. Peggio ancora, eviteranno, secondo l'usanza delle carceri, di immischiarsi in questa amicizia appena formata e tu ti troverai accoppiato».

Materiale utile a proposito dei rapporti di amicizia, può essere trovato in BEHAN, "Borstal Boy" cit.

(140). La maggior parte delle istituzioni totali, non solo è divisa per sesso, durante la notte, ma vi possono essere istituzioni formate di soli maschi o di sole femmine. In queste grandi istituzioni, è molto facile esista ciò che molti studiosi chiamerebbero un interesse omosessuale, se non proprio un'attività omosessuale. La principale documentazione al proposito, ritengo sia quella di CLEMMER, "The Prison Community" cit., cap. 10, "Sexual Patterns in the Prison Community".

(141). Il reciproco aiuto fra pazienti è ben descritto in un vecchio articolo di William Caudill. Confer CAUDILL, F. REDLICH, H. GILMORE e E. BRODY, "Social Structure and Interaction Processes on a Psychiatric Ward", in «American Journal of Orthopsychiatry», XXII, 1952, p.p. 314-34.

(142). Per un'altra analisi di questo rapporto, confer MERING e KING, "Remotivating the Mental Patient" cit., "The Sick Help the Sicker", p.p. 107-9.

(143). In un paio di casi, ho osservato che l'aiutante tentava di ottenere favori omosessuali dalla persona che aiutava, ma non ho altre conferme che la cosa fosse comune.

(144). E' forse in rapporto al bisogno di aiuti rituali che si può capire parzialmente la pratica, già accennata, di dare ai propri amici piccole somme di denaro.

(145). La cosa contrasta con il destino sociale delle sigarette in alcuni campi per prigionieri di guerra. Confer RADFORD, "The Economic Organisation" eccetera cit., p.p. 190-91:

«Subito dopo la cattura i prigionieri si rendevano conto che non era desiderabile né utile, in vista della misura limitata e della distribuzione delle provviste, offrire o accettare doni di sigarette o di cibo. La 'buona volontà' si sviluppava alla ricerca dei mezzi più validi per aumentare al massimo la propria soddisfazione personale».

Potrei aggiungere che l'abitudine in uso nel mondo civile di domandare un fiammifero o di offrirlo, tendeva a diminuire in ospedale; il massimo che si potesse chiedere era «fuoco» da una sigaretta accesa, anche se in alcuni reparti la persona cui si chiedeva poteva anche avere dei fiammiferi.

(146). Questo dare e chiedere «fuoco» sottintendeva un rapporto particolare, poiché il gesto per mezzo del quale si metteva in evidenza l'esistenza di un rapporto, sembrava la sostanza stessa della relazione che le conferiva un carattere rituale. Più ridotta di quanto non fosse il ciclo delle sigarette, era la rete dei pazienti che «si guardavano» incontrandosi nel giardino dell'ospedale. Quando degenti di entrambi i sessi o di tutte le età attraversavano il giardino, e quando ciascuno poteva dire dall'apparenza dell'altro che si trattava di un paziente, talvolta succedeva che si salutassero

- un cenno della testa, un "hello", o una occhiata sorridente. Questo tipo di saluto è caratteristico delle zone contadine della società occidentale, se si eccettua il fatto che nelle zone rurali vi partecipano tutte le categorie, mentre nell'ospedale solo i pazienti. Quando due pazienti che non si conoscevano, si incontravano fuori dell'ospedale e uno riconosceva l'altro per averlo visto nell'area ospedaliera, allora sorgeva il problema se i due avessero il diritto o l'obbligo di salutarsi. La decisione raggiunta sembrava essere, in parte, determinata dal fatto che vi fossero o no presenti altre persone che potessero meravigliarsi dell'origine di quel saluto.

(147). Il tema è enunciato e sistematicamente sviluppato in un lavoro molto utile di RICHARD MCCLEERY, "Communication Patterns as Bases of Systems of Authority and Power", in "S.S.R.C. Pamphlet" n. 15 cit., p.p. 49-77.

(148). Si diceva che un paziente che disponeva di uno dei migliori lavori nell'ospedale (portava messaggi dall'edificio dell'amministrazione centrale ad altre zone ospedaliere) guadagnasse fino a 8 dollari al mese in mancia, ma non ne ho la certezza.

(149). Ogni luogo ed ogni cosa all'interno dell'ospedale psichiatrico sembra assumere l'evidente senso di isolamento, di abbandono e di malattia rituale tipico dei reparti «peggiori». Un'automobile sembrerebbe tuttavia un'attrezzatura difficilmente influenzabile da un luogo del genere, dato che testimonia esplicitamente la sua stretta dipendenza dal mondo esterno normale. Forse questo evidente interesse dello staff dell'Ospedale Centrale nel tenere le macchine ben pulite, non può essere spiegato né con le tariffe contrattuali in uso, né con il desiderio dello staff di dare l'opportunità ai pazienti di guadagnare qualcosa. Potrei aggiungere che una delle fantasie più diffuse fra i pazienti nei riguardi della loro dimissione, era di poter disporre - una volta dimessi - di una bella macchina nuova da guidare nel giardino dell'Ospedale, in occasione di qualche visita da farsi ai vecchi amici e ai «protettori». Talvolta la cosa si realizzava, ma non sembra fosse tanto frequente, quanto avrebbe potuto essere. Vorrei inoltre aggiungere che, mentre c'era una diretta associazione fra le macchine molto costose (non proprio Cadillacs) e quattro o cinque esponenti dell'amministrazione, e si scherzasse molto sul fatto che alcuni membri dello staff più qualificato disponessero di macchine vecchie rispetto a quelle più belle e più nuove di alcuni sorveglianti, non c'era tuttavia alcuna evidente, generale relazione fra i livelli dello staff e il tipo della macchina di cui disponeva e quanto nuova fosse.

