

The background of the book cover is a grid of colored squares in shades of orange, brown, and purple. Overlaid on this grid are various symbols, characters, and letters in black and white. Some of the visible symbols include a cross, a plus sign, a minus sign, a number 7, and a number 10. The overall aesthetic is abstract and somewhat chaotic, reflecting the book's theme of mental illness.

**GIAN PIERO FIORILLO
MASSIMO COZZA**

IL NOSTRO FOLLE QUOTIDIANO

**prefazione di
LAIMER ARMUZZI**

**INDAGINE SULLA RAPPRESENTAZIONE
DELLA FOLLIA E DELLA MALATTIA MENTALE**

Che cos'è la follia? E la malattia mentale? Che cos'è un raptus? E cosa significano termini come psicosi, schizofrenia, depressione? Sebbene non vi sia una risposta universalmente condivisa a questi interrogativi, neppure tra gli specialisti, essi fanno parte ormai del linguaggio quotidiano, e costituiscono rappresentazioni collettive spesso fallaci, che si connotano come veri e propri pregiudizi. I mass media, e tra questi i quotidiani, sono tra i maggiori veicoli di diffusione di questi pregiudizi. Attraverso l'analisi di articoli, recensioni, fatti di cronaca e commenti, il libro mostra come sulla follia esista una disinformazione diffusa ed efficace, che ci restituisce la maschera del folle come individuo pericoloso, violento, geneticamente tarato. Il "malato di mente" non è rappresentato come una persona che, pur vivendo un profondo disagio, ha in sé risorse per vivere, capacità di scelta, ed è comunque soggetto di diritto. Si afferma invece sempre di più il paradigma dell'"ereditarietà" genetica della follia, che si traduce nella idea di inguaribilità e nella conseguente attesa del farmaco miracoloso. Fino alla richiesta di nuove istituzioni totali segregative, organizzate, igienicamente perfette, e soprattutto private. Analizzando alcuni fra i più diffusi quotidiani nazionali, il volume mette in evidenza gli elementi che caratterizzano la rappresentazione mediatica della follia e le implicazioni che ne discendono.

€ 14,00

ISBN 88-7285-269-2



9 788872 852699

Gian Piero Fiorillo sociologo, lavora in un Dipartimento di salute mentale. Ha pubblicato su "Derive e approdi" il saggio *Prima della psichiatria*.

Massimo Cozza è psichiatra e coordinatore della Consulta nazionale per la salute mentale. Collabora con "Il sole 24 ore". È coautore del volume *L'assistenza psichiatrica in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio (Istituto Italiano di Medicina Sociale)*.

**GIAN PIERO FIORILLO
MASSIMO COZZA**

IL NOSTRO FOLLE QUOTIDIANO

**INDAGINE SULLA RAPPRESENTAZIONE
DELLA FOLLIA E DELLA MALATTIA MENTALE**

manifi

© 2002 manifestolibri srl
via Tomacelli 146 - Roma

In copertina: Franco Tripoli, Alfabeto - 2001 - Olio su tavola

ISBN 88-7285-269-2

INDICE

Prefazione

di Laimer Armuzzi

Indagine e riflessioni

di Gian Piero Fiorillo

13

1. Buona e cattiva fama della follia

15

1.1 Follia come eccesso

16

1.2 Follia come trasgressione

19

1.3 Arte e follia

24

1.4 La rappresentazione

32

2. Devianze

45

2.1 Furia assassina

45

2.2 La follia e altri imputati

54

2.3 La parola ai periti

67

2.4 Il rito

71

3. Artifici

77

3.1 La diffusione del male di vivere

77

3.2 Biotecnologie e malattia mentale

83

3.3 Il caso ADHD

90

3.5 Depressione

103

4. Conclusione prowisoria

119

4.1 Critica della folle cronaca

119

4.2 Il cane e il folle

123

Linee di salute mentale

127

di Massimo Cozza

5. Lo stigma quotidiano	129
6. La nuova istituzionalizzazione	139
7. Lo psicofarmaco quotidiano	143
8. Psicopatologia e cura quotidiana	153
9. L'alternativa possibile	163

Appendice <i>di Rossana Dettori</i>	171
--	-----



L'indagine ed il libro sono stati promossi dalla Funzione
Pubblica Cgil

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

PREFAZIONE

di *Laimer Armuzzi**

Articolare una critica dell'assistenza psichiatrica oggi in Italia è difficile. Si rischia di prestare il fianco a chi, approfittando delle contraddizioni della psichiatria e delle carenze di applicazione della legge 180, richiede a gran voce la revisione di quest'ultima e un ritorno d'internamento e ai trattamenti obbligatori a tempo indeterminato.

Ma è ancora più rischioso tacere quelle contraddizioni e carenze, per più motivi: perché, non rilevandole, si lascia spazio a una critica strumentale; per un imperativo etico che riguarda non solo la psichiatria ma tutto l'ambito della medicina e la difesa del Servizio Sanitario pubblico; infine perché il tema della salute mentale apre la discussione su campi fondamentali del diritto: dai diritti civili, al diritto del lavoro, al diritto d'inclusione sociale e all'autodeterminazione della persona in tutti i suoi aspetti.

Da sempre, nella tradizione della sinistra, il problema della salute e della malattia mentale è visto come un problema di rapporti sociali. E l'importanza fondamentale della relazione nella promozione e salvaguardia della salute mentale è sempre più affermata, anche in campo scientifico, nonostante le massicce campagne che vorrebbero ridurla a un fatto puramente biomedico o addirittura a un fatto di «geni».

Nel novembre del 2000 una grande manifestazione nazionale per la riaffermazione degli impegni presi dallo Stato in materia si svolse a due passi da Montecitorio. Organizzata dalla Consulta Nazionale per la Salute mentale (oggi composta dalla Funzione Pubblica Cgil, Psichiatria Democratica, familiari dell'Unasam, Arci, Cittadinanza Attiva e Caritas Italiana in qualità di invitato permanente), registrò la partecipazione numerosa e intensa di operatori, forze politiche, amministratori ma soprat-

* Segretario Generale della finzione pubblica Cgil

tutto di utenti e familiari. Gli stati d'animo di quella manifestazione erano dolore, denuncia, senso d'impotenza, però anche voglia di lottare e di cambiare le cose.

Si capì in quell'occasione che, ancora una volta, la salute mentale non poteva essere lasciata agli specialisti. Da tutta Italia veniva espresso un grido di dolore per come i malati mentali subivano ancora discriminazioni e trattamenti inumani: a partire dalla contenzione come pratica consueta nei reparti ospedalieri, all'elettroshock, all'uso arbitrario di terapie farmacologiche, ma anche alla sordità di alcune istituzioni ed Enti Locali che ritengono di aver fatto il proprio dovere accontentandosi di provvedimenti di piccola portata, più di facciata che reali, a favore del disagio mentale. La questione allora deve ri-diventare, come è stato per molti anni, una questione di civiltà e, quindi, di cultura.

Da queste premesse nasce il volume qui presentato, lavoro non di studiosi o ricercatori a tempo pieno, ma di due operatori che nella pratica dei Dipartimenti di Salute Mentale sono quotidianamente immersi da anni: un medico e un sociologo del Servizio Sanitario Nazionale. Operatori con esperienza diretta nei servizi (Centri di Salute Mentale, Servizi ospedalieri di diagnosi e cura, Centri di riabilitazione, Comunità, Case famiglia ecc.), che hanno sentito il bisogno di denunciare il rinascere, in particolare a livello sociale, di uno stigma che sembrava sconfitto.

I due interventi non sono sovrapponibili, anzi. Pur partendo entrambi dall'osservazione di come i grandi quotidiani nazionali trattano di salute e malattia mentale, se ne discostano, in parte, sia per il metodo che per le conclusioni.

Fiorillo (sociologo) è più attento alle parole, ai termini ed alle argomentazioni usate dai giornali, ne sottolinea le contraddizioni e chiede una maggiore attenzione ai giornalisti, una maggiore cura dell'esposizione, in modo da non creare «visioni della follia* inadeguate e distortenti. Cozza (psichiatra) considera piuttosto le argomentazioni nel loro farsi discorso complessivo, e le sottopone al vaglio di quanto ormai comunemente accettato dalla comunità scientifica.

Lentamente però il discorso di entrambi esce dalla strettoia della critica ai giornali e diventa un discorso sulla psichiatria, sulle pratiche di assistenza e sui paradigmi fondanti che oggi deter-

minano quelle pratiche.

E qui si rivelano posizioni diverse, dovute probabilmente alla diversa impostazione professionale. Per il sociologo si pone la necessità di critica al mandato sociale di trattare la follia, sempre e comunque, come malattia. Per il medico invece, di quel mandato la medicina deve farsi carico, ma riconsiderando se stessa, non come detentrica del «sapere» – e quindi di una capacità diagnostica e di trattamento terapeutico insindacabile – ma recuperando l'originaria matrice umanistica. Il che è possibile, dice Cozza, applicando integralmente il mandato della Legge 180 e sostenendo a livello politico e di programmazione economica le pratiche più avanzate che compongono il «fare salute mentale».

Proponiamo questi due interventi così come sono stati scritti, lasciandone aperte le contraddizioni, nella speranza che contribuiscano a smuovere le acque ormai stagnanti del dibattito intorno alla salute mentale. Ben vengano dunque le osservazioni, le critiche, purché si ricominci a trattare collettivamente l'intera problematica, ormai quasi esclusivo appannaggio di specialisti.

Ma qui è necessario introdurre un discorso anche sugli operatori. E ciò non solo per il nostro ruolo di sindacalisti, ma perché l'attenzione ai problemi di chi lavora in salute mentale (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori e altro, compresi i lavoratori dell'impresa sociale) è fondamentale anche per gli utenti. Chi per anni è a contatto con il disagio mentale (o con ogni altra forma di sofferenza umana) ha diritto ad alcune garanzie di base, pena il fenomeno conosciuto come «burn-out»: profondo disagio esistenziale che può esprimersi in moltissimi modi, dall'assenteismo alla svogliatezza, al tirare a campare, fino a fenomeni gravissimi come lo sviluppo di vere patologie fisiche e psicologiche.

Come si può stare dalla parte degli operatori evitando la dicotomia operatore/utente, cioè facendo in modo che le condizioni di lavoro favoriscano chi ha investito le proprie risorse emotive e intellettuali in un campo così difficile?

In primo luogo riaffermando i diritti degli operatori, che devono essere paralleli a quelli degli utenti.

Entrambi sono presentati qui in appendice da Rossana Detori, infermiera e quadro nazionale della Funzione Pubblica Cgil,

impegnata da molti anni sul fronte delle politiche della salute.

Il volume si pone dunque come un punto di partenza per ricostruire in tutta Italia, e non solo in pochi luoghi privilegiati, una tessitura di relazioni socio-istituzionali che partendo dall'interno dei servizi coinvolga i cittadini: gli utenti che devono riprendere un posto di primissimo piano nel processo terapeutico, riscoprire la propria soggettività e la propria storia come via maestra verso la guarigione (significativo a tale proposito il richiamo di Cozza a Ron Coleman, fondatore in Gran Bretagna di un movimento degli uditori di voci) e gli altri, i sani o normali, per facilitare una reale integrazione collettiva della differenza.

Il libro viene proposto ai lettori in un momento particolare. Dopo l'11 settembre del 2001 molte cose sono apparse più relative, meno importanti. Di fronte alla prospettiva di una guerra lunga e incerta, che ci rende tutti vulnerabili, cosa può importare a chi non ne è direttamente coinvolto il destino di un certo numero di uomini? Bene, la questione non si pone affatto così. Non solo perché ogni guerra tende ad aumentare il livello collettivo di stress, di ansia, di malattia e di angoscia, per cui i fenomeni analizzati nel libro tendono non tanto ad esaurirsi ma semmai ad ingigantirsi ed esplodere, ma anche, e soprattutto perché la vigilanza riguardo d'osservazione dei diritti civili va aumentata. La giustificazione del terrorismo internazionale non deve mettere la sordina ai problemi della persona umana, di ogni singolo, alla dignità e opportunità sociali che a ciascuno deve essere riconosciuta.

Come già viene sottolineato nel libro, le grandi questioni spesso vengono usate per fini strumentali, di riaffermazione del potere e di annichilimento dell'opposizione. Questo non deve succedere, se pure tutti dovremo rassegnarci a perdere alcune delle comodità cui siamo forse troppo abituati, non potremo mai rassegnarci a perdere quei diritti e quella dignità di cittadini che troppo abbiamo dovuto lottare per conquistare. E la dignità di tutti noi passa attraverso quella di ciascuno, particolarmente dei più disagiati. Questo è il grande compito della civiltà occidentale, non di riaffermare la propria superiorità fondata sulla potenza economica e militare, ma il tener fede a quelli che nella storia dell'Occidente si sono affermati, ripeto a prezzo del sacrificio di molti, come valori primari: l'uguaglianza degli uomini, la solida-

rietà verso i più disagiati, la lotta contro una logica del profitto onnicomprensiva.

Ancora una volta, come già trent'anni fa, al tempo della lotta contro l'istituzione manicomiale la psichiatria è davanti a un bivio: può mostrare vie di liberazione o di oppressione, di contrailo sociale totalizzante.

Sta a ciascuno prendere posizione e scegliere.

INDAGINE E RIFLESSIONI
di Gian Piero Fiorillo

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

1. BUONA E CATTIVA FAMA DELLA FOLLIA

Roma, 16 luglio 2001.

Mentre sfoglio giornali su giornali cercando di capire come i quotidiani rappresentino ai lettori la malattia mentale e la follia, mi concedo qualche distrazione, leggo le pagine sportive.

Cronaca del Gran Premio di Formula Uno disputatosi ieri a Silverstone. Vince Hakkinen, segue Schumacher. Coulthard, secondo in classifica generale, va fuori pista al primo giro e in questo modo per Maurizio Crosetti, giornalista della Repubblica, si gioca «*le già anoressiche ambizioni di rimonta*» sulla Ferrari.

Anoressiche?

Per quanto suggestivo l'accostamento ad ambizioni di rimonta è davvero particolare, letterario più che giornalistico.

Se l'azzardato lancio di Crosetti avrà successo presto avremo anoressico al posto di magro, scarno, povero, risicato, ecc. e chissà quante cose di questo mondo risulteranno anoressiche.

Era già successo, a cavallo di capodanno, con la mucca pazza, e sebbene qualcuno si fosse preoccupato di precisare che la mucca non era pazza, bensì malata, e criminali coloro che avevano preteso di nutrirla con farine animali sacrificando ragione e conoscenza alla logica del profitto, era stato tutto un fiorire di mattitudini: dapprima intorno ai mattatoi, e così diventavano pazzi tacchini e maiali, mattanza tradizionale delle feste natalizie, poi sono diventati pazzi i felini, ghepardi e gatti domestici, infine è toccato anche alle cose, per esempio d'antenna. Il traffico poi, non fa testo: quello è impazzito da sempre.

I disturbi alimentari come metafora non sono propriamente una novità. Nell'inserito Roma del Corriere della Sera, 13 aprile, Gaspare Barbiellini Amidei, vestito da guru super partes della comunicazione politica, in un articolo peraltro di buon senso, dal titolo

Costi e benefici elettorali
MANIFESTI, INUTILE BULIMIA

denunciava l'uso eccessivo e controproducente di manifesti elettorali sui muri delle città.

Nel testo si legge: «*Se arrivate a Roma da Fiumicino, il tratto di strada fra l'aeroporto e la città è una lezione sulla bulimia della comunicazione politica visiva*»; e, più avanti: «*La bulimia fotografica costa cara. In più può rendere, per reazione, anoressici alle urne non pochi votanti*».

Sembra quasi che l'autore dell'articolo, per dire una cosa sensata abbia bisogno di mettere in scena se stesso, la propria competenza culturale e linguistica. Così rimanda dapprima a «*un manuale fra quelli propedeutici ai corsi universitari di Scienze della Comunicazione*», poi scomoda Jung, ne modifica leggermente il concetto di «*inflazione psichica*» in quello di «*recessione psichica*», per dire degli effetti indesiderati o distorti delle tecniche di propaganda che sull'*inflazione psichica* fanno affidamento, quindi chiama in causa Roland Barthes, secondo cui ogni testo è sorgente di noia e/o di godimento. Ma tutto questo sembra non bastare a Barbiellini Amidei che, stanco del tipico «effetto boomerang», sente la necessità di inventare un'altra metafora. Non originale, visti i tempi, piuttosto «di tendenza».

1.1 FOLLIA COME ECCESSO

Greci a parte, che alla follia di dei e mortali avevano imparato a dare del tu, si può dire che nessuno, dal lontano giorno in cui Erasmo scrisse il suo Elogio, dà sempre e soltanto una visione negativa della follia.

Soprattutto finché il termine non sottintende l'altro, quello di psicopatologia o malattia mentale. Fino a quando si parla di follia come esagerazione esso è sempre accompagnato da un giudizio morale abbastanza esplicito, positivo o negativo, che rispecchia il comune sentire, la chiacchierata da bar.

Un pizzico di follia non guasta, è necessario per realizzare i propri sogni, e sembra addirittura naturale chiedere o suggerire a chi si accinga a un'impresa «una certa dose di incoscienza».

Chi la rivendica ci appare un uomo deciso, che sa assumersi le sue responsabilità, e molti *vip* attribuiscono pubblicamente a quell'incoscienza originaria la propria affermazione.

Capita anche che qualcuno, come Silvio Berlusconi, strapari e si paragoni a Giustiniano o a Napoleone, suscitando ironiche richieste di revisione della legge Basaglia, ma anche questo alla fine è spettacolo e viene attribuito alla generosità incontenibile anche se talvolta bizzarra del personaggio: «*Così parlò il Grande Comunicatore, sempre prodigo di immagini e personaggi e slogan coi quali dare corpo ai suoi sogni e alle sue promesse*» scrive un quotidiano del Nord.

Gode anche di un certo prestigio la follia come febbre di vita, ebbrezza, urgente desiderio di essere – o di essere visibile, come si addice a un'epoca telecomunicata. «Brucia ragazzo brucia» è il sottinteso guardato con indulgenza per le bravate, anche quando sconfinano con la violenza, se questa si limita a una scazzottata e soprattutto se i protagonisti sono persone del bel mondo, che permettono un articolo *pepato*.

Sempre dal *Corriere*, venerdì 11 maggio:

*Tennis, folle Rios
Picchia tassinaro e due carabinieri*

Nella didascalia della foto che lo vede in un momento di gioco il tennista cileno Marcelo Rios, pezzo da novanta dei circuiti ATP, viene definito violento. Poi l'articolo spiega che «*sarà per quell'aria da scugnizzo, per quegli occhi scuri a mandorla e i lunghi capelli corvini che piacciono tanto alle donne, ma finora gli si era perdonato tutto*»: il caratteraccio e la strafottenza verso i giornalisti, in sostanza. «*Ma L'altra sera [...] ha superato il limite, tanto da rimediare una denuncia a piede libero per resistenza e lesioni a pubblico ufficiale*»). Rios, infatti, non solo litiga con un tassista, ma quando questi chiama i carabinieri non si perde d'animo, anzi, «*ingaggia una colluttazione spendendone due al Santo Spirito [l'ospedale] per contusioni e distorsione del polso. La conclusione è nota: denuncia per resistenza e lesioni.*»

L'articolo è sorridente e irridente. In fondo la follia di Rios è

la bravata di un ragazzo diventato ricco troppo in fretta, o forse già ricco poi anche famoso. Aveva alzato il gomito e ha superato il limite, tutto qua. Nessuno (per fortuna) invoca pene più severe, non sembra proprio il caso.

Non è il caso, certo. Di sbronzarsi una sera capita a tutti. Però, sbronzato o meno, sconsiglio chiunque non sia in qualche modo un divo e non abbia un conto miliardario, di picchiare un tassinaro e due carabinieri. In questi casi i poveri rischiano più di una denuncia a piede libero e le «follie» hanno un peso diverso a seconda di chi le compie, tanto presso le cronache e che presso le caserme dei carabinieri.

Purtroppo le bravate non hanno sempre un finale rosa.

Quando da un comportamento violento occasionale si passa ad uno abituale si scendono le scale del riprovevole e la follia incomincia a essere chiamata in causa dai giornali in ambiti più inquietanti. Qui il folle diventa imprevedibile, pericoloso, criminale. E una volta che l'equazione viene costruita capita anche il contrario, e cioè che il violento, il criminale, venga definito folle.

Corriere della Sera, 22 giugno 2001.

*Gara tra auto, giovane travolto e ucciso
Rimini, folle corsa sul lungomare.*

RIMINI. Folle e criminale gara di velocità fra due Porsche sul lungomare più famoso d'Italia: il bilancio è di un giovane in motorino travolto e ucciso.

Per quanto apparentemente scontato, l'accostamento fra «folle» e «criminale» qui non ha giustificazioni. Non vi sono testimonianze che possano farlo pensare né, tanto meno, perizie psichiatriche. Si tratta di un comportamento criminale tout court: fatto forse di un miscuglio di idiozia, inciviltà, totale indifferenza verso la vita degli altri, senso d'impunità, spavalderia. Pesci piccoli in Porsche. Cosa c'entra in questo la follia?

Si obietterà: sono modi di dire. Appunto. Stereotipi che non descrivono la realtà ma ne rappresentano, ne costruiscono un'altra.

Fin qui il quadro è abbastanza chiaro. Per la stampa quotidiana la follia può essere eccesso propulsivo, e ben venga dunque.

Oppure eccesso vitalistico. È tollerato a patto che non superi il comune senso della misura o che sia attribuibile a un temperamento da giamburrasca, meglio se di un beniamino del pubblico.

Poi abbiamo visto una follia che non c'è, e che stranamente viene rappresentata come contigua al comportamento criminale. Qui i giornali la fanno entrare in scena comunque, è una categoria buona per molti usi e sembra insinuarsi inavvertitamente nelle pieghe del discorso.

1.2 FOLLIA COME TRASGRESSIONE

Come *eccesso* la follia può anche essere divertimento, sarcasmo, dissacrazione. La voce del fool, del buffone, la carnevalata irriverente. Insomma «il gusto della trasgressione». Lo sberleffo. È tollerato a patto che non punga nel vivo, che si limiti a innocenti caricature di cartapesta, che rispetti i limiti di tempo, di luogo, di rango, insomma non oltrepassi il comune senso della decenza e non iriti i potenti.

Ne lamenta la scomparsa Vittorio Messori, in un articolo del Corriere (Cultura, 27 febbraio):

*Senza le rinunce e le penitenze quaresimali
anche il divertimento perde fascino e mordente
Mentre si moltiplicano i piaceri, in un perenne martedì grasso,
scompare il gusto della trasgressione*
CARNEVALE La follia non abita più qui

Rimpiange, Messori, quelle che, secondo le sue stesse parole, erano le *mortuarie* «*follie del carnevale*». Sulle prime non si capisce bene l'oggetto di tanto rimpianto, dal momento che, sempre secondo Messori, proprio l'incistarsi del carnevale in feb-

braio rendeva quel mese non solo il mese più crudele dell'anno, con buona pace di Eliot, ma anche il più triste, lugubre addirittura nella sfilata della domenica prima del mercoledì delle ceneri.

Ma poi il senso del discorso si fa strada. *Semel in anno licet insanire*, dicevano i latini, e quella volta all'anno era proprio a carnevale, quando, fra rispettosissime caricature del sindaco o di Pinin Farina o di Valletta (Messori parla di Torino ma precisa che il discorso vale per «*dappertutto*»), si poteva finalmente, pur in un'atmosfera «*di triste, di artificioso, di sforzato*» per tre giorni «*allentare i freni morali*» «*infrangere le censure*» «*gridare a superiori e potenti quanto si era costretti a tenere per undici mesi nella strozza*». Invece guarda cosa succede oggi. Oggi, dopo che la chiesa, in un «*raptus di autodemolizione*» ha abolito il magro e di penitenze non sembra più voler parlare, oggi che i cattolici non sanno nemmeno più cosa sia la quaresima, ebbene, «*oggi [...] tutto l'anno è carnevale. Siamo figli del sessantotto e del suo vietato vietare che è [...] l'estensione universale della zona franca carnevalesca. Dunque non c'è più bisogno di quel salvacondotto che la società concedeva solo per alcuni giorni, chiusi poi dall'imposizione delle ceneri, che rimetteva tutto a posto*».

Adesso il rimpianto è più chiaro. E ciò che è scomparso non è il gusto della trasgressione, come dice il titolo, ma la **regolamentazione** della trasgressione, l'**irregimentarla** in caricature rispettose, in **sfilate** lugubri, in una libertà obbligatoria che non serve ad altro che a sfogare le frustrazioni di un anno e ricaricarsi, al fine di poter sopportare le frustrazioni dell'anno che verrà. Accontentarsi insomma, per dirla alla Guccini, di *un giorno dopo l'altro il tuo deserto annuale, con le oasi a ferragosto* e a Carnevale. Perché «*Non c'è gioia vera che non sia tristezza superata, non c'è godimento pieno che non presupponga una sofferenza, non c'è appagamento se non in unione con una rinuncia.*» Invece, «*rifutando la quaresima [...] ci siamo preclusi il carnevale, proprio quando ci illudevamo di moltiplicarlo facendo di ogni giorno un martedì grasso*»

L'articolo di Messori «cade» nei giorni del carnevale. Ma anche nei giorni in cui la destra in Italia chiede di attuare la censura televisiva sulla satira, segnatamente sui programmi Satyricon e L'ultimo nano, che hanno come bersaglio principale i candidati della destra al parlamento.

Ma la **valenza** politica del discorso di Messori, camuffata da ragionamento di un cattolico sulla follia compatibile, o follia socialmente necessaria, travalica le contingenze elettorali.

Come è già stato dimostrato da numerose analisi a partire da Bachtin, periodiche trasgressioni della legge pubblica sono intrinseche d'ordine sociale, funzionano come condizione della stabilità di quest'ultimo (l'errore di Bachtin, o piuttosto dei suoi seguaci – è stato di presentare un'immagine idealizzata di queste «trasgressioni», interpretate come forma fondamentale della «soppressione carnevalesca della gerarchia sociale», passando invece sotto silenzio linciaggi e altre violenze). Ciò che «tiene insieme» più profondamente una comunità non è tanto *l'identificazione con una legge che regoli il «normale» circuito quotidiano della comunità, ma piuttosto l'identificazione con una specifica forma di trasgressione della legge, di sospensione della legge i...l*. Torniamo agli anni Venti, alle cittadine abitate da comunità bianche negli Stati Uniti del Sud, dove il regno della legge ufficiale pubblica è accompagnato dal suo doppio oscuro, il terrore notturno del Ku Klux Klan, con i suoi linciaggi di **neri** inermi: ad un uomo (bianco) vengono facilmente perdonate piccole infrazioni alla legge, specialmente se queste possono venire giustificate da un «**codice d'onore**»; la comunità continua a riconoscerlo come «**uno di noi**». Ma egli verrà effettivamente scomunicato, sentito come estraneo, nel momento in cui disconoscerà la specifica forma di trasgressione che appartiene a questa comunità – ovvero, nel momento in cui rifiuterà di prendere parte ai rituali linciaggi del Klan o addirittura li denuncerà alla legge (la quale, ovviamente, non vorrà **sentirne** parlare, poiché essi rappresentano il suo stesso **sostrato** nascosto). (*Žižek, Il godimento come fattore politico*, Raffaello Cortina Editore, 2001)

La lunga citazione chiarisce come un articolo sul Carnevale e un rimpianto della follia possano avere una funzione politica di occultamento.

E ci aiuta anche a leggere quanto accaduto a **luglio** durante la riunione a Genova dei «**vertici del G8**», in quelle che il Messaggero ha definito le **follie** di una notte, quando, protetti da caschi e visiere, uomini delle forze **dell'ordine** hanno picchiato così duramente da trasformare la scuola **Diaz** e la caserma di Bolzaneto in simboli di brutalità.

L'ultima campagna elettorale, due mesi prima, aveva avuto come parola d'ordine generale il tema **della** sicurezza dei cittadini. Chissà se dopo il terrore teletrasmesso, raccontato e mostrato minuto per minuto, gli italiani sentiranno almeno in parte plac-

ta la propria ansia di sicurezza, si sentiranno più garantiti, «dormiranno più tranquilli nelle loro case», comprenderanno meno porte blindate e chiavistelli, consumeranno meno ansiolitici.

La Repubblica, mercoledì 1 agosto:

*Aiuterà le persone sotto choc per le violenze che hanno visto
Un pool di psichiatri curerà i «reduci» del G8*

«Sono sparite le barricate. Nelle strade di Genova non ci sono più le auto bruciate, il fumo, le reti, i blindati. Ma per molti il G8 non è finito. E forse non finirà mai. Per chi c'era, per chi ha visto, sarà difficile dimenticare i lacrimogeni, i colpi di manganello, il sangue. Un ragazzo che ti muore davanti agli occhi. La ferita si riapre ogni giorno: misi di panico, vomito, insonnia, terrore del buio, buchi nella memoria, depressione. Sono i sintomi che colpiscono i reduci del G8, manifestanti, poliziotti, medici e semplici passanti. Sono decine, centinaia, tanto che un gruppo di psichiatri genovesi si sta organizzando per curare questo che un giorno forse si chiamerà la «sindrome di Genova». «È come dopo una guerra» racconta Giovanni Guasto, che dirige il gruppo, e aggiunge «Disturbi come questi erano frequenti in Kosovo. Lo choc a volte emerge dopo giorni e può durare a lungo».

L'articolo poi riporta le testimonianze di Luisa, volontaria del servizio di soccorso del Genoa Social Forum, che era accanto a Carlo Giuliani, il ragazzo ucciso per strada nel pomeriggio di venerdì 21 luglio, mentre stava morendo: *«Il buio mi teworizza. Appena chiudo gli occhi rivedo tutto... rivedo gli occhi di Carlo,»*; e di Amedeo, avvocato del Gsf: *«Non potete capire che cosa siano quei brividi terribili. Mi prendono all'alba, è un gelo dentro le ossa. Ci sono trenta gradi e io mi devo coprire come fosse inverno. Allora esco di casa e incomincio a camminare, a correre».*

E continua con le parole di Giovanni Guasto: *«Il panico, la solitudine profonda nascono dalla consapevolezza di non avere vie di fuga, dal disorientamento che si prova vedendo chi doveva proteggerti farti del male [...] anche le forze dell'ordine non sono immuni da questi disturbi. Il nostro centro sarà aperto anche a loro. Immaginate un ragazzo di vent'anni costretto a stare un giorno intero sotto il sole con la tenuta antisommossa e poi aggredito, obbligato a combattere,». È la storia di Maurizio (il nome è di fan-*

tasia) da più di dieci anni in forza alla polizia di Genova. Nei giorni del G8 anche lui c'era nelle strade di Genova. Fino a domenica. «Ero appena tornato a casa, guardavo la televisione con mia moglie. Ho visto i miei colleghi che picchiavano quei ragazzi e mi è sembrato d'impazzire»>Anche per Maurizio il G8 continua ogni notte, appena spegne la luce e sogna: «Vedo la polizia, i miei colleghi che suonano alla porta e portano via tutto».

Facce diverse della psichiatria nei giorni del G8 sono descritte dalla testimonianza (Manifesto, 1 agosto) di uno studente universitario di Bologna:

Cose da pazzi

Trattamento sanitario obbligatorio per un fermato

«A Genova ho assistito a una quantità impressionante di atroci infamità. Tutto, fino ad arrivare agli psicofarmaci La connessione non è diretta, ma sta di fatto che io ho passato gli ultimi due giorni di Genova a cercare un amico [...] l'ho ritrovato la mattina di domenica 22 luglio nella foto grande della seconda pagina del manifesto, mani alzate e sguardo impietrito di fronte a uno sbirro. Lui è stato picchiato da cinque divise, portato al pronto soccorso e dimesso, con videocamera sfasciata e qualche punto dietro la nuca.

Una volta dimesso Roberto ha giustamente inveito [...] urlato e chiamato dei giornalisti per raccontare la sua storia. Tanto è bastato perché venisse rinchiuso nuovamente contro la sua volontà. Accettato questa volta al reparto di psichiatria gli è stato affibbiato un T.s.o. (trattamento sanitario obbligatorio). Questo trattamento si usa solitamente in casi gravissimi (schizofrenie acute, impulsi suicidi / omicidi) e richiede l'approvazione di un consultorio di medici e la firma del sindaco. Io Roberto l'ho trovato rimbacillito da un cocktail micidiale di psicofarmaci (Serenase e ansiolitici vari). All'ospedale S. Martino il primario di psichiatria (uno dei tanti medici e infermieri genovesi umani e solidali) mi ha fatto intendere che avrebbe revocato il T.s.o. senza problemi, conscio dell'assurdità del provvedimento. Ma quello che mi chiedo è chi ha prescritto quel trattamento? Sono state seguite anche durante il G8 le pratiche del caso?

Gli avvocati del Gsf mi assicurano che finora non ci sono state denunce di altri casi del genere, ma la cosa resta gravissima. Un

manifestante che grida troppo o dà in escandescenza per le botte prese può diventare bersaglio di un'altra arma da sempre in mano al potere: la definizione di una normalità funzionale ai meccanismi produttivi del sistema.»

1.3 ARTE E FOLLIA

La follia come contiguità al genio gode di una certa notorietà. Come viene rappresentata?

«Tu non sei più vicina a Dio di noi, siamo lontani tutti» scriveva Rilke. Il genio folle invece sembra essere più vicino di noi all'inferno, catturato per troppa domestichezza con l'oscuro. Di questo temerario inabissarsi resta spesso vittima, e torna ad abitare il mondo solo attraverso le sue opere.

Se infatti Il Messaggero del 21 febbraio, ci informa con una nuda agenzia dell'Adnkronos che vengono pubblicati in Italia, su una rivista, le lettere della madre di Nietzsche al professor Franz Overbeck e mantiene un basso profilo e un titolo quasi soltanto descrittivo: *La follia di Nietzsche nelle lettere della madre*, ecco invece le parole di Paolo Isotta (Corriere) su Heinrich von Kleist:

Corriere della Sera, Lunedì 11 maggio:

RISCOPERTE Mercoledì «Maggio fiorentino» si esegue la Penthesilea di Schock. Un dramma musicale che accetta la sfida impossibile del romanticismo tedesco.

KLEIST Il volto violento di Eros

Emblema se mai vi fossero di genio e follia, omosessuale legata a sporadici amori femminili, suicida a 34 anni con una delle sue sventurate damigelle [...] Kleist sfugge a qualsiasi definizione storica, stilistica, perfino al giudizio di valore. Taluna sua novella è mediocre e manierata, altri testi teatrali posseggono una grazia infinita in apparenza incompatibile con la radice psicologica e metafisica della Tragedia [...] un capolavoro atto a fare, al lettore più che all'ascoltatore, autentica violenza, un testo ispirato al concetto stesso dell'eccesso e all'eccesso richiamantesi anche nelle proporzioni [...] Il mondo antico considerava l'eccesso il sommo dei peccati e

sotto il nome di *nimietas* riteneva che attirasse automaticamente la vendetta del dio. Nella *Penthesilea* tutto è *nimietas*: dalle dimensioni [...] al linguaggio, d'una ricchezza debordante e terrificante, che in quella figura retorica a figura retorica in maniera inesausta, al coraggio, dato solo dalla follia, onde si precipita nei più riposti, verminosi abissi della psiche [...] umana.

«*Matto astratto*» è il titolo di un intervento sul settimanale «D» di Repubblica (6 febbraio). «*Arte e follia si intrecciano di continuo. C'è chi intende la prima come un modo per capire la personalità e le sue degenerazioni, e chi la usa come strumento terapeutico*». Nell'articolo vengono riprese le affermazioni di Max Simon, medico dell'asilo per alienati di Blois, che oltre un secolo fa scriveva: «*La malattia sviluppa l'originalità dell'invenzione, perché lascia libero il freno dell'immaginazione e dà luogo a creazioni da cui rifuggirebbe una mente troppo calcolatrice, per paura dell'illogico e dell'assurdo*». Questa è praticamente ancor oggi l'idea portante di chi vede nella follia affinità con il genio artistico, ma il parere degli psichiatri è diverso. «*Il fascino del binomio fra arte e follia resiste, ma a contestarlo sono le casistiche*», scrive la giornalista Daniela Condorelli. Riporta poi la definizione di **Art Brut** data da Dubuffet: «*L'arte che si ignora, che non conosce il proprio nome, prodotta dall'ebbrezza creativa senza alcuna destinazione*» e la testimonianza dello psichiatra Vittorino Andreoli, che racconta l'incontro avvenuto in manicomio con Carlo Zinelli: «*Era il 1959 quando, per la prima volta, entrai al manicomio di San Giacomo della Tomba. I padiglioni erano cinque, dal primo al quinto cresceva la gravità [...]. Nell'ultimo c'era la follia senza speranza, immobile in una camicia di forza o stordita da tranquillanti. Qui c'era anche Carlo Zinelli, schizofrenico grave. E, poiché grave, significava pericoloso, socialmente irrecuperabile*» Ma Zinelli è un artista, e gli viene concesso di lavorare. Nasce così il primo atelier di pittura in un manicomio italiano. Quest'esperienza è oggi riprodotta in molti luoghi di cura e riabilitazione. L'articolo della Condorelli descrive l'esperienza fatta presso il presidio psichiatrico Paolo Pini di Milano attraverso le parole di Enza Baccei, psicologa: «*L'attività artistica rappresenta la possibilità di riappropriarsi del diritto a parlare, a svolgere un'attività significativa e umana [...]* abbiamo chiamato artisti disponibili a

lavorare al Pini». E però, ancora secondo Andreoli, pochi casi non bastano a dimostrare una correlazione fra follia, o schizofrenia, e capacità artistiche, anche se «La follia non è una negazione dell'uomo, ma una condizione che può produrre espressione, creatività, cultura. Questo esclude le visioni che fanno del matto un negativo, un accumulo di mancanze rispetto alla normalità.»

«*La società di massa consuma tutto e tutti voracemente*» dice, su un altro numero del settimanale, dedicato agli artisti dello spettacolo, Franco Ferrarotti «*Queste povere star sono vittime del nostro cannibalismo psicologico, della necessità di trovare qualcuno con cui identificarsi, qualcuno che incarni l'unicità [...] I divi scontano una dannazione mitologica*». E, riguardo al binomio genio e sregolatezza, continua: «*In effetti pare esista un nesso misterioso fra marginalità e creatività. Il creativo folle non rientra nei canoni tipici della società e proprio per questo è capace di lampi di genio [...] È quello che gli psichiatri definiscono personalità border line, personalità al limite della follia [...]*». Al contrario Massimo Ammaniti sostiene che: «*Secondo la psicoanalisi la creatività non è legata alla follia, anzi. La persona creativa ha una capacità di venire a contatto con la parte profonda di sé cercando in questa le origini della propria ispirazione*».

Intorno agli stessi temi ruota la breve recensione (*Corriere della Sera*) di Gillo Dorfles a due libri appena pubblicati da Derive Appodi: *L'altro dipinto* a cura di Giovanni Castaldi e *La funzione sociale dell'arte e della follia* di Gian Emilio Simonetti.

Qui il problema non è il rapporto fra arte e follia, ma «tra arte dei malati mentali e arte terapia rivolta appunto a questi malati» e, se il termine follia resiste quasi incidentalmente, il termine «folle» scompare sostituito da «malato mentale» e «psicotico». A partire dai titolo:

TALENTO E TERAPIA

Non c'è genio nelle creazioni dello psicotico

Scrivete Dorfles: «*Nel primo volume alcuni saggi particolar-*

mente impegnati e scientificamente esaustivi [...] fanno il punto sulla attuale situazione del paziente psicotico, soprattutto dopo l'avvento dei nuovi psicofarmaci che hanno «sconvolto» quello che era l'aspetto «classico» della schizofrenia. D'altra parte si soffermano soprattutto nel considerare il peso che va riservato al processo di simbolizzazione nel malato mentale [...] Il testo di Simonetti prende decisamente posizione contro gli usi spesso sregolati degli psicofarmaci e certe illusorie e improvvisate pratiche arte-terapeutiche che «non consentono di ristrutturare il vissuto ma solo d'inciampare nel simbolico» E chiude il discorso con una frase, nella sua severità, certo assai efficace: «Il fatto pittorico è il teutorio della follia vissuta... l'artista è prigioniero della sua idea di creatività; lo psicotico è prigioniero della sua libertà espressiva: il primo non realizza le opere che vuole, il secondo realizza quelle che non vuole».

La breve ma densa recensione di Gillo Dorfles lascia appena intravedere il contenuto dei libri di cui parla. In poche righe del resto non si può chiedere di più: Dorfles, anzi, fa un miracolo di sintesi.

Tuttavia, quello che sembra sfuggire al recensore è che dopo aver ridotto il folle a psicotico, è molto difficile recuperarlo a funzioni elevate come quelle artistiche. Ciò vale sia a livello concettuale che pratico. Tanto più che è cosa assai diversa se lo spettatore guarda un dipinto pensando che a realizzarlo sia stato un artista, pur folle, ovvero uno psicotico con velleità artistiche. Ed è cosa ancora diversa se a guardare quel dipinto è uno spettatore «semplice», un critico d'arte, o uno psichiatra.

L'articolo suscita altri pensieri. Una frase come «dopo l'avvento dei nuovi psicofarmaci che hanno sconvolto quello che era l'aspetto «classico» della schizofrenia» contiene due messaggi, uno forte e uno debole. Entrambi rimangono sottintesi, ma il primo si afferma a scapito del secondo. Il messaggio forte dice in sostanza che esistono «nuovi» farmaci particolarmente efficaci, tanto da sconvolgere l'aspetto della schizofrenia; quello debole, se pure s'affaccia alla mente del lettore, poi scivola via: ma i farmaci servono a curare la malattia o a sconvolgerne l'aspetto?

L'aspetto classico della schizofrenia l'avevano già sconvolto i «vecchi» psicofarmaci, senza per questo portare alla guarigione

di alcuno, anzi facendo molti danni; quanto ai nuovi (l'aggettivo ha un fondamento ma anche un indubbio sapore di pubblicità) non va dimenticato che al momento nessuno ne conosce gli effetti a lungo termine.

Altri dubbi: detta così, quella frase, data cioè come assolutamente scontata, ha una funzione *tranquillante*: tutto va bene, tutto va senz'altro bene se specialisti farmacologi e psicanalisti moderni, così moderni che il loro unico torto è quello di essere «*troppo succub[i] all'heideggerismo e lacanismo imperanti*», condividono lo sforzo di porre termine agli *usi spesso sregolati degli psicofarmaci e a certe illusorie e improvvisate pratiche arte-terapeutiche*.

E però quello sforzo «sinergico» nato dalla constatazione che tanto le terapie della parola quanto le terapie farmacologiche non hanno dato nel tempo i risultati sperati, sembra basarsi su una «riaffermazione condizionale/addizionale»: due dovrebbero fare più d'uno, proviamoci e vediamo che succede. Che si tratti solo di una riaffermazione (e distribuzione) di potere, il potere dei curanti, è l'ultimo legittimo dubbio che rimane dopo la lettura dell'articolo di Dorflès.

