«E poi cominciai a sentire le voci…»
Narrazioni del male mentale

di Mario Cardano

1. *Introduzione*

Paura, vergogna, dolore: il dolore devastante dell'esordio, assieme a quello più sottile, che accompagna, come un basso continuo la vita quotidiana, sono queste le chiavi emotive che contraddistinguono molte delle narrazioni del male mentale analizzate in questo saggio[1]. Accanto a questi toni, che imprimono alle narrazioni la forma del tragico, ne emergono altri che mettono in luce la figura dell'eroe del romanzo cavalleresco che combatte e vince il proprio nemico, talvolta il proprio demone, mostrando l'altra faccia della sofferenza psichica, la resilienza[2]. Narrazioni, dunque, riconducibili a più di un genere che vedono

[1] I materiali empirici su cui si basa questo lavoro furono raccolti nell'ambito del «Progetto Alphaville», una ricerca-intervento, cui partecipai nel ruolo di condirettore dello studio, insieme a Barbara Martini. Il Progetto Alphaville fu promosso dai Dipartimenti di salute mentale delle ASL 1 e 2 di Torino, dalle cooperative sociali Progetto Muret, Luci nella Città, Il Margine e Frassati, assieme alle associazioni Arcobaleno, Evoluzione Self Help e all'Agenzia per lo sviluppo di via Arquata. Una versione meno che embrionale di questo saggio venne presentata in un seminario del Dipartimento di scienze sociali della mia università nell'aprile del 2005. In quell'occasione raccolsi numerose osservazioni e commenti da alcuni colleghi e amici, fra i quali mi fa piacere ringraziare Filippo Barbera, Danila Boero, Amedeo Cottino, Antonella Meo, Laura Negri, Agostino Pirella, Luciano Sorrentino, Riccardo Spadotto e Alessio Zambon. Resta inteso che la responsabilità di imprecisioni ed errori contenuti nel saggio sono da imputare esclusivamente al suo autore. Un ringraziamento particolare va a tutte le persone che hanno messo a mia disposizione le loro narrazioni, a loro, per quel che vale, è dedicato questo saggio.

[2] A questa dimensione eroica fa riferimento Arthur Kleinman, a proposito della lotta quotidiana della persona malata con le avversità che scaturiscono, ora dalla malattia, ora dal trattamento, o più in generale, dal laborioso tentativo di tenere insieme la sofferenza e le proprie abitudini di vita. Un «quieto eroismo» che si mostra nella capacità di affrontare tutte queste difficoltà con grazia, spirito e talvolta con senso dell'umorismo (Kleinman 1988a, 44-5).

il narratore impegnato nella laboriosa costruzione della propria identità, muovendo dal problema che dà impulso alla maggior parte delle narrazioni di malattia, quello del *perché* (vedi Kleinman 1988a, 29), espresso eloquentemente da una giovane donna che qui chiamerò Sara: «Perché proprio me? Perché proprio io? Potrei stare bene, avere una vita normale... invece no…»[3].

All'analisi di queste *peculiari* «narrazioni di malattia» (Kleinman 1988a; Bury 2001), sono dedicate le pagine che seguono. La loro peculiarità discende innanzitutto dallo statuto dell'esperienza cui si riferiscono: la sofferenza psichica. L'attribuzione a questa condizione dell'etichetta di malattia resta controversa, proprio per la singolarità di uno stato di malessere cui non corrisponde né una lesione anatomopatologica, né un'evidente alterazione fisiologica, ma che si concretizza nella mera aggregazione di un insieme di sintomi comportamentali «psichiatricamente significativi» (Piccione 1995, 314)[4]. A questi attributi che portano a ritenere il male mentale qualcosa di meno di una malattia, o almeno una malattia *sui generis*, se ne aggiunge un altro che appesantisce il fardello delle persone che ne sono colpite: lo stigma. La persona che soffre di un disturbo psichico è, portatrice di una diversità non desiderata che la espone costantemente al discredito (Goffman 1963, trad. it. 2003), costretta, nel contatto con gli estranei, a tacere della propria condizione, all'ombra di un penoso senso di colpa che emerge con particolare chiarezza nella testimonianza di Ilaria[5].

... io difatti mi nascondevo, mi nascondevo e avevo paura di, di far capire che avevo questi problemi [...] Però io ero sempre con l'angoscia, con la paura

[3] Per tutelare l'anonimato degli intervistati, i loro nomi, così come quelli di coloro cui fanno riferimento nella narrazione, sono stati sostituiti con nomi di fantasia.

[4] Una delle voci più critiche nei riguardi dell'impiego dell'etichetta «malattia mentale» è quella di Thomas Szas. Nella Prefazione alla nuova edizione italiana de *Il mito della malattia mentale* si legge: «Se le malattie mentali sono malattie del sistema nervoso centrale significa che sono malattie del cervello, e la loro diagnosi e il loro trattamento sono di competenza di neurologi, non già di psichiatri; se invece sono definizioni di condotta riprovevole, si tratta di comportamenti la cui analisi e il cui controllo non pertengono propriamente alla sfera della medicina» (1974, trad. it. 2003, 11).

[5] Goffman, come noto, distingue due condizioni di stigma, quello dello screditato e quella dello screditabile, in ragione della visibilità dell'attributo stigmatizzante. Da ciò discendono due diverse linee di condotta nei contatti con gli estranei, gli altri, che non condividono il medesimo stigma. Lo screditato si vede impegnato a controllare la tensione che emerge nel corso dei contatti con alter. Lo screditabile – è il caso del paziente psichiatrico – è impegnato a controllare le informazioni sulla propria alterità o, con Goffman «minorazione» (Goffman, 1963; trad. it. 2003, 14, 58-59).

che… che comunque questa cosa potesse venir fuori, che qualcuno si potesse accorgere di questi miei problemi [...] Però deve essere ben chiaro, questa non è vita! Non è proprio vita!. Cioè, vivere con l'angoscia di doversi nascondere e… di pensare di essere una persona falsa perché si nasconde... (Ilaria)

Un'altra questione degna di nota riguarda la controversa collocazione del disturbo psichico fra le malattie croniche. La locuzione «malattia cronica» viene comunemente impiegata per designare una patologia: i) con un lungo decorso; ii) senza possibilità di guarigione; iii) senza pericolo di morte a breve scadenza. Ebbene, il primo e l'ultimo dei requisiti della malattia cronica si applicano, senza difficoltà, al complesso spettro delle patologie psichiatriche. Non si applica invece il secondo, poiché, anche per le patologie severe, non mancano casi – ancorché rari – di piena guarigione. L'*impasse* può, a mio giudizio, essere superata facendo riferimento alla nozione di Arthur Frank di *remission society*, impiegata dall'autore per designare una vasta compagine di individui che pur non essendo malati, non possono considerarsi guariti (Frank 1995, 8). Di questo composito insieme di «sopravvissuti», sospesi fra il mondo della salute e quello della malattia, fanno parte anche le persone abitate da una qualche forma di disturbo psichico. Fra loro, alcuni vivono ancora una condizione di profonda sofferenza, talvolta accompagnata da sintomi positivi (ad esempio deliri, allucinazioni) o da una severa compromissione delle capacità di interazione sociale. Altri vivono una condizione cosiddetta di «guarigione clinica» nella quale i disturbi risultano attenuati, se non eliminati, grazie a una terapia farmacologica che, tuttavia, marca il non totale affrancamento dal mondo della malattia, vuoi per gli effetti collaterali, spesso pesanti, vuoi per il senso di penosa dipendenza da queste sostanze che accompagna chi è costretto quotidianamente a ricorrervi. Ciò fa sì che la sofferenza psichica, in particolare quella più severa, al pari di ogni altra malattia cronica, tenda a divenire tutt'uno con la biografia di chi ne è colpito (Kleinman 1988a, 8), contagiando, per così dire, oltre alla carriera di salute, anche quella affettiva, professionale e civile[6]. Da qui – a mio giudizio – la legittimità

[6] La metafora del contagio è impiegata nel testo per indicare quanto, nella teoria del corso di vita viene definito come *cross-career effect*, vale a dire l'interazione, ora fra le carriere di un medesimo corso di vita (ad esempio l'interazione fra carriera di salute e carriera lavorativa), ora fra carriere di diversi individui (ad esempio fra quella del paziente e quella dei suoi familiari). Su questi aspetti si veda Olagnero (2004, 119 ss.).

di collocare l'analisi delle narrazioni del male mentale nella più vasta tradizione dello studio delle malattie croniche, aperta da Arthur Kleinman e Byron Good.

Prima di affrontare l'analisi di questi materiali – di cui di seguito preciserò la provenienza – occorre dar conto delle ragioni che rendono utile l'esame di queste narrazioni, al di là di un interesse clinico – che qui non può essere sostenuto – e di una curiosità, talvolta un po' morbosa che avviluppa i resoconti di esperienze, quale quella della sofferenza psichica, strane, bizzarre, con Freud «perturbanti». Per muovere in questa direzione è necessario fare un passo indietro e spostare l'attenzione dalla narrazione all'oggetto che ne determina i contenuti: la malattia.

L'irruzione nella vita quotidiana di una condizione patologica severa, vuoi dovuta a una malattia cronico-degenerativa, vuoi a un infortunio invalidante, vuoi a un disturbo psichico importante, determina nella vita di un individuo una «rottura biografica» (Bury 1982; Estroff 1991), una discontinuità nella traiettoria biografica, che lo getta in un mondo alieno e ostile. Arthur Frank descrive questa transizione biografica con una sequenza di immagini di crescente impatto drammatico (Frank 1995). La malattia severa si configura innanzitutto come un'interruzione[7], l'interruzione dell'incedere lungo una specifica traiettoria biografica, ma anche l'interruzione delle *routine* quotidiane, ora schiacciate dal dolore, ora sospese per far spazio alle attività di cura. L'irruzione della malattia si configura – è ancora Frank a raccontarcelo – come la perdita, insieme, della mappa e della destinazione riferite al territorio che, prima della malattia, ci si era prefigurati di attraversare. Frank ha in mente, principalmente, gli ammalati di cancro, ma senza dubbio quanto riferito a quell'esperienza si applica anche alla sofferenza psichica. In entrambi i casi la persona malata vive una condizione che Frank designa con la metafora del naufragio; una condizione nella quale il presente non corrisponde a ciò che in passato si era immaginato e il futuro resta drammaticamente incerto (*ibidem*).

Nel medesimo solco, ma con dispositivi teorici e retorici diversi, si collocano le osservazioni di Byron Good che definisce l'irruzione della malattia come un evento che conduce alla

[7] L'interruzione è la chiave di lettura della propria esperienza del disturbo psichico resa da Susanna Kaysen nella sua biografia (*Girls Interrupted*, New York, Vintage, 1993), divenuta poi un film – con il medesimo titolo – per la regia di James Mangold.

«distruzione del mondo della vita quotidiana» (Good 1994, trad. it. 1999, 190 ss.). Riferendosi esplicitamente alla fenomenologia schützianа, Good attribuisce all'irruzione di una malattia severa l'erosione di tre dei capisaldi del mondo della vita. Il sé, di norma assunto come autore delle proprie attività, come creatore delle proprie azioni, viene insidiato nella propria unitarietà dalla malattia che ne limita gli spazi di *agency*. Il dolore, oggettivato o localizzato in un luogo del proprio corpo, congiura contro l'autonomia del soggetto, si fa ora coprotagonista delle sue azioni, ora gli si contrappone divenendo un nemico sordo, contro cui combattere. L'ombra di questa esperienza emerge dalle parole di Marta, più volte rotte dal pianto.

> E poi, io mi ricordo una volta che avevo tentato il suicidio, volevo buttarmi dal balcone che mio padre piangeva e non l'avevo mai visto mio padre piangere così! Mi diceva: «Perché vuoi morie, perché?»/(piangendo)/Io ho ancora dei problemi, ho il cervello che mi impazzisce: mentre che mangio io a pranzo, dovrei essere con lo stomaco rilassato e invece sono sempre così nervosa, sempre. Non ce la faccio più veramente io, non ce la faccio più/(con la voce rotta dal pianto) (Marta).

Con la malattia severa, prosegue Good, viene meno la reciprocità delle prospettive fra Ego e Alter. Il dolore, e in particolare la sofferenza psichica, per il paziente una certezza assoluta, è, invece, per tutti gli altri, oscuro e impenetrabile (*ibidem*, 192). Nel caso del paziente psichiatrico questa asimmetria assume molto spesso una coloritura morale. Accade spesso, infatti, che la fatica del vivere, la sensazione di essere totalmente sguarniti per fronteggiare i piccoli ostacoli della vita quotidiana che accompagna molte delle condizioni di disturbo psichico, venga spesso letta dagli altri, anche quelli più prossimi, come i familiari, quale segno di una profonda pigrizia[8]. Di ciò ho avuto numerose conferme nel corso delle interviste rivolte ai familiari dei pazienti psichiatrici parte di questo studio. Merita qui ricordare il caso di Marco che a ridosso dell'esordio di un disturbo psicotico che lo aveva indotto a sospendere il proprio impegno lavorativo, decide di farsi ricoverare in una clinica psichiatrica per contenere le

[8] Su questo aspetto eloquenti elementi di conferma si possono rintracciare nello studio condotto da Contini *et al.* sui familiari di pazienti schizofrenici (Contini *et al.* 1991, vedi in particolare il cap. 6).

pressioni familiari che, negando la sua sofferenza, lo incitavano a ritornare al lavoro.

> Mi son fatto ricoverare io, un mese, perché vivevo con mia madre e il rapporto... non è che non mi capisse, però lei s'arrabbiava perché volevaaa... Tutti mi dicevano solo – non è che capivano le problematiche, che io stavo male... ero depresso non è che lo facevo apposta – allora tutti mi dicevano: «Vai a lavorare! Riprendi! Di qua, di là, Reagisci!» eee maaa ci va la mano di Dio per reagire qua eee. Non è che c'ho la bacchetta magica, se mi sento così. Non che lo faccio da attore o faccio cinema... E allora mi son fatto ricoverare un mese e son andato a *** [località], adesso non mi ricordo cos'è, *** [nome della casa di cura] mi sembra che si chiama, non so se la, se avete già sentito. E so' stato un mese, tanto per cambiar ambiente (Marco).

Nel caso della sofferenza psichica, soprattutto nelle manifestazioni più severe, la reciprocità delle prospettive viene aggredita in modo ancora più vigoroso, con l'assunzione di regole di costruzione del mondo (Binswanger 1960 trad. it. 2006) e logiche di pensiero (Arieti 1948) altre rispetto a quelle condivise dai più[9]. La distruzione del mondo della vita quotidiana si ravvisa inoltre, conclude Good, nel venir meno di una prospettiva temporale comune (*ibidem*, 193). L'esperienza della malattia severa produce in chi la vive una profonda alterazione della percezione del tempo, innanzitutto nella raffigurazione del proprio futuro, segnatamente della durata della vita che resta da vivere[10], ma anche nella modulazione e organizzazione della vita quotidiana nella quale il tempo si contrae o si dilata per ragioni dettate esclusivamente dalla sofferenza o dalle esigenze di cura (cfr. Frank 1995, 56)[11].

Rottura biografica, naufragio, distruzione del mondo, tutte queste raffigurazioni dell'esperienza cui apre l'irruzione di una malattia severa, consegnano l'immagine di un sé frantumato, provato, oltre

[9] La costruzione di questi mondi altri – per quel che ne ho capito – risponde innanzitutto all'esigenza di sfuggire a una realtà divenuta intollerabile, alla necessità di conciliare le emozioni da cui si è abitati con le raffigurazioni del mondo, in una sorta di estensione del precetto della riduzione della dissonanza cognitiva, con la quale si costruisce un mondo entro cui le proprie emozioni possono essere pacificate (vedi Arieti 1948, 235; Davidson 1993, 208).