(150). SYKES, "The Corruption of Authority" eccetera cit., p.p. 260-61, analizza questo problema nel capitolo "Corruption by Default".

(151). Confer il sistema di «toting» tipico del legame fra padrona e cameriera americana, soprattutto fra la padrona del Sud e la cameriera negra.

(152). Per una buona descrizione delle concessioni di reparto, confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p.p. 189-90.

(153). Si tratta di ciò che John Kitsuse ha definito «l'alleanza maschile». Un'utile enunciazione di questo problema è proposta in SYKES, "The Corruption of Authority" eccetera cit., "Corruption through Friendship", p.p. 259-60. Confer anche TAXEL, "Authority Structure" eccetera cit., che riferisce (p.p. 62-63) come i pazienti facessero affidamento sui sorveglianti per infrangere le regole, mentre gli infermieri funzionavano a loro sostegno, e come (p. 83) risultasse un tacito accordo secondo il quale i sorveglianti infrangevano, per quanto era loro possibile, le regole per i pazienti.

(154). Lo stesso paziente dichiarò di riuscire ad essere abbastanza elegante, quando usciva in città, con la divisa ospedaliera color cachi facendosi dare ogni volta un paio di calzoncini nuovi che, prima di essere lavati, avevano una lucentezza che li rendeva passabili - quasi si trattasse di calzoncini di buona qualità - ed una rigidità che assicurava avrebbero tenuto la piega.

(155). Il caso opposto, quello di uno scambio economico ristretto ai partecipanti di un rapporto di mutuo sostegno, è stato frequentemente riferito in studi sulle società umane. Confer C. M. ARENSBERG, "The Irish Countryman", Peter Smith, New York 1950, p.p. 154-57; E. R. e H. S. SERVICE, "Tobati" eccetera cit., p. 97. Nelle comunità delle isole Shetland, alcuni abitanti cercano scrupolosamente di fare acquisti in ogni negozio per non offenderne i proprietari. Il fatto di non fare "mai" acquisti in un negozio, significa che si è litigato con il proprietario.

(156). Si può aggiungere che negli ospedali psichiatrici la prostituzione e ciò che veniva definito come «ninfomania», può avere un'equivalente influenza sul valore del sesso, in quanto simbolo di un rapporto reciproco esclusivo; in entrambi i casi una persona inadatta può ottenere favori sessuali da parte di una donna particolare e per ragioni sbagliate.

(157). SYKES, "The Society of Captives" cit., p.p. 93-95, sostiene che nelle carceri ci sia un'enorme quantità di oggetti venduti di nascosto che i detenuti non avrebbero mai pensato si sarebbero potuti vendere, e che il fatto di indulgere in questo cattivo uso del mercato, portasse l'internato ad essere socialmente caratterizzato: «... il detenuto che vende quando dovrebbe regalare è etichettato come un "mercante" o un "venditore ambulante"».

(158). Conoscevo due pazienti lungo-degenti che non avevano bisogno di sigarette, ma che erano tanto gentili da accettare cortesemente queste regalie, per non offendere coloro che le facevano.

(159). La combinazione costante di pagamenti sociali, economici, e coercitivi avrebbe bisogno di uno studio particolare, così da consentire di usare un unico schema per analizzare le somiglianze e le differenze tra questi tipi diversi di pagamento: prebende, tributi, corruzioni, gratifiche, retribuzioni, favori, cortesie, onorari, premi, sconti, bottini, indennità e riscatti. Si capirebbe che, nella maggior parte delle società, lo scambio economico non è il modo più importante in cui vengono trasferiti denaro, proprietà e servizi.

(160). Per un utile esempio di un caso a proposito di alcune basi di scambio sociale, confer RALPH TURNER, "The Navy Disbursing Officer as a Bureaucrat", in «American Sociological Review», XII, 1947, p.p. 342-48. Turner distingue tre basi per la distribuzione di favori: l'amicizia, l'amicizia simulata e, il più fine dei sentimenti, il semplice scambio di favori; tuttavia, in tutti e tre questi sistemi, la nozione di richiesta formale, pagamento impersonale e corruzione dovrebbe essere apertamente smentita. Confer anche SYKES, "The Corruption of Authority" eccetera cit., p.p. 262 segg.

(161). Confer DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 130.

(162). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 4.

(163). Ibid., p. 10.

(164). Confer l'analisi sui "Right Guys" in CALDWELL, "Group Dynamics" eccetera cit., p. 651 e GRESHAM SYKES e SHELDON MESSINGER, "The Inmate Social System", in "S.S.R.C. Pamphlet" n. 15 cit., in particolare p.p. 5-11.