Ma poiché le riflessioni nate da quell'articolo erano tante ho cercato il collettaneo *L'altro dipinto*, a cura di Giovanni Castaldi.

È un libro documentato e articolato, fatto da professionisti che prendono le cose sul serio. E tuttavia in alcune parti lascia l'amaro in bocca. Non è questa ovviamente la sede per una discussione approfondita del volume. Ma almeno due parole sull'Introduzione del curatore. Perché vi si trovano alcune proposizioni tipiche di una certa nebbia che avvolge l'attuale discorso psichiatrico, fatto di una mistura quasi inestricabile di affermazioni ragionevoli, condivisibili, e di altre (o più spesso di non detti) che preoccupano.

Si tratta dello spiegamento (nel senso di spiegazione, elaborazione articolata) del cosiddetto paradigma «bio-psico-sociologico», un paradigma per molti versi inattaccabile, in quanto nella sua genericità ingloba quasi tutti gli aspetti della vita umana, individuandoli tutti come possibili concause della malattia mentale e lasciando successivamente ad una pluralità di esperti, specialisti ciascuno in un settore operativo, il compito di intervenire

con i propri strumenti e le proprie tecniche, in una pratica integrata, o d'equipe che dir si voglia.

Difficile diventa poi dire in cosa consista l'integrazione, difficile vedere il diverso peso dei fattori che poi si pretenderà di integrare: per intenderci, che percentuale di efficacia ha la terapia della parola o l'arte-terapia rispetto alla rapidità e potenza con cui agisce uno psicofarmaco? Ed è certo che le diverse azioni si sommano, è certo che vanno nella stessa direzione?

Ma è ancora più difficile capire come in queste pratiche integrate giochino un ruolo di primo piano forze non considerate: per dirne una le case farmaceutiche, con tutto il loro peso propagandistico e di pressione.

Castaldi, nella citata introduzione scrive:

«Il farmaco non è soltanto il farmaco chimico, ne esistono altri composti da materiale diverso. La parola, per esempio, nell'uso che può esserne fatto ha sicuramente degli aspetti farmaco terapeutici, la preghiera è forse la forma più universale e diretta di terapia. Lo stesso vale per il lavoro [...]. Qualsiasi cosa dell'esistenza umana, l'amore, il bene, l'odio, la morte, può diventare un sintomo, un farmaco, e al contempo una terapia. Il problema non è questo. Il problema è di come vengano usate, lavorate e articolate le cose, l'uso che si fa della cosa, sia essa definita nel farmaco chimico o nel farmaco psicologico.»

In questo modo farmaco chimico e psicologico (e preghiera, e lavoro...) sono messi su un identico piano, toccherà poi allo psichiatra prescrivere quello chimico e allo psicoterapeuta avviare una terapia della parola, ovviamente in maniera integrata. Dove l'integrazione (cfr. l'intervento di Salvatore Freni nello stesso volume) è costituita da una parola difficile: *psicofarmacopsico*-terapia e da un fastello di buoni consigli.

La pratica della separazione in settori della realtà umana del «malato di mente» e della successiva ricucitura ad opera dei tecnici della psichiatria è già operante nei servizi di salute mentale, e non è niente di rivoluzionario.

Non si tratta solo di buono o cattivo uso di strumenti in sé neutri, ma della scelta di strumenti che possono essere padroneggiati solo da un'élite. Ovvio, sono farmaci. Ovvio e necessario una volta che la follia viene iscritta nel campo della medicina.

Ma non ci si sofferma abbastanza su alcune controindicazioni la prima è che finora la medicina degli psichiatri non è stata capace di restituire alla vita quanto gli è stato affidato (la mente turbata dei pazienti) se non come normalizzazione, come cancellazione dei sintomi più vistosi. La seconda è che pochi medici che prescrivono quei farmaci ne conoscono realmente effetti e meccanismo d'azione, perlopiù sono costretti a fidarsi delle dichiarazioni dei produttori e degli informatori scientifici. La terza è che se c'è un'élite che maneggia quelle cose c'è di contro una base che le ingurgita e che troppo spesso non ha diritto di parola: nel senso letterale del termine quando si tratta di cose chimiche; in un senso un po' più sfuggente quando si tratta di psicoterapia. Qui infatti il paziente parla, ma il suo discorso è immediatamente tradotto e inquadrato nei termini (e teorie e modelli) conosciuti solo dal terapeuta, che li ha appresi durante i suoi training di formazione. Ricordo, e non per amore dell'aneddotica, un utente di un servizio psichiatrico che ripeteva continuamente la domanda: «Dottore, ma quando mi finisce l'inconscio? Io non ne posso più di quest'inconscio!».

Nel momento in cui la critica si limita all'uso del farmaco essa smarrisce il terreno per criticare la cosa stessa, il farmaco, nella sua composizione, nei suoi effetti, nella sua «posizione sociale»: a che punto della catena di produzione socioeconomica della (cura della) malattia mentale si colloca il farmaco, quale snodo costituisce?

Prendersela con la scarsa *compliance* o con le resistenze inconscie del paziente è solo un modo per attribuire al malato l'eventuale fallimento della cura, evitando di mettere in discussione l'adeguatezza degli strumenti (farmaci, teorie, modelli) armeggiati dal dottore.

Infine bisogna stare attenti, proprio perché professionisti e specialisti, alle parole in libertà.

Parlare, come si fa nella Introduzione a L'altro dipinto, di «elaborazione psichiatrica del dopo Basaglia, che ne ha ripreso gli aspetti più clinici lasciando al suo tempo quelli ideologici» mette qualche brivido: non solo è un'affermazione che può fare chiunque, non solo è una critica spiccia e assai di moda contro l'«ideologia», ma soprattutto non dice cosa in Basaglia sarebbe

clinica e cosa ideologia.

Il rispetto dei diritti del folle, la sua liberazione dalle catene della normalità imposta, ad esempio appartengono al campo della clinica o sono ideologia? O altro ancora?

La vulgata antibasagliana, che d'altra parte è stata resa possibile dall'affermarsi e fiorire di una vulgata basagliana, tende a liquidare tutto il lavoro antiistituzionale come «ideologico». In questo modo si preclude la via di una critica d'attuale operare istituzionale e istituzionalizzante della psichiatria, limitandosi alla denuncia di errori o di casi molto vistosi di neo-internamento e maltrattamenti del matto.

L'eredità più difficile di Basaglia non consiste in qualcosa di clinico più una zavorra ideologica extraclinica da «lasciare al tempo» in cui nacque (per inciso, ancora i dintorni del '68 – sembra che l'origine di ogni male contemporaneo sia sempre quella!) ma nell'aver costretto la clinica a *uscire* da sé evidenziando come nel campo della «salute mentale» clinico ed extraclinico siano territori non delimitati da alcunché. E non si tratta oggi di capire in che modo l'extraclinico possa rientrare nella clinica, quale sia la tecnica più adatta alla bisogna, ma in che limiti l'extraclinico – cioè quasi tutta la variegata infinità della vita, che scorre e opera senza esplicitare teorie e tecniche della psiche – sia capace di accogliere la follia e di relazionarsi.

Infine, era ideologia, in Basaglia, porre il problema del ruolo sociale del medico (problema oggi completamente dimenticato ma forse molto più spinoso che trent'anni fa)?

Alcune domande polemiche: perché mai si deve distinguere fra clinica e ideologia in Basaglia e non, mettiamo, in Lacan, o in Freud? Da cosa deriva l'idea che un divano è un ferro del mestiere di uno psichiatra, mentre il martello che serve ad abbattere il muro di una ingiusta prigionia manicomiale è un ferrovecchio ideologico? Siamo sicuri che nella società a «capitalismo molecolare» non vi sia un manicomio molecolare fatto di parole, farmaci, risocializzazioni artistiche o d'altro tipo? Siamo certi che la psichiatria non stia asfaltando la strada maestra per passare definitivamente, almeno nel nostro Occidente, dalla «società disciplinare» alla «società di controllo» – un controllo così capillare da iscriversi direttamente nel corpo del paziente? E ancora:

si può combattere la sofferenza psichica senza combattere l'economia materiale e simbolica che la produce e la **riafferma** come malattia mentale?

È tempo di tornare al nostro tema principale. Prima però, una precisazione.

1.4 LA RAPPRESENTAZIONE

UN PALCOSCENICO DI CARTA STAMPATA E UNO SFONDO DI MEMORIA VISIVA

Parliamo in questo testo di rappresentazione nel senso di messa in scena.

La vecchia regola dei fatti distinti dalle opinioni – che resta una regola ideale se pure in larga misura utopistica – è stata da tempo messa in soffitta, nonostante le apparenze: oggi il cronista trasmette in genere «di spalla» alla cronaca l'intervista con il parere dell'esperto, ma la cronaca è fatta in larga parte proprio da quel parere o, in altri casi, da testimonianze, cioè da impressioni del «vicino di casa», dell'amico, del conoscente, del prete, strappate al volo e **gabellate** come interviste. A volte quelle impressioni o pareri vengono fatti propri dal giornalista, o evidenziati nel titolo, altre vengono riportati fra virgolette all'interno di un discorso che resta il discorso del giornalista.

Si tratta di una tecnica molto usata anche dai telegiornali, e le analogie non finiscono qui.

Il cronista costruisce con le parole uno scenario mobile, **cinematografico**, sul quale tesse una sceneggiatura fatta di luoghi e personaggi, e coinvolge in questo modo il lettore in *novelas* senza fine che si collegano l'una all'altra supportando sentimenti collettivi di attesa rinforzati da un gioco di rimandi (tele)visivi.

Una lanterna magica che accende all'improvviso gli avvenimenti considerati degni d'attenzione – «sensazionali» – e poi lascia che spariscono in lente dissolvenze, facilitate dall'oblio, dall'assuefazione, dall'apparizione di una nuova catena di fatti e parole incredibilmente simile alla precedente e che seguirà la stessa sorte.

Prendiamo un esempio che fra i molti ci sembra esplicativo.

Riguarda i «fatti di Novi Ligure» (su cui ci soffermeremo a lungo nella seconda parte di questo lavoro).

Siamo ad aprile. Sono passati due mesi da quando Erika e Omar, adolescenti, uccisero la madre e il fratellino di lei. I giornali non hanno più molto da dire, saranno i giudici a scrivere il resto della storia. Ma sui quotidiani la vicenda ancora tiene, e quindi bisogna scriverne. Così diventa notizia qualcosa che di suo non lo sarebbe: il ritorno del padre di Erika in ufficio. Bisogna che questo diventi importante. E c'è da ammirare il cronista capace di tanto.

La Repubblica 21 aprile 2001

*Il massacro di Novi Ligure, due mesi dopo.
L'ingegner De Nardo è tornato in ufficio, la villetta è ancora sigillata.
Erika, ora il padre accetta la verità
«Ma è mia figlia, non la lascio sola»
Giocattoli e lettere di bambini sulla tomba di Gianluca*

Questo il titolo, il pezzo è costruito come un film.

Quando va al cimitero, l'ingegnere parcheggia sotto gli alberi accanto al muretto, entra dalla seconda porta, la più piccola, e cammina per un centinaio di passi verso il blocco zero, cappella numero tre.

Camminando forse osserva le altre fotografie. C'è quella di un ragazzino vestito da marinaio, invece la foto di Gianluca non l'ha ancora messa, e neppure quella di Susy. La porta della cappella in una nicchia ombrosa e umida, resta sempre aperta.

Neanche il marmo è stato sistemato, c'è il cemento grezzo e due cartelli con i nomi e le date. De Nardo uede quanta gente viene, si ferma, porta qualcosa. Biglietti firmati quasi sempre «una mamma». I regali per Gianluca: un pallone, un Ufo Robot, un giornaleto di Topolino, i giochi di plastica delle merende, un pinguino, Topo Gigio interista, una coppa, una fila di candele di Papa Giovanni, un chupa chups, tre caramelle [...] alcuni biglietti l'ingegnere li porta via, altri li legge e li lascia, come se appartenessero più alla moglie e al figlio che a lui. A volte prosegue fino alla Pieve, che è un posto tranquillo. La vita ha ripreso a scrivere righe d'inchiostro sulle pubblicazioni matrimoniali: Giampaolo l'autista sposa Stefania la parucchiera. L'ingegner De Nardo passa dal cortile, che poi è una spe-

cie di campo di calcetto, aggira il giardino e suona il campanello del parroco, don Valentino Culacciati. Un altro che corre dietro alla parola impossibile, nella quiete di un aprile troppo freddo: «Normalità, è quello che vorremmo dal Signore».

Ci fermiamo qui, ma tutto l'articolo è un montaggio cinematografico, costruito per sostenere una notizia che non c'è. Lavora su immagini, magari introiettate dal lettore attraverso la televisione, e su sentimenti ed emozioni «universali» richiamati con vari espedienti retorici, soprattutto attraverso l'uso di dettagli strappa lacrime come i biglietti firmati «una mamma».

Proviamo a immaginare i movimenti di una macchina da presa o di una telecamera seguendo le parole del cronista. Non è difficile.

Dapprima un *campo lungo*, un cimitero e una macchina che si ferma sotto gli alberi accanto a un muretto. Ne scende un uomo, che poi seguiremo con inquadrature più ravvicinate, fino al possibile *dettaglio* di piedi che camminano verso il blocco zero.

Poi andremo in *soggettiva* (l'ingegnere che guarda) sulle foto del bambino vestito da marinaio, sulle tombe dei familiari morti, che non hanno ancora il marmo e le fotografie.

E ancora, una lunga, lenta *carrellata* sui regali che i visitatori lasciano al piccolo bimbo morto.

Si potrebbe continuare, ma lasciamo perdere. È doloroso ripercorre le tragedie degli altri, anche se solo per «smascherare» come su questo sentimento di compartecipazione e *con/passione* i lettori vengano agganciati e incollati alla *fabbrica delle notizie*.

Smascherare è una parola grossa. I giornalisti, ormai si smascherano da sé, rivelando in libri e riviste, se non addirittura sui loro stessi giornali, i trucchi del mestiere.

Rincorrono la TV, di cui criticano i vizi a cui essi stessi si abbandonano volentieri.

Il Giornale, 18 gennaio 2001

CASO RAI
L'IRRESISTIBILE ATTRAZIONE
DELLA PORCHERIA TELEVISIVA

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

«*Volgarità e cattivo gusto, provocazione e oscenità.*» Così Famiglia cristiana tuona contro la televisione in un articolo anticipato dalle agenzie. Però le stesse agenzie curiosamente annunciano anche l'uscita di un altro pezzo dove il morigerato settimanale si occupa dei termini «pedofilo» e «pederasta». Il linguista di Famiglia cristiana fa un lungo excursus fra «i sinonimi meno fini» di omosessuale: «culo, checca, culattone, frocio, invertito, finocchio». Non sembra un esempio aulico, i giornali di solito fanno questi annunci alle agenzie per far parlare di sé. E non è lo stesso meccanismo della volgarità televisiva? A parte ciò Famiglia cristiana sulla TV ha ottime ragioni. Per esempio quando scrive che la Rai «usa i nostri soldi per farci ascoltare le lepidozze postribolari di Daniele Luttazzi, per mostrarci spogliarelli in scena, per far discettare un macho e una pornodiva su squisitezze sessuali, per sollecitare la gioventù con gli scambi di coppie, per trascendere nell'esibizione come nel linguaggio». È un'offerta televisiva che fa cascar le braccia e pizì di Mediaset appare criticabile proprio la Rai, con le sue pretese di servizio pubblico. Mediaset è criticata, ma è un caso meno grave, visto che non viene pagata con i soldi dei cittadini, né avanza la pomposa pretesa di «servizio pubblico». C'è dunque un «caso Rai», che concerne l'infima qualità e – aggiungerei – pure la faziosità e l'arroganza indottrinatoria dell'informazione. Questo è importante. Più della scurrilità che di per sé non basterebbe a bocciare.

L'autore di tanto articolo, Antonio Socci, in fondo giustifica le scurrilità: non può negare che esse abbondino anche su Mediaset – ma sarebbe ingiurioso pensare che la serenità di giudizio di Socci ne venga turbata – e tanto per non sembrare bacchettone riporta varie scurrilità più o meno famose riprese da Dante, Shakespeare, Flaubert. Il vero punto di Socci è la faziosità e l'arroganza indottrinatoria dell'informazione. Infatti il suo articolo è un limpido esempio di scrittoria indipendenza, che continua con le parole di Agostino Saccà: «Da tempo la TV preferisce raccontare la patologia della realtà» e con quelle di Antonio Ricci, autore di Striscia la notizia, definito una delle voci più intelligenti e libere della TV: «La televisione? È il massimo del delirio. Cloni, litigate per gli sponsor, cast di ospiti imposti dagli sponsor» Patologia. Delirio. È significativo che due addetti ai lavori ricorrono a queste categorie per spiegare che cosa offre la televisione.

Appunto, è significativo. Come è significativo che fra le migliori invenzioni di Antoni Ricci, voce intelligente e libera, guarda caso di Mediaset, vi siano le «veline», il Gabibbo e la reiterata riproposizione della pernacchia. Roba d'alta scuola. Ma ormai Socci è scatenato: *Deleuze e Guattari, nel loro Anti-Edipo (volume del 1972 che ebbe enorme successo perché esprimeva la filosofia del Sessantotto) vedevano nel delirio – soprattutto nelle forme della schizofrenia – la nuova Utopia liberatoria del desiderio, sempre represso da una cospirazione universale. «Nel delirio – scrivevano – io mi sento diventare Dio, divento donna, ero Giovanna d'Arco sono Eliogabalo, e il Grande Mongolo, un Cinese, un Pellerossa, un Templare, sono stato mio padre e sono stato mio figlio. E tutti i criminali... Non sembra – tale galleria ideologica – un palinsesto televisivo? E il loro «grande ano trascendente*? Stai a vedere che è proprio la «vilipesa» TV la vera realizzazione del '68? Ricordate i suoi slogan «la fantasia al potere» «vietato vietare»* La Rai dice «Di tutto, di più». Proprio una pagina di Nietzsche che Deleuze trae da Aurora dimostra che quella gran voglia di delirare può essere appagata appunto da ciò che Ricci chiama il «delirio» televisivo, soprattutto di certi divi del piccolo schermo: «Ahimè! Concedetemi dunque la follia, potenze divine! La follia perché io possa finalmente credere in me stesso! Datemi deliri e convulsioni, ore di luce e di oscurità improvvise, spaventatemi con fremiti e ardori che mai mortale provò, circondatemi di fracasso e di fantasmi!». Resta da capire perché mai tre reti pubbliche su tre debbano dare fracasso e fantasmi [...] Un nuovo governo, più intelligente, potrà rendere utile perfino la Rai.

L'ultima frase spiega tutto l'articolo. Che non è «delirante» come potrebbe apparire, è solo un comizio elettorale.

Che riprende le linee guida diffuse dal Grande Comunicatore: L'Italia, e con essa la Rai, è nelle mani dei comunisti, il '68 è la radice di ogni male, ormai solo un nuovo Governo ci può salvare.

In un finto attacco alla TV (in realtà come abbiamo visto si limitava a un attacco alla Rai) il Giornale utilizza la follia come spaventevole spettro – al pari dell'immigrazione clandestina, della piccola criminalità, della malasanita, del comunismo ecc. – per indirizzare le scelte elettorali dei lettori.

Ma questo non è tutto. Da un punto di vista sociale ed economico – con ricadute enormi sulla psicologia collettiva, quella che un tempo poteva essere ancora chiamata opinione pubblica – quotidiani, televisioni, settimanali, editoria, formano ormai un blocco unico che vive di continui rimandi interni, un gioco di specchi fatto di parole e **immagini** che lascia sempre più sullo sfondo la realtà o ne utilizza solo una parte, **quella** di maggior richiamo.

Il montaggio non è quindi più solo nell'articolo, o nello spettacolo televisivo, o nel **servizio telegiornalistico**: il montaggio è l'insieme di articolo, servizio, spettacolo, talkshow, internet: il fine è vendere, fare audience, indurre nei cittadini una psicologia conformista, tesa, angosciata, pronta a gratificarsi con lo **shopping** dettato dai consigli per gli acquisti e a fare le sue scelte politiche solo in nome della sicurezza, della scelta per acclamazione del piccolo padre nostrano. E se la realtà non offre spunti, la si inventa, la si costruisce ad hoc, tenendo sempre pronte le telecamere e i registratorini, pratico sostituto tecnico dell'antico taccuino degli appunti.

I media sono la mente collettiva, ma nonostante le apparenze non c'è spazio per una **pluralità** di discorsi, e la fantasticata democrazia dei nuovi mezzi di comunicazione – in primis Internet – resta solo una dichiarazione. Vi sono, è vero, spazi di opposizione in Internet, però marginali, e che resteranno tali se la rete continuerà a rivelarsi un affare economico.

Tornando ai quotidiani, ci **soffermiamo** ancora un poco su un altro montaggio, il montaggio **della pagina**. Nel caso delle monache di *straordinaria* follia (assassini inspiegabili o immotivati, raptus, furia omicida ecc.) esso viene di solito presentato da un articolo che dovrebbe essere il resoconto dei fatti accompagnato da un'intervista a esperti autorevoli. E inquadrato in una cornice di piccoli (piccoli dal punto di vista della presentazione giornalistica, non per ciò che riguarda il fatto in sé) avvenimenti più o meno inquietanti.

Quanto alle interviste, riportiamo le parole di Felice Froio, giornalista che ha lavorato per La Stampa, La Repubblica, Il Corriere della Sera, e che su «giornalie giornalisti oggi» ha scrit-

to un interessante libro, *L'informazione spettacolo* (Editori Riuniti, novembre 2000):

Nei nostri giornali le interviste vere sono quasi scomparse, in compenso quotidianamente ce ne sono tante. La maggior parte sono inutili, dicono poco, ripetono cose dette, scontate, gratuite [...] tutti i giornali (per non parlare della televisione) sono zeppi di interviste, quasi sempre senza notizie, ma pieni di commenti. Inoltre è diventata consuetudine che su un fatto, ritenuto importante, bisogna sentire il parere di due personaggi, uno favorevole e l'altro contrario; questi intervistati sono di solito politici di partiti awersi, tecnici oppure scrittori, ma non mancano illustri sconosciuti e sempre più di frequente personaggi dello spettacolo e della televisione. Una novità giornalistica che mortifica il lettore, ma in compenso costa meno fatica, spettacolarizza il giornale e consente di riempire [...] pagine [...].

Froio sta parlando qui delle pagine della politica, ma il metodo è usato in tutti gli altri settori, compresi quelli che in questo lavoro più ci interessano, e cioè scienza, cultura, cronaca. A sostegno delle sue parole cita Claudio Fracassi, anch'egli giornalista:

È stato calcolato che sulla stampa italiana il 70 per cento degli spazi è dedicato alle interviste. Il che costituisce probabilmente il record mondiale. Eppure si tratta di un genere giornalistico da maneggiare con le molle: infatti deresponsabilizza il comunicatore, perché attribuisce la responsabilità delle dichiarazioni all'intervistato, è veicolo apparentemente neutrale di messaggi che il potente di turno lancia ad amici e awersari, sostituisce alla notizia l'opinione presentata come informazione. Nella pratica invalsa in Italia è insieme il piatto, il contorno, il condimento dell'informazione. [...] Sostituisce la notizia, elimina il lavoro d'inchiesta, riempie le pagine senza fatica e consente titoli piccanti; infine simula il pluralismo, perché in una raffica di dichiarazioni si possono mettere fianco a fianco il reazionario e il rivoluzionario, lo stupratore e la vittima, il vincitore e il perdente, il giudice e l'imputato. Pluralismo delle chiacchiere, non dei fatti. (*Le notizie hanno le gambe corte*, Rizzoli, 1996):

Ugualmente critico è Vittorio Roidi (*Lafabbrica delle notizie*, Laterza, 2001), che definisce l'intervista, in alcuni casi, un'esercitazione fine a se stessa e molti intervistatori «sciatti parolai capaci di chiedere cosa prova alla madre del ragazzo morto in motorino». Poi prende in esame altre tecniche come la titolazione forzata, che serve a dare smalto a notizie di scarso «valore» e rileva come, in questo, lo sviluppo della grafica abbia

«costretto a scorrettezze quotidiane, o diciamo almeno a sopravvalutazioni continue». O come la vera e propria *bufala*: notizie completamente inventate come «il massacro di Timisoara» o la vicenda dell'uomo vestito da Batman che tuffandosi da un armadio sul letto dell'amante avrebbe sbagliato la mira; e ancora, il purtroppo classico «sbatti il mostro in prima pagina», come nel caso di un professore di matematica accusato di aver violentato la figlia di due anni e mezzo, che invece era affetta da tumore. «Fu un medico a dire che la bambina [...] aveva sul corpo i segni di una violenza sessuale. Ma furono i giornalisti a pubblicare l'informazione diffusa da un magistrato». Qui gli errori di un medico, un magistrato e un giornalista si sommano e trasformano un uomo già provato dalla malattia mortale della bambina nel «mostro di Limbiate». Inutile dire che la «rettifica» imposta per legge ai giornali si limita il più delle volte a una notarella occultata fra le tante.

Che effetto fa sui lettori, questo *mélange* di tecniche di richiamo?

Chi legge deve essere tenuto sulla corda, ansioso di sapere il seguito della telenovela, preoccupato di vivere in questo mondo dove tutto va storto e il pericolo è dietro l'angolo; ogni mezzo è buono per far sì che la mattina dopo si rechi in edicola a comprare il «suo» quotidiano. Ve lo immaginate un quotidiano che dà solo le notizie, senza il sale del sensazionale, del pettegolezzo camuffato da intervista, senza trasformarsi in «cronaca vera» e «novella 2000», senza offrire al lettore il fantastico quiz del «sarà vero»? Un giornale così chi lo comprenderebbe?

I giornali, in effetti, offrono al proprio lettore non informazione, ma il disagio/piacere di essere immersi in uno spettacolo.

Spettacolo che si trasforma in magma indistinto, continuo, rumoroso. Il Grande Blob.

Un calderone fatto di parole, di perizia grafica, incorniciature, titoloni, dichiarazioni, memorie, agenzie, immagini: foto, costruite o meno, di repertorio o di fresco flash sparato su volti che subito assumono fattezze mostruose, e soprattutto rimandi a immagini televisive o cinematografiche.

In una sola pagina di Roma Cronaca sono stipate ordinatamente, con rilievo diverso, le seguenti notizie:

- *La Storta, un party da incubo Ragazza stuprata dagli amici*
- *Incidenti: muore donna grave la figlia di 7 anni*
- *Molesta una turista sulla metro; arrestato*
- *Sicurezza, stazioni mobili dei carabinieri in periferia*
- *A Trastevere Barbone morto in una roulotte*
- *Fregene: subaffittavano a clandestini, 5 denunce*
- *Si fingevano assistenti sociali e derubavano le vecchiette*
- *Minaccia la cassiera con un martello, preso.*

A parte il disorientamento e un senso di insicurezza (ansia) diffusa, che effetto produce la rappresentazione di questa «notte» in cui tutto è nero?

Produce, a mio avviso, l'effetto «caccia alle streghe»: la ricerca dei colpevoli. Ma non dei responsabili di singoli fatti bensì delle forze misteriose, occulte, inconoscibili, che quei fatti determinano. Fra quelle forze oscure la follia è regina. La regina dei ricercati speciali.

Ed è considerata tale proprio perché (e sembrerebbe un'affermazione favorevole alla follia) essa fa parte inevitabilmente, o indissolubilmente, o ineluttabilmente, o altro awerbio a scelta, dell'umano. È una delle due facce della medaglia ragione/passione, si cela in ognuno, è sempre in agguato.

Siamo alla belva umana, ma non siamo in un film di Paolo Villaggio.

Siamo ad articoli di prima pagina (Repubblica) dal titolo: *Quei cannibali nascosti tra di noi. A copertine di settimanali (L'espresso): Figli nostri figli mostri.*

Esamineremo nella prossima sezione quegli interventi, e molti altri. Si riferiscono, neanche a dirlo, ancora ai fatti di Novi Ligure, ma ne ritroviamo il senso come commento ai più svariati fatti di cronaca. Quando gli uomini non sanno spiegare perché i propri simili commettano atrocità, la via più facile è attribuirle alla Follia, violento doppio dell'umanità.

Questa rappresentazione è molto potente.
La troviamo anche dove non ci sarebbe da aspettarsela.

In un libro edito da Derive Approdi, *A sangue caldo – criminalità, mass media e politica in Italia* (maggio 2001), l'autore Luigi Bernardi analizza con acume e puntiglio la rappresentazione di quattro fatti di cronaca che hanno tenuto banco nei primi mesi del 2001.

Il libro mantiene le promesse della quarta di copertina:

«Partendo dal caso di Novi Ligure, dove l'uccisione di una donna e del suo bambino è stata prima fatta passare per l'opera di una banda di ladri albanesi e poi come un matricidio che avrebbe potuto ripetersi in ogni famiglia italiana, questo libro dimostra come i mass media stiano da anni svolgendo un'azione terrorizzante, quasi terroristica sull'opinione pubblica. [...] Il libro mette in evidenza come l'informazione mediatica sia fonte di ansia sociale e diventi funzionale alla domanda di politiche sempre più repressive [...] offre uno scenario del crimine nel nostro paese, dal quale emerge che il problema «sicurezza» è soltanto un paravento dietro il quale si nascondono tematiche ben più decisive quali l'egemonia culturale e il rifiuto di una società multietnica»

Quello che sorprende nel libro di Bernardi, documentato e coraggioso, è come egli non si aweda che il ping-pong meditativo/politico «provocare ansia, promettere sicurezza» si awale moltissimo del richiamo alla follia come pericolo, come uno dei pericoli dai quali gli italiani si sentono minacciati e per i quali chiedono come contropartita «maggior sicurezza».

Non tocca solo agli immigrati l'ingrato ruolo di criminali annidantisi nel corpo della sana società, il gioco chiama in causa ogni diversità, o almeno tutte quelle diversità, e la follia è fra queste, che non sono facilmente riducibili alla categoria «caso umano – poverino».

Tant'è che – dopo la facile scoperta che gli albanesi non c'entravano nulla con il doppio assassinio di Novi – la spiegazione sostitutiva più facile è stata quella della patologia familiare, che a detta di molti sta dilagando nel nostro paese, o del vuoto esistenziale degli adolescenti o di altre categorie più o meno psicologiche.

E se Luigi Pintor, sul Manifesto, dichiara la sua incapacità di capire («quelle 97 coltellate mi restano incomprensibili») altri dichiarano incomprensibile la vicenda ma poi ne danno una

«comprensione» in termini di follia o di lato oscuro della personalità, che è lo stesso. Chi ci difenderà da noi stessi?

Questa domanda è parallela all'altra: chi ci difenderà dai diversi, dagli immigrati, dai violenti, dalle risorgenti Brigate Rosse?

Marcuse parlava di una società che per sopravvivere si serve di preti e poliziotti. Ma oggi, che molti preti risultano scomodi (vedi anche l'esilarante fondo di Angelo Panebianco «*Se in chiesa rientra Marx*», Corriere della sera, 13 agosto), chi sono i poliziotti dell'anima?

È sorprendente trovare nel libro di Bernardi, verso la conclusione e dopo una analisi di come il binomio sicurezza / insicurezza venga usato per scopi di egemonia e di sviluppo, cioè politici, la seguente affermazione:

«Crescerà l'ansia, cresceranno le depressioni, molte matureranno in psicopatologie (e sono già adesso dieci milioni gli italiani che soffrono di qualche disturbo psichico). E anche si ucciderà sempre di più e sempre con maggior furia, con la prima «arma» che si troverà a disposizione, dalle mani nude, al coltello, al bastone, al martello: delitti feroci come feroce è l'ansia che divora la vita quotidiana»

È sorprendente perché all'inizio Bernardi aveva scritto parole d'altro tenore e significato:

«[...] dipingere quel massacro con un alone di imprevedibilità e di incertezza [...] inventando colpevoli, universalizzando un dramma privato. minacciandolo riproducibile all'infinito indipendentemente dalla particolarità delle situazioni, i mass media hanno compiuto un salto dalla realtà [...].

E, più avanti:

«Il contesto appare quindi complesso, da raccontare e studiare, da cogliere in ogni suo aspetto. Per non cadere nell'inganno dei mass media e della politica quando giocano la facile carta del nemico esterno, come se stessimo vivendo dentro una fiction televisiva qualsiasi, o fossimo tornati in epoche storiche in cui appariva facile [...] scaricare addosso al demonio, al saraceno o al «matto» di turno la responsabilità di ogni malefatta venuta a spezzare l'ordine quotidiano delle cose.»

Ma è sorprendente soprattutto perché – e in questo senso parlavamo di potenza della rappresentazione mediatica – un critico dei

media, nonché addetto ai lavori, acuto come dimostra di essere Bernardi, prende per oro colato, senza passarla attraverso alcun vaglio critico, l'affermazione – fatta in gennaio dal ministro della sanità Umberto Veronesi e amplificata dai media – secondo cui in Italia dieci milioni di persone soffrirebbero di qualche disturbo psichico.

A suo tempo quell'affermazione fu molto criticata e successivamente se ne ebbero delle correzioni. Il disagio esistenziale, la difficoltà di vivere, non possono essere considerati d'acchito sinonimi di disturbo psichico, e spesso rivelano grande sensibilità e intelligenza.

Ma la diffusione di una simile notizia – come quella secondo cui (era aprile) un bambino su cinque sarebbe «affetto da disturbi psichici» – non fa altro che aumentare l'ansia sociale e la conseguente richiesta di protezione, di politiche restrittive, di farmaci della mente. Si tratta di operazioni niente affatto innocenti, bensì propagandistiche, in cui restano intrappolate persone in buona fede, talvolta anche un ministro della sanità capace e competente.

Eppure basterebbe un po' di buon senso. Nel caso specifico basterebbe riflettere un po' e domandarsi: dieci milioni di italiani? Ma è possibile?

La meraviglia inevitabile nel porsi quella domanda spingerebbe quanto meno a documentarsi meglio.

Ultima considerazione, che non riguarda Bernardi ma il mondo dei media e gli «esperti» dell'animo umano: se una cosa ci sembra inspiegabile è bene non tentare di spiegarla, neanche con la spiegazione dell'inspiegabilità. «Inspiegabile» è un termine sintetico di pensieri e sentimenti che attraversano un soggetto pensante, ma non spiega nulla. Come non spiega nulla dire «sono fatti che accadono». Come non spiega nulla dire: è una follia, sia essa di un individuo, un gruppo, una famiglia.

Cercare di capire è doveroso. Ed è doveroso tacere se non si è capito niente.

Oggi, 11 agosto 2001,

mentre sfoglio giornali su giornali, e libri, e altro materiale cercando, appunto, di capire come si configura la rappresentazione collettiva della malattia mentale, ricevo la telefonata di un amico: «Ma hai visto?» «Cosa?»

Corriere della Sera, data odierna. Prima pagina.

*Colpito un italiano su dieci. Più a rischio le donne oltre i 30 anni.
I nuovi farmaci che intervengono sull'umore.*

**L'ansia è una vera malattia:
un piano nazionale per curarla**

Un italiano su dieci è ansioso. E l'ansia è una condizione patologica, la più frequente dopo la depressione. Come capire quando l'ansia sta per divenire cronica? Il primo sintomo è la tensione, non solo emotiva. Per curare l'ansia è già nata una nuova generazione di farmaci che intervengono sulla serotonina, una delle sostanze regolatrici dell'umore. Per fare conoscere e favorire la corretta diagnosi di questi disturbi partirà a settembre una campagna nazionale per sensibilizzare i medici di famiglia. La Società Italiana di Neuropsicofarmacologia sospetta infatti che solo una parte minima degli ansiosi arrivi dal medico. Secondo una prima valutazione le più colpite (il 70 per cento degli ansiosi) sono donne.

Così parlò il Corriere.

È preoccupazione eccessiva sospettare di quell'opera di «sensibilizzazione» dei medici di famiglia? Siamo sicuri che non porterà ad un distribuzione capillare di psicofarmaci?

È lecito domandarsi a quale funzione sociale e a quali operazioni economiche risponde questa distribuzione?

E quali altri affari possono intravedersi in prospettiva? Più soldi alle case di cura? Più comunità «protette»? Più lauree in psicologia?

2. DEVIANZE

2.1 FURIA ASSASSINA O LUCIDA FOLLIA?

L'ITALIA COME PERIFERIA DI NOVI LIGURE

Febbraio 2001. In una villetta di Novi Ligure vengono assassinati una donna e il più piccolo dei suoi due figli.

Subito la colpa viene data ad albanesi o slavi, ma in pochi giorni si capisce che le cose sono andate diversamente.

Su come e perché la pista slava sia stata lanciata senza esitazioni da giornali e TV, e sulla mancanza di autocritica degli stessi quando si è rivelata falsa, si veda il già citato libro di Bernardi, *A sangue caldo*.

Ma una volta scoperto che gli autori del delitto erano molto più vicini agli uccisi, si sono scatenate le nuove interpretazioni. Che partono, anche queste, da una premessa sbagliata: il delitto è maturato nella famiglia stessa degli uccisi. Sembra infatti ormai certo – sebbene il processo debba ancora essere celebrato, ed è bene non dimenticare del tutto che fino alla sentenza definitiva è necessaria una presunzione d'innocenza – che a compierlo siano stati due adolescenti, la figlia e sorella delle vittime, Erika, e il «suo ragazzo» Omar.

Non so dove sia maturato il delitto però, se le ricostruzioni fatte finora risulteranno corrette, coinvolge almeno due famiglie, quella della ragazza e quella del ragazzo.

E d'ora, se si vuole tentare un'interpretazione di contesto, non basta cercarla in seno alla famiglia, ma bisogna allargare lo sguardo al tessuto sociale della città di Novi, al territorio in cui due famiglie si incontrano.

È un'operazione meno indolore perché non confina la vicenda in un ambito strettamente privato e contemporaneamente non la diluisce in considerazioni astratte come la mancanza di valori, la scimmia assassina, le pulsioni negative.

I quotidiani hanno descritto Novi, ma più che altro per dire

della città dei campionissimi Coppi e Girardengo, per ricordare la canzone di De Gregori sui due Sante – il bandito e il campione –, per dirci che Novi Ligure non sta in Liguria ma in Piemonte. E hanno riportato testimonianze sulla villa di Lodolino, hanno trascritto le parole degli amici di famiglia, e descritto a puntate (irraggiungibile virtuosismo di Repubblica) perfino il tintinnio delle mollettine in casa De Nardo. Assai meno spazio è stato concesso alla descrizione di quel tessuto sociale e solo in pochi, ricordando la vicinanza geografica con Tortona la città di residenza dei giovani che uccisero una donna lanciando sassi da un cavalcavia dell'autostrada si sono chiesti se nel triangolo industriale Genova Torino Milano non vi sia più malessere di quanto appaia. Ma senza questa domanda, ricordare che Novi è vicino a Tortona non significa nulla, piuttosto induce «libere» associazioni fantasmatiche.

Catapultandosi sul fatto cronisti e opinionisti hanno lasciato da parte ogni modestia, dimenticando, tranne casi sporadici, l'elementare «so di non sapere». Lumi sono stati richiesti anche alla psichiatria, alla psicologia, alla sociologia e a numerose altre scienze umane.

Dei cronisti ho già detto e c'è poco da aggiungere. Il più truculento mi è parso l'inviato di Repubblica, che deve avere un canovaccio buono per qualunque thriller se è capace, riferendosi allo stesso avvenimento, di *ricostruire* «un» fatto venerdì 23 febbraio e «un altro» giovedì 1 marzo, aprendo e chiudendo due articoli imbottiti di sangue, mostri, ombre, passi, esecuzioni, con immagini altamente evocative ma prive di informazione.

Quando ancora circolava la versione «albanesi assassini» l'apertura era «*La casa del terrore ha i muri di un tenero rosa, una siepe di bosso che sembra tagliata da Giotto e le tendine di lino ricamate, fiori e arabeschi*».

Sei giorni dopo: «*Il mondo mostruoso comincia dietro la porta a destra oltre la scala, in fondo al salone. La cucina. Qui è morta la madre. Sul tavolo ci sono ancora il tetrapak del succo di frutta e i resti dell'arancia sbucciata*»

La chiusura, invece, prima versione: «*Adesso che è passato un giorno ombre di persone si intuiscono dietro finestre. Oppure*

sul marciapiede per vedere da vicino i furgoni delle tivù. È il quartiere Lodolino, quello che ha messo i gigli e non ha sentito niente. Pure ora non si sente niente. Solo il dondolio delle mollette da bucato sullo stendino, lassù al primo piano. Qualcuno, forse Erika, forse Gianluca, forse la mamma, aveva appeso una giostrina di stelle e lune blu, con i tubi di metallo che adesso tintinnano nel vento».

Seconda versione: «Nel giardino, due vasetti di erica. Un ciuffodi primule gialle coperte di neve. Un acero con i rami raccolti dai nastri della «pasticceria Bisio». Il manifesto funebre di ringraziamento delle famiglie De Nardo e Cassini Quattro mazzi di fiori congelati. La grande magnolia bianca. Lo stendino con le mollette e una giostrina di lune e stelle. È già passata una settimana, dentro questa casa e nella vita di tutti. Nello spiazzo davanti alle finestre, una folla segue i collegamenti dei telegiornali. C'è chi ha portato i bambini, compresi due neonati, e aspetta di essere inquadrato. Si parlerà di mostri»

Se queste sono le cronache, fatte più per inquietare che per informare (singolare questa attenzione allo stendino, che è stata anche del Grande Comunicatore nei giorni precedenti il G8 di Genova), intellettuali e opinionisti non hanno saputo essere da meno.

La «furia omicida» ha avuto diversi aggiornamenti. Luca Goldoni, accomunando molti avvenimenti di quei giorni, in cui si parlerà anche di *effetto Erika* e verrà lanciato *l'allarme emulazione*, ha parlato di «tornado sanguinario» (che è al contempo attualizzazione e magnificat di «ondata di violenza»).

Corriere della Sera, 12 marzo 2001

Il pentimento va bene ma le leggi si rispettano

«C'è una stagione dell'adolescenza in cui tanti figli, soprattutto femmine, recriminano contro i genitori che ostacolano programmi, spinelli, primi amori. Ma fra un'avversione quasi fisiologica e il tornado sanguinario degli ultimi giorni il baratro è insondabile. Non mi avventurerò dunque fra le origini di queste folgore che accecano il cervello innescando comportamenti atroci e mi limiterò a qualche riflessione. Allucinante, in Florida, l'ergastolo per un

bambino che uccise a 12 anni, ma sconcertante anche il fenomeno che prende piede da noi. Il cadavere è ancora caldo e già si leva il pianto greco per l'omicida. Mi ha colpito il perentorio intervento di un alto prelato: «Per Erika e Omar neanche un giorno di carcere, è un castigo inutile, anzi dannoso». E fa capire che basterebbe un atto di dolore sussurrato attraverso la grata. [...] Vogliamo abolire tribunali e prigioni, basta pentirsi all'ultimo respiro? Tanti si chiedono se non è questa indulgenza, questa ossessiva ricerca delle «cause a monte» che incoraggia la rivolta dei figli. Certo, il nostro stile di vita non offre modelli esemplari. Ma dove è scritto che gli ideali si devono ricevere infiocchettati come telefonini premio? Milioni di ragazzi li hanno trovati dentro di sé [...]: assistono i Down, guidano ambulanze, puliscono il sedere ai barboni ammalati o semplicemente portano fiori e pupazzetti sulla tomba del piccolo Gianluca. Altri giovani invece esaltano, via e-mail, i «fidanzati-martiri». Anche con loro, si dice, non bisogna stancarsi di dialogare. Giusto. Ma forse non è da «forcaioli» riproporgli ogni tanto il quinto comandamento. Così aggiornato: onora il padre e la madre, ma se proprio non ce la fai, cerca almeno di non tagliarli a fette.»