[10] È questo un fenomeno particolarmente evidente nei malati terminali, al riguardo si veda Marzano (2004).

[11] Su di un altro aspetto relativo alla percezione del tempo, proprio del pensiero schizofrenico, la restrizione del campo psicotemporale (Arieti 1948, 334), tornerò in seguito a proposito delle condizioni d'impiego del modello narrativo ai materiali in studio.

che dalla sofferenza, dalla necessità di dare un senso alla propria condizione di malato – spesso un significato d'impianto morale – di restituire coerenza alla propria vita legando nuovamente il proprio passato e il proprio futuro a un presente alieno. Ebbene, la narrazione costituisce – forse non solo in questo caso – lo strumento principe con cui procedere alla ricostruzione del sé (vedi Good 1994, 1999, 250 ss.). Da qui il suo rilievo quale strumento per cogliere, non già, o almeno non prevalentemente, le vicende che hanno contraddistinto la «carriera» di salute della persona malata, quanto piuttosto per accedere al senso che questi ha riposto alla propria esperienza e al processo di ri-costruzione dell'identità reso necessario dall'incontro con la sofferenza. Ciò in linea con la nozione di identità proposta da Shafer, intesa non già come una cosa, un'essenza, riposta in qualche anfratto dell'anima, ma come una pratica discorsiva, come un'«esistenza che si racconta» (Shafer 1980, citato in Poggio 2004, 49).

Per coloro che abitano la *remission society*, l'atto di narrare la propria malattia coincide, in molti casi, con la ricostruzione della propria biografia, con un processo diretto a restituirne il senso. Questa narrazione è dunque, innanzitutto, un dialogo interiore, innescato da quel pungente «perché a me?» che sollecita l'elaborazione di una riflessione morale, nel quale il narratore attribuisce colpe, responsabilità, ora a sé, ora ad altri, quali la famiglia, la società, ma anche a Dio o al diavolo (vedi par. 4). Al dialogo interiore, di norma, si associa la conversazione nella quale narratore e narratario cessano di coincidere. Questo accadde, ad esempio, tutte le volte che al sofferente viene chiesto conto, ad esempio, di un'assenza dal lavoro, quel «cosa ti è capitato?» innesca spesso la narrazione della propria malattia (vedi Frank 1995, 53). Spesso, ma non sempre. E questo è il caso di cui ci occupiamo in queste pagine, quello del male mentale, per il quale lo stigma restringe alla sola cerchia più intima la consegna della narrazione della propria malattia. Per i pazienti psichiatrici si dà, inoltre, un'altra situazione nella quale la narrazione della propria sofferenza viene sollecitata, quella del colloquio clinico, o meglio quella del *primo* colloquio clinico con lo/la psichiatra che, di volta in volta – come si dice in gergo – lo prende in carico. In questi casi il paziente è invitato a raccontarsi, confrontando la sua lettura della propria biografia con quella «non autorizzata» (Estroff 1991, 337) resa dal terapeuta. In seguito l'interazione assumerà una forma più sobria, talvolta troppo sobria.

Il centro delle narrazioni di malattia è costituito dall'esperienza soggettiva della sofferenza, contrapposta alla raffigurazione di quella stessa esperienza resa dai professionisti della salute sulla base di un sapere tassonomico e tendenzialmente impersonale, rappresentato in modo eloquente dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali[12]. È importante osservare al riguardo come, nel caso della salute mentale, il medico e il paziente costruiscono la propria interpretazione del disagio psichico a partire dai medesimi materiali: le narrazioni rese dal paziente; questo diversamente da quanto accade in altri contesti clinici, nei quali le narrazioni del paziente vengono integrate, talvolta sfidate, da reperti diagnostici obiettivi. In psichiatria sembra pertanto più difficile sostenere la tesi – forse discutibile anche altrove – per la quale i pazienti sono detentori di *credenze*, dettate dal contesto culturale, mentre i medici possono vantare il possesso di *conoscenze* (cfr. Good 1994, trad. it. 1999, cap. 1). Siamo di fronte a due diversi sistemi di attribuzione di senso, la cui appropriatezza può essere valutata solo sul piano pragmatico, ovvero per la sue capacità di lenire la sofferenza e su questo terreno non sempre le istituzioni psichiatriche hanno dato buona prova di sé.

L'opposizione fra credenze e conoscenze allude comunque a un aspetto delle narrazioni di malattia rilevante: il fatto che la loro forma, i modelli di trama, le metafore guida, i vocabolari con cui i narratori attribuiscono senso al loro agire, siano definiti nell'interazione fra l'individuo che narra e il contesto culturale di cui è parte (Kleinman 1988a, 49; Frank 1995, 3). Detto altrimenti tutte le narrazioni di malattia sono costruite all'interno di una campo di interazione entro cui trovano collocazione, con il sofferente, i suoi familiari, la cerchia di amici e conoscenti, le istituzioni che si prendono cura di lui, prima fra tutte quelle sanitarie, si tratta, con Williams di *co-authored narratives* (Williams 1984, 181). Il fatto che si tratti di narrazioni composte, per così dire, a più mani, trova conferma nella presenza in questi testi – in particolare in quelli considerati in questo lavoro – di una pluralità di vocabolari, da quello medico, riconoscibile nella presenza di espressioni quali «bouffée delirante» per designare – appropriatamente – un delirio di breve durata,

[12] Kleinman esprime l'opposizione descritta nel testo con coppia *illness* e *disease* (Kleinman 1988a, 3-8).

«episodio psicotico» o ancora «disturbo bipolare»; a quello di senso comune, ben rappresentato dall'insistente presenza in tutte le narrazioni della locuzione «esaurimento nervoso»; financo a quello magico-religioso che evoca Satana, demoni e spiriti malvagi. Questa caratteristica delle narrazioni di malattia consente di intravedere attraverso la loro analisi alcune caratteristiche del contesto sociale e culturale entro cui prendono forma[13]. Nel caso delle narrazioni analizzate in questo saggio, sollecitate, come si dirà meglio in seguito (vedi par. 2), attraverso un'intervista, la dimensione di co-autorialità si accresce di un ulteriore elemento, che discende dal fatto che le narrazioni sono state costruite con il sostegno – lo dico in senso neutro – di due intervistatori che hanno indirizzato, ora consapevolmente, ora inconsapevolmente, la narrazione contribuendo con ciò alla messa in forma dei testi che qui verranno analizzati (vedi Sormano 1988).

Un ulteriore aspetto su cui è opportuno soffermarsi riguarda il carattere, costitutivo, oltre che rappresentativo di queste narrazioni. Le narrazioni di malattia, come osserva Kleinman, non si limitano a raffigurare i vissuti del sofferente, ma contribuiscono altresì a determinare l'esperienza che questi farà dei propri sintomi e della sofferenza (Kleinman 1988a, 49). Questo aspetto emerge in modo sufficientemente chiaro accostando due fra le letture delle cause della propria sofferenza rese dai miei interlocutori, quella di Vito e quella di Marta. Per Vito la sofferenza, cui dà il nome di depressione, ha origine dalla dissipazione dell'energia cerebrale:

> Nel nostro cervello avvengono delle reazioni chimiche che sprigionan, che ci danno energia per lavorare, per studiare per far una ... La depressione è una malattia dove viene meno questa energia che ci consente di lavorare e di studiare e di fare tutto questo, tutte queste cose qua (Vito).

Di altro avviso è Marta, che attribuisce la propria sofferenza, e più in generale, la malattia mentale a un intervento diabolico:

[13] Un interessante esercizio in questa direzione costituisce l'argomento della tesi di laurea di Danila Boero, nella quale sedici delle narrazioni di malattia analizzate in questo saggio sono state accostate e confrontate con altrettante raccolte a Trieste, città nella quale l'organizzazione dei servizi psichiatrici mostra in modo più chiaro l'impronta della legge 180. Le differenze culturali fra i due contesti trovano un puntuale riscontro nella definizione della propria condizione, qualificata più spesso come differenza nella città giuliana e come patologia nella città della Mole (Boero 2005, 184-189).

Io dico solo una cosa: io sono convinta che molte, hm, di base alla malattia mentale c'è il diavolo che, appunto, che influisce e perseguita (Marta).

A queste diverse chiavi di lettura corrispondono (ovviamente lo posso desumere solo a partire dai materiali narrativi raccolti) diverse raffigurazioni dei sintomi e della propria sofferenza: laconiche e relativamente pacificate per Vito, intrise di paura e di sensi di colpa per Marta.

Indispensabili per una piena comprensione dell'esperienza della sofferenza, anche su di un piano applicativo (vedi Giarelli *et al.* 2005), le narrazioni di malattia mostrano una valenza più generale, con Kleinman, offrendosi come modello per analizzare come i problemi – quelli di salute, ma anche gli altri – vengano creati, controllati e su come gli individui attribuiscano loro un senso (Kleinman 1988a, xiii).

Prima di procedere all'analisi delle narrazioni messe a tema in questo saggio pare opportuno qualificare l'entità dell'esperienza da cui scaturiscono, vale a dire la prevalenza dei disturbi psichici nel nostro Paese. Due studi: un'inchiesta campionaria internazionale, l'*European Study of Epidemiology of Mentale Disorder* (de Girolamo *et al.* 2006), e uno studio di comunità, condotto a Sesto Fiorentino (Faravelli *et al.* 2004a, 2004b), offrono una raffigurazione accurata del fenomeno. L'*European Study of Epidemiology of Mental Disorder* (ESEMeD) rileva la prevalenza nella popolazione adulta (18 anni e oltre) dei disturbi psichiatrici comuni, in specifico disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e abuso di alcol. Il campione italiano dello studio conta 4712 casi sui quali sono state rilevate la prevalenza dei disturbi indicati più sopra nell'intero corso di vita, a un mese e a dodici mesi, informazione per la quale si dispone di un raffronto internazionale[14]. Dallo studio emerge come poco meno di una persona su cinque abbia sofferto dei disturbi considerati da ESEMeD almeno una volta nella propria vita; uno su quattordici denuncia uno di questi disturbi nell'anno che precede la rilevazione e, uno su trentuno li ha accusati un mese prima dell'intervista (de Girolamo *et al.* 2006, 858). Lo studio di Sesto Fiorentino, condotto su di un'area circoscritta, ma basato su di una procedura di rilevazione più

[14] Il contributo alla prevalenza totale dovuto all'abuso e alla dipendenza da alcol risulta pari allo 0,1% per le rilevazioni a un mese e a 12 mesi e circa l'1,1% per la prevalenza nell'intero corso di vita.

accurata, considera la totalità dei disturbi psichici[15], dunque anche quelli del quadro psicotico, rilevati su di un campione di 2363 casi di soggetti con almeno 14 anni. I risultati di quest'indagine concordano, nella sostanza, con quelli dell'ESEMeD, indicando una prevalenza a dodici mesi pari al 10,6% e una prevalenza nell'intero corso di vita che si attesta al 24,4% (Faravelli *et al.* 2004b). Dunque si può concludere che nel nostro Paese una quota della popolazione adulta compresa fra il 20 è il 25% ha sofferto, almeno una volta nel corso della propria vita di un disturbo psichico più o meno severo. Per precisare i contorni del fenomeno qui considerato, accanto alla prevalenza dei disturbi psichici, occorre considerare il loro impatto sulla vita di coloro che ne soffrono. Servono questo scopo le stime di *Global Burden of Disease*, che danno conto del grado di disabilità indotto dalle patologie più diffuse. Da queste statistiche emerge, nitido, l'impatto che i disturbi psichiatrici esercitano sulla qualità della vita. Un terzo degli anni vissuti in condizione di disabilità si deve, infatti, imputare a disturbi neuropsichiatrici, che molto spesso insorgono in età precoce e determinano, per buona parte del resto della vita, una severa compromissione della qualità della vita (European Communities, *The State of Mental Health in The European Union*, 2004, 10). Tutto ciò ritengo giustifichi l'attenzione per le narrazioni del male mentale, che di questa sofferenza danno conto in modo vivido.

L'analisi di questi materiali è articolata in due paragrafi. Il primo, il paragrafo 3, delinea la forma delle narrazioni, illustrandone la struttura elementare e le sue principali articolazioni costitutive di altrettanti generi di discorso (Todorov 1978; trad. it. 1999)[16]. Il secondo (par. 4) è dedicato all'illustrazione di alcuni contenuti delle storie: l'irruzione del male mentale, l'incontro con la psichiatria, le strategie di fronteggiamento della sofferenza psichica. Questi due paragrafi sostantivi sono preceduti dall'illustrazione dell'impianto metodologico della ricerca, di cui si occupa il paragrafo che segue.

[15] Anche in questo caso, rientrano fra i disturbi psichici la dipendenza da alcol, che, tuttavia, come per l'ESEMeD, contribuisce in misura contenuta alla prevalenza totale: 0,2% per la prevalenza a dodici mesi; 0,7% per la prevalenza rilevata sull'intero corso di vita.

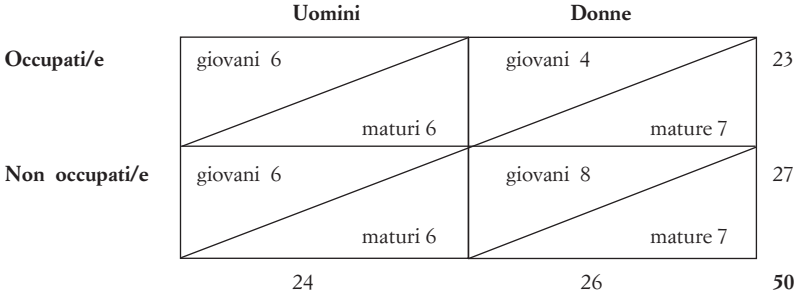
[16] Con «genere di discorso» Todorov intende la codificazione di proprietà discorsive che agisce come «orizzonte di attesa» per i lettori e come «modello di scrittura» per gli autori (Todorov 1978; trad. it. 1999, 49, 51).

2. *Il disegno della ricerca*

Le narrazioni di malattia analizzate in questo saggio sono state raccolte nell'ambito di una ricerca condotta a Torino nel periodo compreso fra il febbraio del 2003 e il dicembre del 2004. Lo studio fu concepito per esaminare la relazione fra lavoro e disturbo psichico, più precisamente per individuare i fattori capaci di promuovere l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici. A questo scopo vennero raccolte le storie di vita di un piccolo campione di pazienti psichiatrici, cui vennero accostate le narrazioni dei loro *care-giver* e – ove possibile – quelle dei datori di lavoro e dei colleghi dei pazienti occupati[17]. La documentazione empirica impiegata in questo saggio è costituita dai materiali ottenuti dalle interviste discorsive che coinvolsero 50 pazienti in carico presso i DSM (Dipartimenti di salute mentale) dell'area torinese. Il campione, costituito da persone di età compresa fra i 18 e i 50 anni (in età lavorativa), venne costituito seguendo la *logica* del disegno «caso-controllo», correntemente impiegato negli studi epidemiologici allo scopo di sottoporre a controllo un'ipotesi causale. In questo caso, tuttavia, il campione venne disegnato con l'intento, non già di sottoporre a controllo un'ipotesi, ma con finalità esplorative, con l'intento, cioè di *formulare* e non già controllare ipotesi sul rapporto fra disturbo psichico e lavoro. A questo scopo vennero considerati *casi* i pazienti psichiatrici (temporaneamente) esclusi dal mercato del lavoro e *controlli* pazienti psichiatrici occupati. Il confronto fra casi e controlli, fra pazienti occupati e pazienti disoccupati, era diretto – si è detto – a individuare i fattori responsabili ora della partecipazione, ora dell'esclusione dal mercato del lavoro. Per tenere sotto controllo i fattori che comunemente modulano le chance di accesso al mercato del lavoro, il profilo dei due sottocampioni, disoccupati (casi) e occupati (controlli), venne delineato assumendo come vincolo quello della loro omogeneità nella composizione per sesso, età e profilo clinico. In considerazione dei rifiuti e degli aggiustamenti che si resero necessari per rispettare la composizione delle quote, il profilo del campione assunse la forma illustrata nella

[17] I principali risultati dello studio sui contesti lavorativi sono illustrati in Negri e Cardano (2006).

figura 1. Quanto al profilo clinico, il campione risultò composto da 34 pazienti con una diagnosi severa e 16 con una diagnosi più lieve, ripartiti in modo relativamente omogeneo all'interno delle otto quote considerate.