(165). Non ritengo che il controllo esercitato dai sorveglianti sia da considerarsi un loro adattamento secondario. Per esempio nella Prison Hall un paziente dichiarò che i sorveglianti potevano accettare un compenso, in cambio di qualche servizio particolare e non temevano di essere denunciati, perché avevano l'abitudine di registrare, in una sorta di grafico, tutti coloro con i quali avevano avuto affari illeciti; chi faceva la spia, poteva allora trovarsi a dover far fronte ad una cartella in cui era segnata anche la sua complicità. Naturalmente i pazienti, in entrambe le parti dell'ospedale, esprimevano spesso la convinzione che, se avessero dovuto accusare un sorvegliante di crudeltà o di furto, lo staff del reparto «se la sarebbe presa» con tutti e due, non importa come. E' interessante confrontare, qui, il materiale di un altro gruppo di individui cui è richiesto di esercitare una coercizione diretta, la polizia, e vedere quanto mutuo soccorso i poliziotti si prestino segretamente, l'un l'altro. Confer WILLIAM WESTLEY, "Violence and the Police", in «American Journal of Sociology», LIX, 1953, p.p. 34-4, e "Secrecy and the Police", in «Social Forces», XXXIV, 1956, p.p. 254-57.

(166). Alcuni pazienti sostenevano che la Prison Hall, nell'ospedale psichiatrico, fosse «organizzata» esattamente come una prigione per sani. Qui, si diceva, un sorvegliante poteva venir corrotto per «far volare» una lettera o portare qualcosa di contrabbando; un libro poteva venir «lavorato»; vi vigeva una politica carceraria, un gruppo di detenuti poteva «impadronirsi del luogo», uno sciopero dei pazienti poteva servire a contrattare con i funzionari che ne avessero perso il controllo. Non ho, tuttavia, notizie dirette al proposito.

(167). Durante la mia ricerca, un paziente alcolizzato, che molti altri ritenevano «spregevole», chiese a due allieve infermiere di andare a bere con lui nella comunità locale. Le ragazze furono colte in fallo e mandate via prima della fine del corso, e il paziente fu trasferito in un reparto, l'ammissione al quale assumeva il carattere di una retrocessione. Io presumevo che il paziente

sarebbe stato biasimato dai compagni per quanto aveva fatto, ma, benché molte voci di internati fossero insorte contro di lui, alle sue spalle, nessun provvedimento fu intrapreso nei suoi confronti da parte dei compagni.

(168). Suggesto da William R. Smith, che ha scritto un lavoro, non pubblicato, sulla solidarietà degli internati.

(169). Quando si viaggiava in diligenza per l'Europa, nel quindicesimo secolo, poteva accadere di dover dividere il letto con uno straniero e c'erano libri di galateo sulle regole della buona educazione a letto. Confer NORBERT ELIAS, "Über den Prozess der Zivilisation", 2 voll., Verlag Haus Zum Falken, Basel 1934, vol. 2, p.p. 219-21, "Über das Verhalten in Schlafräum". Sul problema dell'analisi sociologica del sonno, sono debitore ad uno scritto non pubblicato di Wilhelm Aubert e Kaspar Naegle.

(170). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 78. Confer le cose che i bambini nascondono in tasca; anche alcuni di questi oggetti sembrano offrire una distanza fra il bambino e l'organizzazione familiare.

(171). GADDIS, "Birdman of Alcatraz" cit.

(172). J.F.N., "Corrective Training" cit., p.p. 17-18.

(173). Dietro al modello sociale informale e alla formazione informale di gruppi, nelle carceri ci sono spesso attività di rimozione. CALDWELL, "Group, Dynamics" eccetera cit., p.p. 651-53, ci dà alcuni esempi interessanti di detenuti occupati in tali «attività»: alcuni impegnati nel cercare e nell'usare droghe; altri concentrati in lavori in cuoio da vendere; gli «Spartani» che, interessati nella glorificazione dei loro corpi, usano le celle chiuse delle carceri come una palestra per i muscoli; gli omosessuali, i giuocatori d'azzardo. La questione principale circa queste attività è che ognuna di esse costruisce, per la persona che vi si dedica, un mondo da sostituire alla prigione.

(174). MELVILLE, "White Jacket" cit., dedica un intero capitolo al gioco d'azzardo illecito, a bordo della sua fregata.

(175). La possibilità di evasione implicita nel leggere, in prigione, è ben descritta da BEHAN, "Borstal Boy" cit.; confer anche HECKSTALL-SMITH, "Eighteen Months" cit., p. 34: «La biblioteca delle carceri offriva una selezione di libri abbastanza buona. Ma, mano a mano che passava il tempo, mi trovavo a leggere semplicemente per far trascorrere le ore - leggevo qualunque cosa su cui potessi mettere le mani. Durante quelle prime settimane, la lettura aveva su di me un'azione soporifera, tanto che nelle lunghe sere d'estate spesso mi addormentavo sul libro».

KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p.p. 127-28, dà un esempio in un campo di concentramento: «Nell'inverno del 1942-43, un susseguirsi di furti di pane nella baracca 42, a Buchenwald, rese necessario stabilire un turno di notte. Per mesi, fino alla fine, mi offrii volontario, per il turno dalle tre alle sei di mattina. Il che significava sedere solo nella stanza da giorno, mentre giungeva dall'altro capo della baracca il russare dei compagni. Per una volta mi trovavo libero dalla ineluttabile presenza dei compagni che, usualmente, ostacolava e impediva ogni attività individuale. Che esperienza sedere quietamente sotto una lampada riparata, sfogliando le pagine dei "Dialoghi" di Platone, "Il canto del cigno" di Galsworthy, o i libri di Heine, Klabund, Mehring! Heine? Klabund? Mehring? Sì, si potevano leggere di nascosto nel campo. Erano fra i libri recuperati dagli ammassi di carta buttata via in tutta la nazione».