Che dire di tanta raffinatezza intellettuale? A partire da quel «soprattutto femmine», proseguendo per le folgori che accecano il cervello, il cadavere ancora caldo, il pianto greco per l'omicida, l'ossessiva ricerca delle cause a monte, la polemica con l'alto prelato, e giù fino all'aggiornamento del quinto comandamento.

Cerchiamo di ricavarne quel tanto di buono che c'è: l'aver definito allucinante l'ergastolo per un bambino di dodici anni – si può farlo senza farsi «promotori della Giornata di Caino*» (Enzo Biagi, Corriere della Sera, 8 marzo) – e l'aver ricordato che esistono milioni di ragazzi con degli ideali. Anche se questi ragazzi, e ciò forse dispiacerà a Goldoni, non si limitano a opere di assistenza, ma si ribellano anche contro «il nostro stile di vita» che «non offre modelli esemplari». Lo fanno concretamente, cioè costruendo modelli di vita un po' più esemplari, banche etiche, reti di commercio solidale, associazioni. Per inciso, si tratta degli stessi ragazzi bastonati a Genova da numerose polizie di stato.

La tentazione del particolare macabro, della battuta gratuita e cattiva, non risparmia neppure uno misurato come Biagi.

Nell'articolo, *«Che ne sappiamo di figli e nipoti»*, dopo la «Giornata di Caino*», Biagi ricorda con caustico distacco altri episodi di violenza; precisa che Omar ha dato due mani, e non una, a Erika nell'omicidio, dice di essere contro la parola «mostri», ma solo perché già nella Bibbia Dio aveva dimostrato di non essere un buontempone. Chiude così: *«Che ne sappiamo dei figli o dei nipoti, di chi vive con noi o intorno a noi? Quali coltelli ci attendono?»*

Anche dall'articolo di Biagi estraiamo alcuni interrogativi più interessanti, che ritorneranno nel dibattito mediatico: *«I carabinieri hanno cercato di ricostruire, attraverso le testimonianze dei professori e dei compagni di scuola, la personalità dei due carcerati. Ritratto: <freddi, cinici, calcolatori>»* *«Mi chiedo: come si arriva a questa diagnosi? Quali gesti avevano compiuto per giustificare un così duro giudizio? E di questi aspetti caratteriali così allarmanti erano stati avvertiti i genitori, o gli assistenti sociali, o il professore di religione, o chi ha il potere e il dovere di intervenire di fronte a certe manifestazioni che pare anticipino, stando alle chiacchiere di oggi, il crimine?»*.

La ricerca delle «cause a monte» coinvolge proprio tutti, anche i suoi critici. Soprattutto nelle settimane successive, quando il caso Novi Ligure sembra, leggendo i giornali, contagiare folle di adolescenti e terrorizzare le mamme italiane. Giorni terribili in cui perfino a San Remo approda un mostro, Eminem, che allarma la stampa nazionale e gioca con la Carrà.

Ripeto, è giusto cercare di capire, non è lecito dire «io ho capito» e snocciolare banalità, polemizzare con la televisione e poi rincorrerla, mescolare scopiazzature di idee sensate con stupidaggini originali, sintonizzare ogni affermazione con l'onda politica del momento.

Sulla Stampa di giovedì 1 marzo Barbara Spinelli attacca duramente Bruno Vespa che in trasmissione non *«sembrava aizzare a nuovi omicidi, [...] ma aizzava e basta, nella realtà e non nell'immaginario»*. Titolo dell'articolo: *«Villette e tendine, ma poi trionfa la lama»*

Com'era tranquilla Amityville prima che apparisse Lo Squalo! Ma nelle sue acque calde prosperava il mostro.

Guardando adesso, in retrospettiva, Barbara Spinelli capisce che la cittadina non era poi tanto tranquilla, ma focalizza ancora il discorso sulla famiglia:

«Entro quelle mura non deve esserci stata una famiglia affetta da troppa razionalità) come è stato scritto) ma piuttosto un torrente di passioni in parte urlate, informi e al contempo glaciali, ignare comunque di quel che è il senso del confine, dell'auto-limitazione. Un tumulto di emotività disordinata che sfocia in un gesto – afferrare un coltello, tagliare corpi, sgozzare – che fa parte ormai del nostro immaginario collettivo. La vediamo nei film, nei telefilm, nelle pubblicità – l'arma bianca – ma anche nel mondo reale è icona onnipresente.»

Siamo di nuovo alla furia omicida. Ma come «normalità», in quanto «*fa parte ormai del nostro immaginario collettivo*».

La frase di Barbara Spinelli vuol dire, credo: Attenzione, sta cadendo il tabù dell'omicidio. Oppure: l'omicidio sta diventando un modo fra gli altri di risolvere i problemi.

Tesi forse estreme, forse esagerate, vista l'affermazione della stessa Barbara Spinelli: «*Le indagini sociologiche osservano che il crimine è un'eccezione e non hanno torto*»; ma comunque da discutere e considerare con attenzione.

Ma, se si vuole restituire normalità al normale, se non si vuole aizzare, come *sembra* abbia fatto Bruno Vespa, all'omicidio, e se si vuole continuare a scrivere sulle prime pagine dei giornali perseguendo uno scopo in qualche modo educativo, pedagogico, d'ora a bisogna pesare ogni volta le parole.

Bisogna provare, almeno, a sentire il peso diverso che possono avere due frasi come queste:

a) L'omicidio fa parte ormai del nostro immaginario collettivo.

b) Afferrare un coltello, tagliare corpi, sgozzare, un gesto che fa parte ormai del nostro immaginario collettivo.

Non solo tre gesti vengono ridotti a uno, ma soprattutto il delitto viene messo in scena, visualizzato e lasciato libero di «montarsi» in sequenze soggettive (di ciascun soggetto target dei media) con le immagini di Hannibal the Cannibal, con l'attesa

morbosa per Eminem, con quanto propongono insomma cinema e TV, e i giornalisti criticano. Verrebbe da dire che per fortuna gli adolescenti non leggono i giornali.

In quel titolo «*Villette e tendine, ma poi trionfa la lama*» non c'è solo la voglia di catturare il lettore, ma c'è anche il succo dell'intervento, la pars construens pedagogica che incomincia paradossalmente da una serie di «eliminazioni» linguistiche.

Queste famiglie mononucleari della provincia ricca italiana [...] parlano un italiano sempre più costellato di vezzeggiativi, che da un momento all'altro può generare mostri [...] La villetta, le tendine, il fratellino, la mammina, il sassolino, il telefonino: più abbondano i diminutivi nelle lingue più i popoli sono feron' spensieratamente. [...] Solo a sentirlo, il diminutivo, lungi dall'ingentilire, impaura. [...] Ma oggi più che mai: possibile che adulti e coetanei in blocco, non abbiano mai visto qualcosa di leggermente anomalo - un tic, un verbo, uno sguardo sospetto - nell'omicida in pectore che avevano di fronte? O forse nessuno è in grado di vedere perché la regola generale, la norma, è quella dell'assassinio e dell'apoteosi del coltello? Il dubbio non è illegittimo, soprattutto quando saltano le barriere fra finzione e realtà. Qualcuno ha scritto in un giornale «Mauro ha recitato la parte dell'assassino». Dunque viveva e agiva mimando il vero, come ha scritto Bret Easton Ellis in un'intervista al nostro giornale: «La gente crede che la loro vita sia un film. Viviamo oggi una realtà strana, alterata. Cinema e televisione hanno condizionato la nostra vita in tutti i sensi, nel modo di ricevere le informazioni, nel modo di comportarsi davanti agli altri ... Ognuno di noi porta diverse maschere nella vita quotidiana, per ottenere dagli altri quel che desidera» [...] Forse il ricominciamento nascerà con una maggiore cura delle parole. Non usare più l'aggettivo normale, a meno di non azzardare l'intera verità e dire: quell'assassinio, quella gelida apatia di Erika, quella indifferenza diffusa a genocidi vecchi e nuovi, sono la nostra normalità. Oltre a essere incongruo) l'aggettivo incute ormai terrore. [...] Poi togliere belletto e tendine alle villette, e diminuire drasticamente i vezzeggiativi Perfino il panino, proviamo a chiamarli semplicemente pane. E infine mettersi a cena con i nostri figli e tentare una conversazione. [...] Ma una cena a televisione spenta [...] le brutte notizie e il male conviene farli entrare, affinché i figli

comincino a conoscerli Ma acceso ininterrottamente [...] il televisore aiuta non poco a cancellare ogni separazione fra vita vissuta e recitata, fra fatti e immaginazione, [...] a restar imprigionati nelle famiglie e a odiarle [...]

Anche in questo articolo considerazioni valide si affiancano a banalità, argomentazioni pacate a gridi eccitati, a discutibili ricette comportamentali.

Non è l'aggettivo normale, ma sono le pratiche di normalizzazione a incutere terrore; continueremo a dire pane al pane e panino al panino e non cercheremo nei volti dei nostri amici, dei nostri figli – e nipoti – dei conoscenti e delle persone che incontriamo per strada un tic, uno sguardo sospetto per il quale avvertire il 113. Preferiamo correre il rischio. Preferiamo vivere senza la paranoia del mostro dietro l'angolo.

E se è vero che bisogna mettersi a cena con i nostri figli e tentare una conversazione, bisogna anche avere degli argomenti per sostenerla, quella conversazione. Certo non è scritto da nessuna parte che gli ideali si debbano «ricevere infiocchettati come telefonini premio», ma parecchi genitori sanno solo regalare telefonini, perché il telefonino è *per loro* il valore. Non è fuori luogo richiamare qui l'affermazione di Marx secondo cui la svalorizzazione dell'uomo cresce con la valorizzazione delle cose.

E se, come giustamente viene sottolineato, un qualche ricominciamento può passare anche attraverso l'attenzione alla lingua, non sono i vezzeggiativi i primi a dover essere colpiti (se pure l'abuso risulta fastidioso e talvolta istupidente), ma l'abitudine allo strillo, per cui ogni cosa deve essere sensazionale, fantastica, mirabolante, efficacissima, superlativa, paradossale, grande, mitica, oppure non è. Sarà questione di punti di vista, ma personalmente trovo più minaccioso chiamare Governatore il presidente della giunta regionale che chiamare panino una rosetta **farcita**.

La parte più interessante dall'articolo è nelle parole di Bret Easton Ellis: «La gente crede che la loro vita sia un film».

Ma poi, almeno nelle poche righe riportate, una intuizione profonda della condizione in cui vivono molti occidentali, è diluita nel concetto di «maschera per ottenere quel che si desidera». Se fosse solo questo, io credo, non si tratterebbe che di cose conosciute da sempre: ipocrisia, menzogna, furbizia ecc.

In realtà una parte dei nostri contemporanei vive come se ci fosse sempre una telecamera a riprenderla. Sarà un'idea tecnologizzata di Super Io, sarà la trasfigurazione dell'Altro, comunque poche volte si lascia andare. Va al supermercato trascinata – o *transizzata* – dal comportamento del testimonial della pubblicità, si sente diva portando gli occhiali dell'idolo, scambia la cura di sé con il tentativo di sovrapporre al proprio aspetto l'immagine da mettere in mostra. Vive di sovrimpressioni, nel desiderio / illusione di essere protagonista di un qualche Grande Fratello televisivo. ,

È il contrario di quanto accadeva in *Truman Show*: là telecamere invisibili seguivano il protagonista a sua insaputa in ogni momento della vita, dalla nascita in poi. La presa di coscienza di vivere in uno scenario artificiale comportava la conseguente rottura e la fuoruscita dal set. Qui la telecamera non c'è, ma si vive «come se» ci fosse. In questo modo scelta e libertà diventano pure illusioni e il controllo awiene a partire dal soggetto da controllare: auto-controllo nel senso di adeguamento volontario a modelli esterni, autocontrollo eterodiretto, telecomandato: ma il telecomando sta dall'altra parte.

È questo il senso più vero di affermazioni come «*Viviamo oggi una realtà strana, alterata. Cinema e televisione hanno condizionato la nostra vita in tutti i sensi, nel modo di ricevere le informazioni, nel modo di comportarsi davanti agli altri*». La descrizione di questa realtà è difficile, si possono usare solo aggettivi come strana, alterata, per indicarne l'inafferrabilità, l'innaturalzza, il carattere artificiale. Cinema e televisione non hanno solo cambiato la nostra vita in tutti i sensi, hanno modificato i sensi, hanno alterato la percezione della realtà.

«*Famiglie che hanno conquistato la possibilità di annoiarsi e di essere pigri e poi non sanno che farsene*»: esatto, l'hanno conquistata in un mondo in cui noia e pigrizia sono considerati il massimo del disvalore, e agenzie di produzione e vendita di qualunque cosa (dagli apparecchi ginnici ai viaggi organizzati) studiano costantemente il modo di occupare, di afferrare, di rubare insomma d'individuo quei momenti di pigrizia e di noia diventati ormai una colpa, anziché agognati, semplici, momenti di riposo.

Resta poi da vedere, ammesso che questa tesi abbia qualche fondamento, se i fatti di cui stiamo parlando derivino dal vivere

appieno questa vita alterata, o invece dal crollo dell'illusione, dallo smascheramento. La violenza, scrive Žižek, nasce quando la finzione è svelata. Realizzare improvvisamente che nessuna telecamera ti sta osservando può portare a una cocente delusione e a non saperla gestire.

Che cosa ha a che fare tutto questo con il nostro tema, la follia?

Sto forse dicendo che è la società ad essere folle, non il singolo, che il singolo uomo folle è uno caduto nella tagliola e che cerca di scappare gridando la sua doppia sofferenza, quella di essere prigioniero e quella che gli procura ogni tentativo di fuga?

E se è questo che dico, sto cercando cause a monte, sto parteggiando per la tesi della totale deresponsabilizzazione del soggetto – o addirittura per la negazione dell'esistenza di un soggetto individuale?

Sto dicendo che tutto quello che avviene nel branco deve essere giustificato in nome delle pressioni del branco, sia esso la piccola banda di quartiere, l'apparato disciplinare di un'azienda o dello stato, oppure il «branco globale» di cui tutti siamo vittime?

Sto fornendo un'altra versione dell'alibi occidentale chiamato autocolpevolizzazione?

Vorrei che il mio fosse considerato semplicemente un invito alla riflessione.

2.2 LA FOLLIA E ALTRI IMPUTATI

Fra i grandi imputati del dopo Novi, nel processo aperto che si è svolto sui giornali, la famiglia è stata condannata. Fra i titoli di quei giorni – ma sarebbe interessante leggere tutto, e leggerlo tutto insieme, come un libro – «*Attenti ai figli a mano armata I delitti difamiglia crescono*» (intervista a Francesco Bruno, criminologo, La Repubblica, 5 marzo 2001), o anche *Il Papa: Nelle famiglie vinca il dialogo* (La Stampa, 5 marzo 2001) sono molto eloquenti.

Di tenore leggermente diverso l'articolo di Chiara Saraceno, sociologa, ancora sulla Stampa del 5 marzo: *Per prevenire le stragi in famiglia Non tacete i conflitti*, dove non è la famiglia la grande imputata, ma la società che non riesce a parlare dei conflitti familiari:

E adesso non parliamo di effetto Erika. Non si uccidono per imitazione né i propri genitori né nessun altro. Ogni gesto di questo genere ha una propria irripetibile e spesso anche non del tutto comprensibile origine. Erika e Omar [...] non sono i rappresentanti della loro generazione, così come non lo sono i lanciatori di sassi di Tortona. Nessuno per altro ha mai fatto il processo alla generazione dei padri o delle madri ogni volta che un padre o una madre ha ucciso o abusato dei propri figli. Eppure statisticamente sono molte di più le violenze, anche estreme, dei genitori sui figli che non viceversa.

Ciò detto, qualcosa di positivo potrebbe uscire dallo psicodramma collettivo se, invece di perseguire un'instancabile, e un po' indecente caccia al «colpevole» – la droga, la società priva di valori, i media violenti, la severità della madre, o viceversa la mancanza di severità, la disattenzione dei genitori o viceversa la troppa attenzione e via immaginando – si affrontasse l'indicibile della famiglia. [...] A me sembra che proprio questa indicibilità, censura, del conflitto possibile e normale della famiglia [...] sia la colpa grave della nostra società. Non la mancanza di valori e prima ancora dell'egoismo.

Purtroppo la società, televisione compresa, parla molto e poi molto ancora dei conflitti familiari, ma ne parla in modo superficiale e ripetitivo, fra talk-show modello Biscardi e avanspettacolo. Suscita perciò motivata apprensione l'annuncio del Corriere della Sera:

La Rai prepara una fiction su Erika e Omar

Un coro di proteste contro l'idea di mandare in onda una miniserie televisiva.

Costanzo: noi non l'avremmo mai fatto

Massacro di Novi Ligure, i legali dei ragazzi: decisione assurda. L'azienda: è una storia esemplare

[...] Al progetto Rai collaborano come consulenti lo psichiatra *Vittorino Andreoli* e un cronista che ha seguito il caso. Ma la psicologa *Gianna Schelotto* commenta: *Mi domando quale sia lo scopo di questa operazione. Non credo che sia educativo.*

[...] Si difende *Corrias* [capostuttura Rai]: «*Racconteremo una storia esemplare che ci ha dimostrato che la nostra idea di normalità è sbagliata. Queste cose non vanno taciute.*». Ma *Munafò* [direttore di *Raifiction*] corregge il tiro: «*Non è un instant movie, stiamo raccogliendo materiali, per descrivere i meccanismi di un conflitto familiare. Se non otterremo un prodotto serio e rispettoso non ci sarà nessuna fiction.*»

Speriamo bene. Intanto si sono schierati contro il progetto il Movimento dei Genitori, AN, l'Osservatorio sui diritti dei minori. E per fortuna nessuno, a quanto mi risulta, ha tirato fuori la teoria della rappresentazione come catarsi che, nel caso, risulterebbe almeno inadeguata.

Mass-media, dunque, e famiglia, sul banco degli imputati.

Il diavolo ha avuto la sua parte di *riconoscimenti* (La Stampa, 5 marzo 2001: «*L'ombra di Satana - L'esorcista Padre Amorth e la tragedia di Novi Ligure*»), e di «male assoluto» ha parlato *Ermanno Bencivenga* sulla Stampa del 12 marzo: *Educazione non repressione - Il sapore del male.*

Molto battuta anche la pista del '68 (sic!) e del suo «vietato vietare» (*Marcello Veneziani* e altri), una pista che i giornali già battevano e che nell'occasione è stata rilanciata. Altri hanno attaccato il consumismo, stranamente dimenticando che la critica al consumo come stella polare della vita è nata in Italia proprio negli anni della contestazione globale.

Ma non sono certo mancate le spiegazioni in termini di follia pura, come categoria universale dello spirito e come prerogativa individuale, psicopatologia. È importante esaminarle, anche perché le perizie psichiatriche sui soggetti vengono richieste dalla magistratura che deve giudicare le persone, non solo valutare i fatti. E le sentenze si basano sulla responsabilità individuale, non su considerazioni di contesto. Al giudice interessa sapere se le persone, al momento di commettere il delitto erano o meno in

possesso delle facoltà mentali o della capacità di intendere e di volere. Non che altre considerazioni siano assenti, ma rientrano nel giudizio come fattori attenuanti o aggravanti e non incidono sulla valutazione di responsabilità se non nei casi estremi di suggestione o di coercizione a delinquere.

In un corsivo dal titolo *La nostalgia del nulla* Sebastiano Vassalli (*Corriere della Sera* Mercoledì 7 marzo), scrive:

Chiamati a rispondere alla domanda «perché è potuto accadere un delitto come quello di Novi Ligure, compiuto da due adolescenti di sedici e diciassette anni» gli psichiatri hanno detto cose giuste, lodevoli, ma terribilmente inadeguate. [...] La verità, inconfessabile, è che noi ne sappiamo della follia ancor meno di quanto ne sappiamo dei tumori. Ne conosciamo i sintomi e le diamo dei nomi ma quando si manifesta in modo violento e improvviso, come a Novi, la follia è la nostalgia del nulla che ognuno di noi porta dentro di sé. È ciò che le religioni chiamano «il Diavolo»; e non c'è scienza, al momento, in grado di evitarla. Contro questa follia ci sono soltanto gli esorcismi, che nel Medio Evo si facevano con l'acqua santa e le parole latine, e ora si fanno con i ragionamenti parascientifici (o pseudoscientifici) di alcuni impavidi psichiatri.

E Marco Belpoliti, *La Stampa*, Giovedì, 1 marzo 2001:

IL CASO DI ERIKA E OMAK LA FOLLIA, PROBABILMENTE

La follia è di nuovo alla ribalta, questa volta sconcerata, sconvolge, impietrisce di più, si fa fatica a riconoscerla.

La follia non si lascia sezionare, il raptus non è scomponibile in singole unità. È un flusso, un'onda, è «qualcosa» che sfugge ai più sensibili strumenti di indagine. [...] La follia è come il vento: rapida, invisibile; dopo il suo passaggio niente è più come prima. Per questo la temiamo e la rifiutiamo. La follia non è una spiegazione. Accettarla come tale significa considerarla una «cosa» come altre. Ma la follia non è una «cosa», quanto piuttosto uno stato dell'essere. E il pensiero di essere anche noi un po' folli, o di poterlo diventare, seppure per poco, è destabilizzante. Va respinto. Il senso di partecipazione, il palpito, la paura e l'orrore che abbiamo

provato di fronte alla tragedia di Novi Ligure evoca proprio questa eventualità: la follia riguarda tutti. Per questo è più facile attribuire ad altri, allo Straniero, prima, o al Male, poi, la colpa di questo orribile doppio delitto. E cercare spiegazioni sociali [...]. È sempre meglio essere pessimi genitori e pessimi insegnanti che farsi carico di una spiegazione che non spiega nulla.

Eppure la follia esiste, anche se non sappiamo bene cosa sia: per tenerla a bada, anche in noi stessi, abbiamo inventato la psicologia, la psichiatria, l'idea della malattia mentale – la malattia mentale c'è, e tuttavia non è a sua volta, una spiegazione esauriente; semmai la richiede, spesso invano. All'inizio degli anni settanta, a Trieste, Franco Basaglia aprì le porte del manicomio, spalancò i cancelli. Si fece festa, e quella stessa notte tutti, sani e malati, andarono a dormire con l'idea di essere diventati più liberi. Al mattino nella rete di cinta c'era un grande buco. Madama la Follia era uscita di lì.

Certo è difficile, Belpoliti ha ragione, accettare una spiegazione che non spiega nulla. Come è inaccettabile proporla. E, dopo aver sostenuto l'inutilità di «rappresentare con grafici, disegni e parole la dinamica dell'azione, la scena del delitto, quasi fosse quella di un set teatrale o cinematografico», proporre una scena alternativa: il manicomio di Trieste ai tempi di Basaglia, un grande buco nella rete di cinta, et voilà, sembra proprio di vederla uscire... di soppiatto o trionfante, macabra e minacciosa, ormai inafferrabile, Madama la Follia può ridersela degli stolti che l'hanno graziata e dimorare libera nel mondo innocente, lastricando il suo passaggio di lapidi funerarie. Pandora e Dracula, pianta infestante che trasforma la terra nel giardino dei deliri, Madama la Follia ha una strana caratteristica, meno la si conosce più viene naturale incolparla.

Purtroppo, se si portano alle estreme conseguenze le «argomentazioni» di Belpoliti, ne risulta qualcosa di veramente strano: per evitare che la Follia Fuggita si insedi nelle menti plastiche e suggestionabili dei giovani bisogna rinchiuderla nuovamente nei manicomi. Ma poiché la Follia è già in tutti noi e tutti noi siamo un po' folli, o possiamo diventarlo, bisognerebbe, per stare sicuri, rinchiudere nei manicomi tutti, e farlo preventivamente, cioè prima che la Follia si manifesti. Aspettare che passi all'atto, per rinchiuderla solo dopo, insieme al pazzo del momento, sarebbe come chiudere la stalla dopo che i buoi (pazzi?) sono scappati.

Il fatto è che la Follia come ente autonomo, davvero non esiste, tranne nelle rappresentazioni teatrali, giornalistiche o altro. Se esiste essa esiste sempre come follia concreta: follia degli uomini concreti e follia delle loro concrete produzioni sociali. Ma anche questo è solo un punto di partenza, non un ragionamento conclusivo e, come giustamente dice Belpoliti, la malattia mentale, lungi dall'essere una spiegazione esauriente, semmai la richiede.

Sembra ritenerla tale, invece, Ida Magli. E owia, banale, scontata.

Il Giornale, 27 febbraio 2001

ADOLESCENTI

QUI NON C'ENTRA IL DIAVOLO MA LA MALATTIA MENTALE
(nell'interno diventa «*ma gli impulsi distruttivi della malattia mentale*»)

Dopo aver trovato impressionante constatare come gli inquirenti diano facilmente credito a spiegazioni soprannaturali o «sataniche» di efferati delitti qualora (e soltanto) esse vengano fornite da ragazze adolescenti, ne rileva la continuità con i processi per stregoneria. Altrimenti, dice, nessuno troverebbe «logici» quei moventi. Questo nonostante nel medioevo Giovanni Weyer abbia indotto

i medici a uscire dalla «magia» e dalla «stregoneria» e cominciare a diagnosticare la malattia mentale di queste povere vittime, piuttosto che la loro «diabolica» ferocia (termine che è rispuntato purtroppo nei commenti televisivi ai delitti odierni). Nel delitto di Chiavenna per esempio, in mancanza di una motivazione valida, si è accennato a credenze sataniche, e di fronte a comportamenti privi di una qualsiasi logica, ci si è attenuti a quello che hanno raccontato le presunte assassine come se la loro «confessione» fosse sufficiente. Lo stesso è più o meno avvenuto con l'uccisione dell'amica da parte delle ragazze di Castelluccio. Il padre ha detto loro «in sogno» che dovevano ucciderla e gli inquirenti hanno accettato questa motivazione. Qualsiasi psichiatra è sicuro di trovarsi davanti a una psicosi quando idee del genere persistono fino ad attuarle.

[...] *La nostra epoca ha deciso, invece, che le malattie mentali non esistono e, per tener fede a questo assunto, preferisce trovare una logica ai più terribili delitti [...] Col risultato che i nostri processi appaiono tanto assurdi quanto quelli medioevali. Di che cosa hanno bisogno gli inquirenti per sospettare una psicosi? Non sanno che le schizofrenie giovanili provocano spesso violentissimi impulsi distruttivi proprio verso i più stretti congiunti (genitori fratelli) e ancora più spesso verso se stessi? I frequenti suicidi di ragazzi, ma soprattutto di ragazze, non suscitano interesse che suscitano gli omicidi, ma rappresentano appunto tutto distruttivo finale di una schizofrenia. Anche qui, però, si preferisce trovare più «logico» impiccarsi o gettarsi dalla finestra per un cattivo voto a scuola, per una sgridata della mamma. Per questo dunque, per il fatto che vengono ritenute valide le motivazioni fornite da personalità fragili in balia di spezzoni cinematografici, di banali frammenti televisivi concatenati in una pseudorazionalità emotiva, le ricostruzioni e gli interrogatori appaiono soltanto formalmente rispettosi della minore età legale, prive della reale comprensione dovuta a persone immature e che dichiarano esse stesse la loro immaturità richiamandosi ai «sogni», alle «voci», alle fatture «diaboliche», al «dominio psicologico» di altri. Nel caso di Novi Ligure, come pure in quello di Chiavenna, molti lati oscuri persistono. Come mai Erika non era coperta di sangue quando è scesa per strada per chiedere aiuto? Se si era lavata e cambiata d'abiti come mai la polizia ha seguito le tracce di persone venute da fuori senza vedere asciugamani e abiti intrisi di sangue nella casa? E il ragazzo come ha fatto a cambiarsi? [...] Domande senza risposta.*

Incominciamo col dire che proprio a domande di questo tipo cercano di dare una prima risposta gli inquirenti. È loro dovere, chiarire questo genere di lati oscuri: come si sono svolti i fatti, chi vi ha partecipato, quali sono i «moventi». Ricostruire la «dinamica» del delitto è insufficiente, ma non si può trascurare. Cercano di farlo, fra l'altro, raccogliendo prove tangibili e interrogando imputati e testimoni.

E' possibile che gli interrogatori siano rispettosi solo del lato formale, accade spesso (non so se è accaduto in quelli di cui si parla, per il semplice fatto che non c'ero). Tuttavia è bene che, intanto, le garanzie formali d'imputato vengano assicurate tutte.

Il contrario sarebbe preoccupante.

Ma assicurare le garanzie formali non è sufficiente, bisogna che l'attenzione verso un imputato (o un testimone) sia sostanziale, vera.

Ogni pressione psicologica fatta dagli inquirenti è discutibile, tanto più in casi in cui sono coinvolti ragazzi e adolescenti, non criminali abituali. Però non si possono condannare in blocco tutti gli inquirenti in virtù di un giudizio preformulato. Personalmente credo che in ogni interrogatorio (perfino in una interrogazione scolastica) ci sia una parte di «tortura», tuttavia ritengo che «medioevale» sarebbe a) non rispettare il lato formale; b) rispettare solo quello; c) presupporre una causa – sia essa la stregoneria o la malattia mentale – prima di averne accertata l'esistenza. Il rispetto umano sta *anche* in questo, – evitare un pregiudizio – sebbene *anche questo* non sia sufficiente.

Gli inquirenti non possono, non devono condurre un interrogatorio pensando della persona che hanno davanti «questo è pazzo», o «schizofrenico». Basta rifletterci un attimo per capire a quali distorsioni porterebbe un simile atteggiamento.

Quindi all'accorato «Cosa aspettano gli inquirenti...» ci sarebbe da rispondere: aspettano di capire cosa è successo, e se l'ipotesi di malattia mentale è valida. Se la ritengono *valida* (e la ritengono tale, io credo, quando sospettano che il Sogno del padre o l'ingiunzione di una voce possano essere il *vero* motivo che ha spinto d'omicidio, non una balla inventata per passarla liscia) allora chiedono una o più perizie ad esperti, visto, ripeto, che nessun inquirente può dichiarare schizofrenico chicchessia. È stato giusto sottrarre le *streghe* agli inquisitori medioevali, è giusto non consegnare inermi *psicotici* alla giustizia moderna.

Sulle perizie e sulle sicurezze degli psichiatri torneremo fra breve. Intanto riteniamo che una affermazione «delirante», di persone di qualsiasi sesso, età, razza, colore reddito e opinione, va presa sul serio perché ne va della punibilità del soggetto e del tipo di punizione.

Ma anche perché, a volte, un'affermazione delirante, un'allucinazione, è portatrice di verità e di senso.

Sono forse proprio affermazioni come quest'ultima a spingere Ida Magli ad affermare che la nostra epoca avrebbe decretato la non esistenza della malattia mentale. Ma non è così, basta

dare uno sguardo ai manuali diagnostici internazionali per accorgersi che praticamente tutto l'umano vi è catalogato come malattia mentale, e che semmai il rischio è il contrario, considerare tutto ciò che riguarda *gli* uomini un diverso grado di malattia mentale. Basta passare in una qualunque libreria del centro, di un qualunque centro cittadino, per accorgersi di quanto grande sia l'attenzione della comunità ai temi della psiche, particolarmente alle sue deviazioni.

A prima vista la tesi della Magli sembra confermata dalle statistiche.

La Repubblica, Lunedì, 5 marzo:

MALATI PSICHICI. Per quanto riguarda le motivazioni che hanno spinto al parenticidio, queste sono in genere di tre tipi. La causa più frequente (22) è riconducibile ad un disturbo psichico; poi c'è il litigio (16), infine l'interesse (8).

Dall'analisi delle 53 uccisioni di parenti avvenute in Italia risulta inoltre che 25 uccisioni sono avvenute nel Nord, 18 al Centro e 10 al Sud. Gli autori sono quasi sempre maschi al di sotto dei 25 anni, la maggioranza in cerca di prima occupazione.

Le statistiche però vanno guardate con attenzione.

Intanto quei dati andrebbero confrontati con il numero complessivo di omicidi e altri fatti di sangue avvenuti in Italia nello stesso periodo. E si scoprirebbe che quelli «riconducibili ad un disturbo psichico» sono relativamente pochi. Questo potrebbe portare alla considerazione che i malati di mente sono più pericolosi in famiglia che fuori. Oppure che la famiglia favorisce le malattie mentali. O che favorisce l'esito catastrofico delle malattie mentali. O che i matti colpiscono chi sta loro più vicino... La malattia mentale, dicevamo, più che essere una spiegazione, la richiede.

Ma guardiamo ancora per un attimo quegli scarni numeri: 53 parenticidi, 22 riconducibili a un disturbo psichico.

E poi: 53 parenticidi, 25 avvenuti nel Nord.

Si può dire: «La causa più frequente dei parenticidi avvenuti

ti in Italia è il Nord»?

Eppure «Il Nord» o «La Disoccupazione» o «L'età» come causa hanno almeno una credenziale in più rispetto al disturbo psichico.

Ed è che essi sono preesistenti – e perfettamente riconoscibili come tali – al fatto di sangue.

Una persona è occupata o disoccupata, ha una determinata età, abita in un certo luogo *prima* di commettere un fatto di sangue.

Il disturbo psichico invece è spesso diagnosticato *dopo* il fatto.

È il fatto a gettare una luce di follia sulla persona e indurci a scoprirlo e cristallizzarlo in una diagnosi.

Così come nel caso – più infrequente – di persona già con una diagnosi di malattia mentale, è il fatto a indurci a credere che la *causa* sia proprio la malattia mentale.

Non credevamo possibile che quella persona facesse questo. E allora ipotizziamo subito un'anomalia della mente, senza considerare che la stragrande maggioranza di persone con una qualche diagnosi di malattia mentale, compresa la schizofrenia, non uccide.

Non uccide, non tortura, non molesta i bambini, non ruba. Non lo fa come non lo fa la maggior parte delle persone normali. E come non è lecito accusare tutti gli adulti di essere ladri per il fatto che alcuni adulti rubano, come non è lecito accusare tutte le famiglie di allevare mostri per il fatto che alcuni delitti avvengono in famiglia, così non è lecito accusare tutti i malati mentali di essere potenzialmente assassini, né tutti gli uomini di essere potenzialmente malati mentali. Ma è proprio questo che avviene quando si accusa Madama la Follia o Madama la Normalità.

L'unico modo per sfuggire alla tenaglia: «è stata la normalità ad uccidere generando mostri e servendosi per questi suoi scopi della famiglia, oppure è stata la follia ad uccidere, colpendo la famiglia e le buone norme della convivenza civile?» – l'unico modo è chinarsi su ogni storia, ascoltare quello che ogni storia ha da dirci. E non è detto che il metodo funzioni.

Lo so, è banale, ma se è facile dirlo, è tutt'altro che facile farlo: bisogna cercare di comprendere, non cercare a ogni costo una spiegazione. Leggere e rileggere il tema scritto da Erika (come dichiara di aver fatto la sua insegnante) può servire: ma

non a capire la mente di Erika, può servire, per qualche motivo, alla sua insegnante. A patto che non cerchi nel tema «segnali premonitori». Leggere le poesie della ragazza può essere utile se quelle poesie sanno parlarci, non se le usiamo per dire: vedete, era tutto già qui.

Se la vicenda di Erika (e di Gianluca, di Susy, di Omar, di tutti gli altri) è uno specchio per le nostre vite, essa è uno specchio cieco. Possiamo guardarla a lungo, ma non serve a darci indicazioni, le indicazioni devono venire da noi stessi, come individui e come comunità.

Il Corriere, giovedì 8 marzo, riporta le parole del procuratore capo del Tribunale dei minori di Torino, Graziana Calcagno: «*Non risulta proprio che questo delitto sia premeditato. Non sappiamo ancora qual è il movente perché è sempre difficile entrare nella mente di un giovane*». Il procuratore ritiene anche, scrive il giornalista, che ci sia un filo che lega la storia di Erika e Omar a quella di un adolescente di Saluzzo che dopo aver litigato col padre si è ucciso e a quella dello studente di Sesto San Giovanni che ha ucciso la fidanzata. E riporta ancora le parole del procuratore: «*Sono i rapporti fra genitori e figli. Nell'ambito delle relazioni affettive le reazioni degli adolescenti stanno diventando spropositate. C'è disagio ma tocca agli adulti cercare di capirlo*».

La dottoressa Calcagno dice movente ma forse è più esatto «motivazioni». Il primo termine fa parte della cultura giuridica, e cinematografica. Sa di meccanico: «tre cose bisogna capire in un delitto: chi come, perché, ovvero un omicida, una tecnica, un movente» Il secondo appartiene alle scienze umane, rimanda a qualcosa di più complesso, difficile. Non riduce i fatti umani a una meccanica di gesti né ad una sequenza di impulsi del tipo input / output. «*C'è disagio ma tocca agli adulti cercare di capirlo*,».

E dal Giornale (mercoledì 28 febbraio) ricaviamo le parole di Duccio Scatolero, criminologo e giudice del Tribunale dei minori di Torino:

È importante che [...] scenda il silenzio e si distolga il prima possibile l'attenzione dei media. Li aspetta [Erika e Ornar] un lavoro duro e faticoso, che non è fatto di rimozione, ma di presa di coscienza di quanto è accaduto. Importante sarà anche l'impegno di chi li accompagnerà in questo percorso, e in ambito minorile ci sono professionalità validissime a cui fare riferimento. [...] Non

servono pene straordinarie che rubino la vita a questi giovani, né la loro punizione può educare gli altri. Non credo [...] sia giusto dare la croce addosso alla famiglia, il nucleo familiare, di fronte a certi tipi di problemi, da solo non ce la fa. Se Erika avesse avuto qualcuno, vicino, oltre i suoi genitori, disposto ad ascoltarla, ad aiutarla, non necessariamente un «tecnico», uno psicologo ma semplicemente un adulto disponibile ad accompagnarla in una fase della sua vita, un terzo comunque estraneo alla dinamica familiare, forse oggi non saremmo qui a parlare di Novi Ligure.

Conclude il giornalista: *«in generale, quindi, non servono «strizzacervelli» o sedute di psicoterapia, ma semplicemente adulti disponibili».*

Adulti disponibili, non adulti sospettosi. Il sospetto non è prevenzione.

Non esiste nessun decalogo di *segnali da tenere sotto controllo*, come invece si sforza di dirci, nella sintesi operata dal Giornale (Lunedì 26 febbraio) Maria Teresa Crotti, psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza:

«Segnali che i genitori prendono sottogamba, ma che rappresentano, se non affrontati nei primi anni dello sviluppo, a volte l'inizio di un disagio che può diventare grave [fino] a sfociare in atteggiamenti pericolosi per se stessi e per gli altri.» Ecco, secondo l'esperta, i dieci piccoli segnali. Aggressività: se espressa in piccole dosi può esprimere una forma di autoaffermazione, ma se è eccessiva e si manifesta con crisi di opposizione violente in ambito familiare ma anche in quello scolastico e sociale è da tenere sotto osservazione; Disturbi alimentari, con bulimia e anoressia (le forme estreme) ma, da tenere sotto controllo è l'anomalo rapporto col cibo. Insonnia: la difficoltà ad addormentarsi o dormire poco o male la notte. Balbuzie: un segnale che può rappresentare un disagio molto profondo. Difficoltà nel rendimento scolastico: che si manifesta con mancanza di concentrazione e di rifiuto. Dislessia: difficoltà nel linguaggio o nella scrittura. Enuresi: la perdita di urine anche di giorno. Isolamento: chiusura, tristezza e depressione. Onicofagia: mangiarsi le unghie. Tic: movimenti non controllati e regolari di parti del corpo. Cleptomania: impossessarsi di oggetti o denaro altrui.

Quale differenza con la disponibilità d'ascolto di cui parlava Scatolero!

Qui emerge un approccio tecnico, arido, teso a cogliere il patologico che c'è (o si suppone possa esserci) nei ragazzi. Ma non vi è tecnica capace di sostituire l'approccio umano, *non necessariamente di uno psicologo ma di adulti disponibili*, che è quello di ascoltare i ragazzi, partecipando alla loro vita, mettendosi in gioco, insomma costruendo una relazione. Le ricette risultano sempre inadeguate. Trasformarsi in detective dell'anima può essere dannoso, si rischia di psichiatrizzare i propri figli sulla base di poche regolette apprese dai giornali. E si basa sul presupposto tutto da dimostrare che il genitore sia «sano» e la famiglia anche. Invece è difficile essere famiglia – «le famiglia sono sole» – tanto più se il tessuto sociale intorno è sfilacciato, se la comunità è inesistente.

Con maggiore partecipazione si esprime Umberto Galimberti (che, tra l'altro, è uno dei pochi a non infarcire di luoghi comuni una rubrica di problemi esistenziali e psicologici, sul settimanale «D» di Repubblica). Nell'intervento che riportiamo parzialmente, esplicita una differenza, spesso rimasta oscura sui quotidiani, fra la follia come eccesso della passione e come psicopatia.

La Repubblica (24 febbraio 2001)

CONOSCEVAMO la follia come eccesso della passione. Ne vedevamo i sintomi, ne prevedevamo i possibili scenari, Oggi, sempre più di frequente la follia veste gli abiti della freddezza e della razionalità, non lascia trasparire alcunché ed esplose in contesti insospettabili che nulla lasciano presagire e neppure lontanamente sospettare.