Legenda: Giovani: soggetti di età compresa fra i 18 e i 34 anni. Maturi: soggetti di età compresa fra i 35 e i 50 anni.

FIG. 1

I soggetti selezionati vennero coinvolti in due interviste discorsive in successione: un'intervista libera, seguita poi da un'intervista guidata da una traccia, impiegata per sviluppare i temi chiave dello studio – lavoro e disturbo psichico – rimasti in ombra nel primo colloquio. Acconsentirono alla realizzazione della seconda intervista 20 uomini e 20 donne. Le interviste sono state condotte da un gruppo costituito da undici fra intervistatori e intervistatrici (incluso chi scrive), affiancato da dieci pazienti in carico presso i servizi territoriali, nel ruolo di co-intervistatori. La partecipazione ai colloqui di questi «intervistatori in seconda» rese più facile ai nostri interlocutori la condivisione delle loro esperienze, spesso di sofferenza, riferite ora alla malattia mentale, ora al lavoro.

In questo studio l'attenzione cade non già sul rapporto fra lavoro e disturbo psichico, ma sulle narrazioni di malattia, lette, innanzitutto, allo scopo di procedere a una raffigurazione dei processi di ricucitura della lacerazione biografica indotta dall'irruzione del male mentale. Tuttavia, gli accorgimenti impiegati per la messa a punto di un campione progettato con finalità altre rispetto a quelle perseguite in queste pagine, servono adeguatamente anche il nuovo scopo. Il campione presenta infatti un'adeguata eterogeneità (vedi Gomm *et al.* 2000, 107) che si

riflette – come si vedrà meglio di seguito – nella pluralità dei temi e dei generi narrativi. Occorre comunque segnalare almeno due elementi critici del campione, che delimitano l'ambito delle conclusioni che dalla sua analisi è legittimo trarre. Entrambi hanno origine dal processo di reclutamento dei casi, condotto confidando sulla collaborazione dei medici e degli operatori sociali delle ASL torinesi. Questa soluzione – la più efficace sul piano tecnico – fa sì che dal campione vengano esclusi i pazienti psichiatrici che non si rivolgono, per le cure, alle strutture pubbliche. Di questa compagine fanno parte le persone che rifiutano ogni tipo di cura e i pazienti che si curano preso strutture private. L'esclusione della prima categoria di soggetti, di coloro che *non* raffigurano la propria sofferenza come un disturbo psichico o psicologico viene, ancorché in modo imperfetto, compensata dalla presenza nel campione di alcuni pazienti caratterizzati da ciò che Piccione definisce come «rifiuto parziale del trattamento» (Piccione 1995, 714)[18]. Rientrano in questa fattispecie i pazienti che *non* ritengono di avere un disturbo psichico, ma che riconoscono come i problemi che li affliggono provochino loro una sofferenza per la quale – magari in modo discontinuo – accettano di essere aiutati dai servizi psichiatrici. Restano invece del tutto in ombra i pazienti che non ricorrono a strutture pubbliche, potendo contare – va da sé – su adeguate risorse economiche.

Per ragioni, almeno in parte, correlate al processo di reclutamento, il campione risulta costituito per lo più da «pazienti navigati», che convivono con il disturbo psichico da molti anni. Le narrazioni di malattia si riferiscono infatti a un evento che, mediamente, che ha avuto inizio undici anni prima della conduzione dell'intervista[19]. La conduzione di alcune interviste a pazienti interpellati immediatamente a ridosso dell'esordio (non considerate in questo studio) mi ha tuttavia persuaso dell'opportunità di mettere tempo – almeno un anno – fra l'insorgere della prima crisi e la sollecitazione di una narrazione di malat-

[18] Nel volume citato nel testo, Piccione offre una concisa caratterizzazione delle forme del rifiuto del trattamento, distinguendo il rifiuto assoluto dal rifiuto parziale (Piccione 1995, 711-24).

[19] L'esordio (almeno la sua collocazione nella narrazione raccolta) risale ad al più sei anni dalla conduzione dell'intervista per 13 casi; fra i 7 e i 12 anni dalla conduzione dell'intervista per 16 casi, più in là nel tempo (fra i 13 e i 26 anni) per i restanti 19 casi.

tia. Soprattutto per i pazienti che soffrono di disturbi severi, le testimonianze sollecitate a ridosso dell'esordio presentano più la struttura di *performance*, di «testi da vivere», che di narrazioni compiute (vedi al riguardo Van Dogen 2003).

Concludo con una notazione che riguarda la collocazione nel calendario di quanto gli intervistati riconoscono come momento di transizione fra salute e sofferenza psichica. Per ragioni, almeno in parte dovute all'adozione di un vincolo nell'età dei soggetti inclusi nel campione (18-50 anni), con una sola eccezione, tutti i casi collocano l'esordio del proprio disturbo psichico negli anni che seguono il varo della legge 180, nota con il nome del suo propugnatore Franco Basaglia, che risale, appunto al 13 maggio 1978. Tutti i soggetti intervistati hanno dunque maturato, per così dire, la loro «carriera» nel clima rinnovato della psichiatria territoriale, anche se – detto per inciso – alcune delle narrazioni raccolte rievocano drammaticamente soprusi e violenze tipici della stagione manicomiale.

3. *Struttura e genere delle narrazioni*

Tutte le narrazioni raccolte mostrano una struttura comune, inscrivibile – con qualche piccolo aggiustamento – nel modello narratologico proposto da Algirdas Julien Greimas (1970, trad. it. 2001; 1983, trad. it. 1984)[20]. Greimas individua in ogni racconto quattro tappe fondamentali: contratto, competenza, performanza e sanzione. Al centro di ogni narrazione Greimas colloca un compito, di norma l'acquisizione o la difesa di un oggetto di valore (nel nostro caso questo oggetto è il benessere psichico). Questo compito viene assegnato al protagonista della narrazione da un altro personaggio (il destinante), nella fase del *contratto*. Per realizzare il compito che gli è stato assegnato, il protagonista deve conquistare i mezzi materiali e intellettuali necessari: processo costitutivo della fase denominata *competenza*. L'impiego di quelle risorse pone il protagonista in grado di affrontare il proprio compito nella fase denominata *performanza*, ora conseguendo i propri obiettivi, ora fallendo nella propria impresa. Ciò conduce

[20] Ho tratto la descrizione del modello narratologico di Algirdas Julien Greimas da Volli (2005, cap. 4).

all'ultima tappa del percorso narrativo, la *sanzione*, nella quale, in ragione del grado di adempimento del contratto, in ragione dei risultati ottenuti nella fase di performanza, il protagonista riceve una sanzione positiva o negativa. La transizione da una fase all'altra è accompagnata da una serie di peripezie che legano il protagonista ad altri personaggi, o meglio, altri ruoli attanziali, che ora lo sostengono, ora lo ostacolo nella realizzazione del suo compito, nella conquista o nella difesa dell'oggetto di valore: aiutanti e opponenti. Il modello di Greimas presenta altre articolazioni che, tuttavia, per le finalità di questo esercizio analitico possono essere trascurate. Per imporre un ordine alle narrazioni del male mentale di cui dispongo, occorre far precedere alle quattro tappe canoniche definite da Greimas un antefatto che consente l'innesco della struttura narrativa[21].

Nell'antefatto il protagonista vive – di norma ignaro – la propria congiunzione con l'oggetto di valore, il benessere psichico, ma poi, in seguito all'intervento del male mentale, ne viene separato nella transizione dalla salute alla malattia mentale. La fase successiva, quella del contratto, vede il protagonista investito del compito di riconquistare il proprio benessere psichico. Di norma, questo compito gli viene assegnato dalle istituzioni sanitarie, più precisamente dallo psichiatra. La fase successiva, quella della competenza, vede il protagonista impegnato innanzitutto a qualificare l'agente (con Greimas, l'attante) responsabile della propria sofferenza, a dare un nome e forse una spiegazione alla propria sofferenza. A ciò si legano le numerose peripezie – narrate dai nostri interlocutori – dirette a individuare il farmaco e/o il terapeuta più appropriati[22]. La quarta tappa, quella della performanza, apre ai contenuti epici delle narrazioni, alla lotta con l'opponente, il male mentale, per il ripristino della propria salute. La quinta e ultima fase, quella della sanzione, conduce all'epilogo, ovvero al giudizio reso dal narratore sugli esiti della propria lotta, sull'adempimento del contratto. Qui, tuttavia, è opportuno un altro scostamento dal modello di Greimas, per prevedere una raffigurazione degli esiti della lotta con il male

[21] Un impiego più ortodosso, e forse più competente, del modello di Greimas molto probabilmente consentirebbe di evitare la soluzione inelegante dell'aggiunta di una quinta tappa. Qui, tuttavia, ho preferito sacrificare ortodossia ed eleganza alla semplicità.

[22] Così definita, la fase di competenza prevede al proprio interno la possibilità di numerose sostituzioni del destinante del contratto, lo psichiatra.

mentale, non già discreta (salute sì o salute no), ma continua, immaginando gradi diversi di ripristino dell'originaria condizione di benessere psichico.

Le narrazioni di malattia in studio si distinguono fra loro in ragione del rilievo annesso a ciascuna delle cinque tappe (antefatto, contratto, competenza, performanza e sanzione) e soprattutto in ragione della chiusura narrativa parte del momento della sanzione, ovvero in ragione del giudizio del narratore sul proprio grado di ricongiungimento all'oggetto di valore, al benessere psichico. Quest'ultimo aspetto qualifica il genere della narrazione, che qui verrà definito seguendo le indicazioni di Kenneth Gergen relative allo studio delle narrazioni autobiografiche (1994).

Gergen propone uno schema analitico, insieme semplice e generale, entro il quale diventa possibile raffigurare l'incedere di ogni narrazione autobiografica, in specifico il processo con il quale il suo protagonista si lega o si separa dall'oggetto di valore. La relazione del protagonista con l'oggetto di valore (nel nostro caso il benessere psichico) viene raffigurata in uno spazio bidimensionale, nel quale, in ascissa, viene espresso l'avanzare del tempo, in ordinata, l'intensità del conseguimento del valore[23]. Gergen distingue tre forme rudimentali di narrazione che, variamente combinate, danno origine ai generi narrativi più comunemente impiegati nelle narrazioni del sé, le narrazioni progressive, regressive e di stabilità. Nelle narrazioni di stabilità la traiettoria biografica del narratore si caratterizza per un rapporto costante nel tempo con il proprio oggetto di valore: «da quando ho avuto l'esaurimento non mi sono più ripreso» è un esempio di narrazione di stabilità. Le narrazioni progressive e regressive raccontano il cambiamento: la caduta per le narrazioni regressive, l'ascesa per le narrazioni progressive. Al novero delle narrazioni regressive si può ricondurre questa narrazione elementare: «Prima ero una ragazza allegra, poi con la depressione, sono diventata sempre più triste». Ecco, invece, un esempio di narrazione progressiva: «la depressione ha cambiato la mia vita: in meglio». I tre tipi elementari di narrazione sono illustrati nella figura 2.

[23] Il fatto che Gergen proponga una raffigurazione continua e non già discetra del rapporto fra protagonista e oggetto di valore conferisce al modello proposto dall'autore maggior versatilità.

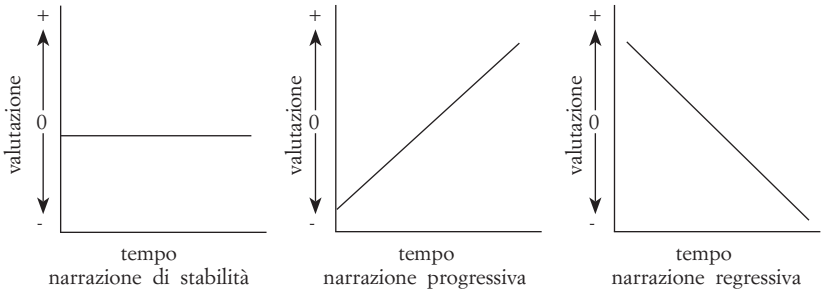


FIG. 2

La combinazione di queste tre narrazioni elementari consente la raffigurazione dei generi narrativi più comuni (tragedia, commedia, satira, romanzo cavalleresco, ecc.) ma anche ogni altra configurazione che non si sia ancora costituita come «orizzonte di attesa» per i narratori e come «modello di narrazione» per i narratori (cfr. Todorov 1978, trad. it. 1999, 51).

L'impiego di questi modelli analitici (Greimas e Gergen) alle narrazioni di malattia messe a tema in questo saggio è possibile solo a condizione che le trascrizioni delle interviste discorsive cui verranno applicati abbiano: a) una chiara struttura narrativa[24] e, b) includano la tappa che più sopra ho definito antefatto, ovvero mettano a tema la transizione fra benessere psichico e male mentale. Il primo requisito attiene alla presenza di una trama, ovvero quell'insieme di dispositivi narrativi che, con Polkinghorne, trasformano un insieme di eventi in uno schema unitario che leghi gli eventi gli uni agli altri, e di alcuni mostri il contributo reso all'esito finale della storia: «senza il riconoscimento di significato fornito dalla trama, ogni evento apparirebbe come discontinuo e separato e il suo significato sarebbe limitato alla sua categorizzazione o alla sua collocazione spazio-temporale» (Polkighorne 1988, 19). Il secondo requisito è indispensabile per qualificare i testi restituiti dalle interviste come narrazioni *di malattia*. È indispensabile che il narratore riconosca di aver subito il «furto» del benessere psichico, che riconosca nella propria traiettoria biografica una fase, anche solo un punto nel tempo, nel quale egli si è trovato disgiunto dall'oggetto di va-

[24] Approssimino cioè il profilo di ciò che Gergen definisce «narrazione ben formata» (1994, 190-193).

lore. Fra le cinquanta narrazioni raccolte, trentatré soddisfano i requisiti indicati più sopra e su di loro concentrerò l'attenzione in quel che segue.

Prima di procedere in tal senso è, tuttavia, opportuno esaminare, seppur sommariamente il profilo delle diciassette narrazioni escluse. Si tratta perlopiù di narrazioni che violano il primo requisito, quello della presenza di una chiara struttura narrativa[25]. Questa carenza sembra imputabile a due distinti fattori che, in alcuni casi, agiscono congiuntamente. Uno ha a che fare con la qualità dell'interazione fra intervistato e intervistatori, dovuta ora alle difficoltà incontrate da questi ultimi nel sostenere adeguatamente la costruzione della narrazione, ora dalla presenza di sentimenti di profonda vergogna e o sfiducia da parte degli intervistati. Il secondo fattore dipende più strettamente dal tema della narrazione, o meglio dalle caratteristiche dei narratori, in specifico di quelli con un profilo diagnostico severo (34 su 50). Una delle caratteristiche delle forme più gravi di psicosi, in particolare la schizofrenia, si associa a ciò che Arieti definisce «restrizione del campo psicotemporale» (1948, 34) che mina la capacità di legare in modo efficace passato, presente e futuro[26]. Questo problema si presenta in modo specifico in tre delle diciassette trascrizioni escluse, si tratta di testi che, con Frank, potremmo definire *chaos narratives*, storie, osserva l'autore che «letteralmente, non posso essere raccontate, ma solo vissute» (Frank 1995, 98)[27]. Riporto di seguito un estratto dell'intervista a Vera, una giovane donna albanese, che documenta in modo eloquente il genere delle *chaos narrative*.