(176). Fra i circa settemila pazienti all'ospedale Centrale, ho calcolato, all'epoca della mia ricerca, che un centinaio all'anno avrà ricevuto un qualche tipo di psicoterapia individuale.

(177). Questo tema è sviluppato da ALBERT COHEN, "Delinquent Boys", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1955.

(178). Per una descrizione dettagliata sulla connivenza e i sotterfugi necessari per riuscire ad ottenere un caffè in prigione, confer HAYNER e ASH, "The Prisoner Community" eccetera cit., p.p. 365-66.

(179). Per tradizione, il valore insito nella ricerca è considerato come tipico della società in generale, come quando si ritiene che i drogati siano impegnati in un gioco quotidiano, intensamente significativo, contro la società nel trovare giornalmente la droga; e i ladri, i dissipatori e i delinquenti sono

visti come impegnati nell'affascinante ed onorevole compito di far soldi senza essere presi.

(180). Questo tema è proposto da McCleery, in "S.S.R.C. Pamphlet" n. 15 cit., p.p. 60 segg.: «Questo studio suggerisce che l'ostentazione di beni e di privilegi fra gli internati, serve a simbolizzare una condizione che deve essere guadagnata con altri mezzi. I simboli rendono evidente un'abilità di manipolare o di resistere al potere; il corpo dell'internato tradisce uno sforzo di offrire questi simboli ad uomini che sono oggetto di punizione, sebbene la loro unica funzione sia di resistere coraggiosamente al potere».

(181). Questo punto è ben espresso da Dostoevskij nella sua descrizione della vita di un campo di prigionia siberiano, "Memoirs from the House of the Dead" cit., p. 17: «In prigione c'erano molti che erano stati condannati per contrabbando e non c'era quindi da meravigliarsi che la vodka entrasse nel campo, in barba a tutte le guardie e le ispezioni. Contrabbandare è, per sua stessa natura, un crimine particolare. Si potrebbe pensare, per esempio, che per alcuni contrabbandieri il denaro ed il profitto non abbiano un ruolo principale, ma siano una parte secondaria della loro attività? E' così, tuttavia. Il contrabbandiere lavora per amore del contrabbando, perché ne ha la vocazione. In un certo senso, è un poeta. Rischia continuamente, corre pericoli terribili, si sprema e si contorce, usa la sua inventiva, riesce a cavarsela, talvolta sembra agire quasi per ispirazione. Si tratta di una passione, forte come quella per il gioco».

(182). LLOYD W. MCCORKLE e RICHARD KORN, "Resocialization within Walls", in «The Annals», CCXCIII, 1954, p. 88.

(183). HASSLER, "Diary" eccetera cit., p.p. 70-71. Per un esempio di insubordinazione militare confer LAWRENCE, "The Mint" cit., p. 132.

(184). BEHAN, "Borstal Boy" cit., p. 45. I bambini delle scuole elementari nella società americana, imparano molto presto come si incrociano le dita, come si borbottano bugie e si prende in giro di nascosto - sebbene tutti questi siano modi di esprimere, anche sotto la minaccia di punizione da parte dell'insegnante, un margine di autonomia.

(185). CANTINE e RAINER, "Prison Etiquette" cit., p. 106.

(186). J.F.N., "Corrective Training" cit., p.p. 15-16. Confer anche GOFFMAN, "Presentation of Self, derisive collusion", p.p. 186-88.

(187). KOGON, "The Theory and Practice of Hell" cit., p. 108.

(188). Ibid, p. 103.

(189). EDWIN WEINSTEIN e ROBERT KAHN, "Denial of Illness", Charles Thomas, Springfield (Ill.) 1955, p. 21.

(190). Ibid., p. 61. Confer in particolare "The Language of Denial".

(191). DENDRICKSON e THOMAS, "The Truth about Dartmoor" cit., p. 25.

(192). WARD, "The Snake Pit" cit., p. 65.

(193). Per un utile esempio delle ironie e dei mezzi di far fronte ad una vita minacciosa, confer RENEE FOX, "Experiment Perilous", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1959, p.p. 170 segg.

(194). CLOWARD, "Social Control in the Prison" cit., p. 40. Confer anche SYKES e MESSINGER, "The Inmate Social System" cit., p.p. 10- 11. Alcuni gruppi minoritari hanno, nei confronti della società, una variante di questo non-provocatorio «giù le mani». Confer per esempio il complesso del «cool stud» fra i negri americani che vivono nelle città.

(195). CZESLAW MILOSZ, "The Captive Mind", Vintage Books, New York 1955, p. 76.

IL MODELLO MEDICO E IL RICOVERO PSICHIATRICO.

(1). L'interesse sociologico sulle prestazioni di servizio ha origine soprattutto da Everett C. Hughes ed è documentato nel lavoro fatto dai suoi studenti all'Università di Chicago, soprattutto Oswald Hall e Howard S. Becker. Confer, in particolare, di quest'ultimo, "The Professional Dance Musician" eccetera cit., p.p. 136-44.

