

Seminario Nazionale

“Salute mentale e stigma sociale”

Percorsi interdisciplinari per il superamento del pregiudizio

Atti del Convegno

Roma, 5 maggio 2004



Ministero della Salute



*Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca*



INDICE

INTRODUZIONE	4
LE MALATTIE MENTALI E LO STIGMA SOCIALE NELLA STORIA ANTICA, MODERNA E CONTEMPORANEA.....	7
IL PROBLEMA DELLO STIGMA PSICHIATRICO: FRA STORIA E IDEOLOGIA.....	18
INTERVENTO DOTT.SSA MOIOLI, DIRETTORE GENERALE PER LO STUDENTE DEL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE.....	27
PERCEZIONE DELLE MALATTIE MENTALI E STIGMA NELLA POPOLAZIONE GENERALE	29
LA PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI IN ITALIA. IL PROGETTO ESEMED-WMH. UNA SINTESI.....	31
ATTEGGIAMENTO DELLA SOCIETÀ ANTICA NEI CONFRONTI DEL FOLLE E DELLA FOLLIA	47
MALATTIA MENTALE, STIGMA SOCIALE, LETTERATURA	64
RELAZIONE DI SILVANO AGOSTI, REGISTA CINEMATOGRAFICO.....	71

Introduzione

On. Antonio Guidi, Sottosegretario di Stato alla Salute

La scelta di questo luogo è una scelta anti-stigma. Oggi inauguriamo un percorso ufficiale che da tantissimi anni le Associazioni dei Familiari, i Tecnici, il mondo della cultura stanno seguendo: quello di vincere uniti e con entusiasmo lo stigma verso la sofferenza mentale.

Contrastare lo stigma dell'inguaribilità, dell'incurabilità, della pericolosità è solamente il primo obiettivo, è doveroso andare oltre, porsi in maniera attiva, facendo conoscere soprattutto alle giovani generazioni la positività di quanto è stato fatto.

Senza tacere le carenze, è indispensabile comunicare i successi, le alleanze possibili, i percorsi condivisibili, la cosiddetta buona prassi.

Iniziare il nostro percorso proprio a Santa Maria della Pietà significa partire dalla memoria, dove l'ingiustizia della realtà manicomiale per Roma, ma anche per l'Italia fu emblematica. Ho vissuto a cinquecento metri da qui e non potrò mai dimenticare gli urli delle donne e dei bambini che nascevano in manicomio, ricoverati per trenta, quaranta anni.

Essere qui stamattina, nell'ex stenditoio, vuol dire essere arrivati in questa stanza dopo anni di lotte, di sconfitte, di rivincite, di frustrazioni, senza aver dimenticato quelli che purtroppo non ci sono più, ma anche in memoria di tanti che sono sopravvissuti e ce l'hanno fatta.

Il programma di lotta allo stigma che oggi viene presentato nasce dalla preziosa collaborazione tra due Ministeri: quello della Salute e quello, di fondamentale importanza, dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca. La possibilità di raggiungere i risultati attesi dipende da un'alleanza virtuosa, alleanza tra chi governa, l'opposizione, (e questa è la parte parlamentare), con le Regioni, con i Tecnici, sia della Psichiatria e della Salute Mentale che della Comunicazione, e soprattutto, con le Associazioni dei Familiari, che sono la forza viva, e se vogliamo, anche la spina nel fianco, in senso buono, di tutta la nostra attività.

Questo percorso comincia oggi e continuerà con attività di formazione, informazione e comunicazione nelle scuole. Due sono le cose importanti che tutti non dobbiamo dimenticare.

E' ora di finirla con discussioni sterili "... si torna indietro, non si torna indietro...", ci mancherebbe altro! Con quello che abbiamo creato in questi anni, la Psichiatria, l'Associazione, ma la politica tutta, con qualche contraddizione che in democrazia è positiva, non solo non si può e non si deve tornare indietro, non si può, è ineludibile, il percorso deve essere virtuosamente in avanti, e questo è il primo punto, perché sarebbe sciocco contribuire a superare lo stigma e in un'altra sala, metaforicamente parlando, evocare vecchi e nuovi fantasmi, vecchie e nuove contrapposizioni.