Dopo aver ricordato i casi dell'assassinio della suora, a Chiavenna, di Sesto San Giovanni, dove un ragazzo ha accoltellato un'amica, del figlio che ha ammazzato il padre, professore universitario, a Padova, e infine il caso di Novi, dove Erika regge a 24 ore di interrogatorio senza scomporsi e senza cedimenti emotivi, Galimberti continua:

[...] *Quando la causa è irreperibile, quando il furore che*

accompagna i gesti della follia è assente, quando l'albanese questa volta non c'entra [...], allora bisogna scavare più a fondo e scoprire chi sono e come sono fatti coloro che compiono gesti così orrendi senza dare a vedere alcuna risonanza emotiva. La psichiatria conosce questa sindrome e la rubrica sotto il nome di «psicopatia». Lo psicopatico è colui che è capace di compiere gesti anche terribili senza che il suo sentimento ne registri il minimo sussulto emotivo. Il cuore non è in sintonia con il pensiero e il pensiero con il gesto. Ma non se ne accorge nessuno di questa sindrome? Tendenzialmente no. Una buona educazione, soprattutto quella borghese, che insegna a tenere a bada gli eccessi emotivi, confeziona su ciascuno di noi un abito di buone maniere, di stereotipi linguistici, di controllo dei sentimenti che, come una corazza, ci rendono impenetrabili e scarsamente leggibili a chi ci sta intorno. Alla base c'è una mancata crescita emotiva, che ha reso il sentimento atrofico, inespessivo, non reattivo, per cui gli eventi della vita ci passano accanto senza una nostra vera partecipazione, senza un'adeguata risposta di sentimento a quanto intorno accade. [...] I figli [...] affidati alla televisione o alle prestazioni mercenarie dell'esercito delle babysitter [...] giocano d'anticipo la delusione e il cinismo per difendersi da una risposta d'amore che sospettano non arriverà mai [...]. Sono gesti che mettono in crisi la giustizia e, con la giustizia, la società che per tranquillizzarsi è sempre alla ricerca di un movente. E il movente in effetti non c'è, o se c'è è insufficiente, comunque sproporzionato alla tragedia, persino ignoto agli stessi autori. Cercarlo ci porta lontano, tanto lontano quanto può esserlo l'avvio della nostra vita, dove a' è stato insegnato tutto, ma non come «mettere in contatto» il cuore con la nostra mente, e la nostra mente con il nostro comportamento, e il comportamento con il riverbero emotivo che gli eventi del mondo incidono nel nostro cuore. [...] Questo è il nostro tempo, il tempo che registra il fallimento della comunicazione emotiva

2.3 LA PAROLA AI PERITI

Gli esperti – psichiatri e psicologi soprattutto, ovvero i moderni anatomisti dell'anima – lavorano talvolta come periti e consulenti: «di parte» o «del tribunale».

In questo caso, sebbene formalmente essi non siano giudici,

entrano a far parte del meccanismo della giustizia, come vi entrano a far parte, ad esempio, i testimoni. Con questa differenza: che un testimone è chiamato soltanto a raccontare i fatti. La valutazione di un testimone non interessa nessuno. Di più, egli deve, nel riportare le informazioni di cui è in possesso, astrarre completamente dalle sue valutazioni.

Al perito, nel nostro caso allo psichiatra, si chiedono proprio valutazioni. Gli vengono richieste in base ad una riconosciuta competenza, e di quelle valutazioni il giudice dovrà tener conto. In questo modo il giudizio finale sarà l'esito di un *processo* collettivo del quale gli esperti dell'anima fanno parte.

Che cosa chiedono i tribunali e gli avvocati agli psichiatri? Non chiedono se un imputato sia o meno un folle, ma se, *al momento di compiere un determinato fatto*, egli era in possesso delle sue facoltà mentali, se era in grado di intendere e di volere.

Compito arduo, dunque, perché i risultati devono essere pronti entro un tempo stabilito, e perché si tratta di una valutazione differita, della ricostruzione dello stato dell'anima – o psiche – in un momento altro da quello osservato.

Un compito così arduo che porta talvolta a risultati paradossali.

Su *Panorama on line* del 3 luglio 2001 (*La vera follia? È quella delle perizie*) la perizia che ha «scandagliato la psiche» delle tre ragazze accusate dell'assassinio di Suor Maria Laura Mainetti, a Chiavenna, per conto del giudice dell'udienza preliminare (Gup) viene definita «un documento shock», poiché

ribalta quella precedente, presentata al pubblico ministero Cristina Rota il 21 novembre 2000. Siamo allo scontro fra i periti. Schierati sul campo, i consulenti del gup contro quelli del pm, con gli psichiatri delle parti ancora in panchina, ma pronti a gettarsi nella mischia. Oggetto del contendere: la capacità di intendere e di volere delle tre omicide. I periti del gup sostengono che, la sera del 6 giugno 2000, quando lapidavano e accoltellavano la religiosa, le tre ragazze non sapevano quello che facevano. I secondi, cioè i periti del pm, ritengono invece le tre assassine capaci di intendere e di volere: Veronica e Milena parzialmente, Ambra totalmente. [...] Il dato clamoroso è che i consulenti del pm e quelli del gup hanno

diagnosticato la stessa patologia, «disturbo di personalità borderline», attribuendole però un peso diverso. [...]

Anche *Vita non profit on line* (13/07/2001) si sofferma sulla contraddittoria vicenda.

ANDREOLI: «BASTA ALLE PERIZIE».

Lo psichiatra-scrittore spiega per la prima volta perché ha deciso di non collaborare con più con i tribunali.

E avverte gli adulti..

[...] Il furore di una gioventù apparentemente normale, che vive tra le pieghe di un benessere generalizzato e tranquillizzante, spiazza la psichiatria moderna. Come spiegare altrimenti la necessità di nominare, proprio nel caso di Erika e Omar, ben undici periti [...] Come giustificare le perizie contrastanti (stessa diagnosi, conclusioni opposte) emesse per il caso delle tre ragazze di Chiavenna [...]? «Fino a pochi anni fa la psichiatria era soggetta al dogma di Lombroso, secondo cui, se si uccideva si era necessariamente pazzi», spiega a Vita il professor Andreoli «A noi specialisti non restava che valutare il tipo, la sfumatura di pazzia da attribuire. Poi, lentamente, abbiamo scoperto che ogni tipo di omicidio è compatibile con la normalità». Una dichiarazione sconcertante, che si accompagna a un recente sfogo dello specialista riguardo alla sua professione e al rapporto con i media: «Da oggi in poi voglio raccontare solo il bene, fare le perizie su chi compie deliberatamente il bene», provoca Andreoli [...] «io non mi vergogno di dire che un certo caso non l'ho capito. I cronisti, però, vogliono sempre avere rassicuranti rapporti di causa-effetto e scrivono cavolate».

Ma allora davvero non è possibile capire quale sia la ferita che accomuna questa «generazione» di adolescenti criminali? «È difficile dirlo, ogni caso ha davvero una propria storia, e diventa comprensibile solo se viene inquadrato nel contesto di realtà in cui si è sviluppato» commenta il professore. «Per alcuni degli omicidi descritti nel mio libro, il detonatore fu il comportamento di un genitore. E, la famiglia, indubbiamente, è cambiata. Questi ragazzi nascono dalla generazione del «vietato vietare», all'interno di legami fragilissimi, dove valori come la fedeltà, la stabilità, il rispetto non esistono più. Non a' si deve stupire se da questi focolari poi vengono fuori disastri». [...] Parola di Andreoli.

Già. Parola di Andreoli. Parole sue quelle virgolettate, suppongo, e parole della giornalista le altre. E dunque accade che nello stesso articolo l'intervistatrice dica l'esatto opposto di quello che dice l'intervistato, ma senza sottolineare alcun dissenso, semplicemente inserendo questo diverso punto di vista in un discorso apparentemente coerente, apparentemente attribuibile d'intervistato. Ma se Andreoli dice che *«ogni caso ha davvero una propria storia»* da dove viene fuori *questa «generazione» di adolescenti criminali?* Semmai, la generazione incriminata è anche per Andreoli la precedente, quella del *«vietato vietare»*. Ma anche questo ha smesso di stupirci.

23 agosto 2001.

Repubblica riporta le parole di Desmond Tutu: una persona è persona attraverso le altre persone. Sul Manifesto c'è una lunga recensione al libro *«La mente relazionale»* di Daniel J. Siegel. E casualmente mi imbatto nel libro di Eugenio Borgna *«Noi siamo un colloquio»*. Tre testi diversi in cui si afferma l'idea che ogni persona non è soltanto al centro di una rete di relazioni, ma che essa è quella rete di relazioni.

Erika non è un'adolescente inquieta, tanto più se sembra non essere stata sfiorata dalla scia di sangue che si è lasciata dietro, come non era inquieta la *«casalinga»* paradigmatica di un tempo. Erika è l'espressione di un mondo, è quel mondo, è il nostro mondo. Non si tratta di proporre una nuova versione di determinismo sociale in opposizione ad altri determinismi, ma di riconoscere l'impossibilità di chiamarsi fuori. Nessuno è *«soltanto un osservatore»*.

Eppure psichiatri e psicologi osservano i fenomeni umani come il loro oggetto di osservazione, i media narrano il mondo come oggetto del loro racconto, le varie forze economiche guardano al mondo come ad un oggetto per il mercato, i gruppi politici come d'oggetto del loro potere. Se il mondo è un oggetto allora il soggetto sì, può chiamarsi fuori.

E dunque non stupisce che un politico, Walter Veltroni, dica: *«Noi politici non sappiamo parlare ai giovani»* sottolineando che invece sarebbe dovere dei politici farlo. Non stupisce che

specialisti dell'uomo (psicologi, psichiatri, antropologi e altro) individuino altrettante cause precise del male quante sono le condizioni necessarie alla nostra esistenza. Non stupisce che i cronisti raccontino delle mollettine sullo stendino della terrazza di Novi Ligure. Per un Andreoli o un Pintor che trovano il coraggio di dire pubblicamente «non ho capito» mille altri parlano, quasi sempre d'altro. Perché su ciò che concerne la domanda principale, cosa è accaduto e perché, nessuno ha niente da dire e la società stessa ha definito che i soli che avranno qualcosa da dire sono i giudici, coloro che decideranno «come proseguirà questa storia». La stanno scrivendo, con l'istruttoria e la sentenza. Ma la scriveranno su un vuoto, su un buco che non avranno possibilità di scandagliare: cosa accadeva nella mente dei due ragazzi al momento di compiere il fatto?

In questo difetto di immaginazione in cui siamo tutti intrappolati, in questo necessario arrestarci a congetture o ipotesi sulla mente dell'altro, e nella necessità di appoggiare su così poco le nostre azioni, sta quel residuo d'inquietudine che non demorde. E che per essere tacitato ha bisogno di un rito.

«Non so». Comincia così un piccolo libricino di Pier Aldo Rovatti, *La follia in poche parole* (Bompiani, 2000). Non sappiamo, dicono Gianluigi Ponti e Ugo Fornari, criminologi, in un libro edito da Raffaello Cortina, *Il fascino del male* (1999), che racconta di tre recenti serial killer italiani. E spiegano con chiarezza come la punibilità, l'infermità mentale, il considerare folle o meno una persona, capace o meno di intendere e di volere, siano frutto di convenzioni sociali. Non c'è una legge di natura; non ci sono mostri; ci sono uomini e società.

2.4 IL RITO

Il più esplicito, come abbiamo visto, è stato Luca Goldoni: la nostra generazione non offre modelli esemplari, ma chi l'ha detto che un modello si regala come un telefonino? Il solito cronista di Repubblica ha definito Erika «bella, serena, mostruosamente serena», Biagi li ha definiti entrambi «freddi, cinici, calcolatori»,

seppure come *résumé* di giudizi altrui. Come dire, arrangiatevi. Abbiamo visto anche che gli adolescenti si arrangiano, come possono e sanno, che spesso ce la fanno, e che quando ce la fanno ma costruiscono modelli alternativi non raccolgono lodi dal potere.

Paolo Crepet, ripetendo ossessivamente la formula «non siamo capaci di ascoltarli», è stato tra i pochi a non «scaricare» i giovani, ma è stato severamente rimbrottato, sempre secondo le cronache, da quella mamma di Novi Ligure che, di fronte all'appello a saper dire di no ai ragazzi, ha sostenuto che in casa di Erika «no» si diceva eccome. Non credo che Crepet intendesse – come invece molti altri – che il «no» fosse la parola magica che funziona sempre, ma voleva dire: «la *responsabilità* è nostra». Altri hanno cercato «altrove» la *colpa*.

Veneziani se l'è presa con le parolacce, le bestemmie e il '68 (trovando in questo ottima compagnia); Barbara Spinelli con le tendine e i vezzeggiativi; Ida Magli con i magistrati che aspettano chissà che cosa per sospettare una psicopatia, Belpoliti e altri con Madama la Follia, Chiara Saraceno con il silenzio. I cronisti hanno sposato ora l'una ora l'altra tesi; i settimanali hanno sfoderato copertine da brivido.

Una volta che il colpevole non può più essere lo straniero, che il nemico non può più essere individuato nell'altro facilmente individuabile, allora si deve riconoscere che l'altro siamo noi.

Ma appena fatto questo si cerca di isolare l'altro che è in noi, definendolo come ciò che non ci appartiene: così è sempre colpa *loro*. Ma di chi? Di quelli che non provano lo stesso fastidio per i diminutivi, di quelli che non ritengono la ragione il solo *modo umano*, di quelli che bestemmiano, dei figli dei sessantottini? È del tutto evidente che simili «radici» non fioriscono comunemente in un delitto. E a quel punto non resta altra spiegazione che la follia, sia essa ottundimento della ragione o del sentimento.

Scacciato dalla porta, il mito del male come sangue barbaro rientra dalla finestra. Perché i barbari *sono comunque una soluzione*. Quando non *arrivano* ma sono dentro di noi non possiamo più respingerli, dobbiamo scomunicarli. Per farlo abbiamo bisogno di un rito.

In *La maschera della normalità* (Repubblica, 27 febbraio), Gabriele Romagnoli scrive:

Aeroporto di Fiumicino, pomeriggio di ieri: davanti ai moni-

tor dispersi accanto ai vari imbarchi folle con il naso insù e gli occhi sbarrati, come se stessero trasmettendo una finale dei Mondiali o l'elezione di un presidente. Seguono invece i notiziari che aggiornano sul delitto di Novi Ligure. Sono uomini, donne e ragazzi provenienti da tutta Italia e in tutta Italia diretti, diversi per classi sociali interessi e stili di vita. Eppure tutti coinvolti, perché il delitto di Erika è assolutamente straordinario, ma nasce dall'ordinarietà assoluta e allora mette tutti davanti alle stesse domande: potrebbe succedere anche nella mia vita?

Come una finale dei mondiali, o l'elezione di un presidente. O i funerali di Lady Diana. Nei giorni successivi al delitto si è celebrato un rito mediatico, diffuso. Privo di formule certe, quindi ogni formula era buona, dalla richiesta di pene severe alla proposizione del dialogo, all'autocolpevolizzazione che lascia tutto come sta, ai buoni propositi per il futuro, agli appelli.

Come una finale dei mondiali, un rito che non si celebrava in un luogo, ma dappertutto in Italia, al quale tutti hanno sentito di appartenere. Con sentimenti diversi. Si è parlato anche di glorificazione dei colpevoli attraverso il sito internet Erikatiamo, e non solo. Si è parlato di strumentalizzazione politica. Tutto questo è awenuto. Ma cosa è awenuto in realtà? O meglio, di che rito si è trattato?

In quel gioco fantasmagorico di rimandi di cui abbiamo parlato nella prima parte di questo lavoro, in cui il lettore/spettatore chiede qualcosa che i media gli restituiscono ampliato e santificato, in quel continuo gioco di rimandi e di specchi che rinforza la cosa interiore, il sentire comune, a cosa abbiamo assistito?

Certo, per tutti noi i media, e i fatti rappresentati in quei giorni, il delitto e la scena (ma abbiamo visto più immaginata che reale, più allusa che evidente) del delitto, sono stati uno specchio. Potente, irriguardoso, spietato. Ma, come dice Alberto Savinio nella Tragedia dell'infanzia, non si può guardare (sostare?) a lungo dentro lo specchio.

«Credo non possa esserci sentimento più penoso di quello dell'uomo che si guarda lungamente nello specchio: in poco tempo egli non penserà più né potrà sperare, un cerchio invisibile ma tenace gli sorgerà intorno che lo chiuderà come dentro una definitiva prigione, e, spenti

tutti i dolci desideri che lo spingono avanti e lo confortano a vivere, subentrerà in lui il vuoto della pazzia.»

La cosa più facile sarebbe cavarsela pensando che «un destino è sfuggito al controllo», ma ormai questo è improponibile. Anche perché da altre parti d'Italia arrivano cronache simili, tanto che si parla di emulazione, di effetto Erika, tesi che i sociologi si affrettano a dichiarare incostistente. Ma allora, di che rito si è trattato?

Io penso che si sia trattato di un rituale «di consolazione». L'elaborazione del lutto, come si dice. Non il lutto per la morte degli uccisi, né il lutto per i protagonisti, gli autori del fatto. Si è trattato del lutto per un'intera generazione «perduta». Ma perduta per noi, non per se stessa. Perduta nel senso che noi adulti non ne sappiamo molto, e questo ci addolora, sì, ma sappiamo anche che non troveremo nei prossimi giorni o anni, il tempo che non abbiamo trovato fin qui da dedicare a loro, ai figli. Continueremo a lasciarli alle cure della baby-sitter, a parcheggiarli in asili che li istituzionalizzeranno precocemente, a mandarli dalle suore o in scuole pubbliche inadeguate.

Ma più di tanto non ci si può soffermare sulle cose.

Si tratti della nuvola di Chernobyl, del mondiale di calcio, dell'elezione del presidente, o del destino di due ragazzi, magari anche di una generazione intera, che possiamo farci se il giorno dopo dovremo andare di nuovo al lavoro, guadagnarci la busta paga, goderci un po' di divertimento, pensare ai casi nostri, ora tristi ora felici?

Quando la messa finisce ciascuno torna a casa, pago di aver dedicato alla divinità la parte di tempo dovuta.

Quando l'esorcismo è compiuto, quando l'addio è stato recitato e la riconsolazione scambiata fra gli astanti, soffermarsi ancora significherebbe rischiare il *vuoto della pazzia*. Nessuno è pronto a rischiarlo. Ora il fatto ridiventa privato.

E addio anche al linguaggio, che non ci ha permesso di capire, che non è stato abbastanza potente da penetrare i misteri di una mente, che non ci ha aiutati ad oggettivare fenomeni rimasti per questo incomprensibili. Si è anzi frapposto come una bar-

riera fra noi e la cosa, come più barriere: il discorso dei media, dei testimoni, dei magistrati, degli esperti, dei cronisti. Discorsi che si sono incontrati, scontrati, e poi ciascuno ha ripreso a marciare per conto suo.

Il fallimento del linguaggio, anche a questo abbiamo assistito, come fallimento della capacità di far crescere collettivamente un discorso su un oggetto comune di conversazione (anche se di conversazione mediatica, cioè a distanza). Mettersi davanti alla televisione e iniziare una conversazione, suggeriva Barbara Spinelli.

Ma là, *dentro* la televisione e *dentro* la stampa, nessuna vera conversazione, nessun dialogo, è avvenuto intorno al fatto di Novi. Ciascuno ha ripetuto le proprie osservazioni in diverse sedi, considerandole evidentemente le sole degne d'ascolto. Non s'è trattato di un processo di crescita collettivo, ma solo della messa in scena delle opinioni di ciascuno. Ognuno ha parlato per sé, di sé, con se stesso davanti alle telecamere o davanti a un microfono. No, nell'era della comunicazione globale nessuno ha comunicato, in questo rito. Ciascuno, al più, ha informato gli altri delle proprie opinioni.

Non è stato un forum. È stata una passerella. Da cui è bene, adesso, congedarsi.

3. ARTIFICI

3.1 LA DIFFUSIONE DEL MALE DI VIVERE

Se c'è una cosa che non si può rimproverare ai quotidiani è di non rappresentare abbastanza il male di vivere. Non fanno altro, è il loro vero mestiere. Se al mondo non si stesse così male i quotidiani non esisterebbero. Perfino i quotidiani sportivi non vivono solo dell'epopea del vincitore, ma raccontano la tristezza dello sconfitto, le violenze – ma anche le amarezze, le delusioni – dei tifosi, le passioni dei presidenti, le risse, lo stress di chi non ce la fa, o non ce la fa più, come Arrigo Sacchi, Goran Ivanisevic, Jennifer Capriati, Maradona.

«Il corpo umano non è predisposto per sopportare le sollecitazioni cui sono sottoposti gli atleti di vertice», leggiamo su Venerdì di Repubblica, in un articolo che si occupa soprattutto della mente di atleti di primo piano: le tentazioni autodistruttive di Yannick Noah e Boris Becker, le difficoltà di Alex Del Piero e Marie José Pécé, atleta francese <<protagonista di una clamorosa fuga prima della gara olimpica>> che rientra in patria e dichiara: *«Me ne vado perché ho troppe pressioni da parte dei media»*. Anche se poi molti superano la crisi e trovano un equilibrio. *«Uno dei segreti per tenere il livello alto è stare con le persone che ti conoscono per quello che sei»*, dice Alberto Cei, presidente della Società italiana di psicologia dello sport. Al di là dell'articolo, è importante sottolineare come gli psicologi dello sport considerino corpo, mente e relazioni con gli altri una sola unità. Sarà perché il benessere di un atleta vuol dire benessere anche per molti altri?

Quando si parla di malattia mentale e sofferenza psichica, il termine follia, e ancor più pazzia, accusa il peso di un lungo logorio e di una certa genericità, oltre che il riverbero dello stesso stigma che proietta sul mondo. Follia equivale a caos, a incontrollabile, e porta con sé i segni del fallimento di chi sulla follia produce discorsi, definizioni e pratiche di contenimento.

Così entrano a far parte, prima del linguaggio scientifico e poi di quello comune, termini più «tecnici». Che sembrano indicare malesseri specifici, ma soprattutto hanno il fascino dell'attualità, comunicano una maggiore competenza. Sono termini specialistici, e quindi in sintonia con lo spirito del nostro tempo. Alcuni riscuotono successo, hanno una potenza di richiamo e di convincimento maggiore, altri calano nella hit parade della parola. L'uomo è un animale dotato di linguaggio e il linguaggio non è stabile, muta continuamente.

Talvolta è il linguaggio a costruire la cosa. Non funziona da mediatore simbolico fra le cose e i soggetti, ma si sostituisce alle cose nell'anima del soggetto e si afferma per la sua potenza evocativa, in casi più rari anche solo per il suono che aderisce al sentire soggettivo indipendentemente dal significato o «contenuto» del termine stesso. Così accade spesso che quello che noi crediamo un concetto sia un termine, una parola che ciascuno riempie di contenuto a modo suo. Su questa ambiguità si gioca parte delle relazioni umane. La ragione e la filosofia provano a definire il significato delle parole, ma per farlo ricorrono ad altri termini che spesso hanno anch'essi bisogno di definizione, e in questo modo il linguaggio media le sue stesse mediazioni, ci avvicina e ci allontana dalle cose in una continua ricerca della giusta «messa a fuoco» che, quando la parola diventa discorso, viene definita «chiarezza»: insieme di corrispondenza all'oggetto, adeguata rappresentazione astratta, coerenza logica.

Nel discorso sulla follia la chiarezza è quasi irraggiungibile, perché la follia stessa è sovvertitrice di ogni discorso, ma quest'ultimo si è preso storicamente la rivincita riducendola a malattia mentale, sezionandola, classificandone i fenomeni e ricomponendoli in sindromi. In questo modo la genericità è esorcizzata, e il *gioco* del linguaggio può ricominciare. Ma le difficoltà rimangono.

Tutta la storia della psichiatria è attraversata da un interrogativo lancinante: come oggettivare il soggettivo? È una disciplina che deve sempre misurarsi con situazioni particolari: ad esempio, non appena scopre la causa di una patologia mentale, mettiamo il caso dell'*epilessia*, scopre che questa patologia non è di tipo mentale. (Alain Ehernberg, *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, 1999)

Alcune sindromi rivelano subito la propria storicità, altre sembrano invece corrispondere a stati naturali dell'anima, almeno fino a quando la storia non s'incarica di smentire l'illusione.

Così, se la «sindrome di Stoccolma» o il più recente «shopping compulsivo» denunciano subito l'origine storica, l'isteria può apparire per un certo periodo una acquisizione definitiva della scienza per poi scomparire dai manuali, e ritornarvi a intermittenza.

Il «danno cerebrale minimo» (MBD) ebbe un certo successo alcuni anni fa, poi sparì risucchiato dalla sua stessa inconsistenza concettuale ed empirica, per ritornare in veste attualizzata come ADHD, acronimo che sta per Attention-deficit hyperactivity disorder (deficit dell'attenzione e iperattività).

Ma se Kant, nel «Saggio sulle malattie mentali», poteva ironizzare a scapito di quei medici che pensano di essere stati d'aiuto al malato per aver trovato un nome alla sua malattia, oggi è più difficile limitarsi d'ironia, perché una volta trovato il termine il sistema terapeutico scopre sempre miracolosamente di avere a portata di mano il rimedio: un bel farmaco.

Ad esempio, non andate d'accordo con il capoufficio, tornate a casa stanchi e irritabili, non riuscite a rilassarvi? Certamente soffrite di *disturbi dell'adattamento*. Già, perché, come dice il lussuoso pieghevole pubblicitario di un farmaco, «il disagio quotidiano è una precisa entità nosografica». E riporta le parole del manuale diagnostico internazionale «DSM IV»: «La caratteristica fondamentale di un disturbo dell'adattamento è lo sviluppo di sintomi psichici e somatici clinicamente significativi, molteplici, ricorrenti e frequentemente mutevoli, in risposta a uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili».

Qui non c'è possibilità di dubbio: non si tratta della *solita ricerca delle cause a monte*, ma si dice a chiare lettere che perché vi sia diagnosi di disturbo dell'adattamento i sintomi (fra cui «riduzione delle prestazioni sul lavoro o dell'efficienza nel far fronte ai doveri quotidiani») debbano essere riconducibili a *uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili*. Ma naturalmente non è mestiere della medicina rimuovere questi fattori, dunque la sola cosa che la medicina può fare è prescrivere un farmaco associandolo a una psicoterapia: così accadrà qualcosa nel cervel-

lo dell'individuo che annullerà gli effetti di quei fattori. Tutto O.K? Tranne alcuni particolari.

Che bisognerà continuare a prendere il farmaco fino a quando persisteranno quei fattori; che il farmaco ha degli effetti collaterali, anche se le case farmaceutiche minimizzano; che è facile sentirsi «drogato» anche se non si assumono sostanze proibite; che gli amici e i familiari incominceranno a considerare il soggetto «malato», anche se la causa del malessere è del tutto esterna e teoricamente «rimovibile»; che la prossima volta che il soggetto si arrabbierà, magari di santa ragione, qualcuno potrebbe attribuire l'ira al disturbo dell'adattamento, e questo potrebbe avere delle conseguenze. Che se il soggetto non è disposto a prendere quel farmaco potrebbe essere considerato un paziente poco collaborativo o, vista la persistenza dell'irritabilità, andare incontro a ricatti affettivi del tipo: «Va bene, è colpa del lavoro, ma io non ce la faccio più, o ti decidi a riprendere i farmaci o ti lascio», oppure a incoraggiamenti del tipo «se non ce la fai più licenziati, ne va della tua salute». Che qualcuno potrebbe consigliare «un breve ricovero in una clinica specializzata». Insomma, una serie di effetti, per così dire, collaterali, quali disistima, difficoltà nei rapporti interpersonali, disturbi psicosomatici, stigma sociale e altro. Effetti che somigliano molto al problema che la terapia si proponeva di risolvere.

Un termine diffusosi recentemente è «mobbing», che ha il pregio di sintetizzare una serie di comportamenti messi in atto sul luogo di lavoro ai danni di un lavoratore «preso di mira» da un superiore o dai colleghi.

Pressioni psicologiche in ufficio o fabbrica ci sono sempre state, ma il mobbing si caratterizza per il fatto di essere diventato una vera strategia di gestione delle risorse umane nelle aziende, con lo scopo di aumentare la produttività attraverso il terrore psicologico o di costringere alcuni lavoratori – per qualche motivo invisibili – a dimettersi o trasferirsi. Anche se i costi sociali, e perfino aziendali, del mobbing sono altissimi, questa pratica è sempre più diffusa.

Uomini e donne potranno denunciare gli abusi
Mobbing e stelletto un «telefono amico»

Un telefono per segnalare molestie sessuali e casi di mobbing che avvengono in caserme e commissariati. Ad attivare la linea telefonica (0623270007) alla quale poliziotte vigilesse carabinieri e finanziere potranno rivolgersi per denunciare soprusi e avances da parte di capi ufficio graduati, è l'Associazione Europea Operatori Polizia. Un'iniziativa che nasce proprio da un problema che nasce in questi ambienti che, più di altri, dovrebbero garantire sicurezza e giustizia. «La linea telefonica – ha infatti spiegato Alessandro Cetti, presidente dell'associazione – servirà proprio a far emergere questo fenomeno sommerso, di cui non si parla mai per ovvie ragioni, degli abusi sessuali che donne in divisa sono spesso costrette a subire e a non denunciare per paura di essere castigate o punite dai superiori. È importante ricordare, a quante decideranno di chiamare, che possono mantenere l'anonimato. [...]

Il numero non è riservato alle donne, ma a chiunque, fra gli operatori di polizia, ritiene di essere «mobbizzato» da parte del proprio capo, ed è «aperto anche a qualsiasi donna avvicinata in strada in maniera poco professionale da poliziotti, vigili, o carabinieri».

Ecco un'iniziativa che non rimanda un problema «disadattati ~ all'uso di farmaci e a psicoterapie individuali. Se stress, irritabilità, mancata concentrazione sono dovuti ad un fattore psicosociale identificabile come il mobbing, allora è meglio attaccare il fattore, piuttosto che stabilire ch  chi non si adatta è il malato da curare.

Obiezione: sar  anche vero, ma questo non pu  essere compito della medicina.   appunto quello che stiamo cercando di dire. La medicina e la psicologia possono aiutare una persona a compiere il suo viaggio nella vita, ma difficilmente possono curare un disagio mentale, se la causa della sofferenza   dovuta a fattori esterni. Fin tanto che quei fattori persistono la pretesa di curare qualcuno   solo un contenimento sociale che lascia le cose come stanno, e terapia   solo una parola abusata. Si eviteranno, a volte, conseguenze catastrofiche, ma causando altri effetti che non andrebbero sottovalutati.

Certo, quando l'origine del malessere è esogena, cioè esterna, il discorso è facile, anche se non è altrettanto semplice individuare i rimedi giusti. Ma vi sono alcune malattie mentali che sembrano essere assolutamente endogene. La causa qui è da ricercare nel malato, ed eventuali motivi esterni sono al più considerati fattori scatenanti di qualcosa che già era presente. Sebbene non vi siano evidenze scientifiche certe, si parla con sempre maggiore frequenza di predisposizione del soggetto, familiarità della malattia, cause genetiche. È il paradigma bio-psico-sociale, di cui abbiamo parlato, e che può essere sintetizzato così: in alcuni individui vi è una predisposizione, biologica o genetica, alla malattia mentale; fattori esterni, per esempio condizioni di vita stressanti o traumi possono determinare l'evolvere in malattia di quella predisposizione che senza questi fattori scatenanti avrebbe anche potuto restare occulta per sempre. Quando a causa di eventi esterni quella predisposizione si manifesta, la medicina e la psicologia intervengono con i mezzi limitati di cui dispongono.

Questo paradigma ha la strana peculiarità di dire che alcune persone sono malate anche se la loro malattia non si manifesterà mai. Si scatena allora la caccia alla malattia occulta, che nel nostro tempo prende la forma di ricerca del gene deviante. Scrive Steven Rose (*Linee di vita, oltre il determinismo*, Garzanti, 2001):

«A giudicare dai titoli dei quotidiani o degli articoli pubblicati da accademici sulle più prestigiose riviste scientifiche le controversie dell'ultimo decennio sono state risolte. La sociobiologia più volgare sarà forse fuori gioco, ma queio che ho definito «determinismo neurogenetico» è saldamente radicato. Ci sono geni con cui spiegare ogni aspetto della nostra vita, dal successo personale alla disperazione esistenziale: geni per la salute e la malattia, per la criminalità, per la violenza e per un orientamento sessuale «anormale», e addirittura geni per lo «shopping compulsivo». E, come sempre, geni per spiegare le ineguaglianze sociali che dividono le nostre vite lungo linee di classe, di sesso, di razza, di etnia... E dove vi sono i geni, l'ingegneria genetica e la progettazione di farmaci offrono quelle speranze di salvezza che l'ingegneria sociale e la politica hanno abbandonato».

3.2 BIOTECNOLOGIE E MALATTIA MENTALE.

Il terzo millennio arriva con una promessa, le nozze della tecnica e della biologia. Il biotech debellerà tutte le malattie, ci renderà euforici e produttivi, creerà un mondo meraviglioso popolato da Frankenstein buoni e Golem teneri come peluche. Anche se non è lo scienziato pazzo il grande fabbro dell'utopia, ma industrie e governi.

In un solo giorno, il 27 agosto, compare sui giornali italiani l'annuncio da New York dell'Ibm: «Creato il chip molecolare» (un circuito costituito da minuscole strutture cilindriche fatte di atomi di carbonio e centomila volte più sottili di un capello) e da Londra, Armstrong Healthcare, quello di un Nuovo robot come chirurgo, farà interventi al cervello. Le applicazioni potranno riguardare i malati di Parkinson [...] un elettrodo trasmetterà un impulso elettrico nell'area cerebrale bloccando il tremore.

Fisica e chimica saranno alleate, avremo occhi bionici e protesi fatte con gli stessi tessuti cellulari del paziente. La ricerca coinvolge il cervello e da lì si riverbera sulla mente e sul resto del corpo. È da notare infatti come talvolta venga costruita, anche su riviste di divulgazione scientifica, una triade insensata costituita da «cervello, corpo e mente» – come se il cervello non fosse, esso stesso, corpo.

Dopo le fantascienifiche realizzazioni di chimere animali – con tanto di brevetto internazionale, una realtà che forse i quotidiani dovrebbero affrontare con più grinta – e la bagarre sull'annuncio della clonazione dell'uomo, il lancio propagandistico volto a far accettare nelle opinioni pubbliche degli stati ricchi la trasformazione epocale si veste anche di appelli accorati.

La Repubblica, lunedì 3 settembre 2001

Intervista a «Focus»: L'intelligenza umana rischia di soccombere

**Hawking: mutazioni genetiche
contro il potere dei computer**

Per la prima volta viene espressa la necessità storica di «mutazioni genetiche» nell'uomo. Ne va addirittura della sopravvivenza della specie, secondo quanto Hawking ha dichiarato al settimanale tedesco Focus.

«Occorre migliorare le capacità umane se non vogliamo rimanere vittime dei computer: l'allarme è stato dato dal noto ricercatore [...] sono necessarie mutazioni genetiche, ha detto, per migliorare le capacità umane e difendere l'uomo dal crescente dominio delle intelligenze artificiali.»

Si parla di mutazioni mirate con cui accrescere la complessità del Dna, e «migliorare» l'uomo. L'appello viene da una voce importante, e sono previste delle «precauzioni». Infatti, *«bisogna attendere per ogni generazione circa 18 anni per accertare gli effetti delle mutazioni genetiche»*.

A cosa serve, dunque, se sempre nello stesso articolo si legge che i computer raddoppiano le loro prestazioni ogni 18 mesi? Ma il punto non è questo.

Il punto è che si gioca con l'uomo senza pensare agli effetti che simili azzardi comportano. Davvero oggi si pone il problema della guerra umana contro le intelligenze artificiali? Il termine sembrava in disuso, visti i fallimenti degli anni '80-90 nel campo della ricerca sull'Intelligenza Artificiale (definita da Hilary Putnam, in un'intervista di Repubblica Cultura, settembre 2001, uno slogan di disonesta pubblicità). Adesso scopriamo che non solo quei tentativi non sono falliti, ma mettono in pericolo il dominio dell'uomo sulla terra. Si è configurata una situazione di Intelligenza Artificiale Globale? Cioè, si può dire che se è naufragato il sogno di creare intelligenze artificiali individuali – singoli computer intelligenti – tuttavia l'insieme degli strumenti informatici costituisce una mente intelligente con cui dovremo confrontarci per il predominio?

O forse, più che di intelligenza si tratta di Stupidità Artificiale, ovvero del rischio che, una volta «lanciati» certi programmi, non si sappia più come fermarli: una situazione già illustrata dal cinema.

Non so se il rischio è concreto. Esistono anche in questo campo allarmismi, come nel caso del «baco del millennio», ma è altrettanto certo che nessuno è in grado di controllare complessivamente le direzioni e i rischi dello sviluppo tecnico-scientifico, anche nelle sue connessioni economiche e politiche. Una volta individuato il rischio, tuttavia, non si torna indietro, si dà una nuova accelerazione allo stesso tipo di ricerca, confidando

nella eliminazione progressiva dei vari *inconvenienti*. È la stessa cosa che accade, per esempio, nel campo dell'industria nucleare o, come si è scoperto di recente, in quello delle armi batteriologiche. L'industria (ma il sostantivo usato è «scienza») non si ferma, i rischi aumentano, tuttavia nessuno prende seriamente in considerazione l'ipotesi di uno stop o di un cambiamento di direzione.

L'idea di fare del cervello un Ogm è lanciata e sostenuta a più riprese, spesso con titoli trionfalistici, come nel caso del Corriere della Sera, di Giovedì 1 marzo: *GUARITA MALATTIA AL CERVELLO FUNZIONA LA TERAPIA GENICA*. Il sommarietto e l'inizio dell'articolo provvedono poi a ridimensionare il risultato: *L'esperimento San Raffaele Telethon sui topi apre le porte a future applicazioni sull'uomo. Milano – Le ricadute non sono immediate, anzi per vederle occorreranno anni di ricerche, ma riuscire a far arrivare un gene sano nel cervello così da correggere una malattia ereditaria non è un risultato da poco. [...]. E ancora, questa volta Repubblica Salute del 3 maggio: Parla il dottor Hoi Sang U che sta tentando di fermare la progressione della malattia in un paziente-cavia «COSÌ' METTO Dna NEL CERVELLO» Demenza: chirurgo Usa spiega la prima cura genica.*

In verità, non si tratta di cura, ma di sperimentazione, che produce a volte risultati molto scarsi, e talvolta dannosi, come appunto nel caso dell'innesto diretto di cellule nel cervello umano. L'uomo, per il momento, non è un super-topo. Gli effetti sono stati una moltiplicazione dei disturbi della malattia, ma la ricerca continua in virtù della considerazione che gli esperimenti via via si **&**neranno sino a dare i risultati sperati. I pazienti, intanto, diventano cavie, nessuno grida allo scandalo perché la speranza è forte e la medicina ci ha abituati a molti successi. Ma in questo modo la medicina «di frontiera» si trasforma in qualcosa di diverso da se stessa, in sperimentazione, appunto, e contemporaneamente in politica sanitaria: decide di sacrificare gli individui a favore della specie, pur sapendo che non sarà l'intero genere umano a **beneficiare** degli eventuali risultati positivi. Il rapporto costo benefici non è più tarato sulle terapie individuali, ma sulla popolazione. Se pure di passaggio, è da ricordare che a questo mutamento di direzione contribuiscono pesantemente alcune rozze applicazioni dell'epidemiologia e dell'economia sanitaria.

La conseguenza più diretta sulla salute mentale di questa scomposizione e ricomposizione è che il tanto sbandierato paradigma bio-psico-sociale si riduce al semplice paradigma biologico, e il discorso sulla personalità diventa solo un discorso sui geni o sul cervello, con l'appendice di un contentino politico alla psiche e ai fattori sociali.

In Islanda si scheda il Dna dell'intera popolazione sperando di trovare, fra gli altri, il gene della schizofrenia (annunciato, del resto, come già scoperto numerose volte). Secondo Arvid Carlsson, Nobel 2000 per la medicina, (Venerdì di Repubblica 5 gennaio) entro dieci anni *«potremo diagnosticare depressione e schizofrenia con una tecnologia simile alla Tac, ma anche semplicemente capire la personalità dell'individuo»*.

Il gioco è semplice anche per Edoardo Boncinelli (San Raffaele): poiché è ormai accertato che le cellule nervose, o alcune di esse, hanno la capacità di rinnovarsi, basta capire in che modo possono essere coltivate, e poi mandarle a rimpiazzare quelle danneggiate. Il futuro è luminoso, e tutte le malattie del cervello, *«comprese epilessia e malattie mentali»* saranno presto debellate con precisione genetica.

In verità il gioco non è affatto semplice, come gli stessi ricercatori sanno (ma sanno anche che per attingere ai fondi necessari bisogna bluffare un po'): da un lato le tecnologie della vita promettono ogni giorno sui quotidiani più di quanto siano capaci di mantenere; dall'altro la pratica quotidiana della psichiatria è lontana mille miglia dai risultati della ricerca scientifica, anche dai più consolidati.

Accomunare malattie come il morbo di Parkinson, o l'Alzheimer, o l'epilessia, con la depressione, la schizofrenia, l'ansia, l'anoressia, insomma con le «malattie mentali», genera (è il meno che si possa dire) confusione, riduce la malattia mentale a una malattia del cervello, apre la strada per la scomposizione fra cervello e corpo e per il successivo schiacciamento della «mente» sul «cervello», e insomma *«riduce il soggetto all'oggettivo»*.

Per cui La Stampa (8 giugno 2000) può scrivere senza che nessuno abbia niente da obiettare un trafiletto dal titolo **NEL 2025 UN MILIONE DI MALATI DI MENTE** e subito dopo iniziare il testo così:

Nel 2025 oltre un milione di italiani saranno vittime delle demenze, in particolare del morbo di Alzheimer. Una confusione che si riverbera pesantemente sull'opinione pubblica e sul pubblico sentire, ma che non è esente da effetti nell'esercizio stesso della psichiatria.

Se l'espressione malattia mentale ha un senso, sperare di comprenderla e curarla attraverso una terapia del cervello è fuorviante per il semplice motivo che la mente non è riducibile al cervello e nemmeno a quell'aberrazione concettuale che ne fa un corpo più un cervello. La «mente» umana presuppone una «persona» e una dimensione storico sociale. Se si accetta questo punto di vista diventa evidente quanto sia improprio pretendere di curare la mente modificando la struttura fisica e biologica che è il cervello.

In più, se da una parte si tende ad appiattire la mente sul cervello, dall'altra si divide il cervello dal resto del corpo, e si sottolinea che solo nel cervello ha sede il mentale. In questo modo si apre la strada per la pericolosa negligenza verso gli effetti collaterali dei farmaci o di altre terapie mirate al cervello.

In verità nessuno, oggi, radicalizza verbalmente la questione in termini così decisi, ma per una serie di cause convergenti – che non è scopo del presente lavoro prendere in esame – il «paradigma biologico» è quello attualmente vincente, e tutto il resto, dalla psicoterapia alla risocializzazione, risulta corollario ininfluyente o, al massimo, veste i panni dell'assistenza.