(2). Questa descrizione del rapporto di servizio risente profondamente dello studio di PARSONS, "The Professions and the Social Structure", che ritengo il principale lavoro sull'argomento. Confer anche PARSONS e SMELSER, "Economy and Society" cit., p.p. 152-53.

- (3). Confer A. M. CARR-SAUNDERS e P. A. WILSON, "The Professions", The Clarendon Press, Oxford 1933, Sezione "Fees and Salaries", p.p. 451-60.
- (4). Quanto meno è valutato il lavoro di riparazione, tanto più colui che presta il servizio potrebbe trovarsi nella condizione di dover rinunciare a farsi pagare per prestazioni per le quali occorre, tuttavia, una certa abilità. Fra i calzolai queste azioni del tipo "noblesse oblige" possono risultare molto cortesi, soprattutto nel momento in cui anche i «padroni» non possono più permettersi gli atteggiamenti un tempo loro abituali.
- (5). CARR-SAUNDERS e WILSON, "The Professions" cit., p. 452: «Nella maggior parte delle altre professioni [altre rispetto a quella dei contabili] le società tentano di impedire ai loro impiegati di praticare sconti, benché non vi siano obiezioni sul fatto di non far pagare quando il cliente è povero».
- (6). HARRY STACK SULLIVAN, "The Psychiatric Interview", in «Psychiatry», XIV, 1951, p. 365.
- (7). Confer GOFFMAN, "The Presentation of Self" eccetera cjt., p.p. 114-15.
- (8). La stessa trasformazione tecnologica comporta, naturalmente, dei limiti. Un meccanico che sia solo in grado di disfare e ricostruire una Ford modello A, si trova oggi a disporre di un'abilità meccanica che non può mettere in pratica, dovendo invece affrontare problemi tecnici che non sa risolvere.
- (9). Questo delicato punto dello schema di servizio è stato, recentemente, rinforzato dalla pratica del «prestito». Quando si porta a riparare un orologio, una radio o un'automobile, colui che ne farà la riparazione presta un sostituto dell'oggetto finché il lavoro non sarà ultimato.
- (10). Per questa ed altre forme di devianza dall'ideale di servizio, Confer F. L. STRODTBECK e M. B. SUSSMAN, "Of Time, the City, and the «One-Year Guaranty»: The Relations between Watch Owners and Repairers", in «American Journal of Sociology», LXI, 1956, p.p. 602-9.
- (11). Il termine «sistema di riferimento secolare» proviene da ELIOT FREIDSON, "Client Control and Medical Practice", in «American Journal of Sociology», LXV, 1960, p.p. 374-82.
- (12). Confer T. S. ZASZ, "Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry, «A.M.A. Archives of Internal Medicine» CI, 1958, p.p. 232, e il suo "Men and Machines", in «British Journal for the Philosophy of Science», VIII, 1958, p.p. 310-17.
- (13). Un'analisi delle pressioni fatte su un medico per dissuaderlo dal comunicare una prognosi infausta e dare il suo parere anche quando, di fatto, è molto incerto, ci è presentata da FRED DAVIS, "Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional", in «American Journal of Sociology», LXVI, 1960, p.p. 41-47.
- (14). La soluzione impersonale sembra particolarmente efficace nel caso in cui il medico sia accompagnato da colleghi e subalterni, come quando «fa il giro», poiché allora avrà persone con le quali potrà avviare una conversazione tecnica sul caso. E' così efficace questo modo di sopprimere la presenza sociale del paziente, che il destino di quest'ultimo può venire apertamente discusso al suo letto, senza che nessuno se ne preoccupi; un gergo tecnico probabilmente sconosciuto al paziente, può allora essere di aiuto.
- (15). M. G. FIELD, "Structured Strain in the Role of the Soviet Physician", in «American Journal of Sociology», LVIII, 1953, p.p. 493-502.
- (16). SZASZ, "Scientific Method" eccetera cit., p.p. 233 segg.
- (17). Per un'analisi interessante dell'influenza di questa funzione nella medicina militare, confer R. W. LITTLE, "The «Sick Soldier» and the Medical Ward Officer", in «Human Organization», XV, 1956, p.p. 22-24.
- (18). Confer ALBERT DEUTSCH, "The Mentally Ill in America", 2a ed., Columbia University Press, New York 1949, p.p. 12-23.
- (19). KATHLEEN JONES, "Lunacy, Law, and Conscience", Routledge and Kegan Paul, London 1955, p.p. 55-56.
- (20) A. DEUTSCH, "The Mentally Ill" eccetera cit., p.p. 58 segg.
- (21). Per un buon esempio al proposito, confer l'articolo di BERTON ROUECHE', "Ten Feet Tall", che illustra gli effetti collaterali provocati da una terapia al cortisone in un caso di psicosi maniaco depressiva. L'articolo è rintracciabile nella raccolta di ROUECHE', "The Incurable Wound", Berkley Publishing Corp., New York s. d., p.p. 114-43.

(22). Confer TALCOTT PARSONS, "The Mental Hospital as a Type of Organization", in M. GREENBLATT, D. LEVINSON e R. WILLIAMS (a cura di), "The Patient and the Mental Hospital", The Free Press, Glencoe (Ill.) 1957, p. 115.