> Con i vocci [*intende le voci*]. Veniva solo con i vocci. Che non dormivo, mi alzavo di notte. Non uscivo più dormire... no... che non lo so come devo comportare... sono stata guarda... un suffrire guarda che non so nemmeno io, poveraccia, cume è successo, cume mi è capitato […] Le sentiva li vocia quando... quando mi sono sposata. Li guardava li persone così in faccia. Sì, era normale ma non capivo... il discorso... arrivare una parola che mi dicevano,

[25] Mancano di una chiara struttura narrativa 13 interviste su 17.

[26] Todorov definisce «discorso psicotico» il genere narrativo che prende corpo in assenza della capacità di articolazione di passato, presente e futuro e, più in generale a fronte di una difficoltà nell'articolazione del rapporto fra l'io e la realtà esterna (Todorov 1978, trad. it. 1999, 83-91).

[27] Confronta al riguardo le osservazioni di Van Dongen che definisce queste storie «text for living», il cui potere deriva non già dal narrare ma dalla *performance*, dalla rappresentazione (Van Dongen 2003, 209).

una cosa che... che mi parlavano... che mi trasformava un vampiro addirettura. Che io vedeva le persone flash...flash... chi taglia la gola. Che io non vedeva le persone gli occhi, oh!...non usciva capire... che gli vedeva le persone gli occhi aperti così... vampiro propio... vampiro (Vera).

La frammentazione del discorso, la gracilità dell'impianto narrativo adombrata nel brano dell'intervista a Vera non sembra comunque imputabile meccanicamente alla severità della diagnosi: la quota di pazienti con una diagnosi severa risulta infatti più elevata fra le trentatré narrazioni incluse nell'analisi, rispetto a quella osservata fra le 17 narrazioni escluse.

Del novero delle trascrizioni escluse fanno parte altresì quattro testi, con un impianto narrativo meno gracile di quello osservato nelle *chaos narrative*, ma nei quali il narratore, ora nega recisamente di vivere o aver vissuto una condizione di sofferenza psichica, ora pur denunciando un passato di sofferenza psichica, tende, volgendo lo sguardo indietro, a minimizzarne la portata e a negarla recisamente per il presente. La prima forma di narrazione, quella della negazione radicale, coinvolge due fra gli intervistati (due uomini) ed è illustrata nel modo più eloquente da Dante che descrive nei termini riportati di seguito il suo primo incontro con la psichiatria.

Io ho dei problemi con la vicina mia che abita di sopra, io abito al quarto piano, questa abita al quinto, e di notte si mette a spostare mobili, a fare rumore, prende trapano e martello tutti i giorni festivi, lo fa apposta. Io standomene tranquillamente nella mia stanza, nella mia stanza, dico nella mia sfera privata, mi vedo arrivare a casa polizia e carabinieri, oppure telefonate delle caserme, di presentarmi perché questa qui mi va a fare gli esposti, mentre io me ne sto a casa mia. Ne ho parlato con mio fratello – ho un fratello sposato – ne ho parlato con mio fratello sposato, e la sua risposta è stata: «Ma hai delle manie di persecuzione?». Gli ho detto: «Guarda io non voglio che tu ti fidi delle mie parole, vieni direttamente tu a stare un paio di notti qui, e ti rendi conto se questa è una persona civile!»... Non l'ha mai fatto. Io dopo una settimana mi trovo lo psichiatra a casa, mi fa: «Guardi, noi siamo interessati al suo problema, vorremmo seguirla un pochettino», ho detto: «Per me il problema non c'è». Da allora non mi hanno più smollato, gli ho detto che il mio problema, se vogliono risolvere il mio problema, è darmi un posto di lavoro, non… lo psicofarmaco (Dante).

Nel corso del secondo colloquio, Dante ritorna sul suo primo incontro con lo psichiatra per sottolineare ancora una volta come il suo unico problema sia la disoccupazione, di certo non fronteggiabile con la somministrazione di psicofarmaci, che tenacemente il medico si ostina a proporgli.

Mi sono sentito un po' preso in giro... perché io gli ho detto che l'unica terapia che poteva portarmi fuori da questa situazione di disagio, è il lavoro... gliel'ho detto chiaro e tondo: «Se lei può darmi una mano in questo senso va bene»... e lui [*lo psichiatra*] mi ha detto che c'era tutta una prassi da seguire, io dovevo iniziare una terapia farmacologica... ma io i farmaci non li prendo, mi sono assolutamente rifiutato... Adesso un disoccupato viene trattato come un disabile psichico? Io questa cosa la trovo veramente assurda! (Dante).

La seconda forma di narrazione, sospesa fra la negazione e la normalizzazione, coinvolge un uomo e una donna maturi: Rocco e Viola. Chiederò a Viola di illustrare, con alcuni estratti dalla sua intervista, un discorso costruito più sull'argomentazione, che sulla narrazione. Così si apre la sua intervista mostrando sin dall'incipit la linea argomentativa che la contraddistingue.

Io alle volte do i numeri, mi arrabbio con i miei genitori o cosa, ma in somma non sono proprio ai livelli da [*ride*], internamento, da ricovero elaborare questo mi ha un po', un po' risollevata (Viola).

In seguito Viola descrive il suo ricorso al CSM, come l'esito di uno scrupolo forse eccessivo, dettato dalla necessità di avere conferma di quanto in cuor suo era già convinta: di avere sì qualche problema, ma di non essere «proprio pazza da rinchiudere in manicomio».

Grossi problemi no, ripeto, ho avuto solo bisogno di, forse di conferme andando dalla dottoressa perché mi sono sentita in un momento un po' così, dico: «va beh, magari con l'aiuto di qualcuno che magari fa questo mestiere per aiutare le persone», perché sono psicologi appunto per capire nella testa delle persone cosa frulla, cosa, cosa... dico mi rivolgo a qualcuno per capire cosa mi sta succedendo, e infatti poi la cosa è andata abbastanza bene! [...] Sì, ho detto: «boh mi trovo un po' in crisi!» Così, ho questi brutti pensieri, mi rivolgo a qualcuno che, che mi possa dare una mano, che mi possa dare delle conferme oppure delle, delle... dire: «No! Lei è proprio pazza, da rinchiudere in manicomio!» [*ride*] cioè per dire no? Sono psicologi quindi riescono a capire nella tua... cosa! E boh, tutto sommato sono contenta adesso sto abbastanza bene, riesco a dormire, anche se ci sono le notti che non riesco a dormire, oppure mi addormento tardi... però va un po' meglio. (Viola).

L'applicazione dei modelli di Gergen e Greimas ai testi che soddisfano entrambi i criteri indicati più sopra (presenza di una chiara struttura narrativa e focalizzazione della transizione fra benessere psichico e male mentale) conduce all'individuazione di tre generi narrativi, che combinano, ciascuno a proprio modo,

le tre forme elementari di narrazione: narrazioni regressive, di stabilità e progressive. L'attribuzione di ciascuna narrazione ad un genere si basa sulla considerazione del testo (costituito da una o due interviste)[28] nel suo insieme e da un esame più puntuale della sanzione, ovvero del giudizio del narratore sul grado di adempimento del compito che gli è stato assegnato: il ripristino del benessere psichico.

Il primo genere, che raccoglie poco meno della metà delle narrazioni in studio (16 su 33), combina in successione una narrazione regressiva e una narrazione di stabilità. Queste narrazioni descrivono una caduta, perlopiù rapida e improvvisa in una condizione di intensa sofferenza psichica, cui segue un lungo periodo di stasi che include anche il momento in cui la narrazione viene raccolta (le chiamerò RS: narrazioni regressive + narrazioni di stabilità)[29]. Narrazioni, dunque, modellate sul registro della tragedia, i cui tratti si mostrano in modo nitido nel racconto di Giacomo che si apre con la caduta:

> Ma, non saprei adesso, da dove partire... Ma non so, posso partire da, da quandooo lavoravooo in una ditta, io sono un tecnico elettronico e a seguito diii pressioniii lavorative, così... l'andare di corsa, di fretta, ho avuto un esaurimento nervoso eee sono andato a finire al Centro diurno di via *** [*località*]... c'è un centro diurno. Ho interrotto il lavoro... e sono andato, sono andato lì... dopo un po' di tempo. Io premetto che sono una persona molto solitaria e quindi non, nonnn... non è che potessi scaricare le cose con altre persone, con amici, così... E quindi ho avuto questa depressione, questa forte depressione e ho iniziato a frequentareee questooo centro diurno (Giacomo).

Ritornando sulla caduta, nel secondo colloquio Giacomo osserva:

> Io ormai mi sono convinto che è un disagio cronico [...] diciamo che quest'ansia, questooo, soprattutto l'ansia eeeh me la porterò dietro sempre, mmmh nonnn, non è che c'è qualche cosa che mi guarirà dall'ansia, mi può guarire, non so appunto, mi può..., posso attenuarla [...] Cioè, il problema eeeh però so che nonnn, non, non avròoo ehmm cioè non è che cambio dal, dall'oggi al domani io cambio eeeh divento una persona sicura di meee, tranquilla, felice, iooo rimango sempre un po' infelice, diciamo, sempre un po'

[28] I testi sono costituiti da trenta interviste ripetute e tre interviste singole.

[29] Come per le narrazioni di malati cronici analizzate da Good, anche in questo caso «i narratori sono nel mezzo del racconto che stanno narrando» (Good 1994, trad. it. 1999, 235).

così, con la tristezza addosso, eeeh e questa tristezza penso che non..., non me la tolga nessuno... (Giacomo).

Il secondo genere presenta la struttura del romanzo cavalleresco, nel quale a una narrazione regressiva ne segue una progressiva (vedi Gergen 1994, 196). In queste testi – ancora 16 su 33 – il narratore lotta con il male mentale, giungendo, in alcuni casi a sconfiggerlo, in altri imparando a dominarlo (le chiamerò RP: regressive + progressive). Queste narrazioni mostrano tre varianti, in ragione del grado di ricongiungimento con l'oggetto di valore ottenuto nell'epilogo, nella tappa della sanzione. Nella prima variante (RP_1) il narratore supera i momenti più bui della crisi, ma conquista solo in parte il benessere psichico di cui era detentore nell'antefatto. Il racconto di Alfredo, ricco di immagini e metafore particolarmente eloquenti, offre un'adeguata caratterizzazione di questo sotto-genere. Alfredo parla di un inizio precoce della propria carriera psichiatrica.

La mia storia da quando ho avuto... cioè in ambito di problemi psichici è iniziata veramente da quando avevo dai sedici ai diciassette anni. Più che altro quando stavo per compiere i diciassette. Lì ho avuto un caso di nevrastenia quello che poi è detto volgarmente esaurimento nervoso che si è risolto, cioè con una fase di... acuta di stato confusionale, di euforia così, in cui ho perso il contatto con la realtà. C'è stato un ricovero forzato [...] e poi da lì ho iniziato la cura con, con i farmaci. È iniziata così la mia vita con, a curarmi con i farmaci. (Alfredo).

Alfredo, non diversamente dalla maggior parte delle persone che soffrono di disturbi psichici, ha con i farmaci un rapporto difficile. La loro assunzione comunica uno stato di malattia, che Alfredo tende a negare o almeno ridimensionare ricorrendo a una forma estrema di «normalizzazione», la sospensione della terapia, grazie alla quale ripristina lo stile di vita che precede l'irruzione della crisi (vedi Bury 2001, 272; Estroff 1991, 337). Il racconto di Alfredo prosegue con la descrizione di tre crisi, che lo investono, a distanza di un anno l'una dall'altra, in concomitanza dell'avvio della propria carriera professionale. Crisi ora sostenute, ora innescate dalla difficoltà di accettare i farmaci. Così Alfredo descrive la terza crisi, la più severa.

E praticamente al terzo anno, siamo al Natale 2001-2002, anche lì succede il patatrac. Già dal mese di ottobre la mia ragazza, cioè la mia ex ragazza notava che avevo segni di cedimento così, cioè c'erano stati di esaltazione

alternati a stati in cui ero molto cupo, tenebroso, ero molto giù di morale, demoralizzazione. E allora ad un certo punto non andavo più d'accordo con lei e lei, con lei avevo pensato di troncare cioè di tagliare, di staccarmi da lì. E così ad un certo punto ho detto: «boh, adesso devo iniziare il mio cammino spirituale», che comunque avevo già iniziato sia con i Neocatecumeni che hanno contribuito ad alterare ancora di più il mio stato di esaltazione. [...] Mi sentivo un po' come una specie di illuminato, un po' come volendo utilizzare una terminologia orientale, allora ho detto: «allora io sono boh un illuminato del cristianesimo», così e un po' come oppure san Francesco oppure come, un esempio più concreto, Ernesto Olivero che ha fondato il Sermig, io ho detto: vabbè se l'ha fatto Ernesto Olivero che è andato da solo senza avvertire niente e nessuno cioè di andare a parlare con il Papa posso farlo anch'io. [...] E quindi cioè mi misi nel treno e così cioè insomma praticamente sono, sono andato, ho tentato di andare verso Roma poi lì feci casino nel treno e ad un certo punto i controllori, cioè che ebbi, non una colluttazione, ma una discussione accentuata con una donna islamica la quale si allarmò così e chiamò i controllori. Però io non avevo assolutamente alzato le mani, avevo solo alzato così un po' la voce, questa si era un po' spaventata e praticamente cioè sia io che la donna islamica veniamo portati in Questura della polizia di Pisa. [...] Mi han visto che praticamente cioè parlavo cioè cantavo, gridavo, facevo, dicevo, però non ero pericoloso perché non ero armato cioè ero pieno di santini addosso, di libri, così cioè di libricini di preghiera così. Mi han detto: «questo qua ha qualcosa che non va» e hanno, hanno avvisato a casa. [...] Poi lì a Pisa mi han ricoverato, mi hanno ricoverato per la prima volta in TSO, cioè ho avuto un ricovero forzato e... ed è stata un'esperienza tragica cioè veramente che poi anche i miei ad un certo punto hanno ritenuto un po' drastica, ma comunque in quella fase lì obbligatoria, comunque la peggiore delle soluzioni. Perché sono stato legato per tre giorni a un letto e lì insomma è stata dura, cioè. Sono stato per tre giorni legato ad un letto e come se il tempo in quel momento lì si fosse fermato per me. (Alfredo).

Alfredo torna a Torino e, qui, a partire da una più piena comprensione della propria sofferenza, unita all'individuazione di efficaci strategie di fronteggiamento, la narrazione inverte la rotta e assume un andamento progressivo.

E invece poi sono venuto qui [*a Torino*] e [...] credevo di non avere più bisogno dei medici, pensavo di aver superato questo periodo buio così, però dall'altro sentivo in me che c'era ancora qualche tassello da aggiustare e che se non l'avessi aggiustato sarebbe stato un po' come dire un buco nella barca, poi l'acqua sarebbe entrata di nuovo e si sarebbe riaperta... e poi il piccolo buco ha incominciato ad ingigantirsi e sono ricaduto nella fase, nel sentirmi di nuovo disturbato e poi tutte le cure che si sono alternate fino quando ad arrivare a questa cura recente che mi permette [...] di lavorare diciamo più giorni possibili nella settimana. C'è da dire che una persona così, cioè riabilitata dal punto di vista psichico, comunque allora nella mia esperienza non sempre, adesso capita che con il lavoro ci sono delle giornate in cui non rendo e poi ci sono delle giornate in cui rendo di più per compensare

quelle che non rendo e così insomma ho capito cioè adesso ho imparato ad accettare questo e cioè che a differenza degli altri, cioè di altre persone che non hanno nessuna difficoltà o che hanno problemi fisici diversi dai miei, io ho questo qua e quindi capitano delle giornate che magari così insomma non va [...] Quello che sto imparando adesso cioè che è un po' come le nuvole, arrivano, faranno cioè la loro scaricata di pioggia, poi passeranno e ritornerà il sereno. Questo è tutto (Alfredo).