Per paradigma biologico intendiamo – ma dovrebbe essere chiaro – quello che già Jung chiamava «il dogma principale della psichiatria» e cioè che «le malattie mentali sono malattie del cervello». Purtroppo, nonostante i progressi delle neuroscienze, la situazione attuale della psichiatria non è dissimile da quella descritta molti decenni or sono dallo stesso Jung:

La psichiatria è una figliastra della medicina. Tutte le altre branche della medicina hanno un grande vantaggio: il metodo scientifico. Esse studiano cose che si possono vedere e toccare: in esse è possibile applicare metodi di ricerca fisici e chimici. Il microscopio rivela il temuto bacillo e il coltello del chirurgo non si ferma dinanzi ad alcuna difficoltà e ci permette di penetrare con lo sguardo negli organi più vitali e inaccessibili. La psichiatria, l'arte di sanare la psiche, rimane ancora sulla soglia, inva-

no cercando di pesare e misurare come si fa negli altri campi della scienza. Da molto tempo sappiamo che abbiamo a che fare con un organo ben definito, il cervello, ma solo al di là di questo, ai di là del substrato anatomico, arriviamo a quella che per noi ha veramente importanza: la psiche, come sempre impalpabile, che elude tuttora le nostre interpretazioni, per ingegnose che siano. [...] Alla psichiatria è stata mossa l'accusa di gretto materialismo, e ben a ragione, dato che sta per mettere l'organo, lo strumento, al posto della funzione, anzi, in effetti, lo ha già fatto. La funzione è diventata un'appendice dell'organo, la psiche un'appendice del cervello. La psiche, nella psichiatria moderna, ha fatto una gran brutta fine. Mentre l'anatomia del sistema nervoso ha fatto passi da gigante, della psiche, in pratica, non sappiamo nulla, o meno che mai. La psichiatria contemporanea si comporta come chi pensi di scoprire il significato di un edificio sottoponendo ad esame mineralogico le pietre che lo compongono. (Karl Gustav Jung, *Psicologia della malattia mentale*, Newton, 1995)

Se non proprio di mistificazione, bisogna parlare almeno di sovrapposizione di campi diversi, di confusione del limite senza una adeguata dichiarazione di quella confusione, che è dettata del resto non da cattive volontà (almeno così vogliamo credere) bensì dalla difficoltà di separare campi correlati così strettamente da formare una unità, ma al tempo stesso abbastanza differenti da legittimare una definizione concettuale autonoma per ciascuno degli stessi campi in questione: psiche, cervello, corpo, uomo, persona, intersoggettivitàecc.

Da *L'enigma della mente*, di Sergio Moravia (Edizioni Laterza, 1986) riportiamo alcune affermazioni di Norman Malcolm: «[...] potrebbe un cervello avere dei pensieri, delle illusioni o dei dolori? L'insensatezza della supposizione pare così ovvia che trovo difficile prenderla sul serio. Nessun esperimento potrebbe stabilire questi risultati per un cervello. Perché no? La ragione fondamentale è che il cervello non assomiglia abbastanza a un essere umano.» «Gli uomini non i cervelli vedono, odono, pensano (...). Un cervello non ha la fisionomia giusta né la capacità per partecipare ad alcune delle forme di vita che gli sarebbero richieste per essere soggetto di conoscenza.» E più avanti, in un paragrafo intitolato *La scoperta della 'persona'* Sergio Moravia continua: «Non il cervello, né la mente, né tanto meno una 'macchina' [...] sono il vero referente dei discorsi psicologici, si solo l'uomo. L'uomo è l'unico ente del

quale si può dire in sede psicologica che è «ignorante, timido, concentrato, ambizioso, affezionato, avido, onesto, disperato, devoto, ingrato, rancoroso, risoluto.» E, aggiungo, depresso, ansioso, euforico, aggressivo ecc.

«È a questo referente, a questa figura centrale ed ineliminabile della realtà psicologica, che verrà dato spesso (e non casualmente) il nome di persona. Nel sottolineare la necessità di un soggetto titolare delle esperienze psichiche, già Nagel aveva esplicitamente parlato dell'indispensabile esperienza di una «persona» che prova tali esperienze. A ben guardare, scriveva Nagel, il cosiddetto MBP [*mind-body-problem*] riguarda una possibile relazione non tra sensazioni, pensieri etc. e processi cerebrali, bensì tra un corpo (non il semplice cervello) e una persona.

E, nel gioco di montaggio e rimandi che forse inevitabilmente è diventato questo lavoro, vorrei chiudere questa parte con la citazione di una lettera scritta da Wittgenstein a Norman Malcolm e da questi riportata nella breve biografia del filosofo austriaco (Bompiani, 1964). L'argomento è la psicoanalisi, e Wittgenstein scrive all'amico:

[...] non voglio negare a Freud il merito di una straordinaria conquista scientifica. Solo che di questi tempi, le straordinarie conquiste scientifiche son quasi sempre utilizzate per distruggere gli esseri umani (voglio dire il loro corpo, o l'anima loro, o la loro intelligenza). Quindi, attento al tuo cervello».

Una importante nota di prudenza viene dallo stesso Edoardo Boncinelli in un libro intervista realizzato con Giovanni Maria Pace e Umberto Galimberti (*E ora?*, Einaudi, 2000):

[...] i giornali hanno ampliato, con il consueto gusto dell'iperbole: «Travato il gene dell'intelligenza»! Io non ho mai detto nulla del genere. [...] Abbiamo insomma trovato un gruppo di geni [...] che forniscono la chiave della formazione e forse del funzionamento del cervello».

Purtroppo, tanto l'opinione pubblica che una lunga serie di fenomeni economici e sociali sono influenzati più dal gusto dell'iperbole mediatica che dalla prudenza dei ricercatori.

Attenti al cervello, ma attenti anche alla vita.

Da un lato è vero che buona parte degli attuali titoli di giornale risultano bufale che non reggono nemmeno alla lettura stessa dell'articolo. Esempio in questo senso la Repubblica del 28 agosto: *Mix di elettronica e cellule nasce il cervello artificiale* è il titolo; ma si tratta invece di un circuito neuroelettronico fatto di silicio e neuroni di lumaca, che in futuro «potrebbe essere utile per la creazione di protesi di alcune parti del corpo». Ma i pericoli di tanto darsi intorno al cervello, ai geni, e insomma alle scienze della vita e della mente esistono e sono *già presente*.

Il fatto che la ricerca sia ancora in una fase pionieristica, e quindi grezza, da un lato rassicura e dall'altro inquieta. Risultati niente affatto certi potrebbero condizionare pesantemente la nostra vita sociale e la nostra stessa salute. In *Il secolo biotech* Jeremy Rifkin parla di discriminazione genetica, per esempio nel campo assicurativo, e scrive:

«Molti professionisti del sistema sanitario sono preoccupati del fatto che milioni di persone vengano marchiate con «lettere scarlatte genetiche», con conseguenze che vanno molto al di là del fatto assicurativo» «Alcune istituzioni ai cui impiegati è richiesto un alto livello di stabilità emozionale, come le società che si occupano della sicurezza, le compagnie aeree e i dipartimenti di polizia, saranno senza dubbio interessate ai test genetici per riscontrare predisposizioni genetiche all'alcolismo, alla depressione, e ai disturbi dell'umore e del comportamento. Esse potrebbero anche sostenere che il pubblico è mal servito se un controllore di volo, un pilota, un ufficiale di polizia o un ingegnere della sicurezza è affetto da una malattia mentale o potrebbe esserlo in futuro. Allo stesso modo, l'isolamento delle caratteristiche genetiche e delle predisposizioni che condizionano tratti personali quali la ricerca di forti emozioni e l'estroversione potrebbe essere utile alle compagnie che assumono guide turistiche, o venditori, o lobbysti.»

Ripeto, il fatto che i risultati di queste ricerche siano ancora per molti versi lontani dalle certezze definitive (come nel caso dell'individuazione di geni delle malattie mentali) da un lato rassicura, perché allontana questo futuro di pesanti discriminazioni, ma dall'altro spaventa ancora di più perché si potrebbero avere le stesse aberranti conseguenze sociali addirittura sulla base di dati scientificamente scorretti.

Ma la scienza ormai è in cammino e l'industria deve andare avanti.

Nella primavera del 2001 Le scienze espone contemporaneamente in edicola il Quaderno «*Le malattie del cervello*», contenente un articolo dal titolo «*neurobiologia della depressione*», e il Dossier «*Geni e comportamento*».

Nel Dossier viene dato rilievo al «deficit di attenzione e iperattività» (ADHD), diagnosi di moda e non priva di conseguenze su piano della politica sociosanitaria. Mi soffermo sull'articolo perché nello stesso periodo l'argomento ha avuto rilievo, vedremo come e perché, anche sulla stampa quotidiana.

La diagnosi di ADHD riguarda soprattutto i bambini con eccessiva disattenzione, iperattività e impulsività. Quei bambini che un tempo erano definiti, più semplicemente, svogliati, distratti, indocili.

L'autore Russel A. Barkley sviluppa un discorso pieno di se e di ma.

A partire dagli anni quaranta gli psichiatri hanno utilizzato molti nomi diversi per definire i bambini caratterizzati da iperattività e da una disattenzione e impulsività fuori della norma. Questi soggetti sono stati considerati affetti da minima disfunzione cerebrale, da sindrome infantile da lesione cerebrale, da reazione ipercinetica dell'infanzia, da sindrome da iperattività infantile e, più recentemente, da disturbo dell'attenzione. Ormai da diversi anni, però, i ricercatori che si occupano di ADHD hanno iniziato a metterne in luce sintomi e cause, e hanno trovato che il disturbo può avere una determinazione genetica.

[...] I maschi hanno una probabilità di manifestare il disturbo almeno tripla rispetto alle femmine; da alcuni studi anzi emerge che i bambini con ADHD sono in proporzione di nove a uno rispetto alle bambine.

[...] Nessuno conosce le cause dirette e immediate [...] ma i progressi nelle tecniche di indagine neurologica fanno sperare che si possa chiarire la questione entro pochi anni.

[...] sembrerebbero coinvolti la corteccia prefrontale, parte del cervello e almeno due gangli basali.

[...] Da che cosa deriva la ridotta dimensione di queste strutture cerebrali? Nessuno lo sa, ma molti studi sembrano avvalorare l'ipotesi che il fenomeno possa essere dovuto a una disfunzione di alcuni dei numerosi geni che normalmente sono attivi durante la formazione e lo sviluppo della corteccia prefrontale e dei gangli basali. La maggior parte dei ricer-

catori pensa attualmente che [...]

[...] Quali sono i geni difettosi? Forse quelli che [...]

[...] I fattori non genetici che sono stati collegati all'ADHD includono la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali – soprattutto **quelle** della corteccia prefrontale. Presi insieme tuttavia questi fenomeni possono spiegare dal 20 al 30 per cento dei casi di ADHD tra i maschi e ancora di meno tra le femmine. (Contrariamente alla convinzione popolare, non si è trovata alcuna correlazione tra ADHD e fattori educativi o dietetici).

Come si vede niente è certo, si tratta di molti forse e parrebbe e si ipotizza. A parte che la sentenza del vecchio Kant sulla convinzione dei medici di essere stati d'aiuto ai paziente per aver trovato un nuovo nome alla sua malattia è qui confermata.

Tuttavia, le cure per questa malattia ci sono – o parrebbero esserci.

Perché, se da una parte si dice che non vi è correlazione fra fattori educativi e ADHD, in un altro punto dell'articolo si spiega che i bambini affetti da questo disturbo *«potrebbero essere aiutati da un ambiente strutturato»*. E in uno specchietto a corredo dell'articolo si scrive che *«è noto che mettendo in atto strategie finalizzate a costruire abilità di controllo autonomo del comportamento si possono ridurre le conseguenze negative dei disturbi di attenzione»*. Cos'altro sono una ambiente strutturato e strategie finalizzate a costruire abilità se non fattori educativi?

Ma attenzione. *«Una struttura ben organizzata può essere un importante complemento a qualsiasi terapia farmacologica i bambini possano ricevere. Negli Stati Uniti ai bambini (e agli adulti) affetti da ADHD si usa somministrare farmaci che aumentano la capacità di inibire e regolare i comportamenti impulsivi»*. Questi farmaci che, spiega l'autore, a dispetto dei loro effetti inibitori sono psicostimolanti, e possono essere associati ad antidepressivi, dovrebbero tuttavia essere rinforzati da corsi per docenti e genitori in modo da insegnare loro nuovi e più efficaci metodi per affrontare i problemi comportamentali.

Il fattore educativo dunque c'è, ma come sempre resta subalterno all'unica terapia efficace, che *parrebbe* essere quella farmacologica.

La chiusura dell'articolo è sconcertante:

[...] Non esiste una cura per l'ADHD, ma ora si sa molto di più per fronteggiare efficacemente questo persistente e preoccupante disturbo dell'età evolutiva. Presto forse diventeranno disponibili test genetici per l'ADHD e si potranno progettare terapie più specializzate per contrastare le specifiche carenze genetiche dei bambini che soffrono di questo disturbo.

Quindi, l'idea che vi siano guasti genetici è confermata anche in mancanza di attuali evidenze, la cura viene attualmente somministrata anche se non esiste una cura, e si tratta di farmaci psicostimolanti e antidepressivi, i quali possono essere coadiuvati come complemento da consigli a genitori e docenti, da ambienti strutturati o da programmi finalizzati, insomma da fattori educativi per i quali non è stata evidenziata alcuna correlazione con l'ADHD. Tutto questo nella certezza che presto la genetica ci fornirà la chiave per risolvere la «malattia». Che, al momento, appare più una ipotesi concettuale che una malattia.

E tutto questo su una rivista accreditata presso il grande pubblico come *Le Scienze*. Intanto sui quotidiani le notizie sulla salute mentale si susseguono a buon ritmo, e anche l'ADHD fa la sua comparsa preceduto, nella settimana intorno al 7 aprile – Giornata Mondiale della Salute Mentale indetta dall'OMS – dall'annuncio che un bambino su cinque soffre di disturbi mentali.

Il primo semestre del 2001 è stato ricco di avvenimenti per quanti si occupano di salute mentale. A partire dalla Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, promossa dal Ministero della Sanità (Roma, 10-12 gennaio 2001) – dal titolo forse un po' troppo autoassolutorio: *Se si può si deve* – attraverso poi la Giornata Mondiale dell'OMS.

Pur nella differenza di intenti – la *Conferenza* rivolta alle politiche sociosanitarie e di conseguenza principalmente agli addetti ai lavori, enti regionali, ASL, familiari, associazioni; la *Giornata* invece rivolta al grande pubblico, con lo scopo principale di ridurre lo stigma sociale nei confronti del malato di mente – le due manifestazioni hanno avuto gli stessi meriti e gli stessi difetti.

Il merito principale per quanto riguarda l'Italia, è stato quello di diffondere l'idea che si possa fare salute mentale senza ritornare alla segregazione del malato nelle istituzioni totali, nel

ribadire la validità della «Legge Basaglia» (la 180 del 1978, che sanciva la fine dei manicomi), e nel definire il problema della sofferenza psichica come un problema di tutti, della società in generale, e non solo di chi ne è direttamente investito.

Il principale difetto (che purtroppo in molti casi annulla i meriti) è stato quello di accreditare e accomunare pratiche psichiatriche diversissime senza alcun *distinguo* e senza indicare priorità di alcun genere. Così sono rimasti sullo stesso piano e una accanto all'altra l'elettroshock, la contenzione, i farmaci, la psicoterapia, le varie terapie occupazionali, l'impresa sociale e altro. Il tutto, naturalmente, e come abbiamo visto in più occasioni, condito di consigli alla comprensione e benevolenza altrui. Questa d'altronde è la realtà attuale della psichiatria: un coacervo di tutto in cui si finge di non vedere che le pratiche per così dire *soft* (centrate sulla parola e sulle relazioni umane) cedono quotidianamente e rapidamente alle pratiche *hard* (centrate su psicofarmaci, elettroshock, contenzione fisica e chimica) e che la diretta conseguenza di questa tendenza – che sul piano della tranquillità sociale ha indubbiamente maggiori effetti – è una nuova istituzionalizzazione, fatta per ora appunto da quelle terapie *hard*, ma che non si accontenterà di questo, e chiederà presto a gran voce la possibilità di avere *a disposizione* il – cioè *disporre del* – paziente per tutto il tempo necessario a «curarlo». Esattamente come avveniva prima della 180.

La contraddizione salta agli occhi se si pensa che l'idea portante di questo approccio è che la malattia mentale sia una malattia come tutte le altre mentre l'assoluta eterogeneità delle strategie messe in campo dalla medicina ufficiale dimostra che non lo è affatto. Perciò non basta riaffermare – come in *Conferenza* – che le Regioni devono destinare il 5% del budget sanitario alla salute mentale: bisogna anche fornire indicazioni su come quel 5% va speso.

La tendenza alla nuova istituzionalizzazione non è un fantasma, ed è ben rappresentata dalla proposta di legge Burani Proccaccini, ufficialmente & modificata ma nei fatti di completo annullamento della 180, presentata in parlamento il 30 maggio 2001 (il testo è reperibile su molti siti Internet che si occupano di salute mentale).

Per chi volesse invece avere un'idea della confusione – o nebbia in cui tutte le vacche sono grigie – che regna attualmente nel campo segnalò gli atti ufficiali della *Conferenza* pubblicati dal Ministero della Sanità, e «*La salute mentale – contro il pregiudizio il coraggio delle cure*» pubblicato contestualmente alla Giornata dell'OMS.

Due tipici testi di pluralismo casereccio: di quel pluralismo cioè delle parole in cui ciascuno può dire ciò che vuole e trovare il plauso di tutti gli altri mentre la storia va avanti sotto la spinta, fortunatamente conflittuale, di quelle forze meno visibili ma ben altrimenti determinate che si chiamano interessi di parte e che operano quotidianamente nella realtà. Il cambiamento si attua così sotto gli occhi di tutti. Occhi che, non essendo bionici, non vedono l'occultato.

Quella parola lì mi ero ripromesso di non usarla. Altrimenti, mi sono detto, esige una spiegazione. Ma ormai c'è, e cercherò di spiegarmi il più sinteticamente possibile. La parola è «cambiamento». Un termine un tempo usato solo dalla sinistra e da chi si dichiarava «progressista». I conservatori erano contro il cambiamento.

Ma il termine si è diffuso diventando patrimonio collettivo e perdendo la connotazione progressiva originaria: oggi è usato per fare proseliti, a prescindere dal segno positivo o negativo che porta con sé. «Cambiare» è garanzia di successo.

Non si dice più: ritorniamo al passato, ma si dice cambiamo. Su questa parola d'ordine, cambiamo – o cambieremo –, la destra ha costruito le attuali fortune elettorali.

Cambiamo la 180 oggi, purtroppo, non vuol dire proseguiamo nel cammino già indicato, rendiamo ancora più umano il trattamento del folle, occupiamoci dei malati rinchiusi in ospedale giudiziario. Vuol dire «ritorniamo al manicomio».

E allora, una piccola precisazione. Che mi ritrovo già bella e pronta, in apertura di un vecchio testo (stampato in Italia nel 1992 da Bollati Boringhieri) di Günter Anders, L'uomo è antiquato:

Cambiare il mondo non basta. Lo facciamo comunque. E, in larga misura, questo cambiamento avviene persino senza la nostra collaborazione. Nostro compito è anche d'interpretarlo. E ciò, precisamente, per cam-

biare il cambiamento. Affinché il mondo non continui a cambiare senza di noi. E, alla fine, non si cambi in un mondo senza di noi.

Certo, la psichiatria ha bisogno di cambiamenti. Ma un conto è cambiare progettando e immettendo nuovi farmaci sul mercato, o legalizzando la attuale prospera situazione di sopravvivenza di istituzioni totali sotto mentite spoglie, o privatizzando ancora di più la psichiatria, che è già molto privata soprattutto per quegli aspetti (case di cura, comunità, studi specialistici) che presuppongono la circolazione di denaro, altro conto è cambiare opponendosi quanto meno agli aspetti più disumani e degradanti della situazione attuale.

Nei giorni intorno alla *Conferenza* e alla *Giornata Mondiale* solo poche voci si sono alzate energicamente – ed altrettanto energicamente sono state ignorate – per denunciare questi aspetti.

Il 7 aprile, nell'articolo *La Francia adotta Basaglia*, sull'annuncio del ministro Kouchner di voler abolire i manicomi anche in Francia, Umberto Galimberti (Repubblica) scrive: *Abbiamo chiuso i manicomi e con questa legge ci siamo lavati la coscienza di una vergogna sociale, ma non abbiamo fatto un solo passo innanzi nella direzione indicata da Basaglia, perché il rapporto fra medico e paziente non è diventato un rapporto fra due persone, ma è stato ulteriormente oggettivato da quella miscela di statistica e farmacologia che ha imprigionato i folli, liberati dal manicomio, nel chiuso del loro organismo. Il sogno di Basaglia era che la clinica potesse divenire un laboratorio per nuove forme di relazioni sociali, vent'anni dopo non poteva esserci risveglio più brusco se oggi dobbiamo constatare che il risveglio si chiama «psichiatria organicistica» quando non «genetica psichiatrica».*

Anna Pizzo sul Manifesto denuncia la situazione di ben sette regioni in Italia, che hanno il doppio di posti letto rispetto a quanto previsto dalla legge (e, si badi, questo non significa affatto «più cure», bensì più istituzionalizzazione) e riporta il caso della Regione Calabria *«che ha denso di infischiarne di ogni limite e ha deliberato la degenza illimitata nelle cosiddette strutture residenziali che, guarda caso, sono tutte ex case di cura convenzionate»>>.*

L'8 aprile, su Liberazione, Agostino Pirelia, pur esortando a non sottovalutare i risultati della riforma basagliana, tuttavia non manca di denunciare la situazione di quelle «*strutture riabilitative nel nome e che riproducono invece tutte le caratteristiche dei vecchi ambienti manicomiali*». E chiude l'articolo, come preavvisato di quanto sarebbe accaduto da lì a un mese, con una lucida invettiva sulla somministrazione di farmaci ai bambini dettata dall'annuncio, in vero un po' sospetto, dell'OMS, sulla presenza di disturbi mentali in almeno una su cinque persone in età scolare. «*Bambini e psicofarmaci Una osservazione conclusiva non può che essere rivolta alle cifre che l'Oms ha fornito sulla diffusione dei disturbi psichici. Si ha l'impressione che tali cifre siano orientate da un lato ad incrementare il numero di specialisti della salute mentale, quando è ben noto che molte minacce alla salute mentale della popolazione vengono dagli eventi storici (guerre, con la morte di congiunti, le violenze feroci e la condizione di profugo) o dalle condizioni socio-economiche (con il non lavoro, la sua precarietà, l'abitazione inadeguata o mancante) per cui molto meglio sarebbe dedicare tempo e programmi alla limitazione di queste minacce. Ma non si può non pensare, d'altra parte, che pressioni delle potenti lobbies delle multinazionali del farmaco siano state sviluppate per convincere i poteri politici e gli stessi specialisti della necessità di identificare precocemente e trattare con psicofarmaci il maggior numero possibile di persone, tra cui i bambini. La parola d'ordine viene, come al solito, dagli Usa dove, dal 1990 al 1995, il consumo di psicofarmaci nei bambini è aumentato di 6 volte per il metilfenidato (che si cerca di introdurre anche in Italia) e sono ormai di prescrizione comune anche gli antidepressivi, il cui consumo per i bambini tra i 6 e i 12 anni è aumentato, sempre negli Usa, di 3 volte dal 1995. Si è stimato, che nel 1996, 600 mila bambini e ragazzi sotto i 18 anni, sono stati trattati con antidepressivi. Terrorizzare i genitori e gli insegnanti con l'affermazione, del tutto infondata così come è stata formulata, di un bambino su 5 con disturbi psichici, non può che essere il frutto di una campagna promozionale da denunciare con forza. Un conto è preoccuparsi di cosa facciamo dei nostri bambini, un altro quello di prospettare un futuro di malati da curare con farmaci, i cui effetti a distanza ancora non conosciamo, anche se, per il metilfenidato si hanno già dei dati molto inquietanti*».

Laimer Armuzzi, segretario generale della Funzione Pubblica Cgil, affonda un colpo deciso e mirato su una delle usanze più disumane della psichiatria, di quelle che fanno dire che – dalla contenzione fisica agli psicofarmaci più avanzati – nelle pratiche psichiatriche odierne convivono barbarie preilluministica e prove generali di grande fratello orwelliano. La nota dell'ANSA (12 gennaio) è però ripresa solo da pochi quotidiani, fra cui il Manifesto. Eccola:

PSICHIATRIA: ARMUZZI (CGIL), REATO LEGARE I PAZIENTI A LETTO

Basta con l'abitudine, diffusa nella maggior parte delle strutture psichiatriche, di legare i pazienti al letto: lo chiede [...] Laimer Armuzzi secondo il quale questa pratica deve esser perseguita come un reato alla persona.

«Numerose volte chi ha disturbi o si trova in crisi acuta – ha spiegato durante la tavola rotonda di conclusione della prima conferenza nazionale sulla psichiatria – viene prelevato non da personale specializzato [...] per poi venire sbattuto su un'ambulanza, legato alla barella, trasportato in strutture di diagnosi e cura e legato di nuovo». In alcune strutture di diagnosi e cura, ha aggiunto Armuzzi, il contenimento del paziente, che tanto ricorda i vecchi manicomi, è stato addirittura reintrodotta in maniera strutturale ed è pratica quotidiana.

«Si tratta – ha aggiunto – di un comportamento che è assolutamente necessario scongiurare e che dovrebbe essere trasformato in vero e proprio reato». Per Armuzzi, inoltre, questo tipo di pratica umilia sia i pazienti che gli operatori: «governo e regioni devono fare in modo che i diritti dei pazienti siano rispettati,,.

Oggi, ha infine osservato il sindacalista che è anche operatore psichiatrico, la contenzione viene assecondata e giustificata anche da alcuni psichiatri, come fosse un aspetto inevitabile della terapia. «Ma non lo è e Basaglia – ha concluso – lo ha dimostrato».

Sull'obbligatorietà del trattamento psichiatrico è costretto a intervenire lo stesso ministro, Umbeno Veronesi, ricordando il principio della volontarietà di ogni trattamento sanitario. Ma purtroppo l'aria che tira è un'altra: il trattamento obbligatorio

prolungato oltre la situazione di crisi viene richiesto da più parti, il testo della proposta di legge Burani Procaccini è da tempo pronto, la segregazione legalizzata ridiventa uno spettro reale per molti. E in Italia, preceduto da pessima fama, arriva il Ritalin, il farmaco che promette di curare l'ADHD.

Il meno che si può dire è che, se la *Conferenza* e la *Giornata Mondiale della Salute Mentale* non hanno prodotto tutto questo, tuttavia non sono riuscite ad evitarlo, nonostante gli appelli e le buone intenzioni.

E questo perché né l'una né l'altra sono entrate nel merito della «questione psichiatria» ma si sono limitate ad interrogarsi sulla «salute mentale» e sulle politiche di attuazione di provvedimenti economico amministrativi verso i malati di mente. Porre la «questione della psichiatria» significa oggi rivedere invece il rapporto fra medico e paziente e, più ancora, fra «medicina dell'anima», società, pazienti. Come, queste diverse entità sociali, si rapportano fra loro? Come si scompongono al loro interno? Quali ruoli sociali, quali relazioni si giocano nell'incontro? Insomma, si tratta di ritornare a Basaglia, a Erving Goffman – del quale è stato finalmente ripubblicato in Italia il classico *Asylums* –, reimparare la loro lezione dimenticata e articolarla per dare una nuova spinta d'analisi sociale dell'istituzione psichiatrica.

(Ansa), Napoli, aprile

07 APR – GIORNATA SALUTE MENTALE: OMS, PER MINORI NON BASTA PSICHIATRA

Attenzione a non «psichiatrizzare» il disagio minorile. L'appello è del prof. Benedetto Saraceno, direttore del dipartimento di salute mentale dell'Organizzazione mondiale della Sanità. [...]

«Ho l'impressione che questi dati che ho letto oggi sui giornali vengano mal usati – spiega Saraceno, riferendosi alle statistiche secondo cui un minore su cinque nel mondo soffre di disturbi mentali – credo che bisogna stare attenti a non psichiatrizzare un disagio giovanile o il disagio infantile. Certo se parliamo di malattie serie è chiaro che bisogna occuparsene. Ma stiamo attenti a non chiamare malattia psichiatrica problemi che sono anche di esclusione sociale legati magari

ad una decomposizione del nucleo familiare. Magari si tratta anche di problemi di immigrazione, di inurbazione e problemi di povertà».
[...]

Diversa è l'impostazione di Ernesto Caffo, del Telefono Azzurro, che sul Sole24ore Sanità tiene fermo il dato di un bimbo su cinque affetto da disturbi mentali e mette in guardia i genitori dal sottovalutare, per paura o altro, i disturbi dei figli, quali ansia, anoressia, depressione, fobie, panico, disturbi ossessivi. E naturalmente ADHD: *Il deficit di attenzione da iperattività (Adhd) interessa tra il 3 e il 5% dei ragazzi in età scolare. E ne soffrono 2-3 volte più i maschi delle femmine.*

Eccoci dunque di nuovo all'ADHD.

Quando l'11 maggio la Cuf, commissione ministeriale unica del farmaco, approva l'uso in Italia del Ritalin, le parole di Agostino Pirella si riveleranno profetiche. Per fortuna, se non proprio una levata di scudi, dai giornali arriva quanto meno un generale appello alla prudenza.

Il Sole24 Ore Sanità on line, 11 Maggio

PRIMO VIA LIBERA DELLA CUF AL RITALIN, PSICOFARMACOPER BAMBINI

Sarà prescritto solo dai medici dei centri specialistici il psicofarmaco a base di metilfenidato (ritalin) in grado di curare il deficit di attenzione e i disturbi dei bambini iperattivi. Lo ha precisato il ministero della Sanità dopo che ieri la Commissione unica del farmaco (Cuf) ha approvato il dossier di registrazione del medicinale, inserendolo nella fascia A, tra quelli a carico del Ssn. [...]»Non è un ricostituente per bambini», ha avvertito Silvio Garattini, direttore dell'istituto Mario Negri di Milano. «Sull'onda dell'entusiasmo che c'è stato negli ultimi anni per i risultati del medicinale – ha detto il farmacologo – il farmaco negli Usa è stato dato a moltissimi bambini almeno 3 milioni, con anomalie del comportamento.

Questo aspetto – ha aggiunto Garattini – ha creato uno scandalo, soprattutto per gli aspetti consumistici della prescrizione. Spero che in Italia il farmaco venga dato nel corretto impiego, cioè sotto precise indicazioni, laddove è provato scientificamente che esiste un beneficio, e non sia lasciato ai non specialisti».

Ansa Roma, 11 maggio

FARMACI: PSICOFARMACO; COZZA, PREOCCUPAZIONE PER ABUSO

L'approvazione dello psicofarmaco per bambini in Italia è una notizia che suscita «grave preoccupazione» È il parere di Massimo Cozza, coordinatore della consulta nazionale per la salute mentale.

«Si tratta di un farmaco del quale è purtroppo ben conosciuto l'abuso devastante portato avanti negli ultimi anni negli Usa – ricorda Cozza – e sul quale la stessa Hillary Clinton ha ordinato un'inchiesta del Governo, ancora in corso. Le modalità di azione di questo farmaco, ricorda Cozza, sono simili ad una droga stimolante e, come recentemente affermato dal Journal of the American Medical Association, non vi sono evidenze scientifiche sugli effetti prodotti. [...]

In pratica, secondo l'esperto, ci si trova di fronte al rischio che milioni di genitori, di fronte alla vivacità o alla svogliatezza dei propri bambini, chiedano una risposta farmacologica, come sempre più diffusamente succede negli Usa, valutando in modo inappropriato normali comportamenti infantili, oppure senza affrontare e risolvere le dinamiche relazionali familiari che portano ai comportamenti da «eliminare»» Nelle classi scolastiche del nostro Paese, spiega Cozza, in circa il 10% dei bambini sono segnalati dalle insegnanti problemi di iperattività, di attenzione o di svogliatezza, ma questi rappresentano nella stragrande maggioranza dei casi o una normale fase di sviluppo oppure un segnale di disagio dietro al quale vi sono cause ben identificabili.

«Gli stessi comportamenti che dovrebbero costituire la cosiddetta sindrome da disturbo dell'attenzione e iperattività – aggiunge Cozza – bersaglio del farmaco, spesso rappresentano una reazione conseguente ad episodi di abuso sessuale, di maltrattamenti e di separazioni conflittuali da parte dei genitori. Tentare di eliminare una importante componente di allarme e di segnale di disagio del bambino attraverso l'induzione biologica di tranquillità apparente rappresenterebbe nello sviluppo successivo un danno ben maggiore» [...]

Ansa, Trieste, 11 maggio

11 MAGG – FARMACI: PSICOFARMACO; DELL'ACQUA, ASPETTATIVA TRAGICA

«Lo psicofarmaco ai bambini in rapporto a comportamenti, a difficoltà di socializzazione, allo stare nella realtà, è uno strumento che crea un'aspettativa mal riposta e sicuramente tragica»: lo ha detto Giuseppe dell'Acqua, direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste [...]. Il mio no è assoluto [...] perché si vuole delegare a una pillola quelle che sono in molti casi difficoltà legate a un fallimento familiare, sonale, di vita insomma. Certo – ha proseguito – non si può fare di ogni erba un fascio. Ci sono bambini e adolescenti che stanno male davvero, con vere e proprie patologie, ma questo – ha detto ancora – è un discorso diverso. Imbrigliare chimicamente sentimenti affetti, relazioni, curiosità sul mondo, è un fatto orribile, il fallimento di qualsiasi aspettativa di vita». Già alcuni anni fa – ha ricordato Dell'Acqua – lo psichiatra Cassano, colui che ha «traghettato» in Italia il Prozac, aveva proposto di aprire nelle scuole un servizio psichiatrico a base di psicofarmaci per bambini e ragazzi iperattivi: un controllo chimico di ciò che 'disturba' sotto la denominazione della prevenzione. Prevenzione da che? – ha chiesto Dell'Acqua – dalla vita? Con una pillola – ha rilevato – si vuole sottrarre qualsiasi valore a tutto ciò che a che fare con la morale, l'educazione, i sentimenti, i pensieri, le passioni il vivere insomma. Con una pillola – ha affermato – si vuol far diventare un bambino o un ragazzo definiti «difficili» dei bravi figlioli, che non disturbano, che amano Dio, patria e famiglia. Una vera e propria semplificazione, che porta all'omologazione degli individui. Si stanno consolidando anche in Italia, purtroppo, e da molti anni la psicofarmacologia e la psicobiologia, l'idea che il farmaco sia la panacea di tutti i mali della vita, la qual cosa – ha concluso il direttore del Dipartimento di salute mentale – mi sembra una grandissima sciocchezza, fatti salvi i casi in cui ci sia una patologia psichica, un vero bisogno; ma questo non è il caso».

Questi i commenti all'annuncio della Cuf. Che mi limito a riportare senza commentare ulteriormente. Resta purtroppo l'impressione che tutti i richiami alla prudenza, oggi molti e accorati, cadranno nel tempo, via via che l'uso del prodotto diventerà

normale e si segnaleranno i primi «successi». Su questi temi invece l'attenzione critica dei media e la vigilanza dei cittadini, oltre che degli uffici sanitari, non dovrebbero mai cessare.

3.4 DEPRESSIONE

Ci occuperemo nelle pagine che seguono della «depressione» con l'avvertenza che molte delle cose che dirò valgono per il modo in cui i quotidiani, e non solo, trattano la maggior parte dei disturbi mentali, da quelli più lievi a quelli gravi. Per ragioni di spazio, prenderò in considerazione solo questo «disturbo dell'umore» che risulta per molti versi paradigmatico.

«La depressione è oggi l'unità di misura delle molte variabili in cui si scompone il disagio interiore. Per tutti gli anni '40 essa è stata solo una sindrome comune a gran parte delle malattie mentali, di scarso rilievo sociale. Nel 1970 la psichiatria dimostra invece, cifre alla mano, che la depressione è il disturbo psichico più diffuso al mondo, mentre gli psicoanalisti annoverano fra i loro pazienti una quantità crescente di depressi. E oggi è proprio la depressione, come la psicosi cinquant'anni fa, a monopolizzare l'interesse psichiatrico, affermandosi sempre più nel campo della medicina. Anche i media non esitano a esibirla come malattia di moda, una sorta di male dei nostri tempi. La depressione si è così trasformata nello strumento ideale per definire un numero imprecisato di malattie e, magari, esorcizzarle. Un «successo» analogo poteva toccare all'ansia, all'angoscia o alla nevrosi, per la genericità dei disturbi che designano. Ma è la depressione ad aver ottenuto questo successo sociologico.» (Alain Ehernberg, *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, 1999).

In aprile arriva da Washington l'annuncio della Cyberonics Inc. Ha ricevuto l'approvazione in Canada per la commercializzazione della NCP – Neuro Cybernetic Prosthesis (Protesi Neurocibernetica) – per la cura della depressione e dei disturbi bipolari. Il dispositivo, simile ad un pacemaker cardiaco, deve essere impiantato sottocute sotto la clavicola e stimola elettricamente in modo continuo il nervo vago. L'FDA (Usa) aveva già approvato l'uso del dispositivo nel luglio del 1997, come terapia coadiuvante per pazienti con epilessia refrattaria, ma adesso potrà esse-

re usato per il trattamento della «depressione cronica o ricorrente in pazienti resistenti o intolleranti alla terapia farmacologica». In Italia, la notizia è ripresa da Repubblica.

Usa, parte sperimentazione. Lo stimolatore impiantato nel petto trasmette impulsi elettrici al cervello

Il pacemaker contro la depressione Una scossa e torna il buon umore

Una scossa elettrica e torna il buon umore. Ma una scossa leggerissima, niente a che vedere con gli elettroshock truculenti [...] e per di più una scossa portatile, visto che l'aggeggio che la produce viene impiantato direttamente nel petto. [...] Insomma una sorta di pacemaker cerebrale, che secondo i dirigenti della Cyberonics Inc., l'azienda texana che lo produce, rappresenterebbe una concreta speranza per tutti i depressi gravi [...] Il VNS (stimolatore del nervo vago) è in vendita da alcuni anni [...] come rimedio per alcuni tipi di epilessia. [...] Tuttavia, avvertono i ricercatori, negli Stati Uniti l'uso del VNS contro la depressione è sperimentale ed ancora in attesa del beneplacito delle autorità sanitarie americane. Un primo trial clinico, su 60 soggetti, si è concluso positivamente l'anno scorso, ma per avere i risultati di quello appena cominciato, che coinvolge oltre 200 malati, bisognerà aspettare il 2002.

Lo stesso quotidiano ritorna sull'argomento il 7 giugno: Stimolando il nervo vago si potrà vincere l'ansia – La «vns-therapy» è efficace contro l'insonnia da depressione.

Un'altra forma di *terapia inconsueta della depressione* viene trattata da Sandro Veronesi sul Corriere della Sera (giovedì 18 gennaio 2001).

I film? Un affare anche come terapia anti-depressione

Cineterapia. È questa la parola. Che non significa [...] «terapia del movimento», bensì, molto più semplicemente, curare la depressione guardando film. Il concetto è ancora più semplice: in alternativa, o meglio insieme all'assunzione dei farmaci tanto amati – Prozac, ansiolitici, antidepressivi, benzodiazepine eccetera – guardatevi certi film, voi milioni di depressi dell'Occidente, e vi sentirete meglio.

[...] Il concetto di cineterapia è nato nell'ambito della psichiatria applicata, e gode dunque di un credito scientifico, o quanto meno terapeutico, ufficiale. Tutto ha avuto inizio alla fine del 1995, quando il dottor Gary Solomon pubblicò il volume *The Motion Picture Prescription: Watch This Movie and Call Me in the Morning: 200 Movies to help You Heal Life's Problems*, nel quale disvelava le proprietà terapeutiche di appunto duecento film, la cui visione sosteneva di aver prescritto con successo ai suoi pazienti. [...] la cineterapia ha ottenuto la consacrazione accademica presso l'Università di Pittsburgh, ma soprattutto è diventata una delle pratiche psicoterapiche più popolari d'America [...] Sul merito di questa «scoperta» della psichiatria c'è poco da dire: scoprire nel 1995, esattamente un secolo dopo la sua invenzione, che il cinematografo influisce sugli stati d'animo degli individui equivale a scoprire, nello stesso anno, che l'automobile li rende liberi di andare dove gli pare. [...]

In questo modo, secondo Veronesi, un poderoso esercito di depressi, psicotici, ansiosi, catatonici, anoressici e disturbati mentali in genere, si è autodenunciato ai grandi studios di Hollywood come preciso target commerciale; e in un momento di crisi dei generi di successo [...] questo nuovo mercato è stato subito preso d'assalto. [...] ammalati e dottori dell'anima non aspettavano altro per giustificare, con qualche effetto benefico di cui parlare in the morning, i milioni di dollari che i primi passano ogni mese ai secondi. [...]

Assistiamo così all'ingresso del cinema nell'industria del dolore. Quell'industria che alimenta [...] l'idea della sofferenza come necessità primaria del ciclo economico e vede prosperare il fatturato delle migliaia di aziende che, in virtù delle scoperte dei terapeuti, producono la sostanza – e, d'ora in poi, la pellicola – in grado di lenirla un po'.

I due esempi sopra riportati dicono una cosa: per qualcuno la depressione è un affare. E testimoniano dell'arco vastissimo di possibilità che essa copre: dalla «cyberonica» al buon consiglio: vediti un film.

Dell'elettroshock più portatile di un telefonino c'è da dire che si tratta ancora di tecnologia grezza, più tech che bio, mentre il futuro vola verso l'altro polo della diade.

Della filmografia terapeutica colpisce invece la necessità di

trovare argomenti di cui parlare *in the morning*: certo, cosa potrebbe esserci di più deprimente che andare dall'analista e non sapere che dire? Dopo un po', probabilmente, uno si stufa e non ci va più.

Ma fra questi due poli estremi esistono molti modi di occuparsi della depressione da parte degli specialisti, e molteplice, ricca di sfaccettature, è anche l'immagine della malattia che i media rimandano al «grande pubblico».

Nel Dossier Salute della Repubblica del 25 gennaio, dal titolo «*I depressi*» Luigi Cancrini sostiene che: «*La depressione è un sintomo, come la febbre, e bisogna capire cosa c'è dietro prima di intervenire. Altrimenti si rischia di non curare una grave patologia o, al contrario, di imbottirsi di medicine per un malessere destinato comunque a passare da solo*». L'articolo richiama il Macbeth di Shakespeare: «Date parole al dolore». La frase dice tutto, secondo Cancrini: causa, prevenzione e cura. Perché dare parole al dolore è il solo modo per cominciare a star meglio.

Vi è una depressione la cui causa è conosciuta (un dolore, una perdita) e vi sono delle depressioni nevrotiche, in cui la causa non è conosciuta. «*Oppure non si può rivelare, come nel bambino oggetto di attenzioni sessuali, la cui bocca rimane cucita per vergogna o per paura delle reazioni degli adulti. L'episodio, pian piano, si dimentica. Non il dolore, che rimane intatto, pronto a riemergere ogni tanto, senza motivo, o riacceso da una causa banale*».

Vi è poi la «depressione maggiore* per la quale non ha senso, sempre secondo Cancrini, ricercare la causa. «*Alla base vi è un disturbo grave di personalità che precipita il malato in una malinconia paralizzante*» intervallata da momenti di normalità (nella forma monopolare) o di euforia ugualmente immotivata (nella forma bipolare o maniaco-depressiva).