(23). Negli istituti di ricerca sono stati fatti istruttivi tentativi di affrontare questo problema. Il ruolo di medico di reparto può essere nettamente separato da quello di terapeuta, dato che la relazione terapeuta-paziente si mantiene costante, senza riguardo al trasferimento in un altro reparto del paziente. (Confer STEWART PERRY e LYMAN WYNNE, "Role Conflict, Role Redefinition, and Social Change in a Clinical Research Organization", in «Social Forces», XXXVIII, 1959, p.p. 62-65). Negli ospedali generali privati, dove vi siano uno o due reparti psichiatrici, si può trovare un'approssimazione anche più vicina al rapporto di servizio: uno psichiatra con pratica privata può disporre di diversi «letti» e ricoverare temporaneamente un paziente, quando lo ritiene necessario. Lo staff ospedaliero di quel particolare reparto, avrà il compito di occuparsi del mantenimento del paziente, mentre lo psichiatra lo visiterà una o due volte al giorno, come gli altri medici che fanno uso dei «letti» negli altri reparti. In questo caso si mantengono molte forme del rapporto di servizio, tuttavia quanto sia terapeutica la cosa è un'altra questione.

(24). Confer CHARLOTTE GREEN SCHWARTZ, "The Stigma of Mental Illness", in «Journal of Rehabilitation», luglio-agosto 1956.

(25). Negli ospedali generali è tipico che gli uomini costretti a letto scherzino con le infermiere sdrammatizzando allegramente la loro situazione, come per testimoniare che il corpo che è lì disteso sotto il loro controllo, è tanto poco legato al proprio "sé", da poterne parlare senza timore. Negli ospedali psichiatrici invece, questa facilità a dissociare il proprio carattere abituale dalle circostanze, è molto meno attuabile; per questo i pazienti mentali tendono ad essere seri, e le espressioni di distanza dal "sé" possono avere proporzioni di tipo psicotico.

(26). David M. Schneider, nel suo articolo "The Social Dynamics of Physical Disability in Army Basic Training", in «Psychiatry», X, 1947, p.p. 323-333, dimostra come il ritiro dai doveri durante il ricovero ospedaliero, possa portare ad un isolamento sempre maggiore della persona malata, confermandole sempre più di essere «diversa». Gli effetti della separazione possono allora incidere più che le cause iniziali. Operando su un presupposto in qualche modo analogo, gli psichiatri ricercatori dell'esercito americano, a Walter Reed, sono recentemente giunti alla convinzione che quanto più un soldato è portato a riconoscere di avere qualche problema psichiatrico e di aver bisogno di cure psichiatriche specifiche, tanto meno risulta probabile il suo rientro rapido nel gruppo militare nel quale egli ha originariamente avuto esperienza del suo disturbo. Confer B. L. BUSHARD, "The U.S. Army's Mental Hygiene Consultation Service", in "Symposium on Preventive and Social Psychiatry" cit., p.p. 431-43, in particolare p. 442:

«Questi fini [il minimizzare l'inabilità di carattere psichiatrico] possono essere ottenuti per mezzo di un relativo rapporto individuale con il paziente, mentre richiedono un legame estensivo con un numero di altre entità. Molto più importante dello scambio verbale con il paziente, risulta l'implicazione non verbale dell'essere visitato subito, ascoltato con interesse e reintegrato al proprio ruolo con un dispaccio. Qualsiasi implicazione faccia risalire il problema a situazioni remote o imponderabili, o lo ritenga dovuto al 'disturbo' o basato su considerazioni che non risultano immediate e controllabili, porterà di frequente alla distruzione di quelle difese che potrebbero risultare ancora intatte».

(27). La «terapia d'ambiente» (milieu-therapy) è presumibile nasca dalla convinzione che l'importanza dell'esperienza ospedaliera non possa essere limitata all'ora della terapia (quando ce n'è una) e che tutto il personale debba perciò esercitare un'uguale influenza determinante sul paziente. Confer STANTON e SCHWARTZ, "The Mental Hospital" cit. e MAXWELL JONES, "The Therapeutic Community", Basic Books, New York 1953.

(28). Una minore conseguenza dell'interpretazione psicogenetica dei disturbi somatici, è che alcuni pazienti mentali possono essere spinti a non esporre il loro bisogno di un trattamento fisico, solo perché temono di venir giudicati dagli altri come persone che «si costruiscono le cose».