La seconda variante (RP_2) approssima le *restitution narratives* di Frank (1995, cap. 4), si tratta di narrazioni nelle quali il protagonista riconquista appieno l'oggetto di valore, il benessere psichico, collocando la sofferenza psichica in un passato che getta solo tenui ombre sul presente. Il racconto di Sofia esprime al meglio questo aspetto. L'incipit della narrazione di Sofia non lascia dubbi sulla natura regressiva del «primo movimento»:

Allora io ho avuto un' infanzia problematica, però... equilibrata, perché quello che mi è successo non è che mi ha procurato dei traumiii... praticamente la cosa che è successa è che mio padre ha violentato sia me che mia sorella... cosìii comunque questa storia è durata dall'età diii 6 anni finooo... a 15 anni, ma noi: io e mia sorella lo facevamo questa cosa perchéee /m-mio/(balbetta un po') padre maltrattava mia madre se non acconsi-acconsentivamo ai suoiiii... Allora cos'è successo... che siamo andate avanti... per mia madre per non farla picchiare sempre, noi acconsentivamo a questa cosa... (Sofia).

La crisi, il «furto della salute», si colloca molto più in là nel tempo. Sofia ha 29 anni, fuggita da casa con un matrimonio precoce, si ritrova, con le sue stesse parole «dalla padella alla brace», alle prese con un marito violento e manesco. In quel periodo, durante una festa aziendale, Sofia conosce un personaggio allora famoso di cui si innamora perdutamente, divenendo preda di un delirio amoroso che la costringerà ad abbandonare il lavoro.

Allora eeehm a me è bastato lo sguardo di *** [*nome del personaggio famoso*] a farmi andare in orbita (sorride) e da lì è venuta la malattia, la para, la-le paranoie, le fisse. Praticamente io mi sono creata ehmmm questaaaa... quest'amore, pensavo addirittura che lui /fosse in me, che mi, telepatia tutto queste cose che io parlavo con... paranoie così... Paranoia la chiamano? [...] Questa cosa è andata avanti tanti anni, nel frattempo io ho lasciato il lavoro… (Sofia).

Il racconto, nella tappa della sanzione, ritrae una narratrice finalmente pacificata che ha portato a termine il proprio compito,

quello della riconquista del benessere psichico. Riferendosi a una fase della propria vita che colloca alcuni anni dopo la crisi, Sofia osserva: «mi sentivo realizzata di nuovo, di nuovo realizzata mi sentivo... di nuovo come ero una volta».

La terza e ultima variante (RP_3), raccoglie due sole narrazioni di particolare rilievo, quelle di Cesare e Noemi[30]. I protagonisti di queste narrazioni, non solo vincono il male mentale, ma, attraverso le peripezie che accompagnano la lotta, costruiscono un sé migliore di quello con il quale, nell'antefatto, si aprono le loro narrazioni, il sé che ancora non aveva incontrato la sofferenza psichica. Sia Cesare, sia Noemi sono stati reclutati nel campione con una diagnosi severa che trova conferma anche nelle loro narrazioni.

Noemi individua le radici della propria crisi in un evento che – come accade anche in altre narrazioni – non mostra un legame evidente con il disturbo psichico. Si tratta di un incidente d'auto, le cui conseguenze si configurano per la protagonista un ostacolo insormontabile alla realizzazione dei propri progetti. Pochi mesi più tardi, all'incidente, segue la morte del padre.

> Ho avuto una frattura al femore: questa cosa mi ha buttata veramente giù [...] All'inizio i dottori [*dicevano*]: «sei giovane, guarisci in fretta». Io dopo un anno vedevo che non avevo risultati [...] ho detto: «boh, i miei sogni sono finiti, e iniziare di nuovo, non ne ho più la forza»; almeno questo era quello che pensavo io [...] nello stesso tempo che comunque io avuto un incidente dopo due mesi manca mio padre, il che è un'altra ulteriore... (Noemi).

La crisi, il «furto della salute», ha luogo più tardi, quando Noemi va in visita alla madre nel paese dove trascorse l'infanzia.

> Quando sono ritornata al paese, non credevo che mio padre non ci fosse più perché la-la lontananza non ti fa sentire le-le emozioni, no? E iniziavo a dire delle cose strane, dicendo: «mio padre non è al cimitero ma ritorna, è nei campi, adesso ritorna». Quindi non accettavo, una parte di me si era allontanata dalla realtà e quindi poi... ehm... ho iniziato a star male e quindi mi sono divisa. Mi è capitata la Bibbia tra le mani, questo ha influito anche nella-nella mia malattia perché la Bibbia dice il paradiso terrestre, si ricomincia vivere, forse vivono in paradiso, che ne so, tutte sensazioni che comunque in quel momento si divide una parte di te che va fuori dalla realtà, e quindi ho iniziato a conoscere i Servizi di Salute Mentale (Noemi).

[30] La consistenza numerica delle tre varianti del genere definito «romanzo cavalleresco» è la seguente: RP_1, nove nararzioni; RP_2, cinque narrazioni; RP_3, due narrazioni.

Noemi viene ricoverata più volte ed è proprio in occasione di due diversi ricoveri che la protagonista della narrazione, dapprima, tocca il punto più basso della propria traiettoria regressiva, per poi avviare, in occasione del secondo ricovero, la propria risalita.

Ho avuto anche sei mesi di ricovero in una... a *** [*nome di una clinica psichiatrica*], quindi ero proprio, insomma, ridotta veramente male, che addirittura un dottore di là ha detto: «Per lei è finita, cioè resterà per sempre così!». Cioè ancora sentire queste cose, che io le ho sentite purtroppo, non me le sono immaginate, perché ero abbastanza lucida (Noemi).

A uno psichiatra, nel ruolo di opponente, succede poi, in occasione del secondo ricovero, un altro psichiatra, che ricopre in questo caso il ruolo di aiutante.

Poi la mia fortuna che sono stata ricoverata anche a *** [*nome di un'altra clinica psichiatrica*], [...] è stata la mia salvezza perché lì ho conosciuto Rossi, il primario, quindi ho incontrato Rossi, era un primario eccezionale, gli ho detto due parole: «mi aiuti a ritornare, a ritrovare la mia vita, perché insomma, dico, non credo che si meriti tutto questo un essere umano!». [...] Insomma la mia fortuna è stata anche di avere trovato Rossi che mi ha aiutata a capire… (Noemi).

Noemi si sente compresa, ascoltata dal dottor Rossi e da allora, dice: «ho avuto la forza dentro!». Questa forza è innanzitutto capacità di ascolto, che la porta a riconoscere la propria vulnerabilità, ma con questa anche la propria capacità di governarla.

So che potrò avere un ricovero, magari, io mi auguro di no, questo non lo so, però so che sono all'altezza, perché uno degli ultimi che ho fatto sono stata io a deciderlo, mi sono sentita io che avevo bisogno di aiuto, quindi sono riuscita a raggiungere quell'obiettivo, ho chiesto io aiuto (Noemi).

In chiusura del secondo colloquio Noemi rievoca il punto più basso della propria traiettoria biografica, con i toni di chi ha vinto la propria battaglia.

Non ce l'hanno fatta neanche con le loro medicine pesanti, non ce la fanno perché c'era qualcosa dentro di me che aveva di più voglia di vivere. E ho detto: «Io un giorno dovrò dire che ce la si può fare in qualsiasi situazione». Sarò l'unica fino adesso, magari, che riesce di nuovo ad avere una vita normale, perché loro devono sapere che io sono una persona che-che vale (Noemi).

La narrazione di Cesare, quasi un romanzo di formazione, vede il suo protagonista riconoscere al male mentale, che chiama «depressione», un valore positivo: un'esperienza dura, che gli ha causato sofferenza, ma che, in ultima analisi, l'ha reso migliore.

Sicuramente ha modificato la mia vita, e in meglio, anche se ho sofferto abbastanza, però ha avuto anche dei lati positivi come esperienza, come depressione. E... come posso dire... ad un certo punto ho capito un bel po' di cose, cominciando ad avere delle mie idee, a vivere con dei principi, ho cominciato a capire che bisogna rispettare delle regole, perché prima vivevo senza regole. Quindi da un lato c'erano dei momenti in cui ero anche contento che era arrivata questa... cioè, non ero contento, però se ci pensavo bene dicevo: è stato meglio così da una parte, perché se non fosse mai arrivata adesso continuerei a fumare [*intende gli spinelli*], a fare cavolate... quindi è stato meglio così [...] Vivo molto meglio adesso perché adesso diciamo ho degli ideali, delle mie filosofie, delle mie convinzioni, e quando fumavo invece diciamo vivevo senza niente, boh, fumavo e quello che mi interessava era fumare, andare a scuola, fumare sempre e... fumavo parecchio... non avevo appunto idee, vivevo senza ideali, senza niente (Cesare).

Il terzo e ultimo genere mostra i tratti della saga eroica, nella quale il protagonista vede le proprie sorti oscillare fra gloria e infamia, nel quale narrazioni regressive e progressive si legano in rapida successione (vedi Gergen 1994, 196-197). A questo genere (che chiamerò RPRP: regressive, progressive, regressive, progressive…) appartiene una sola delle narrazioni raccolte, quella Edoardo, che fa dell'oscillazione fra opposti l'elemento meta-narrativo che guida il suo discorso.

Il mio problema fondamentale è stato, che è questo della mia vita, dovere riprendere più volte ricominciando da capo. Solo che questo significa, magari, per alcuni riprendere da capo il lavoro, invece per me è stato riprendere da capo alla volte la vita, in senso totale... perché ho avuto delle crisi... disturbi psichiatrici, quindi questo mi ha portato a dover ricominciare da capo (Edoardo).

La sofferenza psichica è per Edoardo un'interruzione ripetuta (cfr. Frank 1995, 56) che spezza i suoi progetti professionali, che incrina le relazioni sentimentali di volta in volta costruite. Edoardo rievoca tre crisi e insieme il fatto di essere stato «liquidato brevemente come guarito tre volte». Le crisi interrompono dapprima i suoi studi universitari, poi due diversi percorsi professionali, prima come grafico, poi come agente immobiliare. Le peripezie che ora sospingono Edoardo nella crisi, ora lo re-

stituiscono al benessere psichico lo vedono accanto a personaggi che interpretano in modo quasi caricaturale i ruoli attanziali di opponente e aiutante. Ecco allora Edoardo alle prese con una «dottoressa pazza» che – dice l'autore della narrazione – gli «faceva le punture in vena così per sperimentare». Eccolo ora sostenuto da un altro psichiatra, cui Edoardo scrive una lettera chiedendo e ottenendo il sostegno necessario a muovere da una comunità terapeutica a un'abitazione propria. Edoardo più volte esprime stima e gratitudine verso questo «grande medico», verso una terapia della parola che gli consente, ogni volta che lascia lo studio del terapeuta, «di viaggiare venti centimetri più in alto». A questa immagine che evoca i *koan* dei maestri zen, Edoardo ne associa un'altra del medesimo tenore per descrivere, di nuovo a tinte forti, i quattro anni trascorsi in una comunità terapeutica.

> Io ho fatto quattro anni di comunità, una comunità... insomma difficoltosa, dove so, dove io ritengo che a me sia servita come esperienza, però lì era un, una cosa che non si vede esteriormente perché se uno va a vedere lì ci sono, come in alcuni di questi posti, fiorellini, belle aiuole, la casetta, invece ci facevano fare un sedere da cani, cioè io crollavo la sera sul letto insomma tutti i giorni perché facevo lavori duri. [...] Ho fatto un mio viaggio così un po' più spirituale che era una specie di, spirituale a, con tutte le virgolette, insomma, perché mi sembrava di fare un po' un'esperienza interessante, infatti è stata un'esperienza interessante come prova un po' lunga infatti poi sono crollato, praticamente mi sono dimesso insomma, perché non ce la facevo più, e come prova su me stesso, come buddhismo zen, che è lo stesso tipo, è uguale insomma, fondamentalmente è la stessa cosa, e…, è stata molto dura… (Edoardo).

Riprendendo, nel secondo colloquio, questa tema introdotto nel corso della prima intervista, Edoardo precisa il significato attribuito all'espressione «viaggio spirituale», richiamandosi ancora al buddhismo zen: «la logica è la stessa: il punto primo è cercare di dimenticarsi tutto quello che sai e cercare di imparare qualche cosa». L'impianto narrativo dei tre generi illustrati sin qui è illustrato in modo compatto nella figura 3, che ripropone il modello grafico di Gergen (1994).

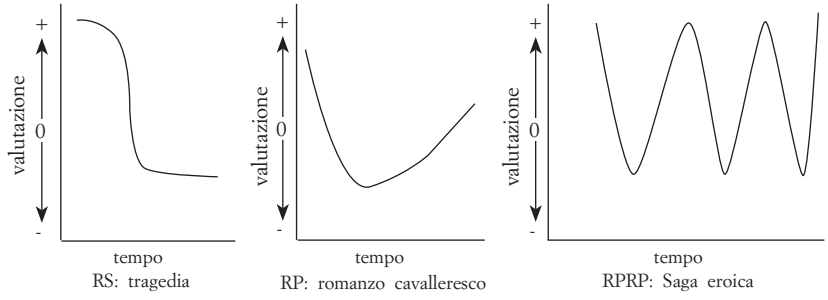


FIG. 3

Sulla scelta, per così dire, del genere narrativo pare abbiano rilievo più il profilo sociale del narratore che le sue caratteristiche cliniche. Sia la diagnosi con la quale i soggetti sono stati reclutati nel campione, sia la durata della loro «carriera» psichiatrica mostrano relazioni decisamente tenui con la scelta del genere narrativo. Pazienti gravi e meno gravi si distribuiscono in modo relativamente omogeneo fra i due maggiori generi narrativi, la tragedia e il romanzo cavalleresco. Si osserva esclusivamente una lieve propensione fra i soggetti con diagnosi meno severa a prediligere le narrazioni dai toni più cupi. Quanto alla durata della «carriera» psichiatrica, anche da questo punto di vista le differenze sembrano minime, con una maggior propensione al tragico manifestata da coloro che sono più prossimi all'irruzione, mentre i più navigati tendono a ripartirsi in modo pressoché bilanciato fra tragedia e romanzo cavalleresco.

L'età anagrafica ha un impatto inverso sulla scelta del genere, e costituisce in assoluto il fattore – fra quelli considerati – che marca in modo più netto le differenze fra i soggetti interpellati. In questo caso sono i più anziani a mostrare una più netta propensione al tragico. Fra gli intervistati con almeno 35 anni 12 su 18 prediligono narrarsi nel registro della tragedia; per contro fra gli intervistati con al più 34 anni 10 su 14 accordano la loro preferenza al romanzo cavalleresco. Da ultimo, consideriamo il sesso: al riguardo si osserva una maggior propensione al tragico da parte delle donne (10 su 17), cui si contrappone – pari per intensità – una maggior propensione degli uomini per il romanzo cavalleresco (9 su 15). Su quest'ultima differenza sono opportune alcune considerazioni suggerite da una lettura analitica dei materiali in esame.