In uno specchietto di questa prima pagina del dossier vengono elencati i sintomi da tenere sotto osservazione, i «campanelli d'allarme» che possono talvolta anche indicare una depressione «mascherata», che può evolvere in disturbi psicosomatici o in vere patologie organiche. Ma viene ricordata anche la difficoltà di diagnosticare una depressione, «*perché è solo una questione di intensità e di durata di comportamenti non peculiari, ma comuni a tutti*».

Questa prima pagina del Dossier esprime, in maniera per forza di cose sintetica, il punto di vista di una medicina che si situa al confine fra la pratica medica e la vita, ed è complessivamente attenta alla persona sofferente. Le difficoltà e le contraddizioni vengono inserite in un contesto «dialettico» e discorsivo, e c'è anche una certa attenzione a farsi comprendere dal lettore «comune».

Nelle pagine successive invece, troviamo dispiegate sul terreno tutte le affermazioni contraddittorie che oggi costituiscono il discorso psichiatrico e psicologico sulla depressione; tutte date come assolute, messe l'una di fianco d'altra, sì che la confusione risulta inevitabile. Una forma di «pluralismo» che, come abbiamo visto, non è solo dei quotidiani.

L'intervento di Pierluigi Scapicchio ha un'apertura marziale:

*I trattamenti, indipendentemente dal tipo,
richiedono anni per dare risultati*
LE PSICOTERAPIE E I FARMACI GIUSTI
Il segreto è l'integrazione delle cure

«A partire dal 1 febbraio 2001 il Ministero della Sanità elimina ogni limitazione prescrittiva, ai fini della loro rimborsabilità, dei farmaci antidepressivi di nuova generazione,.. [...] La depressione è infatti una malattia subdola, facilmente soggetta a recidive; ed un corretto trattamento deve mirare non solo alla guarigione del singolo episodio depressivo ma anche a prevenire il ripetersi degli stessi, a volte nel corso dell'intera esistenza. [...] Ma i farmaci non esauriscono l'armamentario terapeutico della depressione. Interventi psicoterapeutici sono assai utili a fronteggiare una depressione: nei casi lievi anche da soli, nei casi di maggiore intensità sintomatologica, in associazione coi farmaci.»

E subito sotto, Paolo Cornaglia Ferrarsi

Ma non confondiamo la malattia con il «male di vivere»

«La depressione è una malattia più diffusa di quanto si creda. Una causa molto banale è l'uso indiscriminato di benzodiazepine, le molecole utilizzate per curare l'ansia o la mancanza di sonno. Sono i farmaci di maggior consumo da parte degli italiani. Chi ven-

de ansiolitici è felice come una pasqua; non solo perché pratica prezzi molto più alti di quelli che riesce a fare, con la stessa ditta, in Francia, ma perché il volume di pezzi venduti aumenta di anno in anno. Svezzarsi dalle benzodiazepine è difficile quasi come smettere di fumare o assumere droghe. La ragione è strettamente farmacologica: questi farmaci, infatti, creano dipendenza,,.

Dopo aver ricondotto l'insonnia a cause banali, come il rumore, la mancanza di un corretto stile di vita e di esercizio fisico, Paolo Cornaglia Ferraris conclude:

«[...] una correzione graduale e ferma delle abitudini prese e il rifiuto di usare farmaci se non strettamente necessari, può aiutarci a migliorare molto la nostra qualità della vita. Abbiamo imparato ad aggiungere anni alla vita, ora non possiamo naufragare nella depressione e nella noia perché non sappiamo aggiungere vita agli anni conquistati.>>

Ecco dunque che in due sole pagine, troviamo tre interventi dal sapore diverso, la problematizzazione di Cancrini, il trionfalismo di Scapicchio, che con dire guerriero parla di «armamentario terapeutico», la perplessità di Cornaglia Ferraris che capovolge il punto di vista e attribuisce all'uso di farmaci ansiolitici una consistente parte di responsabilità nella diffusione della depressione.

Segue un'interessante tabella sull'uso, in Italia, di antidepressivi, al primo Settembre 2000 (dati del Ministero della Sanità):

Antidepressivi triciclici, **1,47**

Antidepressivi SSRI **4,08**

Antidepressivi altri **1,03 (6,50)**

(l'unità di misura è il Ddo = numero di dosi terapeutiche consumate ogni giorno ogni 1000 abitanti)

da cui si può dedurre che i «nuovi» farmaci (SSRI) erano comunque, e largamente, i più usati in Italia, anche prima che il Ministero abolisse ogni limitazione prescrittiva. Un dato su cui si dovrebbe riflettere.

E, sempre nel Dossier si possono trovare: un test che chiunque può fare anche a casa sua, un glossario, uno specchio sulle

attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, un richiamo alla «cine-terapia», suggerimenti dietetici, e, *last but not least*, un articolo di Francesco Cro, dal titolo intrigante: *E PER CURARE I COMPORTAMENTI VIOLENTI FUNZIONANO ANCHE I NUOVI ANTIDEPRESSIVI*, dove troviamo il consueto trionfalismo costellato di condizionali: i nuovi antidepressivi, cioè i soliti SSRI, funzionerebbero meglio dei vecchi sedativi perché «*sembrano provvisti di una specificità di azione sulla dimensione patologica «aggressività» che parrebbe avvicinarsi più al concetto di «cura» che a quello di «controllo» del comportamento*». Ma nonostante i dubbi riguardo al meccanismo specifico d'azione, la validità e l'efficacia clinica è data per certa: i nuovi farmaci, per Cro «*sono*» (non parrebbero) «*efficaci in diverse situazioni cliniche caratterizzate da aumento dell'aggressività impulsiva*». Salvo poi, in chiusura del breve intervento, una nuova virata: «*cura dell'aggressività con SSRI sembra dunque molto promettente, sebbene, dato il suo carattere sperimentale, possa attualmente essere utilizzata con tranquillità solo nei casi meno gravi e gestibili ambulatoriamente*». L'articolo è collocato nella rubricina «*la scoperta*», ma viene da dire che interventi di questo genere scoprono più che altro l'attenzione degli autori a restare allineati e coperti. Dove la coperta è data dal condizionale, e l'allineamento dall'indicativo. In compenso ci fanno capire come mai un tipo come Tyson, sempre secondo i nostri quotidiani, lamenti trattamenti obbligatori a base di Prozac.

Dalla genetica alla dietetica, dalla letteratura alla filosofia, dalla cronaca alle rubriche del cuore, il panorama offerto dai giornali sulla depressione, più che vario, è pressoché sconfinato. Ancora, si va dalle molecole miracolose alle proprietà curative del the verde, dalla personalità anomala alla denuncia delle sindromi sociali.

Fra queste, La *disoccupazione come malattia dell'anima* (Corriere, presentazione del libro di Anna Maria Mori «*Gli esclusi*»); la «*sindrome da rientro*» così definita in seguito all'alto numero di suicidi registrato a Milano nella settimana successiva alla fine delle vacanze; la *sindrome da video poker*; quella da Internet; la guerra, con articoli e foto sulle disperate condizioni dei malati mentali nella ex Jugoslavia; la povertà, come sottolinea la Stampa del 27 giugno 2001: *Depressione psichica o economica?*.

Ma anche qui, accanto all'individuazione di una causa sociale e al reiterato allarme per il prossimo futuro c'è l'articolo della speranza. Che non è la rimozione delle cause sociali, la messa al bando di ogni guerra, la tutela dei diritti dei lavoratori, la lotta contro la disoccupazione, il rilancio del gioco degli scacchi, bensì – sempre – un «nuovo» psicofarmaco: *Verso un'altra arma contro il male oscuro – DUE RICERCATORI ITALIANI EMIGRATI NEGLI STATI UNITI HANNO SCOPERTO UNA PRECISA CONNESSIONE TRA IL NEUROTRASMETTITORE «P» E IL SISTEMA DELLA SEROTONINA: SI SPIANA LA VIA A NUOVI FARMACI.* Pfizer e Merck le ditte interessate.

Né mancano, i quotidiani, di informarci sui convegni scientifici.

Il Giornale, 26 febbraio 2001

La depressione? Ecco le terapie più aggiornate
*All'Hilton il sesto congresso della società italiana
di psicopatologia*

Finalmente, dice l'articolo, la psichiatria ha i riconoscimenti che merita, anche all'interno del campo medico in cui fino a cinquant'anni fa era una Cenerentola. *Oggi è una disciplina d'avanguardia [...] e i sistemi diagnostici dei disturbi mentali sono divenuti elaborati e complessi. [...] «I successi della nostra disciplina – spiega il professor Paolo Pancheri [...] – hanno portato alla caduta dello stigma sociale, che da sempre si accompagnava ai disturbi psichiatrici [...]»*

Si parla poi di uno studio condotto su 600 pazienti ricoverati e presentato da Enrico Smeraldi del San Raffaele di Milano, in cui si evidenzia *«come la luce del sole abbia veri e propri effetti curativi della depressione»*. Un breve cenno alle depressioni stagionali (non mancano mai, e se si cerca sui quotidiani si trova certamente qualcosa sulle depressioni di primavera, su quelle d'autunno, quelle d'inverno e quelle dell'estate). Ma il pezzo forte è in agguato e viene fuori verso la fine dell'articolo:

«La componente genetica è senza dubbio rilevante – spiega il professor Pietro Pfanner, ordinario di neuropsichiatria infantile all'Università di Pisa – ma possono esserci anche concause ambien-

tali, come il distacco precoce dai genitori, l'abbandono, l'educazione sbagliata. Nei piccoli la depressione si manifesta con comportamenti bizzarri, o disinteresse, intorpidimento o anche con comportamenti apparentemente opposti come turbolenza o iperattività. Il genitore che ha il sospetto che il piccolo non sta bene deve cercare di aiutarlo attivando meccanismi di compenso: parlando con il bambino, allargando la sua esperienza sociale. E se non basta si ricorre alla psicoterapia vera e propria che include spesso anche il nucleo familiare o la farmacoterapia».

E dunque, la componente genetica è senza dubbio rilevante, le cause ambientali sono solo concause, i genitori potranno fare molto (agendo sulle concause) ma laddove dovessero fallire non devono preoccuparsi, gli specialisti ci sono, sanno il fatto loro e possono intervenire con psicoterapia e con farmaci. Ed è ora anche di farla finita con lo stigma sociale, come dice Pancheri. Dei malati mentali non c'è da aver paura, non vanno esclusi o emarginati, vanno solo consegnati alla medicina che li risistema e li rimette in circolo. Come già aveva spiegato – sempre dell'Università di Pisa – il professor Giovanni Cassano (Repubblica.it 7 aprile – giornata mondiale della salute mentale, come si è visto) nell'articolo «*Depressi otto italiani su 100 ma sono in pochi a curarsi*»: *Il maggior nemico di chi soffre di un disturbo mentale non è la malattia stessa ma ipregiudizi e la disinformazione che la circondano.*

Detto così, non c'è niente da obiettare al professor Cassano. Ma appena ci si chiede «quali sono» quei pregiudizi e «chi alimenta» quella disinformazione, il discorso cambia radicalmente. Così come cambia configurazione, ma non perisce, lo stigma.

In sostanza si dice (ed è un cavallo di battaglia della propaganda biopsichiatrica): «bisogna superare lo 'stigma' sociale che circonda il disagio mentale: infatti il depresso è 'solo' un malato, così come è un malato l'alcolista o qualsiasi altro tossicodipendente, è un malato il giocatore d'azzardo (»compulsivo«) come il bambino «iperattivo» – e altre ... condizioni mediche». Lo stigma è così «superato e conservato», con inversione di priorità (il marchio 'puramente medico' s'impone su quello oscuramente sociale): si potrebbe parlare di un fenomeno di stigma inverso.

Crescono dunque le condizioni «mediche», si auspica (e realizza) una crescita della sfera d'influenza medica su forme di disagio (o varietà

umane) prima a-mediche, e si **correla** questa proliferazione sindromica con opportune «molecole del cervello». [...] Steven Rose ha recentemente ironizzato su questo proliferare di diagnosi e molecole incolpate e ha suggerito che non tanto la nuova eugenetica, quanto la nuova «eufenetica» definisce il programma di «medicalizzazione de quotidiano» per il prossimo millennio. (Furio Di Paola, *L'istituzione del male mentale*, Manifestolibri, 2000).

A volte, fra titolo, occhiello, sommarietto e testo non si capisce bene quale sia il contenuto del «pezzo».

La Repubblica, 6 febbraio 2001:

L'esperimento di scienziati Usa su un gruppo di donne sottoposte a un «esame per immagini».

Attività cerebrale diversa

in base alla personalità di ciascuno.

Nel cervello il segreto del pessimismo

La chiave è nei neuroni.

Una nuova strada per la cura della depressione

I risultati dell'esperimento, sintetizzati dal dottor John Gabrieli che lo ha diretto, non dicono affatto – e non potrebbero dirlo, per come l'esperimento stesso è strutturato – che nel cervello si trova il segreto del pessimismo, ma esattamente il contrario, e cioè che *«a seconda della personalità di ciascuno il cervello amplifica alcune esperienze piuttosto che altre»*.

E quanto alla nuova cura per la depressione, *«bisognerà aspettare qualche anno»*. *«Non sappiamo – conclude Gabrieli – se le cause di ansia e depressione vadano cercate nel nostro codice genetico o se siano invece reazioni a determinate esperienze della nostra vita»*.

Apprezzo il dubbio del professor Gabrieli, e sottolineo che in questo esperimento la genetica non c'entra affatto, **almeno** per come viene presentato sul nostro quotidiano. Ma analizzare meglio l'articolo è importante perché si tratta di un tipico caso di **inversione** fra causa e effetto, che non è senza ripercussioni sul modo comune di pensare a questo argomento e sulla pratica clinica.

Dunque, in base ad un test psicologico preliminare, un gruppo di donne viene suddiviso in due sottogruppi, le ottimiste

propense «*a vedere sempre rosa*» e le pessimiste «*inclinati a vedere sempre nero*». A queste persone vengono fatte vedere delle fotografie, immagini ora *positive* (un cucciolo, una coppia felice...) ora *negative* (ragni, corsie d'ospedale...). Attraverso la risonanza magnetica si osserva che le ottimiste hanno una maggiore attività cerebrale quando vedono le immagini positive, le pessimiste il contrario. Per dirla con le parole del giornale «*Per chi vede sempre nero, la corteccia e l'amigdala si «accendono» alla comparsa di fotogrammi catastrofici» mentre «le ottimiste mostravano una elevata attività quando guardavano le foto positive»*».

Ora, che cosa ci dice questo esperimento?

Anche trascurando il fatto che una persona può essere «pessimista» ma accendersi di luce gioiosa alla vista di una corsia d'ospedale semplicemente perché, magari, vuole fare il medico o perché ricorda una esperienza d'ospedalizzazione finita bene – e quindi trascurando il fatto che il «segno» attribuito alle immagini è del tutto arbitrario –, secondo me l'esperimento dice che la «personalità» (con tutta la genericità che il termine comporta) determina, o almeno condiziona, quello che accade nel cervello. Non il contrario, che l'attività del cervello ci fa essere ottimisti o pessimisti. Questo è tutto da dimostrare, e dunque quel titolo mette fuori strada i lettori: non è nel cervello il segreto del pessimismo ma semmai nella «personalità» (segreto, in vero, molto di Pulcinella).

Ma gran parte della psichiatria clinica – in particolare la «biopsichiatria» – ragiona ahimè come i titolisti dei giornali. Sei depresso? Vuol dire che qualcosa non va nel tuo cervello: ti prescrivono un bel farmaco e lo condisco, se si può, con una psicoterapia. Le «basi biologiche della depressione» diventano l'oggetto vero, quando non esclusivo, del trattamento. In questo modo la nuova strada per la cura della depressione è quella da cui mette in guardia Eugenio Borgna:

«Nel diffondersi di teorie e di prassi che affidano ai farmaci la risoluzione di ogni problema interiore e di ogni conflitto [...] si nasconde in fondo la tentazione, consapevole e inconsapevole, di creare robot de-emozionalizzati e automi im-personali (anonimi). Non solo, si progetta così una forma di vita dalla quale si allontanano ogni profondità e ogni riflessione, e nella quale si sia immersi in una condizione emozionale standard, contrassegnata dalla cancellazione della tristezza [...] e dalla sua sostituzione con una condizione emozionale «ipertimica», gaia e indifferente al dolore; nel dilagare, insomma, di una «allegria» e di una, magari blanda, «eu-foria», che

non facciano pensare e non facciano riflettere sulle contraddizioni e sulle ferite della vita, sulla fatica di vivere. (Introduzione a Alain Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, 1999)

Attenzione, chi è depresso uccide anche te.

Verrebbe voglia di chiamarlo così questo paragrafetto che riguarda direttamente la pericolosità sociale del depresso (e del «folle» in genere).

Alcune cose le abbiamo dette nella seconda parte, occupandoci di fatti di cronaca. Ma a seguirla, la cronaca, di spunti per riflettere se ne trova tanti: con cadenza quasi settimanale vediamo un «depresso» (o un «ansioso», o uno che «soffriva di malattie mentali» o uno che «era in cura presso i servizi psichiatrici territoriali» o ancora uno che «era stato ricoverato il mese scorso nella clinica psichiatrica del capoluogo») macchiarsi di fatti di sangue.

I depressi che uccidono hanno sempre una appartenenza nazionale, una luminescenza o una oscurità sociale, un reddito, uno stato civile, dei possibili precedenti o «avvisaglie». Hanno conoscenti – più di rado amici – che raccontano. Alcuni hanno una stella in fronte, altri una coda d'asino. Su queste proprietà il giornalista costruisce il suo «pezzo».

Se il folle che uccide è un emigrato tutti paventavano che da un giorno d'altro potesse accadere, se è uno svizzero la cosa risulta inspiegabile, se il gesto è seguito dal suicidio vanno cercate le cause recondite di tanto malessere, altrimenti la questione principale è se persone simili sono degne della libertà. Il pendolo oscilla fra mostro e «caso umano» e tutti si partecipa al rituale collettivo di rinfrancamento.

È così, sarà così, non è che io abbia la forza o l'illusione di cambiare le cose, ma ogni volta che leggo delle violenze di un folle, particolarmente delle esplosioni di violenza improvvisa, non riesco a non ripensare, meccanicamente ormai, alle parole di Brecht: *il fiume impetuoso è detto violento, ma il letto che lo serra nessuno lo chiama violento*.

Ed ogni volta che le cronache parlano di violenze immotivate penso che invece i motivi sono troppi per poterli individuare tutti, classificare e ordinare secondo una gerarchia di *determinanti*. Forse siamo troppo limitati per capire sul serio, e possia-

mo controllare una certa quantità di dati e di informazioni: quando a costruire un «caso» concorrono troppe variabili dobbiamo arrenderci. E dichiararlo.

Davanti a casi di tipo diverso (penso alla donna di Palombara Sabina che ha ucciso i due figli, alla donna di Milano che ha ucciso marito e figlio, all'uomo ucraino emigrato negli Stati Uniti che ha colpito l'intera famiglia, al signore svizzero che ha fatto una strage nel parlamento cantonale) che vengono accomunati sotto il termine «depressione» o altra malattia mentale, mi viene da dire che non la depressione li accomuna, ma la violenza. Una violenza che è molto visibile nel momento in cui esplose tragicamente, ma che è meno visibile quando ci attraversa tutti, nella nostra vita quotidiana e ci costringe a convivere, in qualche modo. Le storie di queste persone sono spesso fatte di lunghe sofferenze, incomprensioni (talvolta indifferenza, talvolta attenzioni ossessive), spesso di povertà, spesso di ignoranza, spesso di emigrazione. Se si seguono le cronache al di là del momento in cui «il fatto» desta scalpore, quando non fa più notizia ed è perciò relegato in piccoli trafiletti, si scoprono molti indizi di umanità lacerata dietro quegli atti eclatanti. Thomas Bernhard diceva che per essere uno scrittore bisogna avere fatto almeno una volta l'esperienza dell'ospedale. Credo che per tutti sarebbe utile almeno un'esperienza (meglio se volontaria) nei luoghi e con le persone «difficili», i cui corpi e menti ci raccontano traumi, perdite, trascuratezze. O al contrario intensità inusitate: per alcune persone un sorriso, uno sbadiglio, il semplice aleggiare di un sospetto diventano eventi importantissimi che si ripercuotono nell'interiorità di una persona in maniera insospettabile. E chi è vicino, quello per cui uno sbadiglio è meno di niente, non se ne accorge.

Siamo tutti persone «difficili». E gli altri, tutti, sono altro da noi. Se si pensa profondamente a queste due proposizioni forse si riesce ad evitare alcuni errori grossolani nella relazione con gli altri, nel giudizio sugli altri, e su noi stessi. Ma questo, nella nostra civiltà, manca. Parafrasando un titolo diventato famoso nei giorni seguiti ai fatti di Novi Ligure direi che non sappiamo ascoltarci, non sappiamo ascoltare noi stessi e non sappiamo ascoltarci l'un l'altro. Così demandiamo agli specialisti dell'anima il compito di comprenderci e di spiegarci. E in questo modo perdiamo la capacità di rispettare l'altro e di rispettarci.

Mi augurerei, ma so che non sarà così, di non trovare più titoli di questo tipo: *La mamma assassina si confidò con una signora: «Piuttosto che vivere con mia suocera li ammazzo e poi mi suicido»*. Sono titoli che fanno male a tutti, d a sventurata che ha ucciso, alla signora che lo ha 'confidato' alla giornalista, alla giornalista, ai lettori. O particolari sul polso che non dà tregua al marito della donna omicida – una «macedone», non si finisce mai di ripeterlo: si era fatto male cercando di fermarla a pugni.

In questi giorni, siamo all'inizio di ottobre del 2001 e soffiano venti di guerra, è arrivata la notizia che gli undici periti del caso Novi Ligure hanno dato unanime parere: Erika e Omar, nel momento in cui uccidevano, erano in pieno possesso delle facoltà mentali. Cioè, non erano pazzi. Sebbene questo libretto sia tutto dalla parte dei pazzi, la notizia non mi fa piacere. Perché mette a nudo ancora una volta l'inconsistenza dei nostri schemi mentali, l'incapacità dei nostri modelli interpretativi di cogliere la realtà. Se non erano pazzi, allora cos'erano? Mostri? Forse, semplicemente «umani» e come tutti gli umani, «inafferrabili».

Di fronte a questa inafferrabilità possiamo compiere alcune scelte. Possiamo scegliere di controllare i devianti fin dal primo apparire del più lieve sintomo, istituendo controlli di polizia dell'anima severi e capiiari; possiamo rifiutarci di fare nuovi figli e accontentarci di «clonare i bambini perfetti», come ha suggerito Christian Barnard (La Stampa, giovedì 5 luglio), oppure possiamo rendere più accogliente il letto del fiume, prima che questo straripi. Possiamo anche fingere di non vedere isolando il diverso.

[...l'estremo isolamento, quasi un'interdizione, che colpisce la figura di Jadranka. È un isolamento tanto più inesorabile quanto più è moderno. La donna era stata curata anni fa in un centro d'igiene mentale, le avevano dato il Prozac. La parola depressione, si sa, è da anni un passe-partout verso il mondo del disagio mentale. Che cos'ha questa straniera, che ai paesani sembra una strega, che alle feste di paese balla da sola, che non ha amici e non parla con nessuno? Depressione, avevano decretato, e come dargli torto: certo Jadranka il demone della malinconia doveva conoscerlo da vicino. Così la selvatica macedone era stata sdoganata nel mondo evoluto e affollato dei nevrotici contemporanei, ai quali in genere le pillole antidepressive fanno bene. Le pillole, invece, non possono

niente contro l'alterità, contro l'abisso della diversità, contro il baratro tra le culture. Il tempo non sempre procede in maniera lineare, a volte procede malignamente all'incontrario: in una città moderna come la nostra, in una campagna modernizzata come quella attorno a Roma, apre voragini di arcaicità, presenta conti inaspettati e infinitamente crudeli. A questi buchi neri cronologici – che andando sempre di fretta, sempre ossessivamente rivolti al futuro, non siamo in grado né di decifrare né di fronteggiare – diamo nomi comuni contemporanei come emarginazione, devianza. Oppure quando accade l'imprevedibile, che a ben vedere, a ben leggere i dati che emergono solo dopo, era persino prevedibile – diamo l'unico vecchio nome che lo sgomento ci consente: follia.
(Elisabetta Rasy, Corriere della Sera).

4. CONCLUSIONI PROVVISORIE

4.1 CRITICA DELLA FOLLE CRONACA

Ogni società si fonda sulla condivisione di un 'delirio' – un'idea assurda che il consenso intersoggettivo veste di verità mentre il successo storico e la funzionalità sociale ne decretano il carattere razionale e l'apparenza naturale – e contrassegna col marchio della 'follia' ogni delirio atipico.

Non in tutte le società la follia è trattata come un nemico, in alcune è reintegrata nella macchina sociale che funziona anche grazie ai dispositivi creati intorno ad essa. In tutte le società alcune follie non sono considerate nemico da combattere, perché si rivelano utili al funzionamento della macchina.

Ogni società aderisce a quel delirio fondante modulandolo, distorcendolo, adattandolo alle necessità contingenti. Il delirio fondante deve essere sufficientemente plastico da farsi maltrattare senza venire meno, deve sopportare i colpi dell'incoerenza e un certo grado di scostamento dalla realtà vitale.

La «nostra» società crea i propri nemici dichiarandoli tali e agisce in maniera che essi lo diventino materialmente. Fa così anche con la follia, creando i propri folli e la propria follia generale.

I veri artifici, fino ad ora, sono questi. Non sono i cervelli artificiali, ma le menti collettive. Non esiste oggi altra psicotecnologia che la mente collettiva generata dalla interrelazione costante fra mass media, nuove tecnologie, e persone o popoli. Il topo lucciola è senz'altro un artificio, ma al momento l'opinione pubblica e le emozioni collettive – la psicologia di massa – sono un artificio assai più potente.

Sebbene i quotidiani, e in particolare alcuni giornalisti, riescano talvolta ad essere autocritici, essi contribuiscono a elaborare e proporre modi di pensiero «semplificati», che in questa semplicità, nel loro essere pronti per l'uso, e nella reiterazione continua trovano la forza di imporsi. Tecniche mutate dalla psicologia, dall'arte, dalla grafica, contribuiscono a dare forma comples-

siva a un sistema di pensiero ricco di proposizioni contraddittorie – è vero – ma ordinate gerarchicamente, una gerarchia che ne fissa ambiti più o meno ampi di 'validità'.

Titoli o sommari del tipo «I marziani di Orson Welles guariranno gli psicopatici», «L'anno dei miracoli», «Scoperto nel Dna il vizio del fumo» «I segreti del cervello afrodisiaco» «La grammatica è nel cervello» (San Raffaele, naturalmente – un giorno ci daranno un farmaco per non commettere errori di grammatica?), «Arriva Andi, scimmia medusa – l'esperimento apre la strada a nuove terapie mediche» «Creata la scimmia anticancro» «Nata la prima scimmia transgenica – aperte nuove strade allo studio e alla cura di molte malattie, dall'Alzheimer all'Aids» «Un gene in più per Andy – la sua alterazione nel Dna sarà utile per terapie e vaccini contro malattie come l'Alzheimer» – titoli così, dicevamo, sono molto più potenti di un intervento serio e scientificamente corretto, riferito ad esperimenti sui topi, dal titolo «Una speranza per le neuropatie» (e già va meglio), che comincia in questo modo «*Le malattie neurodegenerative non hanno per ora nessuna speranza di guarigione [...] riguardo a queste neuropatie sappiamo molto della genetica, delle cause e del modo con il quale insorgono e progrediscono ma, fatta la diagnosi, il potere della mediana per ora si ferma. Forse, tuttavia, sta aprendosi uno spiraglio [...] non si parla più di irreversibilità del male ma della speranza remota di curarne la causa*». Fa piacere che a scrivere queste parole serene sia Pier Carlo Marchisio, Università Vita-salute del San Raffaele di Milano. Farebbe ancora più piacere se scrivesse parole altrettanto ponderate quando le **super-scoperte** vengono annunciate in casa nostra anziché da laboratori concorrenti (in questo caso americani).

E ancora: «Nel 2025 un milione di malati di mente» «Malato di mente un italiano su dieci» «Dieci milioni di italiani soffrono di disturbi psichici» «[...] un italiano su due sarà malato di mente» «Dallo psichiatra dieci d o n i di italiani» «I mali mentali emergenza dell'OMS» «Allarme depressione: ne soffre una donna su quattro». Tutto questo è diverso dal dire, più correttamente: si stima che un certo numero di persone soffrano almeno una volta nella loro vita di un episodio di disagio mentale, una depressione, ad esempio, o una crisi di ansia, o altro. In questo

modo l'episodio è riportato alla sua reale dimensione umana, esistenziale, sperabilmente transitoria, probabilmente legata ad episodi di vita, e non diventa sintomo di «**follia**».

Altri titoli: «Sì, l'ho vista uccidere» «**Attenti ai figli a mano armata**» «Ecco i veri ragazzi americani annoiati, perversi, **sanguinari**» «**Un altro bravo ragazzo assassino**»; E poi, nel testo, parlare di generazione di assassini, rendere piccanti gli articoli associando malattia mentale e tendenze sessuali «anomale», dire «ambiguo» riferendosi alla sessualità e senza sentire il bisogno di esplicitare quel riferimento, solleticare i pruriti del lettore, dimenticare che fino a prova contraria siamo tutti innocenti e tutti sani di mente, evidenziare espressioni particolari dei protagonisti: sono ottimi modi di *catturare* il lettore, e nello stesso tempo di non rispettarlo, di non rispettare chi vive quelle tragiche esperienze, né **gli stessi** giornalisti che fortunatamente, in privato, un po' se ne vergognano.

Leggo: «Spari e follia – terrore in ospedale». L'articolo mi dice di un malato di mente che produce (semina, scatena) momenti di panico in un ospedale rubando una pistola e sequestrando un prete. E poi mi dice anche, verso la fine, che tutti i colpi sparati – ben quindici proiettili – sono partiti dalle armi dei carabinieri. Il folle è ferito in vari punti del corpo, la prognosi è per il momento riservata, ma si salverà.

È inutile gridare non sparate sul pianista, il pianista o fugge o è il primo a prenderle. Inutile ricordare qua e là che scienziati americani scoprono che la **gestualità** è direttamente connessa alla parola e che se si è immobilizzati ci si esprime male, non si trovano le parole, si balbetta. Oggi la tendenza è che la grammatica va trovata **nelle** cellule cerebrali. **Inutile** ricordare ai giornalisti della carta stampata che non si può gridare allo scandalo per come la TV tratta i bambini se i quotidiani, con i mezzi «limitati» di cui dispongono fanno esattamente la stessa cosa.

E neila corsa al cervello quale causa dell'universo mondo – c'era da aspettarselo, no? – anche Dio diventa un prodotto del cervello. Badate bene, del cervello, non dell'uomo o della storia. Del cervello. Qui, ancora una volta, Repubblica batte tutti: «Dio

è spirito, anzi cervello - I neuroni guidano la fede». Nasce la neuroteologia fondata sull'assunto di base «Il cervello umano è stato geneticamente configurato per incoraggiare la fede religiosa». La bufala emerge leggendo il resoconto degli esperimenti che in verità dicono: durante l'esperienza religiosa, preghiera o meditazione, alcune parti del cervello sono maggiormente irrorate di sangue, altre meno.

Ma la corsa continua. Al «cervello artificiale» per merito di un russo prima e degli americani poi, come ai tempi dell'assalto alla luna; viene proclamato un giorno sì e un altro pure lo «scacco al panico» (sempre al San Raffaele si sta sperimentando un farmaco vincente); il professor Antinori promette che clonerà l'uomo «secondo natura», qualcun altro dichiara che presto attuerà un «trapianto di testa» e il cyber scienziato Kewin Warwick dice: «Io e Irena uniti da un chip sentiremo le emozioni a distanza - via Internet mia moglie mi accarezzerà stando in America e io awertirò l'emozione restando a Londra». Intanto che aspettiamo la televisione con gli odori, già allo studio da qualche parte, prefiguriamo anche quella che grazie a un chip, ci farà sentire il calore umano.

Vorrei dire (parlo per me): No, grazie - e non perché sono contro la scienza, al contrario, quanto perché del mondo mi piace di più il lato umano che quello tecnologico. Non voglio sempre più cose finte che sostituiscano quelle vere, voglio cose vere. Non voglio diventare pazzo, né un pazzo perfettamente integrato nella grande finzione, nella grande mente tecnologica, né un pazzo avverso, un deviante apocalittico.

Non voglio uno psicofarmaco che mi renda felice davanti a un elettrodomestico capace di stimolare tutti e cinque i sensi, non voglio vivere dentro una planetaria Invenzione di Morel. Non voglio e basta, senza perché. Proprio come la scienza e la tecnica vanno avanti senza bisogno di perché, solo di finanziamenti. Esse sono, insieme al denaro che le rende possibili, il fondamentalismo del nostro tempo occidentale e distruggono, senza perché e senza averlo come obiettivo, tutto ciò che si oppone alla loro corsa, compreso l'uomo.

I giornalisti non sono tutti reprobri, i quotidiani non sono la biblioteca dell'immonda falsità. Questo è vero, e francamente non mi vedo a vivere in un mondo senza quotidiani. Ho incominciato a comprarli da piccolo, costavano, se la memoria non mi inganna, venti lire. Ho letto il Corriere dello Sport quando nell'Inter giocava Jair, La Domenica del Corriere con le copertine di Walter Molino, sono passato all'Espresso quando era ancora un lenzuolo grande come il Corsera. Continuo a leggerli, sempre più stancamente.

Da qualche parte, qualcuno deve avermi detto che una cosa sono i fatti, altro le notizie.

E la regola aurea del giornalismo è cercare la notizia.

Un cane che morde un uomo è un fatto, ma non una notizia. Un uomo che morde un cane, ecco una «bella notizia».

Nel mondo dei quotidiani un folle che aggredisce un normale è sempre una notizia, un normale che aggredisce un folle, no. Perché? Perché la normalità, nel senso della distribuzione statistica, è quest'ultima. La norma statistica è il sano che aggredisce il folle. Sano che a volte ha il camice del medico.

Per oltre sei mesi ho guardato La stampa, il Corriere, Il Giornale, La Repubblica, Il messaggero e poi ancora Il Manifesto (di cui vorrei segnalare la bella inchiesta «Il teatro della salute») alcuni giornali locali che mi venivano segnalati via via da amici, e talvolta i settimanali. Ho esteso la ricerca a riviste settoriali più accreditate, e pubblicazioni delle varie associazioni di categoria; ho guardato su Internet.

Cercavo esempi di 'malasanità' in psichiatria.

Il risultato è deludente. In rapporto a tutti i trionfalismi sull'onda dello «sconfiggeremo la malattia mentale» e a tutte le esaltazioni del tipo «la schizofrenia è un'onda di fuoco» le denunce delle male pratiche in psichiatria sono nettissima minoranza, talvolta sono anche strumentali, assoggettate a interessi più o meno dichiarati – e questo è, se possibile, anche peggio.

Eppure i malati di mente, in Italia e d'estero, soffrono di pesantissime discriminazioni, subiscono etichettamenti che sono solo la caricatura di una diagnosi clinica, vengono ancora rinchiusi in luoghi dai quali non usciranno per lunghissimo tempo,

vengono legati, spessissimo senza alcun motivo d'alcun genere, al letto durante i ricoveri obbligatori o volontari, subiscono elettroshock, e in tutte le strutture, sia pubbliche che private, sono costretti – ci sono molti modi di costringere una persona – a ingurgitare psicofarmaci somministrati a volte senza neppure rispettare le avvertenze delle case produttrici.

Taluni vengono, come si dice, imbottiti di psicofarmaci senza che la situazione richieda dosi massicce, ad altri i farmaci vengono prescritti solo per «agganciare il paziente», per fare in modo che resti in terapia. Con le migliori intenzioni da parte del medico, s'intende. Non discutiamo qui di sadismo o di disturbi della personalità degli psichiatri. Con le migliori intenzioni da parte di parlamentari e di alcuni familiari di pazienti psichiatrici, oggi – ottobre 2001 dell'era cristiana – viene discussa in parlamento una legge che vuole modificare la 180 sottraendo ai malati di mente quei diritti che, almeno sulla carta, essi avevano conquistato, e che, se verrà approvata, renderà ancora più tragico il bilancio della situazione e, inoltre, trasferirà nelle tasche di molti privati già lanciati nell'affare i soldi dello stato.

Perché tutto questo non fa notizia?

I matti non fanno audience, ho letto da qualche parte.

Come non fanno audience i suicidi. Vuoi mettere un bell'omicidio plurimo con tanto di squartamento, con tanto di paese che parla, con tanto di sindaco che dice la sua, di intellettuale, di petito, di tribunale.

Un suicidio è presto archiviato.

Per fare notizia deve essere il suicidio di una persona nota, o di una persona indagata da qualche procura importante, o deve seguire a raptus omicidi. Ma talvolta, anche in questo caso, mentre dei gesto omicida erano piene le cronache, della decisione di andarsene non si trova che una marginale notizia d'agenzia: meno di due o tre righe, desolate come la solitudine nella quale il gesto è compiuto. «Si uccide in cella duplice omicida – Aveva ucciso la sua ex-convivente e il padre di lei e per questo era in carcere in attesa di giudizio: ieri mattina si è suicidato impiccandosi nel bagno del penitenziario... Si tratta di ...» E così il caso è chiuso. Un poeta veneziano si è conquistato gli onori della cronaca non per essersi suicidato, ma per aver organizzato una specie

di macabra caccia al tesoro da effettuarsi dopo la sua morte.

Alunni iperattivi o aggressivi (ADHD?) vengono costretti ad allontanarsi dalla scuola, qualche giornale ne parla, l'impegno del singolo giornalista magari c'è (in uno di questi casi abbiamo ad esempio letto sul Corriere: «si tratta di una sconfitta della scuola, della convivenza civile e della tolleranza») ma non c'è la forza di portare all'attenzione di tutti fatti come questi. Chissà perché – o forse noi tutti lo sappiamo – le cose divengono più facilmente di pubblico dominio se ad essere discriminati sono gli 'handicappati': come nel caso della persona a cui venne impedito di salire su un aereo perché 'disabile'. Ma c'è voluto un caso simile perché si sospettasse che il regolamento prevedeva proprio che quella persona non salisse sull'aereo. Non è, non sempre, un fatto di cattiveria. Talvolta il male è un banale fatto di regolamenti.

Rimarremo convinti che l'amore è invece un fatto di dopamina (D di Repubblica)? Che un giorno se saremo infelici per amore potremo prendere un farmaco che ci farà diventare felici – ma cosa significa in questo caso diventare felici? Dimenticare il sentimento? O mantenere solo un sentimento gioioso e defoliare dall'albero delle nostre emozioni la tristezza? Ho l'impressione che quel farmaco possa avere lo stesso effetto che i diserbanti hanno sulle piante. Eliminano l'erba, ma tracce consistenti rimangono anche sulla pianta «salvata».

Talvolta i giornali fanno un'autocritica. Esplicita, o anche implicita. Promettono ogni giorno un nuovo farmaco, ma poi si occupano del «mercato dei pazienti-cavia» e approfittano del caso Lipobay o dell'ultimo romanzo di Le Carrè, per parlare di alcuni comportamenti «proibiti» delle case farmaceutiche.

Sì, talvolta i giornali fanno autocritica, ma in rapporto alla mole di parole fuori luogo, esagerate, servili o taciute ad arte, essa si riduce a un sussurro bisbigliato all'orecchio dei lettori più attenti: «mi dicono che non è vero».

Roma, 7 ottobre 2001,

chiudo questo lavoro mentre gli Stati Uniti attaccano Kabul.

LINEE DI SALUTE MENTALE
di **Massimo** Cozza

WWW.INFORMA-AZIONE.INFO

5. LO STIGMA QUOTIDIANO

L'analisi degli articoli riguardanti i reati commessi da persone con disturbi psichici non lascia purtroppo alcun dubbio.

Agli inizi del terzo millennio il cosiddetto folle è considerato pericoloso ed imprevedibile, alimentando lo stigma nei suoi confronti e le conseguenti discriminazioni.

Quando i quotidiani trattano di salute mentale con titoli ad effetto, i contenuti degli articoli sono centrati nella stragrande maggioranza dei casi sul cosiddetto «raptus di follia», che può riguardare una persona da tutti ritenuta normale fino al momento in cui improvvisamente e senza alcun apparente motivo sarebbe impazzita.

Se poi il reato è commesso da una persona già seguita per i suoi precedenti psicopatologici si avvalorza sempre più il concetto di pericolosità, associandolo a quelli di inguaribilità, con la conseguenziale richiesta di istituzioni dove si possa «rinchiudere e curare».

Pochi articoli approfondiscono le vere storie di queste persone e dove viene fatto nella maggior parte dei casi emergono problematiche relazionali, familiari e sociali che hanno condizionato lo stato psicologico della persona e che possono in parte spiegare il reato commesso.

Certamente vi sono delle persone con gravi disturbi psichici che sono anche pericolose ma queste lo sono così come lo sono i cittadini normali, che possono anche uccidere, rapinare o commettere violenze.

E così come alcuni atti dei «normali» sono difficili da comprendere e da spiegare, lo sono anche alcuni atti dei «folli».

Il recente manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione «Schizofrenia e cittadinanza» della Associazione Mondiale di Psichiatria afferma testualmente: *«la percezione pubblica, sostenuta dai media, che la malattia mentale sia strettamente correlata alla violenza non è convalidata da alcuna evidenza scientifica».*

È invece purtroppo vero che chi soffre di gravi disturbi è più facilmente oggetto e non soggetto di crimini.

Nel Manuale si evidenzia come da un recente studio – parte del Progetto degli indicatori culturali della Annenberg School for Communications che ha analizzato circa ventimila dialoghi svolti d'interno di 1.371 programmi televisivi compresi cartoni animati e soap opera sulle principali reti televisive – risulta come *«i personaggi valutati più negativamente, i cattivi, sono proprio i malati di mente»*. Inoltre il 70% dei personaggi etichettati come malati mentali venivano descritti come violenti.

Una pubblicità televisiva mandata in onda nel novembre 2001 da una marca internazionale di benzina era centrata su due persone con le camicie di forza che affermavano «Mica siamo matti!».

Clamore ha suscitato il servizio del TG1 delle ore 20.00 del 10 gennaio 2001, il più seguito dagli italiani, che doveva trattare della Prima Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale.

Apprendo i lavori della Conferenza il Prof. Umberto Veronesi, Ministro della Sanità dell'epoca, aveva posto nella sua relazione proprio lo stigma come una delle priorità da affrontare nel nostro paese.

Il servizio della Tv pubblica, con un impatto sensazionalistico, ha invece iniziato e continuato a dare la notizia trasmettendo le immagini di una casa messa a soqquadro da una persona con gravi disturbi psichici, rafforzando in milioni di italiani il concetto di pericolosità.