(29). BELKNAP, "Human Problems" cit., p. 144. Vorrei aggiungere che, essendo i pazienti mentali persone che, nel mondo esterno, rifiutano di sottoporsi ad un controllo sociale, sorge il problema di come si possa applicare un tale controllo all'interno dell'ospedale. Io credo che lo si ottenga soprattutto attraverso il «sistema di reparto», mezzo di controllo che si è largamente diffuso nei moderni ospedali psichiatrici. Il punto chiave penso sia un sistema di reparti graduati, da un livello corrispondente ad un cattivo comportamento riconosciuto come accettabile, con gradi di disagio e di privazione ad esso corrispondenti. Qualunque sia il livello del cattivo comportamento di un nuovo paziente, si può trovare un reparto in cui la sua condotta sia generalmente trattata e, fino ad un certo limite, tollerata. In effetti, nel fargli accettare le condizioni di vita di questi reparti, al paziente viene riconosciuto di poter continuare ad indulgere nella sua cattiva condotta, sempre che non disturbi in modo particolare, dato che essa è, di routine, maneggiata nel reparto, se non proprio accettata. Quando il malato dà qualche segno di miglioramento rispetto al gruppo di cui fa parte, allora lo si impegna a promettere di essere disposto a migliorare il suo comportamento. Una volta impegnatosi in tal senso, è probabile gli sia concesso un miglioramento nelle condizioni di vita. Se egli dovesse comportarsi di nuovo scorrettamente, così come faceva prima, e persistervi, verrà invece rimproverato e retrocesso alle sue condizioni originarie. Ma se non retrocede e conferma la sua volontà di comportarsi ancora meglio, mantenendo questa linea di condotta per un lasso di tempo sufficiente, lo si farà procedere ancora nel ciclo di dimissione rapida, come accade per la maggior parte dei malati di prima ammissione che vengono dimessi entro l'anno. Si arriva così al punto in cui il paziente viene affidato ad un parente, sia in occasione di piccole passeggiate nel parco dell'ospedale, che per gite in città, ed il parente viene allora trasformato in una persona che dispone di un ordinamento carcerario nel senso che ha la posizione giuridica per rinforzare la minaccia: «Sta' buono o ti rimando dentro». Ciò che si trova qui (e che non si trova all'esterno) è un esatto modello di quello che gli psicologi potrebbero chiamare una situazione pedagogica - il tutto legato ad un processo consapevole di rinuncia. Per questa ragione, il livello morale dei pazienti nei reparti ribelli sembra più alto e più sano che nei reparti che precedono la dimissione, dove c'è una vaga aria di persone che si sono vendute per poter uscire.

(30). Confer T. S. SZASZ, "Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law", in «Columbia Law Review», LVIII, 1958, p. 188.

(31). T. S. SZASZ, "Politics and Mental Health", in «American Journal of Psychiatry», CXV, 1958, p. 509. Confer anche il suo "Psychiatric Expert Testimony - Its Covert Meaning & Social Function", in «Psychiatry», XX, 1957, p. 315; e "Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law", in «A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry», LXXV, 1956, p.p. 297-315.

(32). Confer al proposito STANTON e SCHWARTZ, "The Mental Hospital" cit., p.p. 200 segg.

(33). E' da notare che l'autodisciplina richiesta ad un paziente mentale per permettere al suo psichiatra di agire come un qualsiasi altro professionista, trova una sua giustificazione completa e dettagliata nella letteratura psicoanalitica, in base a considerazioni tecnico-terapeutiche. Esiste una perfetta armonia, precedentemente stabilita, fra ciò che è bene per il paziente e ciò che, di fatto, lo psichiatra gli richiede se si vuole mantenere il rapporto di tipo professionale. Per parafrasare il signor Wolson, ciò che è bene per la professione, è bene per il paziente. Ho trovato particolarmente nuova l'analisi sull'importanza psicologica del fatto che il paziente si renda conto che il terapeuta ha una sua vita personale e che non sarebbe bene per lui che il terapeuta dovesse rinunciare alle sue vacanze, o accettasse di vederlo in seguito ad una chiamata telefonica fatta a mezza notte, o si lasciasse mettere fisicamente in pericolo da lui. Confer C. A. WITAKER e T. P. MALONE, "The Roots of Psychotherapy", Blakiston Co., New York 1953, p.p. 201-2.

(34). Seguendo il presupposto secondo il quale il paziente può semplicemente essere il «portatore di un sintomo» per l'intero nucleo familiare, gli psichiatri ricercatori tentano di portare intere famiglie in reparti ospedalieri sperimentali. I problemi collaterali che derivano dai necessari adattamenti a questo nuovo tipo di vita, soprattutto per quanto riguarda la struttura

dell'autorità familiare, sono molto gravi e il loro effetto è stato forse valutato troppo poco.

(35). In questo caso lo psichiatra può esplicitamente riconoscere di dover terapeutizzare non l'individuo, ma l'intero sistema sociale ospedaliero. Lo psichiatra e il "training" medico sembrano preparare questi professionisti ad accettare la responsabilità di dirigere un reparto o un ospedale, liberandoli dal timore che si può avvertire di fronte ad un tale compito, con una preparazione notevole e l'esperienza necessaria.

(36). Per un commento sull'atteggiamento di modestia dichiarata nel contesto di un'organizzazione ospedaliera di alto livello, confer A. H. STANTON, "Problems in Analysis of Therapeutic Implications of the Institutional Milieu", in "Symposium on Preventive and Social Psychiatry" cit., p. 499.

(37). BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 200.

(38). Naturalmente anche i pazienti hanno le loro storie esemplari, quasi altrettanto discreditanti nei confronti dello staff.

(39). La psicologia sociale della percezione del carattere «essenziale», è stata recentemente sviluppata da Harold Garfinkel, in una serie di lavori non pubblicati, cui sono debitore.