Le narrazioni al femminile, di fatto, presentano un tenore più tragico, vuoi per la minor reticenza di queste narratrici, vuoi per la maggior densità nelle loro vite di eventi di vita stressanti (vedi Pearlin *et al.* 2005). Del primo elemento, la minor reticenza, disponiamo di numerose prove, a cominciare da Sofia (vedi sopra) che apre la propria narrazione con il dramma di un abuso ripetuto, sino alle descrizioni tragicamente vivide dei tentativi di suicidio intrapresi dalle nostre interlocutrici, basti per tutti quello di Bianca, crudo ed agghiacciante; descrizioni che non hanno equivalente nella popolazione maschile.

Eh... quella mattina, era una domenica, a parte il fatto che io continuavo a sentire le voci che... che che sarebbe successo qualcosa di brutto a mio papà, o che sarebbe successo qualcosa di brutto a me, che dovevo far di tutto per... per uccidermi, cose di questo genere. Io presi le forbici in un *raptus* di... di non so che cos'era, se era follia o cosa... e mi conficcai le forbici in gola. Le forbici quelle da sarta lunghe così... [*fa segno con le mani di una ventina di centimetri di lunghezza*] e... poi mi sentivo soffocare e mi sono andata a mettere fuori sul pianerottolo e il pianerottolo l'ho riempito di sangue e mio padre mi è venuto a togliere le forbici e a portare un asciugamano e mi diceva: «perché mi fai questo? perché mi fai questo?». Ecco è tutto lì (Bianca).

Quanto alla densità degli eventi di vita drammatici, documentati dalle narrazioni degli intervistati e, in alcuni casi, anche da quelle dei loro familiari, emerge come siano soprattutto le donne ad averli vissuti e, ciò – nei limiti dettati dalla natura della documentazione empirica esaminata – pare possa dar conto della maggior propensione al tragico delle narratrici[31]. È

[31] Gli eventi emersi dalle narrazioni (dunque quelli che i nostri interlocutori hanno scelto di condividere con gli intervistatori) possono essere raggruppati in due macro-aree relative alle dimensioni affettivo-relazionali che insistono, in un caso, nella vita condotta all'interno della famiglia d'origine e, nell'altro, in quella che si sviluppa nell'età adulta, nella famiglia costituita. Nella prima rubrica rientrano i lutti – segnatamente la morte di uno dei genitori durante l'infanzia o la fanciullezza – assieme ad eventi forse ancor più drammatici che riguardano il rifiuto e poi l'abbandono da parte delle figure di attaccamento, le violenze psichiche e fisiche e gli abusi sessuali. Nella medesima categoria trovano inoltre collocazione la presenza in famiglia di un genitore con severi disturbi psichiatrici o di comportamento (dovuti per lo più all'abuso di alcol). Ebbene, eventi di tale drammaticità hanno investito la vita di più di un terzo dei nostri interlocutori e fra questi soprattutto le donne (14 su 20). Nella seconda rubrica trovano collocazione eventi quali il decesso del *partner*, l'esperienza di un relazione coniugale caratterizzata da violenze e prevaricazioni intense e ripetute e la separazione forzata, vissuta come forma di abbandono o l'allontanamento forzato dai propri figli. Si tratta, in questo caso, di eventi che investono quasi esclusivamente la vita delle donne del nostro campione (questi eventi vengono rievocati da 6 donne e 1 solo uomo), rafforzando ulteriormente una dolorosa specificità di genere.

opportuno, al riguardo un inciso che risponde a un interrogativo sollecitato dalla notazione sugli eventi di vita. I materiali esaminati suggeriscono la presenza di un legame fra eventi di vita stressanti e disturbo psichico. Si tratta ovviamente di una conclusione che la sola documentazione in studio non può autorizzare, pena il cadere in quanto Piccione definisce «illusione clinica» (1995, 48). Uno studio recente, parte del cosiddetto Sesto Fiorentino Study, consente di mettere alla prova l'ipotesi suggerita dai materiali narrativi (Faravelli *et al.* in stampa). Lo studio, condotto su di un campione casuale di 2363 soggetti ha confrontato la prevalenza di eventi di vita stressanti – precoci e recenti – fra le persone con un disturbo psichico e quelle in buona salute. Dallo studio emerge la massiccia concentrazione di eventi stressanti fra i pazienti psichiatrici, prima dell'esordio della patologia loro diagnosticata. In specifico, i pazienti psichiatri vedono l'anno che precede l'esordio del loro disturbo caratterizzato da uno o più eventi di vita stressanti in una misura di quattro volte superiore a quella osservata – a parità di condizioni – fra le persone che non presentano disturbi psichici (Faravelli *et al.* in stampa). L'esame di questo aspetto delle narrazioni ci introduce al paragrafo che segue, dedicato non più alla forma della narrazione, ma alla materia narrata.

4. *Storie: la materia narrata*

In quest'ultimo paragrafo verranno esaminati – sommariamente – i contenuti delle narrazioni, la materia narrata, organizzando gli argomenti lungo la sequenza narratologica illustrata più sopra (par. 3): antefatto, contratto, competenza e performanza. L'ultima tappa del tragitto narratologico resterà invece in ombra, in parte poiché ai suoi contenuti si è già fatto cenno dell'identificazione dei generi narrativi, in parte perché molte delle narrazioni esaminate non sono ancora approdate – intendo narrativamente – alla sanzione: i loro narratori – come osserva Good – sono ancora nel mezzo della storia che raccontano (Good 1994, trad. it. 1999, 235). Iniziamo, dunque dall'*antefatto* che, si ricorderà, si compone di un enunciato di stasi che descrive il narratore nell'inconsapevole possesso dell'oggetto di valore, il benessere psichico, e di un enunciato di azione, nel quale il narratore subisce il «furto della salute». Qui l'attenzione cadrà sul racconto

del furto della salute, ovvero sulla ricostruzione dell'irruzione nella biografia dei narratori del male mentale.

La quasi totalità delle narrazioni di malattia analizzate in questo saggio mostra nell'incipit la chiave del racconto: in poche battute il narratore descrive l'irrompere del male mentale nella propria vita e offre una chiave per coglierne gli aspetti più salienti. Spesso poi, sollecitati anche dagli intervistatori, i protagonisti di queste storie ricostruiscono nei dettagli lo scenario della crisi, con il carico di paura e sofferenza che l'accompagna. Questa sofferenza è ben documentata dalle narrazioni che ho deciso di riprodurre di seguito, riferite alle manifestazioni più disturbanti del male mentale, le voci innanzitutto.

Le voci arrivarono all'improvviso una sera di ottobre del 1962: Ho quattordici anni. *Ucciditi... Bruciati vivo*, mi dicono. La radio a transistor sul comodino ha appena trasmesso una canzone dei «Four Seasons», ma quelle che sento non sono le parole della canzone. Mi rigiro nel letto, pensando a un incubo, ma in realtà non sto dormendo: le voci – basse e insistenti, canzonatorie e beffarde – continuano a parlare. *Impiccati*, dicono, *Sarà una fortuna per il mondo intero. Sei un buono a nulla, non vali niente...*

Cosi si apre l'autobiografia di Ken Steele, *E venne il giorno in cui le voci tacquero* (2001, trad. it. 2005). Con poche variazioni, fatta eccezione per la minore elaborazione letteraria, le voci compaiono insistenti e minacciose anche in molte delle narrazioni raccolte a migliaia di chilometri dalla Waterbury dove per la prima volta Ken sentì le voci.

Ho avuto – non so se si può chiamare così – tipo un episodio psicotico [...] sentivo le voci e mmm diciamo che è successo di sabato, mi ricordo, sabato mattina, però già le sentivo da una settimana 'ste voci no? [...] Io sentivo per esempio – mmm adesso a spiegare è un po' difficile perché son passati tanti anni – però sentivo per esempio la voce di mia nonna, quand'era in vita, poi ho ho rivissuto degli episodi per esempio io adesso stiamo dialogando io e te no? [*si riferisce all'intervistatore*] E sentivo poi gli stessi discorsi che avevamo fatto magariii ...e un quarto d'ora prima o venti minuti prima no poiii... mmm mi faceva paura pure 'sta voce, a volte sentivo le voci delle dei conoscenti no? Che mi facevano paura o ero convinto di comunicare con una persona che conoscevo, proprio fare i discorsi, sentivo anche la mia voce e la sua, cioè cose assurde proprio... [...] Le ho sentite per due anni, infatti a volte pensavo, ho detto: «Io 'ste voci e due anni son tanti e sentire sempre una voce in testa che ti parla», infatti tante volte ho pensato anche al suicidio eee... solo che c'era l'altra parte di me che... non è mai andata oltre voglio dire no? Perché ero cosciente io no, solo che infatti a volte me avevo paura... e mi faceva paura perché mi diceva: «Sei indemoniato!», o cose del geeenere

e adesso mmm però mmm ho sofferto molto ecco ho sofferto molto anche se poi a volte mi faceva anche divertire sta voce no? [...]. Era una sensazione terribile proprio [...]... sentivo sempre ste' voci più forti, mi tormentavano, mi facevano paura, mi dicevano cose brutte... non so, tipo, «Devi morire, io sono il diavolo dentro di te!» «Adesso ti vogliono ammazzare!» (Marco).

Per Marco, operaio metalmeccanico, l'irruzione del male mentale ha determinato la rinuncia ai propri progetti di riscatto sociale: «non, non volevo avvitare bulloni tutta 'na vita». Marco lavorava e al contempo studiava per conseguire un diploma di media superiore. Le voci gli hanno sottratto anche la donna che amava, provata anche dai suoi deliri di gelosia. In questi anni ho continuato a frequentare Marco come amico e non già come studioso: abbiamo cenato insieme più volte e in una di quelle occasioni mi ha mostrato l'album delle sue fotografie, con una serie di immagini sorridenti che lo ritraggono dall'infanzia sino ai primi anni dell'età adulta; poi la serie di fotografie si interrompe, la didascalia che descrive l'ultima fotografia riporta una data che precede di qualche mese l'arrivo delle voci. Nulla più eloquentemente poteva illustrare la nozione di rottura biografica!

Le voci tenacemente aggressive, soffocanti, caratterizzano l'irruzione del male mentale anche per Lucia.

E per me è stato veramente traumatizzante... poi più avanti sono state altre cose che mi hanno portato a stare male. In pratica, avendo battuto il cervelletto[32], mi portava a sentire delle voci: voci negative o voci positive. Le voci consistevano... non so posso fare un esempio: se mi affacciavo al balcone mi dicevano: «buttati, buttati, cosa servi, non servi a niente, buttati!». Insomma svalutanti no come voci? Invece altre voci mi rassicuravano: oh, ma che brava, come hai fatto bene questo lavoro. Rassicuranti invece no? E insomma c'era sempre questo misto di voci che mi dava fastidio e tutt'ora ne soffro perché tutt'ora ancora ne soffro [...] Io la prima volta che sono stata... la prima volta che ho avuto il primo sintomo, mia mamma era in montagna... mio fratello stava rientrando e io il primo sintomo l'ho avuto a casa di mia mamma. Cosa è successo? Che sentivo le voci e per non sentire le voci sbattevo le porte forte e tenevo la radio ad alto volume per non sentirle... e quindi i vicini di casa si sono tutti preoccupati perché erano le dieci di sera e dice: «questa che cosa sta combinando qua dentro, sarà successo qualche cosa! Chissà cosa sarà successo a casa Verdi?». Perché poi mia mamma era una persona stimabilissima da tutti, insomma rispettata da tutti, sarà successo sicuramente qualche cosa: hanno chiamato il prete,

[32] Lucia si riferisce ai postumi di un incidente d'auto che descrive come la causa prima del suo malessere.

hanno chiamato i carabinieri, la polizia... di tutto, hanno chiamato persino la mia dottoressa che mi seguiva! (Lucia).

Le voci, ora terrificanti, ora meno, non hanno ancora abbandonato Lucia (almeno non al momento dell'intervista), che convive con loro armata di una fede fermissima e della convinzione che la sua sofferenza corrisponda, in ultima istanza al disegno divino: «Io sono molto fedele, molto credente e quindi dico: me l'ha mandata lui [*intende Dio*] per mettermi alla prova. Io dico solo questo!».

Il male mentale, per Caterina, si affaccia lentamente nutrito dal senso di colpa per la morte della sorella, alla quale la narratrice si rimprovera di non aver offerto il sostegno necessario nel momento in cui la vita stava per abbandonarla. Caterina, che soffre di talassemia, così come la sorella, offre una raffigurazione dell'esperienza del male mentale a due velocità: una lenta progressione, prima, un evento puntuale, scatenante, poi.

Io sono caduta in depressione piano, piano senza accorgermene e è successo diciamo nel... Novantadue: ho cominciato ad avere qualche piccolo... qualche problema di... ho avuto un... crollo dovuto a un lutto. Mi è mancata mia sorella e... che aveva... un problema di salute abbastanza grave che comunque, una cosa che ci accomuna, che ci accomunava e che – non so come si dice – un qualcosa che ci teneva unite e... e di cui lei soffriva. E... e poi appunto è arrivata a un certo punto che... il fisico non ce l'ha più fatta e... allora io ho sofferto molto, mi son vista di fronte... a questa cos mi son vista una cosa molto... mi son vista di fronte... un... un una visione di quel momento di quel momen traumatico che... ho cominciato a pen... a fissarmi sulla morte... a fissarmi... a praticamente... a farmi delle idee strane e così piano piano queste... queste fisse, queste paranoie, chiamiamole così, sono diven... hanno preso forma diventando sempre più... diventando, cioè diventando quasi parte della mia esistenza. E... ho avuto delle... mi sono aggrappata... mi sono aggrappata al Signore e allora niente... ho pregato tanto questo pregare, questo invocare il Signore così mi ha portato ad avere anche delle crisi mistiche e... ehm... sogn... vedevo il Signore ad occhi aperti... (Caterina).

Vengono in mente, *si parva licet*, le parole della mistica medievale Hildegard di Bingen che, in un altro contesto e con una diversa sanzione sociale descriveva in questi termini le proprie esperienze mistiche:

Le visioni che ebbi non le vidi né in sonno né in sogno, né nella follia né con i miei occhi carnali, né con le orecchie della carne, né in luoghi nascosti; ma nella veglia, ben desta, e con gli occhi dello spirito e le orecchie interiori,

io le percepisco ben chiare allo sguardo secondo la volontà di Dio (citata in Sacks 1985, trad. it. 1986, 225).

Ma torniamo a Caterina, l'evento puntuale, per certi versi un punto di svolta (McAdams Josselson e Lieblich 2001), viene collocato da Caterina a ridosso della lettura di un romanzo di Banana Yoshimoto, con ogni probabilità *H/H*.

Sette anni fa stavo leggendo un libro di perché era un periodo che non dormivo tanto, e prima di andare a dormire mi leggevo qualche... le pagine. Questo libro parlava di due sorelle e una cugina. La sorella che praticamente si è ammalata... E poi non so se è morta. Bho? Mi sono letta però 'sto finale e poi ho piantato, non so se ho sognato, comunque ho avuto una crisi di depersonalizzazione. Mi sono sdoppiata e da quel momento lì ho cominciato a star male.

La ricostruzione di Marta, dei primi sintomi della propria sofferenza ricordano una pagina del *Diario di una schizofrenica*, di Sechehaye (1955; trad. it. 2000). Nella ricostruzione della propria esperienza dell'irrealtà, Renée, la protagonista, ricorda di come le cose la prendessero in giro:

Da qualche tempo mi lamentavo di «essere presa in giro» dalle cose e ne soffrivo enormemente; benché esse non facessero nulla di speciale, non mi attaccassero direttamente e non mi parlassero nemmeno. Esse mi prendevano in giro con la loro presenza. vedevo gli oggetti senza relazione fra loro, ritagliati e nitidi come minerali; e la loro luce, la loro tensione mi davano una paura intensa. [...] In questo scenario irreale, nel silenzio opaco della mia visione, d'un tratto tutte le «cose» si animavano sotto i miei occhi... (Sechehaye 1955; trad. it. 2000, 55).