In Psichiatria in Italia non si può tornare indietro, è troppo forte la cultura che abbiamo stratificato. Pur nel rispetto delle singole convinzioni e delle proposte di legge che in modo più o meno edulcorato, più o meno mascherato ripropongono una realtà custodialistica la sola risposta che posso dare, è che l'unico muro che mi piace è il muro del no al ritorno al passato, evidente o mascherato che sia.

Sono stanco di dire queste cose. Sono consapevole che faccia parte del mio mandato dirle, ma in quest'ottica qualche volta apparentemente furba, qualche volta dettata dall'ignoranza, dobbiamo continuamente giustificare quello che non c'è, piuttosto che promuovere, valorizzare, denunciare, quello che c'è.

Quindi il virtuale, il partitico non politico, qualche volta ci fa regredire, ci fa perdere tempo, non ci fa discutere sulle buone prassi, ma ci fa vivere una realtà nella quale quello che non c'è diventa più forte del reale, e questo in Psichiatria è un paradosso insostenibile.

Certo, esistono dei problemi, la vecchia e nuova cronicità, la solitudine delle famiglie, ne dobbiamo parlare. Dobbiamo affrontare una discussione pacata su realtà puntiformi e non eclatanti, legate al consenso, alla realtà di emergenze, dobbiamo avere il coraggio di un confronto, ma in un'ottica scientificamente ragionata, senza contrapposizioni inutili, non per costruire la nuova Psichiatria, ma per continuare un percorso che ha dato ottimi frutti.

Per contrastare lo stigma oggi iniziamo un percorso che oso definire storico. La storia può essere fatta di volumi, di capitoli, di pagine o di righe, forse questo programma sarà solo una riga nella storia della psichiatria, ma c'è, e sono molto orgoglioso di condividerlo con voi.

Nel più ampio rispetto delle singole esperienze, convinzioni, appartenenze, combattere lo stigma però significa anche combattere la voglia di contrapposizioni inutili.

È giusto valorizzare le differenze, ma non possiamo vedere in ogni luogo degli avversari. Il mio è un richiamo all'unità di intenti, non all'omogeneità che sarebbe la negazione delle differenze come valore e pari opportunità, che sono implicite in una lotta contro lo stigma, ma vi domando dov'è l'unione?

Il fatto è che noi possiamo costruire qualunque percorso virtuoso per superare la camicia di forza più forte di questo periodo, che è il pregiudizio, ma sappiamo bene che per quanti Ministeri, Regioni, Tecnici, Associazioni e Scuole possiamo coinvolgere, basta un'ora di televisione fatta di trasmissioni che ospitano cattivi comunicatori sulla salute mentale, e gli stigmi sulla Psichiatria si rinforzano, qualunque nostra azione viene vanificata.

È davvero insopportabile, e lo affermo in piena coscienza di Sottosegretario protempore, avendo denunciato queste realtà all'Osservatorio sulla Salute Mentale: non è accettabile che tutti i fatti negativi del vivere quotidiano, vengano interpretati da due o tre finti competenti alla luce di una Psichiatria che non va, di una Psichiatria che non capisce, di una Psichiatria che sarebbe meglio se fosse la loro.

Credo, senza criticare nessuno, che chi ha un microfono ha un potere, chi ha un'Associazione ha un potere, chi rappresenta un servizio ha un potere, usiamolo anche oltre che nella buona prassi, in questa alleanza odierna antistigma, per dire no ad una comunicazione stolta.

Non è più pensabile continuare a perseguire l'autoaffermazione di sé per vendere libri, per vendere immagine, per vendere consulenze televisive, per svendersi a qualche convegno, per affrancare sé stessi screditando il lavoro quarantennale che tanti di noi hanno coscientemente portato avanti.

Rimango allibito dai colleghi di grandissimo profilo, psichiatri, rappresentanti delle Associazioni, rispettabilissimi ma che utilizzano fiumi di inchiostro, ore di televisione e di radio, interviste, libri, quant'altro per demonizzare una legge che non c'è, e che non spendono una parola, se non in salotti belli, per dire "Quella trasmissione ci fa male!".

Mi pongo questo problema perché lo soffro, come psichiatra soffro un lessico che fa male alla Psichiatria che viene dichiaratamente denunciato in privato, ma che non ha trovato una logica conseguenza attiva nella nostra azione pubblica.