(40). Confer JOHN MONEY, "Linguistic Resources and Psychodynamic Theory", in «British Journal of Medical Psychology», XXVIII, 1955, p.p, 264-66. Per utili esempi di questo processo di traduzione, confer WEINSTEIN e KAHN, "Denial of Illness" cit. Gli autori citano termini come «mutismo acinetico», «sindrome di Anton», «paramnesia riduplicativa», «anosognosia», usati tradizionalmente per riferirsi al rifiuto da parte del paziente di riconoscere il proprio stato di malattia; quindi descrivono sotto categorie come «spostamento», «risposte inappropriate», «parafrasia» i vari modi in cui i pazienti rifiutano di rispondere alla situazione civilmente e in modo collaborativo; una tale intransigenza viene definita come il prodotto psicofisiologico della malattia del cervello e non come una risposta sociale ad un trattamento minaccioso involontario. Confer anche BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 170.

(41). SOMMER, "Patients Who Grow Old" eccetera cit., p. 584.

(42). T. S. SZASZ, W. F. KNOFF e M. H. HOLLENDER, "The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context", in «American Journal of Psychiatry», CXV, 1958, p. 526.

(43). Le tecniche usate dai psicoterapisti di gruppo possono essere studiate come parte dei metodi di indottrinamento di piccoli gruppi. Per esempio, sono comunemente pochi i pazienti che risultano competenti nella linea psichiatrica e relativamente pronti a seguirla. Una lamentela presentata da un paziente, può essere presa dal terapeuta e riferita agli altri pazienti per conoscere la loro opinione al proposito. Essi tradurranno per colui che si lamenta, dimostrando che i suoi compagni vedono la sua lamentela come espressione della sua personalità, lasciando al terapeuta l'iniziativa di agire in merito con la sua autorità; ma ora qualcuno del gruppo sarà polarizzato contro colui che si è lamentato. Per una recente analisi al proposito, confer JEROME D. FRANK, "The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship", in «Psychiatry», XXII, 1959, p.p. 17-39.

(44). Riferitomi personalmente da Howard S. Becker.

(45). [Il termine «oggettivazione» non viene usato dall'autore, ma il contesto sembra esplicitamente riferirsi a questo processo che è da ritenersi la base essenziale su cui si fonda la relazione medico-paziente sia in medicina generale che in psichiatria].

(46). Dei più di cento pazienti che conoscevo nell'ospedale dove ho svolto la mia ricerca, uno ammetteva di sentirsi troppo ansioso per allontanarsi più di un edificio oltre il suo reparto. Non mi risulta che qualche degente preferisse il reparto chiuso, tranne per i pazienti descritti dallo staff.

(47). Confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 191.

(48). Mi hanno raccontato di pazienti mentali maniaci che soffrivano di T.B.C. per i quali era stata prescritta una lobotomia, dato che la loro iperattività li avrebbe uccisi. Questa è una decisione che implica un servizio personale, e non il carattere di manutenzione della medicina. Si può qui ripetere che non è determinante l'atto, quanto il contesto organizzativo nel quale viene proposto.

(49). Confer BELKNAP, "Human Problems" eccetera cit., p. 192.

(50). La società esterna è anch'essa impegnata a sostenere questo ruolo. Si ritiene anche che l'esperienza terapeutica ideale, oggi in voga, sia un'immersione prolungata in una psicoterapia individuale, preferibilmente di tipo psicoanalitico. Secondo questo punto di vista, il modo ideale di migliorare il servizio degli ospedali di stato, sarebbe quello di aumentare lo staff psichiatrico, così da estendere il più possibile la terapia individuale; dovendo accantonare questo ideale evidentemente impossibile da raggiungere, si pensa di provvedere la quantità massima del secondo tipo di psicoterapia, la psicoterapia di gruppo e i consigli. Ma questa soluzione potrà forse aiutare la condizione del ruolo degli psichiatri, non certo la situazione umana nella quale i pazienti mentali vivono.

POSTFAZIONE

di Franco e Franca Basaglia.

(1). In "The Authoritarian Personalità" di T. W. ADORNO e altri, Harper and Bros., New York 1950, 150 p.p.

(2). Ne è un esempio (da ritenersi l'espressione più pura di un'intenzione che non ha più paura di smascherarsi) la posizione presa in questi giorni da un'amministrazione provinciale, di fronte allo stralcio di legge n. 431 in data 18 marzo '68 sull'assistenza psichiatrica, che tende alla liberalizzazione degli ospedali psichiatrici attraverso l'introduzione del ricovero volontario: esso sfugge al controllo giuridico, tipico del ricovero coatto, e consente così la graduale riduzione dei pazienti soggetti al marchio sociale. Di fronte a questi primi tentativi legali di ridurre la natura della distanza che separa il paziente che può permettersi una cura in cliniche private (sfuggendo quindi allo stigma della malattia mentale) e colui che ha come unica possibilità il manicomio, l'amministrazione provinciale di cui sopra invita e impone ai medici dell'ospedale psichiatrico che da essa dipende, di consentire il ricovero volontario solo ai pazienti dozzinanti e, in caso non siano assistiti dagli enti mutualistici, previo deposito cauzionale di lire 100000, ridotto in una circolare successiva a lire 50000.

E' evidente come, anche all'interno di una legge riformistica che tende a modificare le contraddizioni più sfacciatamente palesi della nostra assistenza psichiatrica, si continui a perpetuare - sfruttando l'ambiguità interpretativa della legge - la abituale discriminazione fra chi ha e chi non ha, subordinando la definizione di pericolosità, tipica del ricovero coatto, alle condizioni economiche del paziente. In questo modo viene svuotato dall'interno il significato della legge stessa.