Di nuovo, con minor caratura letteraria, ritroviamo il medesimo tema nel racconto di Marta, con il quale si apre la prima delle due interviste cui questa giovane donna acconsentì di partecipare.

Siccome io ero andata a scuola con una mia amica del cuore, diciamo, questa è rimasta promossa, io l'anno dopo non ho più voluto riandare da sola, che invece avrei potuto andare, e così niente, ho iniziato ad avere quel gio- quell'anno lì, un po' non studiavo, un po' iniziavo ad avere problemi proprio, che mi davano fastidio gli oggetti attorno mentre studiavo, dovevo essere e poi tante cose, pensavo e impazzivo il cervello... (Marta).

A queste difficoltà, ne seguono – almeno nel racconto – altre di ben maggior momento, che chiamano in causa una lettura

magico-religiosa del male mentale. Tutto ha inizio nel corso di una vacanza al mare organizzata dal Centro di Salute Mentale cui Marta fa riferimento

Un giorno, siamo andati in discoteca. Io già gli avevo, prima di partire gli avevo già detto, perché loro han detto: «Poi andiamo in discoteca e ci divertiremo». Gli ho detto: «Io guardi in discoteca non ci voglio venire», «Ma noo andiamo!» E poi, bugiardi, bugiardi hanno detto che io non potevo rimanere a casa da so, lì da sola perché ero sotto la loro custodia! E mi portano in discoteca. E in discoteca sentivo delle voci che mi dicevano che se io ballavo mi entravano dentro, che mi insegnavano a ballare. E io iniziavo, ho iniziato a ballare e mi son sentita come un burattino nelle mani di qualcuno che mi muoveva, no? Però io che ne sapevo io quelle voci, dicevano tutti che le voci erano una malattia e invece io pensavo che spiriti malvagi, perché noi Testimoni di Geova crediamo nel demonio, /spiriti malvagi / (*pronunciato a bassissima voce*). E così, da quella volta lì sono stata malissimo, son venuta a casa (Marta).

Invitata dall'intervistatrice in seconda (vedi par. 2) a dar conto in modo più puntuale della propria esperienza, Marta ne precisa i contorni rendendo più nitida la propria chiave di lettura.

Adesso non voglio sconvolgere però io sono propria sicura che quello era proprio il diavolo che... Sentivo voci, parlavo, e mentre, certe volte andavo in *trance* vicino al tavolo, mi veniva da scrivere delle cose dettate. E allora io dovevo pregare: è stata una lotta! Una cosa! Perché sennò, eeeh, non volevo scrivere, non volevo avere niente a che fare con queste, ste voci che mi dettavano di scrivere! Allora prendevo la Bibbia, e studia, leggevo a voce alta la Bibbia e pregavo Geo... [...] Io ho rischiato di essere espulsa! [*intende dalla Congregazione dei Testimoni di Geova*]. Però, siccome Dio è amore, hanno compreso che io non è che ho fatto sedute spiritiche apposta, perché uno fa apposta per ribellarsi a Dio, perché lo odia, perché, hm, per cattiveria, perché vuole fare sedute spiritiche così, no?, Però lì hanno capito che io sono stata intrappolata senza volere. [...] Poi ho scritto a Roma, noi a Roma abbiamo la sede, Testimoni di Geova mondiale. Ho scritto delle lettere a Roma, a Roma mi hanno scritto cosa studiare, cosa leggere della Bibbia. Mio padre che è un anziano, anche lui pregava, e, proprio. Io me la sono presa un po' con loro perché loro le preghiere non sono teatrali come dicessero: «Va via, Satana!», così. Ti dicono, ti prendono per mano, «Preghiamo a Dio, aiutalo, sostienila» e tutto, invece io volevo che mio padre mi dicesse: «Va via!» perché in quei momenti lì stavo malissimo. [...] Io dico solo una cosa: io sono convinta che molte, hm, di base alla malattia mentale c'è il diavolo che, appunto, che influisce e perseguita... (Marta).

Concludo la sezione dedicata al «furto» della salute con un racconto che mostra una dimensione meno teatrale del male

mentale, ma non per questo meno devastante. Nella narrazione di Sara, il malessere che lei stessa qualifica come «disturbo ossessivo compulsivo» lascia inalterata la percezione della realtà, ma ne accresce la spigolosità, rendendo i più comuni gesti quotidiani, ad esempio quelli del lavoro, gabbie che imprigionano il sé, artefice consapevole della propria sofferenza.

> Mi piaceva molto lavorare, lavoravo bene in quel posto, mi trovavo bene: ero molto affezionata al mio datore di lavoro... e fino ai trent'anni circa sono stata bene, non mi ricordo di aver avuto nessun disagio. Poi all'improvviso ho cominciato, ho cominciato a sentirmi male, avere questo disturbo ossessivo, ossessivo compulsivo, che ripetevo le cose, che... avevo dei riti, avevo delle... e da lì ho cominciato davvero a stare male: sono stata ricoverata. [*Rivolgendo si all'intervistatrice*] Per farle capire: dovevo sistemare la... l'ufficio e uscire alle 19.15: io uscivo alle 21.00! Perché mettevo a posto tutto e rivedevo tutto l'ufficio, e non riuscivo più a venire via perché questo non era a posto, quello non era a posto... non ero sicura più di niente! Uscivo poi piangendo perché mi rendevo conto di essere assurda, di, di... di stare male, mi rendevo conto di essere fuori posto. Però mi ritrovavo a controllare, ricontrollare: la porta e... questo, e il *computer* acceso e la macchina da calcolo, la fotocopiatrice, ritornavo e... ecco, è come se il cervello si inceppasse e ritornasse sempre sulle stesse, sugli stessi posti a controllare e io stavo lì a controllare! (Sara).

La pena di Sara è inoltre accresciuta da un profondo senso di colpa i cui contorni emergono nel brano che precede di poche battute quello riprodotto più sopra, eccolo:

> Io, in prima media. Quando per un brutto voto, mi sono praticamente barricata in casa e non volevo più andare a scuola! Questo è stato il mio primo ostacolo. Poi, diciamo che ho sempre usato un po', quando stavo male, la malattia come scusa per fermarmi; cioè quando avevo un problema, o... un disagio, usavo la malattia per fermarmi e dire «stop, io mi fermo e non vado più avanti. E poi domani si vedrà!» (Sara).

La tappa successiva, quella del contratto, affronta due temi chiave delle narrazioni del male mentale, quella della sua identificazione e quella della stipula del contratto, ovvero dell'incontro con il sistema psichiatrico che, nel ruolo di destinante, attribuisce al narratore il compito di contrastare la sofferenza che lo ha travolto. Cominciamo con l'attribuzione di un nome alla propria sofferenza.

Nella raccolta di saggi dedicati allo studio dell'esperienza della malattia cronica, Byron Good definisce la diagnosi come «uno sforzo per descrivere l'origine della malattia, per localizzarne e

oggettivarne la causa» e, una volta individuata, per «invocare» una reazione efficace» (Good 1994, trad. it. 1999, 197). È così anche per il male mentale? A prima vista parrebbe di no: innanzitutto il male mentale, prevede, più di ogni altra malattia della *remission society* (almeno con poche eccezioni) un carico di stigma che rende difficile comunicare e accettare una diagnosi infausta. A ciò si aggiungono le difficoltà epistemologiche di una disciplina, quale la psichiatria, che dispone di strumenti meno puntuti di quelli in uso all'interno di altre branche della medicina per riconoscere ed etichettare la sofferenza. Per queste ragioni (cui, talvolta si uniscono considerazioni di ordine ideologico proprie dell'antipsichiatria, di cui qui non dirò) la diagnosi del male mentale è qualcosa di difficile da comunicare e di altrettanto difficile da accettare. Ciò emerge in modo nitido nelle narrazioni di malattia esaminate (mi riferisco sempre alle trentatrè narrazioni complete) nelle quali i protagonisti adottano sistematicamente strategie di *décalage* (Jodelet 1992) con le quali la screditabilità della loro condizione viene negata o almeno attenuata. Indipendentemente dalla diagnosi di ingresso nel campione[33] e – ben più rilevante – indipendentemente dalla natura della sofferenza e dei sintomi rievocati, i narratori tendono a qualificare la loro sofferenza prevalentemente in termini ora di depressione, ora di esaurimento nervoso. In specifico quattordici persone etichettano la loro sofferenza – lo ripeto – anche dopo averne qualificato il decorso ricordando l'esperienza delle voci o di credenze deliranti, come «depressione» o con il più generico «esaurimento nervoso»[34]; altre cinque associano i termini depressione o esaurimento ad altre etichette diagnostiche come «disturbo bipolare», «psicosi», «schizofrenia» istituendo fra i termini accostati una relazione di equivalenza che – di fatto – attenua lo stigma dell'etichetta che designa una quadro clinico più severo. Così apre la propria narrazione Giorgia istituendo un'implicita equivalenza fra psicosi e depressione: «Sono una donna semplice, una ra... una donna

[33] Fra i trentatrè casi in studio, ventitrè sono stati reclutati con una diagnosi severa; dieci con una diagnosi lieve.

[34] In letteratura ho rintracciato altri due casi di *décalage* riferito a problemi, in senso lato, di salute mentale. In Turchia Byron Good constatò come i pazienti affetti da epilessia preferissero a questo termine quello meno stigmatizzante di «svenimenti» (Good 1994, trad. it. 1999, 212). In Cina Arthur Kleinman rilevò come i pazienti con cui entrò in contatto preferissero qualificare la propria condizione con l'espressione «neurastenia», invece che «depressione» (Kleinman 1998b, 5-10).

che ha figlia di undici anni che si cura la depressione o psicosi, come vogliamo chiamarla». Nove sono invece le persone che ricorrono a un'etichetta che non tradisce la più che comprensibile esigenza di normalizzazione. Troviamo qui etichette quali «fobia sociale», «disturbo delirante», «borderline», «attacchi di panico» (espressione peraltro non particolarmente stigmatizzante); e poi ancora «disturbo bipolare» e «schizofrenia». Quest'ultima etichetta viene impiegata da due persone che, tuttavia, ne riducono l'impatto stigmatizzante ritenendosene solo un po' affetti: «io sono un po' schizofrenico» e aggiungendo – lo fa solo uno dei due – «ma non so cosa significa» (Aldo). In tutte le interviste, con una sola eccezione i narratori parlano della propria sofferenza come di qualcosa che *hanno* e non già che *sono* (ho un po' di schizofrenia, ho un brutto esaurimento nervoso). Fa eccezione un solo caso, quello di Ada, la persona con la più lunga carriera psichiatrica che, quasi orgogliosamente dice: «Io sono bipolare». Questo tratto dell'enunciazione è associato nel testo di Ada al ricorso al primo pronome personale, *noi,* impiegato per indicare gli altri pazienti psichiatrici e soprattutto per rivendicare i loro diritti (cfr. Crossley e Crossley 2001). Mancano alla conta altri due casi (al netto di quelli che non si pronunciano al riguardo), si tratta di Sofia ed Edoardo. Sofia, lo abbiamo letto nel paragrafo 2, dice di avere «paranoie…, fisse», ricorre dunque di nuovo all'accostamento di un termine di senso comune, non stigmatizzante per attenuare il peso dell'etichetta psichiatrica. Edoardo descrive in modo acuto il proprio malessere, riferendosi al disturbo bipolare, ma poi aggiunge: «io non credo alla diagnosi»[35]. Accanto ai nomi del gergo clinico e alle loro edulcorazioni di senso comune, trovano spazio metafore e immagini più eloquenti, che definiscono la malattia mentale ora come un cancro da cui non si guarisce (Marco), ora come un Minotauro con cui occorre misurarsi (Alfredo), ora come una nuvola nera che copre l'orizzonte o un'edera che soffoca chi ne cade preda (Ilaria). E ancora, qualificando, non già la malattia, ma coloro che ne soffrono, Ada ricorrere all'immagine del *puzzle*, cui manca un tassello per raggiungere la completezza. A compensare queste definizioni cupe, ecco Dalia che attribuisce a chi soffre di

[35] «Una bipolarità, nel senso che ci sono alti e bassi, perché poi in realtà io non lo condivido, io penso di essere un po' più verso l'alto, un'esalazione e normalità, più che verso il basso perché io la depressione non l'ho avuta mai più» (Edoardo).

disturbi psichici una marcia in più: «È logico, siamo controllati con gli psicofarmaci, ma nel momento in cui [*sorride*] che... ti viene, ti viene tolto lo psicofarmaco... O comunque, cioè se ti danno lo psicofarmaco vuol dire che... comunque dentro di te è un qualcosa... in più».

L'altro aspetto degno di nota della fase del contratto riguarda la caratterizzazione della figura dello psichiatra, il destinante del compito di ripristino del benessere psichico. Ebbene questo personaggio compare – come era facile prevedere – in quasi tutte le narrazioni esaminate, ricoprendo ruoli attanziali molto diversi, ora di opponente, ora di aiutante. Nel primo registro rientrano le caratterizzazioni dello psichiatra come «un pazzo» (vedi, più sopra il racconto di Edoardo», come un sadico (vedi, più sopra il racconto di Noemi) o come un despota che abusa del proprio potere: «loro tendano a tenere il paziente nelle loro grinfie» (Dalia).

Sull'altro versane, pari per numerosità si collocano i racconti che attribuiscono allo psichiatra il ruolo di aiutante, se non addirittura di eroe. Così Sofia definisce il proprio psichiatra «la mia guida»; Ermanno come «un lume della ragione», Edoardo, come «un grande medico» che regala a propri pazienti la possibilità a camminare a una spanna da terra[36].

Nella terza tappa delle narrazioni del male mentale, quella della *competenza*, merita soffermarsi sulle descrizioni – vere peripezie – relative alla conquista della terapia appropriata o dello psichiatra capace di ascolto. Le peripezie alla ricerca della giusta diagnosi sono illustrate eloquentemente da Dalia, che apre come segue la prima delle due interviste cui acconsentì di partecipare.

Allora, il primo ricovero l'ho avuto alle Molinette nel Novantuno mi hanno... diagnosticato un... *bouffé* delirante, poi sono passati... gli anni e... si parlava di... sindrome dissociativa, e... però non sono mai stata curata nel modo... adeguato perché non hanno mai capito veramente cosa avessi... e io prendevo i farmaci quindi ogni due anni venivo ricoverata. Alla fine sono rimasta... incinta, dopo... nel... Novanta... sei, nel Novantasette e... il medico... il medico che... allora

[36] «Un maestro Zen spiegava a un allievo: "Prima di studiare Zen, le montagne sono montagne e i fiumi fiumi. Studiando Zen, le montagne non sono più montagne e i fiumi non sono più fiumi. Imparato lo Zen, le montagne ritornano montagne e fiumi fiumi". "Maestro", esclamò l'allievo, "ma allora non c'è alcuna differenza fra l'uomo ordinario e l'uomo illuminato!" "Proprio così", rispose il maestro. "Non c'è alcuna differenza. Solo che l'uomo illuminato si trova a una spanna da terra"» (R.H. Blyth, *Games Zen Masters Play*, Penguin Books Australia, 1987).

mi seguiva [*sospiro*] e... aveva... purtroppo mio dopo un mese la nascita di Michele ho avuto dei problemi sono stata ricoverata, allora hanno deciso di segnalare il tutto al Tribunale dei Minori e..., e niente, è partita una pratica che ancora adesso c'è però... oramai sono passati gli anni e... è tutto calmo, andiamo dalla... dott.ssa Modena della... Neuropsichiatria Infantile una volta al mese però non... non ci sono problemi... e... il dott. Salerno dopo che... dopo le varie diagnosi sbagliate è stato l'unico a capire che il mio... era un disturbo dell'umore... curabile con... il litio e... e poi... da lì... ho... ho avuto solo questo, disturbo dell'umore, e bon, quindi una diagnosi molto meno pesante di quella che... mi avevano diagnosticato prima... (Dalia).