Questo messaggio continuiamo a leggere sui nostri quotidiani che si soffermano sugli atti di violenza senza affrontare le problematiche correlate ai disturbi.

E l'impatto emotivo suscitato può creare una distorsione cognitiva per la quale si è portati a scambiare l'intensità con la frequenza: per quelle immagini del Tg 1 milioni di cittadini saranno convinti che il malato di mente è spesso violento.

Se rimangono pochi gli articoli che affrontano la «normalità» della follia rimane impressa solo la pericolosità e le conseguenze di questa disinformazione sono drammatiche.

I cittadini non accettano che una persona con disturbi psichici viva nel proprio condominio o che si aprano strutture per malati di mente nel proprio quartiere.

I datori di lavoro evitano di assumere queste persone, luoghi sociali si chiudono automaticamente. La famiglia si sente allontanata e colpevolizzata. Le assicurazioni sanitarie praticamente non coprono i disturbi psichici. Infine la persona stessa può cadere nel meccanismo dello stigma autoescludendosi dalla società.

Questo quando nei paesi industrializzati è stata scientificamente dimostrata l'associazione tra isolamento sociale ed esito infausto del disturbo, e la minore necessità di ricovero per le persone che hanno reti sociali estese e complesse.

A questo proposito Benedetto Saraceno, psichiatra direttore del Dipartimento Salute Mentale dell'OMS a Ginevra, sul Corriere Salute dei Corriere della Sera dell'11 Novembre 2001 afferma che *«la paura della discriminazione sul lavoro e sull'avanzamento di carriera professionale porta a nascondere la malattia, o a non volerla ammettere. Anche in paesi come l'Italia.»*

Un altro concetto fortemente correlato allo stigma, che spesso ritroviamo negli articoli dei quotidiani, è legato alla individuazione delle anomalie genetiche come causa dei disturbi psichici.

Ad esempio così La Repubblica del 21 marzo 2001 affrontava una notizia relativa alla ereditarietà della schizofrenia:

«IL GENE DELLA SCHIZOFRENIA È NASCOSTO NEL CROMOSOMA NUMERO 22. Scienziati tedeschi hanno isolato il gene responsabile della schizofrenia catatonica. Per la prima volta un disturbo psichiatrico viene legato a una ben precisa mutazione genica. La schizofrenia affligge l'1% della popolazione. Il gene incriminato è stato localizzato sul cromosoma 22 grazie allo studio condotto su una famiglia tedesca di tre generazioni composta da ben otto persone malate...»

Al di là dei numerosi articoli che di routine compaiono sulla stampa, sulla falsariga di quello sopra riportato, la notizia della scoperta riguardante le sequenze del genoma umano, annunciata dalla Celera Genomics, ha riportato d'attenzione dell'opinione pubblica la questione legata alla ereditarietà della schizofrenia, con tutte le conseguenti implicazioni di natura scientifica ed etica.

Già da oltre dieci anni diversi studi epidemiologici hanno portato alla conclusione, condivisa dalla comunità scientifica internazionale, che l'ereditarietà rappresenta uno dei fattori di rischio che influiscono sulla nascita della schizofrenia.

Insieme d'aspetto genetico sono stati studiati e riconosciuti altri fattori di importanza maggiore legati agli aspetti psicologici e sociali. Si è rilevata una relazione inversamente proporzionale tra classe sociale e schizofrenia (il rapporto tra le classi più basse e quelle più alte è approssimativamente di 3 a 1). È stato evidenziato un tasso più alto nelle aree urbane rispetto a quelle rurali. Non avere un partner e vivere in un ambiente con elevato stress sono state riconosciute tra le altre ulteriori variabili associate alla comparsa della schizofrenia.

D'altro canto lo stesso Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali e dell'American Psychiatric Association DSM-IV² afferma *«benché molti dati suggeriscono l'importanza dei fattori genetici nell'eziologia della schizofrenia, l'esistenza di un tasso consistente di discordanza nei gemelli monozigoti indica anche l'importanza di fattori ambientali»*.

Il testo «sacro» francese «Manuale di Psichiatria» di Henry Ey, Bernard P, Brisset Ch.³, conferma che *«la ricerca sui gemelli, pilastro della teoria ereditaria, dimostra insieme la forza della predisposizione e il suo limite, perché, nei gemelli veri, la concordanza non arriva che al 40-50%, al massimo al 75%»*.

Nel rapporto sulla Salute Mentale 2001, pubblicato nell'ottobre 2001 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, si afferma che la malattia mentale dipende da una combinazione tra i diversi fattori genetici, biologici, psicologici, sociali e culturali. Pertanto si può senz'altro affermare che la storia familiare, il contesto sociale, e le altre variabili ambientali giocano un ruolo importante nella genesi della schizofrenia e nella conseguente scelta degli approcci terapeutici.

Il messaggio che invece è arrivato, e continua ad arrivare, nelle case degli italiani ed in particolare nelle seicentomila dove vivono i pazienti psichiatrici gravi, è centrato sui determinismo genetico della schizofrenia, peraltro escluso dagli stessi ricercatori che conducono le ricerche sul genoma.

Il desiderio di creare la notizia che la schizofrenia è causata dai geni ha portato i mezzi di informazione a distorcere la realtà

scientificamente riconosciuta: il codice genetico è solo uno dei fattori predisponenti alla schizofrenia.

Non si tratta di un allarme ingiustificato perché sull'onda giornalistica della scoperta del genoma anche sui più autorevoli quotidiani come il Corriere della Sera, nella rubrica Scienze di domenica 16 aprile 2000, o nello stesso inserto del Sole 24 Ore «I geni dell'uomo», sempre del 16 aprile 2000, è stato affermato il concetto che il genoma «determina» la schizofrenia. Peraltra nella pagina del Corriere della Sera, accanto alle malattie determinate dai geni sono elencate quelle in cui i geni svolgono solo un ruolo di predisposizione: ebbene la schizofrenia è inserita, al di là di ogni evidenza scientifica, tra le prime e non tra le seconde. Il risultato concreto non è una semplice «forzatura» giornalistica ma rischia di produrre danni irreparabili in migliaia di famiglie.

È infatti probabile che, alla lettura di queste notizie, il primo pensiero dei familiari, e degli stessi pazienti, è di incurabilità della schizofrenia almeno fino a quando non verrà scoperta una precisa terapia genica; con il conseguente minore investimento in trattamenti psicologici, sociali e psicofarmacologici, che invece negli ultimi decenni hanno portato a risultati terapeutici sempre più soddisfacenti.

A questo proposito il manuale dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (1) afferma: *«l'idea errata che non si possa guarire dalla schizofrenia conduce alla perdita di speranza, alla disperazione, all'abbandono, alla trascuratezza ed al burn-out dei familiari»*.

L'aspetto più affascinante per il lettore ma contemporaneamente generatore di pregiudizi sulla organicità delle malattie mentali e che spesso si ritrova negli articoli dei quotidiani, riguarda lo studio delle anomalie del cervello.

Quante volte leggiamo di clamorose scoperte riguardanti il riconoscimento di specifiche parti del cervello dalle quali dipenderebbero disturbi psichiatrici

Se analizzassimo con spirito critico la scoperta e lo stesso articolo, ben presto ci renderemmo conto che ancora una volta, così come per il processo relativo agli psicofarmaci, si tratta di risultati parziali, limitati, di ipotesi che rinviano sempre a successive ricerche.

Il meccanismo è banale ed è sempre più pubblicizzato da quando sono disponibili gli strumenti diagnostici della TAC o della risonanza magnetica o delle più recenti SPECT (Tomografia ad emissione di singoli fotoni) e PET (Tomografia ad emissione di positroni) che, attraverso tecniche che utilizzano radioisotopi, sono in grado di mostrare i cambiamenti del flusso del sangue e della chimica nelle regioni cerebrali.

Tra i più recenti esempi si può riportare parte dell'articolo uscito il 5 ottobre 2001 sul quotidiano diffuso via Internet «Il Nuovo» (www.ilnuovo.it):

«Fotografata per la prima volta la schizofrenia. O meglio, il suo progredire nel cervello come una «onda incendiaria» che distrugge la materia grigia e che si allarga, a partire dai lobi parietali, a tutta la scatola cranica. Tutto questo nel giro di cinque anni, e ad una età che raramente è superiore ai vent'anni

Lo straordinario esperimento è stato compiuto all'Ucla, University of California Los Angeles, utilizzando immagini ottenute con la risonanza magnetica, ed elaborate grazie a un nuovo sistema di analisi che identifica anche cambiamenti minimi nella struttura del tessuto.

«È la prima volta in assoluto che si riesce ad ottenere una rappresentazione visuale dell'espandersi della malattia nel cervello – ha dichiarato il professor Paul Thompson, neurologo, coordinatore di tutta la ricerca – Noi scienziati abbiamo spesso dibattuto, e a lungo, sul fatto che la schizofrenia potesse essere legata a modificazioni fisiche al cervello. Adesso ne abbiamo addirittura il film: una perdita di materia grigia almeno del 10 per cento, che comincia sempre in una piccola parte della regione parietale, area connessa alla funzione del pensiero logico». Da qui «come un'onda dinamica di cambiamento» o, meglio come «un incendio che si propaga nella prateria», la distruzione del tessuto cerebrale progredisce sempre più velocemente, interessando aree chiave, come quelle del movimento e dell'udito. Naturalmente, i pazienti con i danni maggiori sono anche quelli che mostrano i peggiori sintomi allucinazioni, pensieri bizzarri e psicotici, depressione, illusioni ... (a cura di www.saluteitalia.net)».

Il pregiudizio sulla organicità della malattia mentale è ulteriormente rafforzato dal seguente ragionamento: poiché gli psi-

cofarmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale hanno effetti sui sintomi psichiatrici, allora questi ultimi dipendono da alterazioni cerebrali. E c'è anche chi va oltre gli psicofarmaci come riportato su *Il Messaggero* del 9 dicembre 2001 nell'articolo intitolato «DEPRESSIONE, SI PUO' CURARE CON I CAMPI MAGNETICI», dove si riferisce che «*La terapia consiste nell'utilizzare campi magnetici per stimolare le cellule nervose presenti nel cervello provocando in sostanza in esse una risposta ai fenomeni depressivi*».

Vedere una immagine del cervello sezionata che cambia i colori è senz'altro affascinante.

Affermare che determinate alterazioni morfologiche o neurobiochimiche sono la causa di disturbi psichiatrici è quantomeno scientificamente non provato neanche per la stessa schizofrenia.

Eppure leggiamo di articoli che trasmettono un messaggio di certezza.

Clamoroso è stato l'episodio di una puntata del 2001 di *Eli-sir*, trasmissione di grande ascolto in prima serata di RAI 3 sui temi della medicina.

Ebbene l'immagine che durante la trattazione dell'ansia costantemente veniva proiettata come sfondo era di un cervello sezionato a colori, con il cattedratico di turno che illustrava le anomalie cerebrali che causano l'ansia.

Ad un certo punto l'ospite della trasmissione, una nota attrice italiana, ha interrotto il Professore affermando che si rifiutava di pensare che le nostre emozioni e la stessa ansia fossero un prodotto di un malfunzionamento del cervello.

Ridurre la complessità della mente umana e di una persona a specifiche alterazioni cerebrali è un processo irrazionale e scientificamente arbitrario, ma di grande effetto sull'opinione pubblica.

Furio Di Paola ⁴, che si occupa da diversi anni della filosofia della mente ed epistemologia delle neuroscienze, a questo proposito afferma:

«Come dire: se non riesco a ricondurre la descrizione F (del fenomeno in esame) alla descrizione M (molecolare), allora rimpicciolisco la prima per adattarla alla seconda».

Gli stessi psichiatri organicisti che scoprono asimmetrie del

cervello nei soggetti schizofrenici non sono poi in grado di spiegare la correlazione delle supposte anomalie «psicopatogene» con il disturbo stesso.

In un suo recente articolo ⁵ il Prof. Mario Maj, Direttore dell'Istituto di Clinica Psichiatrica Università Federico II di Napoli e Presidente Nazionale della Società Italiana di Psichiatria afferma:

«D'altra parte, per ciascuna delle centinaia di anomalie biologiche che nel corso degli ultimi decenni sono state attribuite ai << pazienti schizofrenici », vi è oggi una sola inconfutabile certezza: che il numero dei pazienti con diagnosi di schizofrenia in cui l'anomalia non è presente è maggiore di quello dei pazienti in cui essa è documentabile (in altri termini, rispetto a ciascuna delle variabili biologiche finora prese in considerazione, la maggioranza dei pazienti con diagnosi di schizofrenia rientra nel range dei controlli normali).»

Continua nello stesso articolo Maj:

«D'altra parte, molti ricercatori ritengono che qualsiasi differenza statisticamente significativa tra un campione di pazienti con diagnosi di schizofrenia e un gruppo di controllo normale possa essere automaticamente generalizzata «alla schizofrenia». Se dieci studi successivi trovano differenze statisticamente significative tra pazienti con diagnosi di schizofrenia e controlli normali rispetto ad altrettante diverse variabili neuromorfologiche (il primo studio soltanto rispetto alla variabile A, il secondo soltanto rispetto alla variabile B, il terzo soltanto rispetto alla variabile C e così via), questi risultati vengono sommati tra di loro, e la conclusione è che «il cervello del paziente schizofrenico» differisce da quello normale per numerosi aspetti neuromorfologici (A+B+C, ecc.)»

Si tratta di un percorso eticamente, scientificamente e socialmente estremamente rischioso, che si sta sempre di più diffondendo nella nostra società, bisognosa di una comunicazione rassicurante e razionale, e che da semplice ipotesi sembra ormai configurarsi come realtà dogmatica.

¹ World Psychiatric Association «Schizofrenia e Cittadinanza» Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione, a cura di Massimo Casacchia, Rosaria Pioli e Giuseppe Rossi. Pubblicato nel giugno 2001 dal Pensiero Scientifico Editore.

² DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali e dell'American Psychiatric Association, Masson 1996.

³ Manuale di Psichiatria» di Henry Ey, Bernard P, Brisset Ch, quarta edizione italiana, Masson, 1995.

⁴ FURIO DI PAOLA, ricercatore presso l'università di Napoli, autore del volume «L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica» (Manifestolibri 2000).

⁵ «Revisione del concetto di schizofrenia e sue implicazioni» di Mario Maj, pag 1-2, Vol CXXIV, n.1 Marzo 2000, Rivista Sperimentale di Freniatria.

6. LA NUOVA ISTITUZIONALIZZAZIONE

Il messaggio veicolato dal «folle quotidiano» trasmette una cultura di medicalizzazione della mente umana, oltre che di pericolosità ed imprevedibilità del «malato di mente», che, pur essendo priva di solidità scientifica, influenza non solo il comune lettore, i familiari e le persone con disturbi psichici, ma anche gran parte degli addetti ai lavori, ed in primo luogo i medici.

Fondamentale in questo meccanismo è il ruolo giocato dalla Università dove, nel nostro paese, il potere accademico è saldamente nelle mani della cosiddetta psichiatria biologica, sostanzialmente avulsa dalla operatività quotidiana territoriale e della quale sono ormai plasmate le nuove generazioni di psichiatri, di medici di famiglia e di infermieri professionali.

Dobbiamo anche aggiungere che, dopo l'università, il medico e l'infermiere professionale nella maggioranza dei casi non vengono più aggiornati né formati, e spesso non hanno una capacità critica di valutazione scientifica adeguata.

Una delle più importanti conseguenze del messaggio medicalizzante verso i problemi mentali è un approccio alla persona con disturbi psichici istituzionalizzante dove al vecchio manicomio si è sostituita una pratica quotidiana negli studi dei medici di famiglia, degli psichiatri e in gran parte dei servizi pubblici di salute mentale dove la persona è un oggetto con un sistema biologico (il cervello) che non funziona e che deve essere curato (con psicofarmaci e ricoveri).

Al di là delle disquisizioni teoriche e delle ideologie più o meno buoniste e comprensive, ciò che nella realtà accade a chi soffre di disturbi psichici e si rivolge al sistema sanitario sia pubblico che privato è una risposta, nella maggioranza dei casi, esclusivamente di tipo medico, più o meno rassicurante, dove ai sintomi esposti e diagnosticati (con un sistema scientifico arbitrario) corrispondono uno o più psicofarmaci oppure il ricovero nei servizi psichiatrici pubblici di diagnosi e cura (circa 4.000 posti letto), nelle case di cura neuropsichiatriche (con circa ben 6.000

posti letto), e nelle comunità pubbliche e private. Queste ultime, secondo i più recenti dati del progetto nazionale PROGRES dell'Istituto Superiore di Sanità, sono arrivate ad una disponibilità di oltre 17.000 posti letto, seimila in più rispetto allo standard previsto dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 e undicimila in più rispetto ai livelli essenziali di assistenza (Lea) approvati nel novembre 2001 dalla Conferenza Stato Regioni.

I degenti in queste strutture sono tendenzialmente anziani, con diversi anni di storia psichiatrica e con un tasso di suicidio molto più alto rispetto alla popolazione generale.

Se oltre alla crescita della disponibilità complessiva di posti letto psichiatrici, aggiungiamo i dati dello stesso Ministero della Salute che indicano un notevole aumento delle prescrizioni e delle vendite degli psicofarmaci senza che vi siano evidenze di «epidemie di psicopatologia», il nuovo processo di istituzionalizzazione appare un dato purtroppo di realtà.

Eppure, nonostante le carenze di evidenze scientifiche legate a questo approccio, esso viene dato per normale e gli stessi operatori in buona fede sono coinvolti.

Il medico di famiglia ha sempre la ricetta pronta per il sintomo presentato, andando incontro peraltro alle richieste del paziente.

Ad entrambi conviene questo approccio che non implica tempo da parte del medico né coinvolgimento del paziente che dovrebbe parlare dei suoi problemi. La capacità di ascolto, che da sola potrebbe dare risposte almeno ai disagi psichici più lievi, non è più patrimonio della cultura generale, ed in particolare di quella medica.

La richiesta di residenzialità, giusta in una ottica di temporaneità e progettualità, ma preoccupante in una ottica di parcheggio, di esclusione, ha determinato non solo la nascita di oltre 17.000 posti letto nelle strutture residenziali, ma anche una forte tendenza alla non dimissione.

Negli stessi servizi pubblici di salute mentale spesso viene portata avanti una psichiatria che potremmo definire duale psichiatra/paziente dove l'infermiere professionale, l'assistente sociale, e più in generale le risorse del servizio e del territorio, giocano un ruolo residuale e complementare.

Anche lo stesso psicologo spesso si integra in questo processo sostituendosi al medico ed utilizzando al posto o ad integrazione dello psicofarmaco una tecnica psicoterapeutica ma conservando esclusivamente un rapporto duale, che troppo spesso si traduce in una oggettivazione della persona, escludendo il contesto, l'ambiente e la progettualità di vita della persona stessa.

Consequente è anche l'organizzazione dei servizi e le stesse normative regionali in materia che sono sempre più permeate da una visione ospedalocentrica.

I servizi sul territorio sono sempre più depauperati di personale, già nel 1998 mancavano oltre 7.000 operatori rispetto agli standard del Progetto Obiettivo, fondamentale per portare avanti un approccio non soltanto di natura biologica, e la cura è sempre più demandata al ricovero.

Infine non va dimenticato l'altro processo di istituzionalizzazione forse più nascosto ma sempre in auge, che vede persone con disturbi psichici, in gran parte della terza età ma non solo, «ospitate» sostanzialmente a vita, in strutture segreganti, con le più diverse denominazioni (case di riposo, istituti di riabilitazione, etc.).

E questi processi vengono portati avanti nel nostro Paese, quando la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità nel Rapporto Salute Mentale 2001, indica come via maestra il superamento degli ospedali psichiatrici con servizi diversificati nella comunità, con l'integrazione delle diverse professionalità (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, educatore, etc), e con l'attivazione delle risorse del territorio.

Nel messaggio introduttivo al Rapporto, Gro Harlem Brundtland, Direttore Generale dell'OMS, afferma inoltre che ciascun paziente ha il diritto ad essere curato nella sua comunità, nell'ambiente meno limitante possibile, con un trattamento meno restrittivo ed intrusivo possibile.

Si tratta del bagaglio trentennale di conoscenze e di esperienze di cambiamento, teorizzate e praticate in primo luogo dallo psichiatra Franco Basaglia, che oggi diventa patrimonio della comunità scientifica internazionale ma che in Italia trova forti resistenze culturali, istituzionali e corporative.

7. LO PSICOFARMACO QUOTIDIANO

La martellante campagna dei mass-media, ed in particolare dei quotidiani, centrata sulla continua scoperta di pillole miracolose per risolvere i problemi psicologici della nostra esistenza, sta portando il nostro paese verso un nuovo fenomeno che potremmo definire <dapsicofarmacologia di massa>.

Così il titolo di un articolo del Corriere della Sera del 27 novembre 2001:

«UNA PILLOLA CURERA' CHI ARROSSISCE PER LA TIMIDEZZA»

E così nell'articolo da Londra la giornalista Paola De Carolis: *«Chi non riesce trovare dentro di sé la forza per superare la timidezza potrà presto ricorrere a un farmaco: alcuni scienziati di Glasgow in Scozia, stanno sperimentando un medicinale che permetterà anche ai più insicuri di vivere una vita normale. L'Escitalopram.....è un medicinale indirizzato a milioni di persone afflitte da paure ed ansie che rendono difficoltoso anche solo uscire di casa».*

Se possiamo senz'altro affermare che la scoperta dei primi psicofarmaci negli anni 50¹ ha portato ad un sostanziale miglioramento nel trattamento dei disturbi psichiatrici ritenuti più gravi, come la schizofrenia o la depressione maggiore, dagli anni 90, con la scoperta della fluoxetina (conosciuto commercialmente come Prozac, Fluoxeren, Diesan) siamo entrati nell'era della «Psicofarmacologia cosmetica» come fu definita dallo psichiatra americano Peter Kramer che riteneva il Prozac far stare «meglio piuttosto che bene»².

L'era di Internet, della New economy, ha portato un cambiamento culturale dove lo star meglio e subito è diventato un imperativo.

In questo ambito lo psicofarmaco è funzionale e rappresenta il principale vettore di questo nuovo corso.

Lo schema iniziale e sempre più utilizzato è stato mirabilmente descritto da Edward Shorter, Professore di Storia della Medicina

all'Università di Toronto nel libro «Storia della Psichiatria»², dove afferma che «*la forza a cui si deve la scoperta e l'utilizzo dei nuovi farmaci come la clorpromazina, non è rappresentata dagli scienziati o da media' che lavoravano nei dipartimenti universitari ma dalle case farmaceutiche*».

Fin dagli anni 50 le due molecole, dopamina e serotonina, individuate come neurotrasmettitori, sono state alla base di diverse teorie, sistematicamente superate o contraddette, sulla patogenesi delle diverse malattie mentali ed in base alle quali si credeva che i nuovi psicofarmaci potessero agire.

A tutt'oggi sappiamo solo che in qualche modo anche la dopamina e la serotonina sono implicate nell'azione degli psicofarmaci, ma come lo siano veramente è ancora da scoprire, salvo credere alla teoria del momento.

«*L'ipotesi un neurotrasmettitore-una malattia sembrava ragionevole (e possedeva, inoltre, una logica di marketing perfetta per le case farmaceutiche)*» (Shorter)².

Oggi sappiamo che oltre cento agenti chimici entrano in azione come trasmettitori e/o modulatori, non conosciamo il meccanismo complessivo, ma l'ambiente «scientifico» sul campo, costituito dalla triade industria farmaceutica-università-psichiatria biologica continua a mietere successi di comunicazione, mantenendo di fatto la vecchia impostazione logica della corrispondenza uno a uno tra sistema cerebrale e disturbo psichico, e rispondendo ad esigenze di immediatezza e di chiarezza della notizia giornalistica.

Poiché quel determinato psicofarmaco agisce su quella determinata molecola in una serie di persone che si considerano affette da un determinato disturbo psichico, provocando dei cambiamenti, allora quella molecola viene considerata la causa di quei disturbi, ed è già disponibile lo psicofarmaco specifico (specificità che con il tempo risulta fittizia essendoci una tendenza ad ampliare il raggio d'azione di quel farmaco).

Ad esempio nuovi farmaci antidepressivi denominati SSRI (inibitori del reuptake della serotonina), nati come specifici per la depressione e salutati come «Wonderdrugs», medicine meraviglia, oggi vengono indicati anche per altre patologie come il disturbo da attacchi di panico, il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo d'ansia/fobia sociale.

La stessa «nuova» pillola contro la timidezza, pubblicizzata a fine novembre 2001 negli articoli di diversi quotidiani e che potremo trovare prossimamente in farmacia, appartiene sempre alla classe SSRI.

Owviamente nel ragionamento degli articoli, in particolare dei quotidiani e spesso anche scienifici, viene omessa tutta la complessità del cervello e della stessa mente umana ancora sconosciuta, senza la quale ogni ipotesi può essere definita riduzionista.

A volte anche la ricerca scientifica eseguita correttamente, secondo i canoni riconosciuti internazionalmente, non è esente da condizionamenti mirati al riconoscimento della validità di quel particolare psicofarmacoda immettere nel mercato.

Di notevole interesse in questo ambito sono gli studi e i ragionamenti di Furio di Paola che afferma, tra l'altro, che anche la cosiddetta sperimentazione clinica controllata degli psicofarmaci, che dovrebbe assicurare la massima trasparenza, nel passaggio dalla teoria alla pratica, consente arbitri e distorsioni, tecnicamente definiti «bias».

A suffragio di questa tesi è l'editoriale «È in vendita la medicina accademica», comparso nel numero di maggio 2000 del New England Journal of Medicine, una delle più importanti riviste scientifiche internazionali.

Nell'articolo si denuncia la commistione tra chi promuove la sperimentazione del nuovo farmaco e i validatori sull'uomo, che nella maggior parte dei casi sono rappresentati da prestigiosi esponenti del mondo accademico. L'allarme sulla influenza degli interessi economici degli autori viene condiviso dai direttori del settimanale americano Science, Donald Kennedy, del settimanale inglese Nature, Philip Campbeli, che ha denunciato una generale preoccupazione circa la possibile erosione dell'integrità della ricerca scientifica.

Basti pensare che negli Stati Uniti ai finanziamenti delle attività di ricerca nelle Università e nei Centri pubblici contribuiscono anche le aziende farmaceutiche, le quali *«di recente invocano il segreto industriale o gli interessi dei propri azionisti per impedire la pubblicazione dei risultati negativi»*³.

La stessa FDA (Food and Drug Administration), l'agenzia pubblica degli Stati Uniti d'America che autorizza l'immissione defi-

nitiva di farmaci nel mercato, potrebbe essere influenzata dal potere economico dell'industria farmaceutica, spesso sponsor economico delle campagne elettorali dei Governi dalla quale dipende.

Le riviste scientifiche più serie chiedono agli autori di articoli riguardanti i farmaci di dichiarare ai lettori tutti i rapporti tenuti con la casa farmaceutica che promuove il prodotto affrontato nell'articolo.

Rimane il fatto che il fenomeno definito «Good-will» (benevolenza/inclinazione favorevole) appare decisivo, come affermato da Furio Di Paola, nei casi di ambiguità e/o ambivalenza nelle valutazioni sia degli sperimentatorie dei controllori.

Per andare in ambito calcistico si può equiparare alla «suditanza psicologica» degli arbitri verso le grandi squadre, da non scambiare con la malafede, ma che comunque può influenzare quantomeno le decisioni dubbie, così come il naturale desiderio dei ricercatori di raggiungere risultati positivi.

Tra i prescrittori e gli utilizzatori entra anche in gioco il meccanismo psicologico, spesso inconscio, dell'entusiasmo per la novità «venduta» come miracolosa che «contagia» anche il paziente, a volte con un beneficio artefatto. Si è portati a prescrivere il nuovo psicofarmaco, o viene direttamente chiesto, con la convinzione della sua migliore efficacia, in realtà ancora da dimostrare nella pratica quotidiana.

Gli studi clinici controllati (RCT), che rappresentano la metodologia d'eccellenza nella ricerca scientifica, sono sempre limitati ad un campione di persone che non potrà corrispondere nella stragrande maggioranza dei casi alle variabili biologiche, psicologiche, sociali e culturali delle persone che nei diversi paesi del mondo assumeranno il farmaco sperimentato.

Inoltre la certezza di efficacia in ambito psichiatrico è difficilmente confrontabile essendo la sua misurazione effettuata utilizzando centinaia di scale di esito diverse da studio a studio. Percentuali significative di persone lasciano il trattamento alterando di fatto la valenza del risultato degli studi, e nelle pubblicazioni scientifiche spesso si «dimentica» di riportare il tasso di abbandono.

La stessa medicina basata sulle evidenze scientifiche, che utilizza come strumento principale per una analisi dei benefici e dei rischi dei trattamenti, le revisioni sistematiche degli studi cli-

nici controllati, sta rivalutando l'osservazione sul campo, l'esperienza professionale e la specificità di ogni singola persona.

Infine uno dei punti di criticità più importanti della sperimentazione è rappresentato dalla valutazione dei possibili effetti collaterali a medio e lungo termine dei nuovi psicofarmaci, che, solo dopo essere stati assunti da un numero elevato di persone per diversi anni, potranno essere realmente conosciuti.

Recentemente da uno studio di Los Angeles è stata intrapresa contro un colosso farmaceutico britannico una azione legale («class action») per un gruppo iniziale di 35 persone e per la quale avrebbero già chiamato lo studio circa 1.500 persone, per i problemi di dipendenza causati, secondo la denuncia, da nuovi farmaci antidepressivi SSRI.

Negli stessi giorni in cui la notizia è comparsa sulla stampa⁴ il Ministero della Salute ha diramato un comunicato⁵ che afferma come non sia pervenuta nessuna segnalazione di reazioni gravi d'assunzione di paroxetina (farmaco antidepressivo della classe degli SSRI).

Silvio Garattini, noto farmacologo, membro dell'Emea, l'Agenzia europea dei farmaci, ha dichiarato⁶:

«Finché non avremo un sistema di farmacovigilanza attiva, le nostre statistiche sui pazienti che hanno riportato danni all'uso di farmaci saranno sempre sottostimate. Oggi il nostro sistema di farmacovigilanza è infatti modesto, si basa solo su rapporti di tipo spontaneo, non ha né i soldi, né le persone per fare ricerca. Anche i medici però hanno delle responsabilità: troppo spesso si fanno prescrizioni inutili».

Ancora più evidente è il condizionamento legato alla pubblicizzazione di quel psicofarmaco verso i potenziali prescrittori.

A fronte della carenza di risorse pubbliche, se oggi si vuole organizzare un convegno, una ricerca, un corso, un seminario, la fonte di finanziamento principale è la casa farmaceutica, anche se si tratta di affrontare argomenti non strettamente correlati allo psicofarmaco.

Al di là delle campagne informative che passano attraverso i mass media e i quotidiani, che agiscono anche sugli stessi medici, esiste una capillare organizzazione di informatori scientifici, cioè di persone che vengono retribuite per illustrare ai medici quel determinato farmaco, con l'obiettivo di incrementare le sue prescrizioni.

La degenerazione che in alcuni casi ha assunto questo sistema, dal cosiddetto «turismo scientifico» con il quale ai medici vengono offerte settimane di soggiorno in ambite mete turistiche internazionali in occasione di convegni, a piccole e grandi regalie, ha portato in Italia la stessa Farminindustria a predisporre in questo campo un codice deontologico di comportamento.

Un altro dato che non può non essere evidenziato è rappresentato dalle prescrizioni psicofarmacologiche che contraddicono alcune conoscenze di base condivise a livello scientifico internazionale. Ad esempio gli ansiolitici di norma andrebbero usati per periodi ben definiti mentre spesso sono assunti per anni. Le evidenze scientifiche sono orientate, nel caso dei disturbi psichici, verso un uso contemporaneo di pochissimi psicofarmaci, mentre ancora oggi si vedono i cosiddetti «lenzuoli», ricette con un elenco infinito di psicofarmaci, ciascuna con un dosaggio minimale, quando utilizzare insieme più farmaci di una stessa classe serve solo ad aumentare il rischio di effetti collaterali.

Benedetto Saraceno a proposito della terapia farmacologica della depressione, sul Corriere Salute del Corriere della Sera dell'11 novembre 2001 ha affermato che i medici *«utilizzano i farmaci sbagliati – di solito ansiolitici invece degli antidepressivi – oppure prescrivono dosi minime e non terapeutiche, oppure ancora interrompono troppo presto la cura, prima che possa sortire alcun effetto».*

Di fondo c'è anche la quasi assoluta mancanza di un costante processo formativo e di aggiornamento dei medici che consenta di sviluppare una adeguata capacità di critica e di valutazione di quanto presentato dagli informatori scientifici, nei convegni, nelle pubblicazioni e nei libri.

C'è poi la questione legata alle possibili interazioni negative con altri farmaci, a volte sottovalutate ed alle quali si dovrebbe prestare maggiore attenzione anche con una lettura ragionata del cosiddetto «bugiardino», il foglietto illustrativo contenuto nelle scatole dei medicinali, chiamato così perché nel passato avrebbe esagerato gli effetti positivi dei farmaci.

Preoccupante è l'approvazione da parte della Commissione dell'Unione Europea di una nuova direttiva sui farmaci che prevede, fra gli altri punti, proprio l'introduzione di un esperimento pilota della durata di cinque anni per la pubblicità diretta anche dei medicinali che richiedono la ricetta.

A questo proposito Garattini, dopo aver valutato che questo meccanismo, se attuato, farà aumentare il consumo di medicinali, creando malattie inesistenti, convincendo anche chi è sano a prendere la pillola, ha spiegato⁷:

«È già successo per la depressione. Molti che non erano malati, ma che semplicemente si sentivano un po' giù per episodi tristi che accadono a tutti nella vita, si sono fatti convincere a prendere il farmaco, senza ricavarne alcun beneficio, ma correndo solo dei rischi».

L'ulteriore evoluzione di questo processo è rappresentata dalla promozione dei *lifestyle drugs*, i «farmaci per lo stile di vita», tra i quali, rientrano a pieno titolo gli psicofarmaci.

«SIATE SEXY FATECI GUADAGNARE. Pfizer, Pharmacia, Merck, Bracco, Knoll-Abbott, Glaxo: tutti a produrre lifestyle drugs. Una categoria «inesistente» che ha triplicato i fatturati in un anno».

Così sul Corriereconomia del Corriere della Sera del 3 dicembre 2001 il titolo dell'articolo di Alessandra Puato nel quale Gian Pietro Leoni, presidente di Farindustria afferma: *«Il concetto di salute non è più l'assenza di malattia ma lo star bene. Per questo la ricerca sui lifestyle drugs sta entrando in un gran numero di laboratori».*

A conferma della «giusta» scelta di investimento dell'industria farmaceutica nell'articolo si riportano le crescenti aspettative di vita dell'Istat (80 anni oggi, 100 nel 2052) e la diffusione in Italia della malattia del benessere secondo un recente studio del Censis: 5,9 milioni di obesi, 4 milioni di depressi, 18,7 milioni di persone con problemi sessuali.

Nella stessa pagina il Corriereconomia propone un altro interessante articolo di Maria Teresa Cometto che spiega

come le grandi case farmaceutiche hanno capito che i nati nel secondo dopoguerra sono cresciuti con il desiderio di stare bene e di perseguire la massima felicità: *«fonte di un enorme business per le case farmaceutiche che hanno ribattezzato la ricerca su questi prodotti come life sciences»*. Nell'articolo si rileva che *«per tutto c'è la pillola giusta, che la gente corre a comprare sperando di stare meglio, incapace di fare i conti con la «normale» infelicità»*, e la giornalista non si stupisce che negli Usa *«tre fra le dieci singole medicine più vendute siano psicofarmaci: Prozac, Zoloft e Zyprexa»*, i primi due antidepressivi SSRI ed il terzo nuovo antipsicotico.

Dovremmo sempre tenere ben presente che ogni sostanza che introduciamo nel nostro organismo determina dei cambiamenti, degli effetti collaterali su altre funzioni. Non si tratta di demonizzare lo psicofarmaco, che rappresenta uno dei più efficaci strumenti terapeutici a disposizione per i disturbi psichici gravi e a volte per anche per i più lievi, ma di evitare una sua utilizzazione inappropriata e/o dogmatica.

I farmaci vanno presi con piena cognizione dei loro probabili effetti, positivi e non, da parte sia dei medici che dei pazienti, con le giuste modalità basate su evidenze scientifiche e non commerciali, e con la consapevolezza che ogni persona richiede trattamenti condivisi ed individualizzati. Inoltre non va dimenticato che l'efficacia dello psicofarmaco è relativa ai sintomi e non alle cause dei disturbi psichici.

Il problema è che l'industria fa il suo gioco, chi non si siede neanche al tavolo è il servizio pubblico che annuncia campagne faraoniche di ricerca in salute mentale o di formazione, perfino obbligatoria per i propri medici, solo che poi di fatto non impegna le risorse adeguate.

Campagne giuste della stessa OMS sono ormai finanziate dalle case farmaceutiche, unica possibilità di poterle attuare, stante il disinteresse più o meno strumentale degli Stati.

Anche in Italia, in occasione della giornata mondiale del 7 aprile 2001 sulla salute mentale, alcune case farmaceutiche hanno sponsorizzato diverse iniziative contro lo stigma che, altrimenti, non si sarebbero svolte in mancanza di finanziamenti pubblici.

Vi è infine da considerare l'indubbio effetto antistigma originato dalla diffusione degli psicofarmaci.

Il folle quotidiano se da un lato contribuisce a dipingere la malattia mentale come pericolosa ed imprevedibile, dall'altro lato, con il messaggio che lo psicofarmacopuò curare un disturbo psichiatrico, pur nelle sue contraddizioni e strumentalizzazioni prima esaminate, rappresenta una freccia contro la credenza ancora diffusa sulla *inguaribilità* della malattia mentale ed avvicina culturalmente chi ha gravi disturbi psicotici con chi soffre di comuni problemi della vita, contribuendo a realizzare quel ponte tra normalità e follia, che riveste una grande importanza per combattere lo stigma.

NOTE

¹ Nel 1952 Jean Delay e Pierre Deniker scoprirono gli effetti della clorpromazina, a tutt'oggi utilizzata, in ambito psichiatrico ed introdussero il termine di neurolettici per i farmaci utilizzati contro la schizofrenia. Nel 1958 fu scoperto il primo degli antidepressivi cosiddetti tricyclici, anch'essi tuttora utilizzati.

² EDWARD SHORTER, *Storia della Psichiatria* Dall'ospedale psichiatrico al Prozac (Masson 2000).

Vedi il Sole 24 Ore di Domenica 16 settembre 2000 a pag. 10 l'articolo di Sylvie Coyaud «Denunce da Science e Nature».

⁴ Vedi La Stampa dell'8 settembre 2001.

⁵ Comunicato n° 369 del 18 settembre 2001 del MINISTERO DELLA SALUTE UFFICIO STAMPA. Paroxetina: nessun evento avverso imprevisto segnalato al Ministero.

⁶ Corriere della Sera di Sabato 18 agosto 2001, pag. 3.

⁷ Corriere della Sera di Domenica 26 Agosto 2001, pag. 5.

8. PSICOPATOLOGIA E CURA QUOTIDIANA

Per il **folle** quotidiano che affronta il tema della salute mentale, centrale è il capitolo diagnosi alla quale corrisponde lo «specifico» trattamento psicofarmacologico.

In effetti lo schema classico che si ritrova negli articoli parte dalla scoperta di una nuova molecola o meccanismo cerebrale in soggetti che presentano quella particolare diagnosi.

Oppure si parte dalla scoperta di una nuova malattia mentale, oppure sempre della stessa, o di alcuni sintomi diventati «magica-mente» una nuova patologia.

Si evidenzia la larga diffusione di questa supposta patologia, si annuncia che quella particolare molecola è implicata nella genesi, per arrivare al punto finale: è disponibile lo psicofarmaco proprio per quel disturbo.

«UNA PILLOLA CONTRO LA «FEBBRE» DA SHOPPING», il titolo dell'articolo di Adriana Bazzi sul Corriere della Sera del 21 gennaio 2001. *«Colte da un irrefrenabile desiderio di comprare non badano a spese. Incapaci di resistere al richiamo delle vetrine saccheggiano i negozi, acquistando di tutto, anche oggetti completamente inutili. Sommerse da pacchi e sacchetti, si ritrovano con il portafoglio vuoto e la carta di credito esaurita. Sono persone, più spesso donne, afflitte dalla shopping-mania, una vera e propria malattia, a quanto ci fanno sapere gli esperti. Ma in tempo di saldi, quando il rischio di incappare nel devastante (soprattutto per il portafoglio) disturbo, ci arriva una notizia tranquillizzante: contro la shopping mania funziona una nuova pillola capace di mettere al riparo da acquisti incontrollati una buona percentuale di chi ne è afflitto. La medicina si chiama citalopram, è stata messa a punto da un'azienda americana, ma è disponibile anche in Italia come anti-depressivo e appartiene alla classe dei composti che funzionano su una sostanza presente nel cervello e chiamata serotonina...»*, «...in tre mesi di cura, l'ottanta per cento dei 21 pazienti studiati avevano perso la voglia di spendere...».

Al di là delle ipotesi molecolari fallaci – si tratta, come afferma da Di Paola, sempre di ipotesi non conclusive, speculazioni, modelli congetturali senza esserci mai una conclusione definitiva ed esaustiva – uno dei punti deboli di questo gioco è nella finzione della certezza della diagnosi.

In ambito medico di norma a ciascuna diagnosi corrispondono una o più cause, in psichiatria non essendoci cause ben definite la diagnosi può essere quantomeno dubbia.

Emil Kraepelin, figura storica della psichiatria che classificò per la prima volta alla fine dell'800 le malattie mentali dividendole in «demenza praecox» e «psicosi maniaco depressiva», affermava *«Finché non saremo in grado, dal punto di vista clinico, di raggiungere le malattie in base alle loro cause, e di separare le diverse cause, le nostre teorie sull'eziologia rimarranno necessariamente poco chiare e contraddittorie»*¹.

Essendo le vere cause della malattia mentale scientificamente ancora non definite nella loro complessità, in psichiatria le diagnosi sono state e sono influenzate dalla storia, dalla geografia, dai diversi orientamenti culturali prevalenti.

Shorter nel già citato libro ricorda che il DSM II, pubblicato nel 1968 – che segue la logica arbitraria di raggruppare i sintomi in categorie patologiche ma con lo stesso sintomo in più categorie – nacque quando negli Stati Uniti la psicoanalisi era di moda, e di fatto conteneva tra gli altri i termini di nevrosi e di isteria.

Nel DSM III del 1980, che tentò di includere più orientamenti, si arrivò ad elencare 265 disturbi. Il Dsm N, pubblicato nel 1994 contiene 297 disturbi. Nessun ambito della medicina comprende un così alto numero di disturbi.

Nel DSM II (1968), l'omosessualità era definita una «deviazione sessuale», nel DSM IV, dodici anni dopo, senza che vi fosse stata alcuna scoperta scientifica, non fu più considerata un disturbo psichiatrico.

C'è inoltre da segnalare che oggi in realtà esistono ben due sistemi di classificazione delle malattie mentali a livello internazionale (DSM IV e ICD X) che diverse volte non coincidono.

Paradossalmente mentre si annunciano con maggiore frequenza nuove scoperte sulle cause biologiche delle malattie mentali, queste ultime sono sempre più messe in discussione come entità ben definite, così come affermato dal Prof. Mario Maj in

un suo recente articolo²:

«Oggi si deve ritenere che le malattie mentali non siano affatte dei fenomeni del tipo tutto o nulla. Al contrario, per ogni malattia mentale esiste probabilmente nella popolazione un continuum o uno spettro, che porta a un estremo la malattia conclamata e all'altro estremo uno stile di vita o un temperamento che è del tutto normale, in quanto non si associa a un disagio significativo per il soggetto e non ne disturba il funzionamento sociale (anzi può addirittura favorire questo funzionamento). Così, esiste uno spettro bipolare (dal temperamento ciclotimico alla malattia bipolare), uno spettro depressivo (dal temperamento depressivo alla depressione maggiore), uno spettro fobico-ansioso (dal temperamento fobico-ansioso ai vari disturbi d'ansia), uno spettro ossessivo-compulsivo (dal tratto ossessivo-compulsivo al disturbo ossessivo-compulsivo) e così via.»

Cartina di tornasole di questa situazione è la discordanza che diverse volte leggiamo sui giornali rispetto agli esiti delle perizie psichiatriche alle quali è sottoposta la stessa persona, da parte di diversi psichiatri, in qualità di consulenti delle parti. Ad esempio nel caso dell'assassinio di Suor Maria Laura Mainetti, trucidata nell'estate 2000 da tre ragazzine che non l'avevano mai vista prima, la perizia sulle tre baby killer presentata per conto del pubblico ministero viene ribaltata, rispetto alla capacità di intendere e di volere delle tre omicide, dalla perizia presentata per conto del giudice dell'udienza preliminare (Gup), con la ragazza che nella prima perizia risultava più sana che diventa la più disturbata.

Il Prof. Vittorino Andreoli, noto psichiatra spesso chiamato a collaborare con i Tribunali, a proposito delle perizie contrastanti (dal caso delle tre ragazze di Chiavenna al caso di Erika e Omar) ha recentemente dichiarato³:

«Fino a pochi anni fa la psichiatria era soggetta al dogma di Lombroso, secondo cui, se si uccideva si era necessariamente pazzi». «A noi specialisti non restava che valutare il tipo, la sfumatura di pazzia da attribuire. Poi, lentamente, abbiamo scoperto che ogni tipo di omicidio è compatibile con la normalità».

Fare i conti con questa normalità apre interrogativi sociali ai quali è difficile rispondere, la certezza del «raptus di follia» è senz'altro più rassicurante. «Quello che spaventa è la normalità,

l'assoluta normalità», così inizia l'articolo di Marco Imarisio sul Corriere della Sera del 10 dicembre 2001 di commento alle perizie psichiatriche dell'accusa nel famoso processo di Erika e Omar.

In questo quadro privo di solide certezze scientifiche, e con la possibilità di poter affermare le teorie più diverse (basti pensare alle centinaia di scuole di psicoterapia con le più diversificate impostazioni teoretiche), ha avuto ed ha sempre di più facile gioco il fenomeno della «psicofarmacologia di massa», in gran parte *già* descritto nel precedente capitolo.

Storicamente nel 1960 fu immesso nel mercato il primo ansiolitico, il clordiazepossido (Librium, Reliberan, Limbitryl, Librax, Psicofar, Sedans, Diapatol), nel decennio successivo diventò il farmaco più prescritto negli Stati Uniti.

Nel 1963 nacque commercialmente il diazepam (Valium, Tranquirit, Noan, Ansiolin, Aliseum, Gamibetal, Spasmomen, Spasen) che superò per vendite negli Stati Uniti, lo stesso clordiazepossido.

Lo psicofarmaco non era più una questione strettamente legata ai disturbi psichiatrici più gravi ed agli addetti ai lavori ma vedeva sempre più coinvolto il grande pubblico: chi non si sente un po' ansioso? Non è preferibile assumere qualche pasticca per risolvere i nostri problemi senza affrontarli? E il medico non si sente anche lui più tranquillo e stimato, dispensando in scienza e coscienza ricette ai suoi ansiosi e/o depressi pazienti ?

La legge della domanda e dell'offerta in medicina, dove a fronte di un nuovo trattamento aumentano le richieste, al di là del bisogno effettivo di quel trattamento, è ormai ben conosciuta dagli addetti ai lavori, ma sconosciuta al grande pubblico.

E quale ambito medico meglio della psichiatria dove tutto è complesso, parziale e non esaustivo, consente di utilizzare questa legge?

Shorter afferma che *«un determinato disturbo poteva passare quasi inosservato fino a quando una casa farmaceutica non annunciava di aver scoperto la terapia, dopodiché questo disturbo diventava praticamente epidemico.»*

Nel 1960 una casa farmaceutica sovvenzionò uno studio dal quale scaturì che il panico è un disturbo distinto dall'ansia.

Nel 1980 con il DSM III l'attacco da panico divenne una patologia ben distinta: nel 1981 fu introdotta una nuova benzodiazepina

l'alprazolam (Xanax, Valeans, Mialin, Frontal) specifico per questo disturbo, che gli psichiatri in buona fede diagnosticarono, ed al quale potevano dare una risposta. L'alprazolam divenne uno dei farmaci più venduti.

Una volta conosciuto dal grande pubblico di solito lo stesso farmaco e simili vengono pubblicizzati come «specifici» anche per altre patologie ed oggi lo stesso alprazolam si usa anche per l'ansia, insonnia, etc.

L'ansia e gli attacchi di panico, una volta che il mercato aveva completato il suo processo, sono stati sostituiti dalla depressione.

Prima eravamo *tutti* ansiosi, poi siamo diventati tutti depressi, senza alcuna distinzione tra le vere e proprie depressioni gravi che necessitano di trattamenti e le depressioni lievi della vita per le quali spesso l'ascolto e la comprensione sono le medicine migliori.

Nel 1987 era stata immessa in commercio la fluoxetina, (Prozac, Fluoxeren, Diesan) un nuovo antidepressivo SSRI.

Questo psicofarmaco sembrava avere meno effetti collaterali rispetto agli storici antidepressivi tricyclici, era più maneggevole (solo 1 cpr. al giorno), provocava una sensazione di euforia ed anche perdita di peso.

Seguendo lo schema già collaudato, successivamente si «scopre» che la fluoxetina andava bene anche per numerosi altri disturbi e più in generale per i problemi della vita.

Successivamente sono nati altri psicofarmaci simili alla fluoxetina, definiti sempre più specifici, ma dove la maggiore specificità è legata al meccanismo d'azione e non alla funzione che dovrebbe svolgere.

Nell'articolo di Repubblica del 27 novembre 2001 di Claudia Di Giorgio intitolato «VIVERE LA TIMIDEZZA? ORA BASTA UNA PILLOLA», si ricorda la denuncia da parte del Washington Post di una vera e propria campagna di propaganda destinata a «creare» un disturbo, quello di ansia sociale e a promuovere il rilancio di uno degli antidepressivi più diffusi del mondo.

Per comprendere l'entità del fenomeno nel nostro Paese basta sintetizzare i dati dell'Osservatorio sui Medicinali del Ministero della Salute, relativi al primo semestre dell'anno 2001, che evidenziano un aumento della spesa, rispetto al primo semestre 2000, del 40 %. Il maggior incremento è stato registrato dagli

antidepressivi SSRI (+54 %).

Successivamente alla soppressione della nota limitativa relativa agli antidepressivi SSRI, da parte della Commissione Unica del Farmaco, si è registrato un incremento della prescrizione di questa classe di psicofarmaci, a carico del servizio sanitario pubblico, del 147 %.

Eppure numerose revisioni sistematiche degli studi clinici controllati che hanno confrontato l'efficacia e la tollerabilità degli antidepressivi di vecchia generazione con gli SSRI non hanno dimostrato un sostanziale beneficio dei nuovi farmaci rispetto ai vecchi, così come affermato da Corrado Barbuì, ricercatore dell'Istituto Mario Negri di Milano nel suo intervento al V Congresso della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica nel novembre 2001 a Roma e come riportato nella revisione Cochrane 1999 "SSRI e altri antidepressivi a confronto nel trattamento della depressione" (www.cochrane.it).

Tra le sostanze più prescritte tra i farmaci del sistema nervoso centrale a carico del servizio sanitario pubblico, per il primo semestre 2001, la paroxetina occupa il primo posto, balzando, nella classifica per la maggiore spesa tra tutte le sostanze a carico del servizio sanitario pubblico, dal 58° posto al 18°.

La paroxetina (Sereupin, Seroxat) è seguita nei successivi sei posti per maggiore spesa tra i farmaci del sistema nervoso centrale, in ordine decrescente, dal citalopram (Elopram, Seropram) sempre della classe SSRI, dai nuovi antipsicotici olanzapina (Zyprexa) e risperidone (Risperdal, Belivon), dal SSRI sertralina (Zoloft, Serad, Tatig), dall'antipsicotico amisuipride (Deniban, Sulamid) e dal primo "storico" SSRI fluoxetina (Prozac, Fluoxeren, Diesan).

L'altra fetta del mercato, a totale carico dei cittadini (la ex cosiddetta fascia C) ha visto nel 2000 una spesa privata per gli ansiolitici di oltre 388 milioni di euro (751 miliardi di lire), con 26 milioni di confezioni di medicinali a base di lorazepam (Tavor, Control, Lorans) che rappresenta in assoluto il farmaco più venduto in questa fascia.

Se agli ansiolitici aggiungiamo gli ipnotici e i sedativi – 118 milioni di euro (229 miliardi di lire) di cui 54 ascrivibili a triazolam (Halcion e Songar) e lormetazepam (Minias) – la spesa complessiva privata "contro l'ansia" ha raggiunto la cifra nel 2000 di

circa 516 milioni di euro (1000 miliardi), ai quali nei prossimi anni dovremmo aggiungere la spesa pubblica degli SSRI, che da specifici per la depressione, lo sono diventati anche per diverse patologie correlate d'ansia.

Preoccupante appare la reimmissione in commercio nel nostro paese del metilfenidato (Ritalin), farmaco ad azione anfetamino simile utilizzato per una specifica e rara sindrome dei bambini, formalmente riconosciuta nel 1980, la cosiddetta ADHD «Sindrome da disturbi dell'attenzione con o senza iperattività». Rispetto al suo meccanismo di azione anche ultimamente sull'autorevole rivista Jama del 22 agosto 2001 è apparsa una pubblicazione scientifica in cui si dimostrava che il Ritalin agisce come la cocaina⁴.

«PIU' ATTENZIONE COL RITALIN», il titolo di un articolo di Cesare Peccarisi sul Corriere Salute dei Corriere della Sera del 25 novembre 2001 che concludeva affermando «*Guarire dall'ADHD, comunque, non è difficile: gli psicostimolanti e alcuni antidepressivi hanno una rapidità d'azione sorprendente*». Nella stessa pagina un piccolo riquadro sempre dedicato al Ritalin era invece intitolato «SICUREZZA DA VERIFICARE NEL TEMPO».

In proposito alla storia di questo psicofarmaco, Shorter⁵ ha scritto: «*Mentre, in passato, l'entusiasmo alla Tom Sawyer era considerato parte del naturale spirito giovanile, a partire dagli anni 60 cominciarono ad essere formulate varie diagnosi psicologiche che definirono patologico un comportamento non proprio nella norma...in altre parole, Tom Sawyer soffriva di un danno cerebrale*».

Se da un lato la psicofarmacologia di massa rappresenta un processo in continua crescita, parallelamente assistiamo ad una irrazionale corsa verso la magia. Un fenomeno paradossale se pensiamo al folle quotidiano nel quale si susseguono certezze sull'efficacia delle riposte mediche ai disturbi psichici e più in generale ai malesseri della vita.

«IL MAGO È IN FERIE ? C'È IL PRONTO SOCCORSO. Aumentano i clienti degli operatori dell'occulto. Disponibili telefoni di prima necessità»

Così il titolo dell'articolo del Messaggero del 27 Agosto 2000 di Maria Grazia Filippi.

Nell'articolo di Gianluca Monastra intitolato «LA REGINA DELLE TELEVENDITE TRA UN ESERCITO DI CIARLATANI» su La Repubblica del 12 dicembre 2001 – di commento alle disavventure giudiziarie di Vanna Marchi, della figlia e del mago brasiliano Mario Do Nascimento Pacheco dopo le denunce di «Striscia la notizia» – si riporta il dato di circa 77 mila fra maghi, cartomanti, maestri spirituali. Nell'articolo sono contenuti altri interessanti dati:

«Un giro d'affari da brividi come dice Francesco Castellotti, responsabile del progetto Allarme ciarlatani della Federconsumatori: «Uno studio del 1999 parla di 2 mila miliardi l'anno (circa un miliardo di euro), i volontari del telefono antiplagio di 10 mila miliardi (quasi 5 miliardi di euro)». Una torta alimentata da almeno 8-10 milioni di italiani che ogni anno bussano alla porta di maghi e cartomanti. Fra i clienti il 58 per cento sono donne, ma esiste anche un 4 per cento di minorenni, soprattutto adolescenti che sognano di garantirsi un buon voto a scuola con un talismano. Il 46 per cento ha la licenza media, il 40 per cento si è fermato alle elementari, La regione con più clienti è la Lombardia (17 per cento), seguita da Lazio (13 per cento) e Piemonte (10 per cento). Ogni prestazione ha un prezzo, ogni richiesta una tariffa. In media una fattura può costare da mezzo milione (258 euro) a 4 milioni (2.065 euro); una «legatura amorosa» dai 2 milioni (1.032 euro), ai 7 milioni (circa 3.600 euro); un rito per togliere il malocchio può partire da 3 milioni (poco meno di 1.500 euro) per moltiplicarsi fino a spingere nell'angolo del collasso finanziario. «C'è chi vende appartamenti persino aziende per salvarsi dai «malefici», pagando senza confidarsi con nessuno», racconta Castellotti. Perché è questo l'altro grande rischio. Pochi clienti parlano. Lo considerano un segreto da non confidare, restando prigionieri del silenzio anche quando si accorgono di essere stati truffati...»

Oggi basta uno zapping televisivo, a qualunque ora sia di giorno che di notte, per scoprire volti di astrologhi, medium, maghi che offrono riposte alle domande ed alle ansie dei telespettatori, e che spesso si concretizzano in talismani da acquistare.

Eppure la presenza nel nostro paese di un rapporto tra maghi-cartomanti-maestri spirituali e psichiatri di circa dieci ad uno dovrebbe indurre diverse riflessioni.

L'offerta magica promette di risolvere i nostri problemi senza neanche l'assunzione di psicofarmaci. Basta qualche acquisto e qualche rituale. A questo proposito già nel 1994 lo psichiatra Giorgio Villa ⁶ affermava: *«tutto ciò si limiterebbe a rientrare nella categoria del gratuito, del bizzarro dell'esistenza se non avvenisse che milioni di persone sofferenti ed angosciate cadono ogni anno nelle mani di praticanti senza scrupoli essendosi stabiliti talvolta, veri e propri rapporti di soggezione, di intimidazione e di plagio».*

Purtroppo nelle maglie del «magico» cade anche chi, con gravi disturbi psichici avrebbe potuto intraprendere un percorso di guarigione attraverso trattamenti socio-sanitari appropriati. Per le altre persone, anche con problematiche psicologiche lievi, la capacità di ascolto del «guaritore» è spesso la risposta cercata e non trovata in medicina e in psicologia. Il muro della tecnica, spersonalizzante ed indifferente alla persona nella sua globalità, spesso diventa un ostacolo insuperabile senza reali porte di comunicazione.

Per altri ancora il talismano, così come lo psicofarmaco, può rappresentare la scorciatoia per la risoluzione dei problemi: una vera e propria magia che dovrebbe allontanarci dai dispiaceri del nostro mondo e risolvere le nostre sofferenze mentali.

A volte il trucco funziona, altre no.

NOTE

¹ EDWARD SHORTER, *Storia della Psichiatria* Dall'ospedale psichiatrico al Prozac (Masson 2000).

² La follia? È «solo» un eccesso di normalità» di Mario Maj da IL SOLE SANITA' del 22-28 maggio 2001.

³ ANDREOLI: *Basta alle perizie*, di Benedetta Verrini da Vita non profit on line del 13/07/2001.

⁴ «Pillola calma – bimbi, una droga» di Camillo Valgimigli su La Gazzetta di Modena del 6 ottobre 2001.

⁵ E. SHORTER, *Storia della psichiatria*, cit.

⁶ Giorgio Villa «Maghi, carismatici ed esorcisti. Salute Mentale e ricorso al magico» pubblicato sulla Rivista Sperimentale di Freniatria Vol. CXVIII – 1994 n.6 pag. 1111 – 1132

9. L'ALTERNATIVA POSSIBILE

Per una adeguata valutazione delle teorie e delle prassi che agli inizi del terzo millennio possono essere portate avanti occorre, in primo luogo, chiarire un concetto discriminante che potremmo definire «il silenziatore del disagio».

Se il manicomio ha rappresentato per circa due secoli la risposta della società razionale alla follia ed alla irrazionalità, la nuova istituzionalizzazione con la medicalizzazione del rapporto ed un ritorno alla degenza/esclusione continua a svolgere una funzione di normalizzazione e di «silenziamento» delle diversità e in primo luogo di chi apre contraddizioni nel nuovo modello di società globale dove le nuove logiche di potere impongono la positività di valori come ad esempio il passaggio dal mito del posto fisso alla consacrazione della precarietà, della temporaneità e della iperflessibilità.

Che poi l'ambiente giochi un ruolo rilevante si può facilmente desumere da diversi studi dell'OMS¹ che hanno dimostrato come la schizofrenia nei paesi in via di sviluppo ha un decorso ed un esito di malattia più favorevole oltre ad una maggiore frequenza di guarigione.

In questi Paesi le persone con disturbi psichiatrici sono più accettate, hanno più occasioni di lavoro e di attività sociale, e la famiglia, insieme alla società, ha maggiori possibilità culturali di mantenere l'integrazione nonostante i sintomi.

Questa ipotesi è avvalorata dagli studi che hanno dimostrato un decorso peggiore della malattia mentale in caso di isolamento sociale².

Impera il riduzionismo biologico dove il disagio psichico ed i comportamenti folli sono legati ad un cervello malfunzionante piuttosto che ad una società globale che, se non regolamentata da una adeguata politica sociale, rischia di travolgere la qualità della vita di milioni di cittadini.

A fronte della nuova «*religione del darwinismo aziendale dominante nel mondo globalizzante del XXI secolo: quella secondo cui è l'uomo che deve adattarsi al mercato, e non il mercato*

*all'uomo»*³ appare perfetto il sodalizio con l'ideologia organicista che riconduce al cervello malato dell'uomo il suo disagio psichico promuovendolo psicofarmaco come cura ideale.

La tragedia negli Usa dell'11 settembre 2001 con tutte le sue conseguenze, anche di natura psicologica, ha invece rappresentato la conferma del ruolo giocato dall'ambiente e dai mass media in una logica di globalizzazione degli eventi e della comunicazione.

Inoltre si è avuta la conferma delle distorsioni cognitive che possono originare dalla stessa comunicazione dei media.

Se continuamente leggiamo di imminenti pericoli, questi nel nostro pensiero diventano sempre più vicini e suscitano emozioni sempre più forti, inducendo anche comportamenti irrazionali.

Così il lancio dell'Adn Kronos delle 13.21 del 16 ottobre 2001:

«USA: « CORSA AI TRANQUILLANTI, ITALIANI IMPAURITI DALLA GUERRA».

Quanti psicofarmaci in più saranno stati prescritti dall'11 settembre 2001?

E i titoli degli articoli spesso centrati sulla parola «psicosi», quale ruolo hanno giocato creando e/o alimentando un disagio psichico, spesso irrazionale, invece di approfondire le notizie aiutando le persone a dare il giusto peso alle paure «gridate» nei titoli?

Dal punto di vista razionale-probabilistico nelle settimane dopo l'11 settembre 2001, era più pericoloso in Italia il bioterrorismo internazionale o prendere la macchina ?

Paradossalmente il termine psicosi utilizzato per le possibili contaminazioni era appropriato in quanto uno dei requisiti «scientifici» che lo definiscono è costituito dal distacco dalla realtà. Ovviamente i quotidiani e l'opinione pubblica «disinformata» lo hanno vissuto con ben altro significato, di paura ben motivata, questo sì inappropriato !

Mentre i mass diffondevano il termine psicosi flebili voci controcorrente sono state quella del Prefetto Bruno Ferrante che invitava i milanesi «a non cadere nella psicosi»⁴ e l'articolo del Corriere della Sera di Alessandra Arachi del 16 ottobre 2001, che raccontava delle prime telefonate al numero verde per le

informazioni sul bioterrorismo attivato dal Ministero della Salute: «*Che devo fare se ricevo una busta sospetta, anonima, sconosciuta?~Il primo invito degli esperti è di non lasciarsi prendere dalla psicosi «Pensi ad uno scherzo»>>».*

Ricordiamoci della precedente «psicosi» della mucca pazza, in attesa della prossima.

Nelle società occidentali le certezze crollano, l'ansia continua di migliorare, di guadagnare, di raggiungere la mission aziendale, cresce insieme d a consapevolezza che ciò che c'è oggi domani potrebbe non esserci più.

E questo vale soprattutto per i cosiddetti nuovi lavori (dai pony express agli addetti a tempo determinato delle grandi catene internazionali di fast food o di magazzini) e per quel mondo del lavoro (net economy e simili) sempre più legato alle nuove tecnologie ed alla necessità di aggiornamento continuo e di cambiamenti repentini.

Si potrebbe affermare che nella testa di milioni di lavoratori è sempre più presente il motto «chi si ferma è perduto» e le garanzie sindacali rimangono l'unico baluardo che, con difficoltà, si tenta di affermare anche in questo ambito.

Ma quanti sono in grado di aggiornarsi, di usare il computer ed Internet, di conoscere più lingue e quanti nonostante il loro impegno e le loro capacità sono travolti dal mercato mondiale, padrone invisibile della vita lavorativa di milioni di persone ?

«*Si sa, la rivoluzione non è un pranzo di gala. Lenin lo diceva a proposito di quella russa: ma anche la riduzione digitale assomiglia più a una mattanza che a un party tra amici*», così Alessandro e Renato Gilioli nel loro ultimo libro «Stress Economy»⁵ dove affrontano le nuove angosce e le nuove forme di disagio correlate alla trasformazione della società che sta vivendo nel percorso dal modello industriale locale a quello postindustriale planetario.

Eppure tutto questo nei quotidiani raramente viene analizzato come generatore di ansie, insicurezze, depressioni, mentre sussistono comuni credenze popolari e giornalistiche che portano allo stigma ed alle discriminazioni. A questo proposito si afferma nel Manuale dell'Associazione Mondiale di psichiatria⁶ che «*la maggior parte delle persone con schizofrenia può lavorare anche in presenza di sintomi**».

Per non cadere in una logica di silenziamento del sintomo, della quale spesso si ritrovano permeati i numerosi articoli esaminati che affrontano le scoperte biologiche relative al cervello ed alle conseguenti proposte di terapia organica, si dovrebbe partire dalla riscoperta della persona prima che della malattia mentale.

Si tratta allora di considerare anche il cosiddetto malato di mente grave come una persona che vive e pensa nel nostro stesso mondo, dal quale non è avulso ma rispetto al quale ed alla propria storia porta avanti specifici pensieri e comportamenti.

Basaglia, così come ricordato nella prima monografia a lui dedicata da Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio⁷, affermava *«come di fronte a un'opera d'arte della corrente surrealista o astrattista, quando non se ne conosca il mondo e il linguaggio espressivo, si è portati a definirla astrusa, così di fronte a un malato del quale non si conosca la singolare modalità di esistenza si è portati a definirlo incomprensibile»*.

Si tratta di ricreare una diffusa capacità critica, superando la cultura monoideologica del cervello malato da guarire con le medicine ed il processo istituzionalizzante che ritroviamo nella maggioranza degli studi dei medici di famiglia o nei servizi pubblici e privati di salute mentale.

In questa ottica sarebbe auspicabile un migliore approccio da parte dei mass media a partire proprio da una diversa impostazione dei quotidiani che, al contrario dei telegiornali, avrebbero più spazio e costituiscono lo strumento di massa migliore per approfondire la cosiddetta notizia.

Se è vero che i mass media lavorano sulle informazioni e su i relativi approfondimenti, è anche vero che la loro vita è condizionata dall'audience e dai lettori.

E oggi si cercano certezze, soluzioni immediate, benessere senza sofferenze e si rifuggono le problematiche. Così nei quotidiani si tende ad attribuire alla follia i gesti incomprensibili, a considerare organici i disturbi psichici con i relativi trattamenti, e si evidenziano le promesse della *life science*, relegando in uno spazio ristretto gli aspetti critici.

Il folle quotidiano (giornale) rispecchia il folle quotidiano della nostra vita e i valori della nostra società.

Dalla normalità degli articoli sul folle pericoloso che commette un reato, sulla scoperta di un nuova sindrome psicopatolo-

gica con relativo rimedio psicofarmacologico, si dovrebbe arrivare alla notizia «diversa» dove si parte dai problemi di quella persona nel suo percorso e ambiente di vita (e non sulle estemporanee e generiche affermazioni dei vicini sulla sua apparente normalità) nonché su come è possibile risolverli senza considerarla un oggetto malato ma soggetto che può guarire, anche se con gravi disturbi psichici.

Si dovrebbe cercare di trasmettere un messaggio di chiarezza e di corretta informazione sulla malattia mentale che, partendo dalla persona, valorizzi i comportamenti di ascolto e di comprensione.

In questo ambito interessanti sono stati i risultati molto positivi conseguenti alla introduzione nella soap opera inglese Eastenders di un personaggio con problemi di schizofrenia trattato con umanità e che non assume comportamenti violenti.

Sicuramente efficace l'articolo di Claudio Colombo sul Corriere della Sera del 9 dicembre 2001 intitolato «LOKO, IL MANICOMIO PUO' ATTENDERE», che nella pagina dello sport dedicata a «La storia della settimana» racconta dell'astro nascente del calcio francese Patrice Loko che nel 1995 era stato costretto a lasciare lo sport a causa di gravi disturbi psichici e che nel 2001 è ritornato a giocare nella serie A francese. Così come positivo potrà essere il prossimo film, annunciato in un articolo di Giovanni Grassi sul Corriere della Sera dell'11 dicembre 2001 dal titolo «DOPO IL GLADIATORE UN NOBEL SCHIZOFRENICO», dove l'attore Russell Crowe interpreta John Forbes Nash jr, matematico geniale che venne insignito del premio Nobel nel 1994 per i suoi lavori della teoria dei giochi e che, allo stesso tempo, soffrì di schizofrenia paranoide.

Il lettore del quotidiano, così come l'operatore, dal medico d'infermiere, dovrebbero avere la capacità di porsi di fronte ad una persona con disturbi psichici senza pregiudizi, senza etichette prestampate nella mente.

Questa diversa impostazione culturale si dovrebbe trasmettere anche nello stile di lavoro e nelle pratiche quotidiane dei servizi di salute mentale.

Basaglia riteneva necessario il superamento della modalità dell'etichettamento, dove, una volta formulata una diagnosi, il

percorso veniva definito in base ai sintomi e non ai bisogni.

Ron Coleman ex-utente, formatore e consulente in diversi servizi di salute mentale *inglesi*⁸ afferma in particolare che lo psichiatra, quando incontra un paziente nuovo, dovrebbe avere davanti a sé non le vecchie cartelle cliniche ma un foglio bianco. In altre parole, afferma Coleman, va cambiato il **paradigma**, da quello del riduzionismo biologico, a quello dello sviluppo sociale e personale.

La reale possibilità di guarigione non si dovrebbe più giocare in un rapporto d'autorità medico-paziente ma in una relazione di alleanza tra due o più soggetti, come nel caso dei servizi territoriali che già portano avanti uno stile di lavoro integrato tra le diverse professionalità.

Si dovrebbe consentire alla persona con disturbi psichici anche gravi di riappropriarsi di una sua soggettività e di una capacità di libera scelta consapevole di cosa fare della sua vita, utilizzando i trattamenti disponibili sulla base delle evidenze scientifiche in un rapporto di collaborazione e di alleanza.

Questo senza scivolare in una logica di mantenimento all'interno dei servizi di salute mentale, come se fossero una specie di riserva indiana per i diversi, sostituendosi così al vecchio manicomio, non più riproponibile nelle forme conosciute e superate.

Oggi ad esempio appare preoccupante il dato di una sostanziale non dimissione delle persone con disturbi psichici che sempre più vengono ricoverate nelle comunità e la diffusione della pratica della contenzione fisica oltre a quella chimica, entrambe correlate al clima ed alla cultura organizzativa e scientifica delle istituzioni sanitarie e sociali.

C'è, come affermava Basaglia, *«la necessità di considerare il malato di mente come un problema da vivere nel corpo stesso della realtà sociale, piuttosto che continuare a viverlo come una mera realtà scientifica»*⁹.

Questo, giova ripetere a scanso di equivoci, riconoscendo la problematicità della malattia mentale e la possibilità di interventi psicofarmacologici, psicologici e sociali, e la necessità di servizi e strutture.

Si tratta di un rapporto che, se da un lato rischia di cadere nella istituzionalizzazione (medicalizzazione, oggettivazione, mantenimento, ricovero, ideologia della psichiatria biologica,

controllo sociale, contenzione), dall'altro lato trova lo spettro dell'abbandono della persona a se stessa o nella famiglia (negazione del disturbo, delega totale alla libera scelta di chi soffre, carente presa in carico, psichiatria sociale ideologica).

Tra questi due estremi c'è il cursore «presa in carico», spiega nelle sue lezioni Luigi Attenasio, psichiatra basagliano, che va spostato con scienza, consapevolezza e condivisione.

In ultima analisi, a fronte della sempre più diffusa cultura della psichiatria biologica, che già è presente nella quotidianità delle pratiche pubbliche e private, si dovrebbe affermare un diverso orientamento, basato sulla cosiddetta Psichiatria di Comunità, dove la persona da oggetto da curare può diventare soggetto insieme al quale portare avanti un processo di guarigione e di miglioramento della sua qualità della vita.

Ma qui bisognerebbe aprire un altro capitolo su che cosa si intende per qualità della vita.

E proprio su questo tema, alla fine di ogni anno, il *Sole24Ore* pubblica una graduatoria delle 103 province italiane. Così il titolo nel *Sole24Ore* di lunedì 17 dicembre 2001:

«DOSSIER QUALITÀ DELLA VITA: BOLZANO VINCE, PALERMO ULTIMA»

E puntualmente anche per il 2001, andando a leggere con attenzione le tabelle, si scopre che proprio le persone che vivono nelle province con la qualità della vita più alta presentano i più alti tassi di suicidi e tentativi di suicidi (Trieste è ai primo posto, Belluno ai terzo e la stessa vincitrice Bolzano al quarto).

Non sempre il benessere materiale corrisponde ai vissuti soggettivi ed alle storie delle persone che vivono nelle province più fortunate.

Forse, come ha detto una volta lo scrittore Luciano De Crescenzo, sarebbe meglio che qualcuno li avvertisse in tempo.

¹ World Psychiatric Association «Schizofrenia e Cittadinanza» Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione, a cura di Massimo Casacchia, Rosaria Pioli e Giuseppe Rossi. Pubblicato nel giugno 2001 dal Pensiero Scientifico Editore.

² Ibid.

³ ALESSANDRO e RENATO GILIOLI, *Stress Economy*, Mondadori 2001.

⁴ «Il Metrò è pericoloso. L'incredibile catena di false voci a Milano» dal Corriere della Sera del 16/10/2001.

⁵ ALESSANDRO e RENATO GILIOLI, *op. cit.*

⁶ World Psychiatric Association, *op. cit.*

⁷ MARIO COLUCCI e PIETRANGELO DI VITTORIO, *Basaglia*, Bruno Mondadori 2001.

⁸ RON COLEMAN *Guarire dal male mentale*, manifestolibri 2001.

⁹ MARIO COLUCCI e PIETRANGELO DI VITTORIO, *op. cit.*

APPENDICE
di Rossana Dettori

Le considerazioni e le riflessioni fin qui emerse evidenziano la necessità di un rinnovato impegno nella società che tenda a contrastare la rifiorente cultura dell'esclusione della diversità e ad affermare il diritto alla tutela della salute mentale in ogni luogo del nostro Paese.

Se è vero che il ruolo dei mass media è determinante, sia nella diffusione di un pensiero critico che in quella di un pensiero conformistico, appare nondimeno fondamentale l'attivazione nei luoghi di lavoro e di vita di tutte le risorse necessarie per evitare fenomeni di emarginazione: di quelle emarginazioni invisibili, che non trovano spazio sui giornali, ma la cui somma dà un risultato complessivo preoccupante.

Il problema della salute mentale, se non esaustivo è certamente emblematico del ritorno ad una mentalità di chiusura nei confronti della diversità, al tentativo sociale generale di creare delle «riserve» in cui confinare di volta in volta l'immigrato, l'anziano, il disabile ecc.

E allora, guardando alla salute mentale come attraverso un apparecchio ottico che ci permette di ricavare indicazioni utili per l'operare più in generale nella società, si rilevano per lo meno due differenti ordini di problemi: da un lato il profilo della «cura» sia in senso tecnico professionale, che nel senso dell'aver cura, *occuparsi di chi* si trova in situazioni di svantaggio; dall'altro l'impegno di costruire socialità ispirate ad una visione solidaristica e non agonistica del vivere comune. La differenza è sempre una ricchezza, non un difetto da esorcizzare. Le pratiche esperite nel campo della salute mentale potranno, se adeguate, cioè se capaci di far emergere questa ricchezza, costituire un modello per altre situazioni di quotidiana conflittualità micro-sociale.

Ma attualmente non si può dire che queste premesse siano realizzate, quanto meno non su tutto il territorio nazionale: rimangono anzi troppo poche le realtà che hanno saputo dare risposta al problema del disagio psicologico, un terreno nel quale, non bisogna stancarsi di ripeterlo, tecniche di cura e integrazione sociale sono per larghissima parte aree sovrapponibili.

Oggi troppe sono le situazioni drammaticamente carenti di risposte ai bisogni di salute mentale, troppe le inadempienze delle istituzioni, nazionali e locali, con pesanti ricadute sugli utenti in termini di mancata o difficile erogazione di prestazioni. Basti pensare al mancato rispetto delle norme e dei diritti degli utenti, al ricorso a pratiche arbitrarie, ad abusi istituzionali, a violenze; alle condizioni di concreta istituzionalizzazione a fronte di una deistituzionalizzazione di «facciata»; ad episodi di rifiuto e allontanamento ai danni di utenti dei servizi di salute mentale.

Questa mancanza di risposte conduce facilmente alla «riconoscibilità» del malato mentale e di conseguenza all'attivazione di meccanismi di difesa da parte di una società sempre più insicura.

Gli anticorpi esistono: sia a livello sociale che istituzionale. I valori della solidarietà sfidano ogni giorno quelli dell'egoismo. La legislazione nazionale e i più recenti progetti-obiettivo indicano la strada del coinvolgimento della comunità e dell'attivazione di reti sociali quale via maestra da percorrere, la stessa per la quale Basaglia lottava trent'anni fa e che oggi è individuata come centrale nel Rapporto 2001 della Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Salute Mentale.

Ma se sappiamo cosa andrebbe fatto, se il Progetto Obiettivo indica puntualmente i servizi, il personale, le modalità più appropriate di intervento, perché le famiglie sono lasciate sole, i servizi territoriali depauperati di risorse, i pazienti di nuovo istituzionalizzati e tuttora contenuti, anche fisicamente?

E perché mentre in alcuni luoghi i principi della legge 180 sono diventati realtà con risultati soddisfacenti, e mentre la stessa Francia dichiara di voler intraprendere il nostro percorso, queste esperienze non diventano patrimonio di tutto il Paese?

Il sindacato è stato sempre impegnato sulle tematiche relative alla salute mentale ed è stato a fianco di tutto il movimento che ha lottato per la chiusura dei manicomi, svolgendo un ruolo determinante per l'affermazione della centralità territoriale dei servizi psichiatrici.

Insieme alle altre forze impegnate nel settore abbiamo costituito la Consulta Nazionale per la Salute Mentale, con l'obiettivo di rappresentare una sede di confronto, elaborazione e promozione per chi opera per l'affermazione dei diritti dei cittadini con sofferenza mentale, e per la realizzazione nella comunità della loro emancipazione, secondo i principi della legge 180.

Si tratta di principi di una legge, della quale ultimamente è stata chiesta in Parlamento l'abolizione, che sono da considerare fondamentali, pur nella consapevolezza della necessità di una loro contestualizzazione rispetto all'operatività quotidiana.

Ci siamo pertanto posti l'obiettivo di partire, senza alcun pregiudizio ed in modo laico, dalla realtà dei servizi, dalle effettive condizioni di lavoro degli operatori e dalle risposte che ricevono gli utenti e i loro familiari, per ridefinire le linee strategiche sulle quali intendiamo impegnarci.

Questo percorso nasce dalla convinzione che l'aver ottenuto dei risultati positivi non può di per sé risolvere tutte le problematiche e le vecchie e nuove contraddizioni ancora aperte.

Valga per tutte l'insufficiente attuazione del progetto obiettivo tutela della salute mentale nel nostro paese.

Partire dal basso dunque, dalle esperienze locali, dalle aziende sanitarie locali e, in primo luogo, dalle Regioni, per riportare al centro

della discussione non un dibattito meramente ideologico ma, soprattutto, il superamento dei pregiudizi e delle discriminazioni insieme al miglioramento dell'assistenza per gli utenti e per le loro famiglie e delle condizioni di lavoro per gli operatori.

Recentemente la Funzione Pubblica Cgil ha promosso la costituzione della Carta dei Diritti per la salute Mentale che rappresenta uno degli strumenti per portare avanti su tutto il territorio nazionale cambiamenti culturali ed operativi per aprire nei luoghi di lavoro vere e proprie vertenze sulla salute mentale.

La proponiamo qui integralmente, sperando che possa essere d'aiusilio a chi per qualche motivo si avvicina ai problemi della salute mentale.

CARTA DEI DIRITTI DEGLI UTENTI

DIRITTO AD ESSERE INFORMATO sul disturbo mentale, sulle prospettive, sui trattamenti, sulle eventuali alternative e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. L'informazione deve essere espressa in modo semplice e chiaro, adeguato alla situazione, tale da essere facilmente comprensibile, al fine di promuovere la massima adesione al trattamento. L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dall'utente e i dati personali devono essere tutelati in relazione alla disciplina della privacy introdotta con la legge 675 del 1996.

DIRITTO AL CONSENSO PERSONALE al trattamento che deve essere dato in modo libero, spontaneo, consapevole e attuale. Si può prescindere dal consenso solo quando previsto dalla legge, ed in particolare nel caso di trattamento sanitario obbligatorio e di stato di necessità.

DIRITTO ALLA CARTA DEI SERVIZI Ogni Dipartimento di Salute Mentale deve adottare la carta dei servizi con l'impegno di attuare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso, e con l'indicazione per la raccolta e l'analisi dei segnali di disservizio e per il monitoraggio della soddisfazione degli utenti.

DIRITTO AL TRATTAMENTO MIGLIORE POSSIBILE in relazione alle conoscenze scientifiche ed ai servizi previsti dal progetto obiettivo tutela della salute mentale. L'approccio alla persona con disagio mentale deve essere globale e, ove necessario, con interventi integrati di carattere psicologico, sociale e biologico.

DIRITTO A NON ESSERE CONTENUTO e a non subire azioni lesive della propria integrità fisica e della propria dignità.

DIRITTO A NON ESSERE ISTITUZIONALIZZATO La logica manicomiale deve essere superata in tutte le strutture psichiatriche pubbliche e private e a tal fine devono essere adottati strumenti di monitoraggio, idonei indicatori di qualità e progetti individualizzati. Il Dipartimento di Salute Mentale deve realizzare l'integrazione tra il territorio e l'ospedale, con centralità del centro di salute mentale e limitazione dei posti letto ospedalieri.

DIRITTO ALLA CITTADINANZA Le persone con disagio mentale devono avere accesso a tutti i servizi sociali essenziali ed in primo luogo ad uno spazio abitativo e ad un inserimento lavorativo, utilizzando anche la cooperazione sociale.

DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE Le Regioni devono garantire la partecipazione – secondo precise e specifiche modalità – delle associazioni dei familiari, degli utenti, dei cittadini, del volontariato e delle altre forme associative impegnate nella tutela del diritto alla salute mentale, nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi psichiatrici sia a livello regionale che aziendale.

CARTA DEI DIRITTI DELLE OPERATRICIE DEGLI OPERATORI

DIRITTO ALLE RISORSE strutturali e finanziarie per rispondere ai bisogni di salute mentale dei cittadini, con garanzia almeno del 5% dei fondi sanitari regionali per le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale.

DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE per la costruzione delle linee gestionali e cliniche del proprio servizio, con modalità efficaci, strumenti certi e luoghi definiti.

DIRITTO AL RISPETTO DELLE DOTAZIONI ORGANICHE ed al loro adeguamento, quale strumento indispensabile per erogare un servizio ottimale al fine di dare le risposte dovute a chi soffre di disturbi psichici e alle loro famiglie, a partire dalle problematiche presentate in età evolutiva.

DIRITTO AL CONTRATTO INTEGRATIVO con la valorizzazione del ruolo svolto e delle diverse figure professionali in una logica dipartimentale.

DIRITTO ALLA FORMAZIONE ed aggiornamento continuo, correlati alla operatività sul campo, come sostegno indispensabile alla programmazione ed alla qualificazione dei servizi, in particolare nell'ambito della prevenzione.

DIRITTO AL LAVORO IN EQUIPE con la condivisione delle attività tra le diverse figure professionali e con l'integrazione di saperi e competenze in una ottica dipartimentale.

DIRITTO AL LAVORO INTEGRATO tra operatori pubblici e della cooperazione sociale, delle fondazioni, sanità privata ed altri, nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, e nel rispetto delle normative vigenti per la tutela di tutto il personale.

DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SICUREZZA sui luoghi di lavoro con la reale applicazione del D. Lgs. 626/94 in tutti i servizi e pubblici e privati e per tutte le attività, anche attraverso la valutazione dei rischi psicologici e l'eventuale utilizzazione dello strumento della mobilità.

Ulteriori notizie sulle tematiche correlate alla Carta dei diritti degli utenti e degli operatori per la salute mentale si possono trovare in Internet sui siti della Fp Cgil (www.cgil.it/fp) e della Consulta Nazionale per la Salute Mentale (www.consulta-salutementale.it)