Non meno movimentata risulta per molte delle persone interpellate l'individuazione del farmaco appropriato, capace di garantire gli effetti terapeutici attesi senza costringere allo scotto di effetti secondari che impediscono una normale socialità, spenta da una continua sonnolenza, o la rendono dolorosa, mediata da un corpo che si gonfia a dismisura. Con la concitazione che la contraddistingue, Marta ripercorre la *via crucis* che l'ha condotta dalla somministrazione di un farmaco che mal tollerava (Haldol), al farmaco cui attribuisce il proprio miglioramento (Leponex), il tutto passando da un medico di Napoli che aveva contatti con gli psichiatri americani, in un turbinio di legami con parenti professionisti, ritratto con la velocità del pensiero di Marta: ultrasonica.

Ed ho passato degli anni, dal Novantadue, proprio malissimo, proprio, facevo la puntura di Haldol, e poi proprio stavo a casa, dormivo tantissimo [...] Comunque... comunque, dopo questo... siamo andati eee c'era la mia amica e la suocera di mio fratello che andavano da un medico che è Porzi, di Napoli, che lui è molto, appena ti vede, in dieci minuti sa già come stai, in dieci minuti e mi ha scritto il Leponex. E qui le mie dottoresse non lo conoscevano ancora, perché questo qui di Napoli andava a fare deee, in America aggiornamenti. E sto Leponex sarebbe un neurolettico, perché io adesso prendo, al momento prendo: il Seropin, che è un antidepressivo, il Lorans, che è un ansioli, per l'ansia, e il neurolettico. E non lo conosceva la mia dottoressa. Allora se non che, ho conosciuto un medico che ero stata, quando ero al Mauriziano, Ferraris delle Moli- del Mauriziano. E questo medico conosceva il Leponex. Allora, per non andare fin laggiù a Napoli – che sono andata quella volta a fare il viaggio – lui, andavo privatamente da lui, mi scriveva il Leponex e facevamo terapia familiare. Però si pagava abbastanza, cioè [noi] non è che eravamo sempre. Tra l'altro adesso lui è andato a Roma, si è trasferito. Adesso però meno male qui il Leponex lo conoscono, e non solo mi danno... dunque in ambulatorio, senza pagare mi danno proprio le scatolette di pastiglie (Marta).

Chiudiamo con la tappa della *performanza*, tralasciando i farmaci, su cui forse ho già detto abbastanza per esaminare altre forme, forse più inconsuete, di lotta al male mentale.

Una severa disciplina del corpo, metafora viva di una più profonda disciplina della mente, costituisce la strategia cui fa ricorso Ermanno. Il male mentale sorprende Ermanno negli anni dell'università, interrompendo lo sviluppo dei suoi progetti e, più in generale, della sua vita, per dieci anni, durante i quali alterna ricoveri a periodi di cure e terapie mal digerite: «magari stavo due mesi in clinica, stavo un anno fuori poi stavo di nuovo male e poi mi riprendevo un anno e mezzo, poi stavo... insomma... un gran casino!». Poi, la svolta, in concomitanza con la morte del padre, che gli porta, insieme, sofferenza, ma anche un più vivo senso di responsabilità nei propri confronti e nei confronti della madre. Ermanno inizia così a sottoporre il proprio corpo, e attraverso il corpo il suo sé, a una disciplina, diretta a riconquistare il controllo, a «vendicare la sconfitta»[37]. Ermanno plasma, insieme, il proprio corpo e la propria mente, in vista di un importante obiettivo professionale, la preparazione delle prove per un concorso pubblico.

Per far questo leggo, cerco di trovare la concentrazione in tutti i modi. Non so: guardando il telegiornale, o le partite di calcio, leggendo La Stampa o Tuttosport, ma anche leggendo testi di storia, ultimamente anche di diritto, perché comunque vorrei laurearmi in giurisprudenza. E quindi allenarmi continuamente, fino a stancarmi. [...] Cerco proprio di recuperare a livello psicofisico, quelli che sono stati i danni, che ho avuto in questi anni tristi, bui. Per me è tutto una sfida, una sfida continua! (Ermanno).

Ermanno ritiene che questa strategia, efficace per sé, lo possa essere anche per chi, come lui, ha attraversato un momento difficile.

Penso che questa ricerca verta sul tema dell'occupazione di coloro hanno avuto problemi di un certo tipo. [...] Non per ergermi a santone o dispensare consigli gratuiti, penso però che bisogna veramente... allenarsi, allenarsi, allenarsi. Mettersi lì, una volta che uno comincia a vedere uno spiraglio di luce, allenarsi, allenarsi sia fisicamente, per potenziarsi, e comunque potenziare anche la mente sia con cose, per esempio letture, cose dove comunque la concentrazione sia impegnata. [...] Io mi sto battendo per questo. Ho trovato che, secondo me,

[37] Vedi, al riguardo, le osservaioni di Frank su uno dei quattro tipi di corpo, impegnati nella lotta alla sofferenza, il «corpo disciplinato» (Frank 1995, 41-43).

nel discorso nella mente, nei pensieri è tutta una questione di convinzione. Se uno si convince a fare una cosa, non ti ferma più nessuno. [...] Adesso la convinzione c'è. [...] Io sono forte di ciò: che bisogna lavorare. Lavorare sempre su se stessi [...] Uno si deve allenare (Ermanno).

La preghiera costituisce un importante elemento di conforto per Marta, Lucia e Alfredo, come documentano i brani tratti dalle loro interviste richiamati più sopra, ma insieme a loro molti altri ricorrono alla preghiera anche allo scopo di rintracciare la ragione della propria sofferenza, talvolta con successo altre volte meno. È il caso di Adriano, un giovane che incontra la psichiatria in età precoce e lungo un itinerario dolorosamente singolare. A quindici anni, in seguito a un grave incidente sportivo, cade in coma per tre mesi. Il risveglio – inatteso – sorprende tanto i medici quanto i familiari. La ripresa è, tuttavia, di breve durata: durante la riabilitazione Adriano inizia a mostrare i segni di uno scompenso che attira l'attenzione degli psichiatri. Sospinto a un'interpretazione letterale della propria prognosi, definita dai medici come un miracolo, Adriano diviene vittima di un delirio religioso. Superata la crisi, Dio, il dio della religione ebraica, diviene per lui un importante interlocutore, al quale tuttavia, rimprovera la sorte che gli assegnato. A proposito della «miracolosa» guarigione Adriano osserva: «è stato tutto un errore, una bufala, sono cosciente perché non lo so, adesso sono qua e sto qua però temo che [*Dio*] abbia sbagliato a farmi vivere [...] perché per lasciarmi qua e lasciarmi solo tanto valeva la pena di farmi andare dall'altra parte…».

Concludo con Alfredo che combina in modo personale diverse procedure di disciplina del corpo: la preghiera, lo sport, le arti marziali, ecco come:

Impongo a me stesso di pregare almeno così tre volte al giorno, un po' come i mussulmani [...] posso pregare anche una sola volta, perché la vita ti porta a correre, a essere caotico, non fai in tempo. L'importante è avere il cuore predisposto a, come dire, alla lode, come diciamo noi cristiani. Allora praticamente passo un po' in chiesa, sto un quarto d'ora lì, anche solo per rilassarmi così, per rinchiudermi un po' nel silenzio, per isolarmi un po' dal contesto della giornata, dal mondo. E mi rigenero in quel quarto d'ora, qualche volta mi soffermo a messa e anche quello mi rigenera, così. E così parto più gasato, torno verso casa, generalmente torno praticamente verso le cinque e mezza, le sei. Verso quell'ora prendo il farmaco della sera, lo Ziprexa e il Carbolithium e poi vado in palestra. Cioè vado in palestra, praticamente sto lì un'ora e mezza, massimo due ore, quando faccio la sauna. [...] Poi dopo

lo sport praticamente un pochino di meditazione, che però, nel caso mio, sto scoprendo che non va bene quella statica come lo yoga, ma praticamente quella riabilitativa come il Tai Chi, dove mi permette di stare sempre con i piedi per terra, dove la filosofia del Tai Chi è di stare con i piedi appoggiati al pavimento, quindi sempre vivere con i piedi per terra, però propenso ai valori più alti dell'esistenza e quindi diciamo a vivere la fase più elevata dello spirito, ma sempre diciamo con una totale consapevolezza del proprio corpo, di se stessi (Alfredo).

A ciò aggiunge una singolarissima strategia di contrasto della sonnolenza indotta dai farmaci, etichettata – con un intento chiaramente ironico – come un «piccolo *elettroshock* mattutino».

Un metodo che ho adottato è quello di farmi di musica, cioè mi verrebbe da dire con un termine giovanile, cioè al mattino quando esco di casa, cioè esco con altri ragazzi che vanno in autobus con questi *walk-man*. E questa scarica vitale di musica cioè mi scuote abbastanza e mi fa arrivare al lavoro abbastanza carico un po' come se mi facessi un piccolo *elettroshock* mattutino. Poi a seconda di come mi sveglio al mattino, dell'umore, mi scelgo il CD musicale più adatto. Per dire se mi sento un po' giù scelgo un CD che mi tiri su e viceversa se mi sento troppo euforico magari mi cerco un CD un po' più malinconico che mi tenda diciamo a stabilizzarmi con il mio umore che è sempre un po' ballerino (Alfredo).

5. *Epilogo*

Mi piace concludere questo lungo viaggio nei territori di una ragione altra con le parole di Dalia, che restituiscono le narrazioni che abbiamo ascoltato a questo mondo, quello di tutti noi: «Non siamo extraterrestri, siamo persone a cui hanno calpestato determinate cose».

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Arieti, S.
1948 *Special Logic of Schizophrenic and Other Types of Autistic Thought*, in «Psychiatry», 11, pp. 325-338.
Binswanger, L.
2006 *Melanconia e mania. Studi fenomenologici*, Torino, Bollati Boringhieri (ed. orig. 1960).
Boero, D.
2005 *Il male mentale, le rappresentazioni sociali dei pazienti e dei loro familiari due casi a confronto: Torino e Trieste*, Tesi di laurea in Scienze Politiche – Università di Torino, a.a. 2004-2005 (relatore Mario Cardano).
Bury, M.
1982 *Chronic Illness as Biographical Disruption*, in «Sociology of Health and Illness», 2, pp. 167-182.
2001 *Illness Narratives: Fact or Fiction*, in «Sociology of Health and Illness», 3, pp. 263-285.
Contini G., Lalli P. e A. Merini
1991 *Vita quotidiana nella famiglia dello schizofrenico*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
Crossley M.L e N. Crossley
2002 *Patient' Voices, Social Movements and the Habitus: How Psychiatric survivors «speak out»*, in «Social Science and Medicine», 52, pp. 1477-1489.
Davidson, L.
1993 *Story Telling and Schizophrenia: Using Narrative Structure in Phenomenological Research*, in «The Humanist Psychologist», 21, pp. 200-220.
de Girolamo, G, Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A. e R. Warner
2006 *Prevalence of Common Mental Health Disorder in Italy. Results from the European Study of The Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*, in «Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol», 41, pp. 853-861.
Estroff, S.E., Lachicotte, W.S., Illingworth, L.C. e A. Johnston
1991 *Everybody's Got a Little Mental Illness: Accounts of Illness and Self among People with Severe, Persistent Mental Illnesses*, in «Medical Anthropology Quarterly», 4, pp. 331-369.
European Community
2004 *The State of Mental Health in The European Union*.
Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lo Iacono, B., Ravaldo, C., Scarpato, M.A., Truglia, E., e S. Rosi
2004a *The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods and Preliminary Results*, in «Psychotherapy and Psychosomatics», 73, 216-225.
2004b *The Sesto Fiorentino Study: Point and One-Year Prevalences of Psychiatric Disorders in an Italian Community Sample Using Clinical Interviewers*, in «Psychotherapy and Psychosomatics», 73, 226-234.
Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, M.A. e V. Ricca (in stampa)
Epidemiology of Life Events: Life events and Pshychiatric Disorders in The Sesto Fiorentino Study, in «Psychotherapy and Psychosomatics».

Frank, A.
1995 *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago, University of Chicago Press.
Gergen, K.J.
1994 *Realities and Relationship*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
Giarelli, G., Good, B.J., Del Vecchio Good, M., Martini, M. e M. Ruozi
2005 *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Milano, Franco Angeli.
Goffman, E.
2003 *Stigma. L'dentità negata*, Verona, Ombre Corte (ed. orig. 1963).
Gomm, R., Hammersley, M. e P. Foster (a cura di)
2000 *Case Study Method*, London, Sage.
Good, B.
1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Comunità (ed. orig. 1994).
Greimas, A.J.
1984 *Del senso 2*, Milano, Bompiani (ed. orig. 1983).
2001 *Del senso*, Milano, Bompiani (ed. orig. 1970).
Jodelet, D. (a cura di)
1992 *Le rappresentazioni sociali*, Napoli, Liguori.
Kleinmann, A.
1988a *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
1988b *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, New York, The Free Press.
Marzano, M.
2004 *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, Bologna, Il Mulino.
McAdams, D.P, Josselson, R. e A. Lieblich (a cura di)
2001 *Turns in the Road. Narrative Studies of Lives in Transictions*, Washington, D.C., American Psychological Association.
Negri, L. e M. Cardano
2006 *Les salariés Handicapés Psychique ou l'expérience de la diversité dans l'entreprise*, in «Pratique en Santé mentale», 4, pp. 17-24.
Olagnero, M.
2004 *Vite nel tempo. La ricerca biografica in sociologia*, Roma, Carocci.
Pearlin, L.I., Schieman, S., Fazio, E.M. e S.C. Meersman
2005 *Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives*, in «Journal of Health and Social Behavior 2005» 46, pp. 205-219.
Piccione, R.
1995 *Manuale di psichiatria*, Roma, Bulzoni.
Poggio, B.
2004 *Mi racconti una storia. Il metodo narrativo nelle scienze sociali*, Roma, Carocci.
Polkighorne, D.E.
1988 *Narrative Knowing and the Human Sciences*, New York, State University of New York Press.
Sacks, O.
1986 *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi (ed. orig. 1985).

Sechehaye, M.A.
2000 *Diario di una schizofrenica*, Firenze, Giunti (ed. orig. 1955).
Shafer, R.
1980 *Narration in the Psychoanalitic Dialogue*, in «Critical Inquiry», 1, pp. 29-54.
Sormano, A.
1988 *L'intervistatore come attore. Ovvero, le infedeltà che non importa superare*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 3, pp. 347-382.
Steele, K.
2005 *E venne il giorno in cui le voci tacquero*, Milano, Mimesis (ed. orig. 2001).
Szas, T.
2003 *Il mito della malattia mentale*, Milano, Spirali (ed. orig. 1974).
Todorov, T.
1999 *I generi del discorso*, Milano, Rizzoli (ed. orig. 1978).
Van Dogen, E.
2003 *Walking Stories: Narratives of Mental Patients as Magic*, in «Anthropology & Medicine», 10, 2, pp. 207-222.
Volli, U.
2005 *Manuale di semiotica*, Roma – Bari, Laterza.
Williams, G.
1984 *The Genesis of Chronic Iillness: Narrative Re-construction*, in «Sociology of Helath and Illness», 6, 2, pp. 175-200.