Noi abbiamo detto troppo su cose inutili (e in questo includo anche le Associazioni dei Familiari che io amo) e abbiamo denunciato poco cose che hanno graffiato la cultura e la coscienza della società civile italiana.

Quando atti compulsivi, omicidi di Cogne che non finiscono mai, per anni hanno massacrato il nostro lavoro, noi siamo stati zitti, ci siamo limitati a criticare in privato, ma non abbiamo scritto nulla, non ci siamo mobilitati.

Devo dire che mi sono sentito molto condiviso telefonicamente, ho ricevuto molte pacche sulle spalle, da tanti, ma mi sono ritrovato tanto, troppo solo, quando si è trattato di dire queste cose pubblicamente.

Credo che la ricomposizione di questi tre segmenti, la buona prassi in Psichiatria che va fatta conoscere, la lotta contro lo stigma e la chiarezza nel mondo della comunicazione siano elementi indispensabili per migliorare quanto di buono è già stato fatto.

Dobbiamo prendere atto collettivamente, che esistono strumenti democratici, denunce, prese di posizioni forti, condivise, per rifiutare chi riproduce con il suo intervento lo stigma che cerchiamo di sconfiggere. Il nostro mondo è forte, complessivamente, ma è molto fragile la nostra individualità.

Forse a noi sfugge, perché bene o male rappresentiamo altri, con tutta la delicatezza e la sensibilità, ma ci sfugge quanto dolore può sentire ogni singola la famiglia, ogni singolo individuo che dopo tanti anni di sofferenza è riuscito a costruire una migliore immagine di sé,

quanto può soffrire sentendosi descritto così male, in maniera così incongrua dai mezzi di comunicazione di massa.

Denunciamo un ospedale che sotto mentite spoglie non finisce, denunciando delle persone che in certi luoghi sono state sbranate dai cani, denunciando San Gregorio Magno, gli abusi che ancora esistono, la vecchia e la nuova cronicità, ed è giusto farlo.

Denunciamo troppo poco la riproposizione di schemi vecchi e cattivi che colpevolizzano la psichiatria e la sofferenza mentale, dobbiamo avere il coraggio di farlo per il rispetto del lavoro degli altri, per il rispetto del nostro lavoro, ma soprattutto per il rispetto di chi non ha possibilità di parlare.

La lotta allo stigma deve significare valorizzare quello che è stato fatto, presa in carico delle cose che non vanno, comunicazione con i giovani, per capire, non solo per farci capire, ma anche per contrastare la cattiva informazione, perché dobbiamo difendere chi non può difendersi.

La logica antimanicomiale era la difesa dell'indifeso, ha significato restituire a quelli che venivano considerati solo degli oggetti la loro dignità di persone. Troppi mezzi di comunicazione trattano queste persone come oggetti, e questo non è più accettabile.

Mi auguro che i lavori che si inaugurano oggi, ma che affondano le radici in tantissimi atti, non eroici, ma importanti nella psichiatria, dell'associazionismo e di una parte della politica, possano dare buoni frutti, ma per darli nel rispetto delle differenze che sono ricchezza, dobbiamo guardare al nostro percorso per farlo nel modo migliore possibile, ma anche impedire che altri inquinino la purezza della nostra azione.

Dobbiamo dare ricchezza, e non debolezza, più colori e non grigiori, voglia di fare piuttosto che depressione.

Le malattie mentali e lo stigma sociale nella storia antica, moderna e contemporanea

Cesare Mozzarelli¹ e Laura Civinini²

"In me l'anima c'era della meretrice/ della santa della sanguinaria e dell'ipocrita./ Molti diedero al mio modo di vivere un nome/ e fui soltanto una isterica" (*Alda Merini, da La gazza ladra – venti ritratti*).

Così ha scritto la poetessa Alda Merini che l'esperienza del disagio psichico, e quella del manicomio, ha vissuto personalmente. In tutti i tempi follia ha significato esser definiti da altri, esser giudicati e classificati, e non aver più diritto di giudicare a propria volta. Quand'anche attraverso la parola del folle potesse essere la voce della divinità a manifestarsi, come in certe culture più antiche, questo poteva avvenire proprio perché il folle era soltanto uno strumento, tanto più affidabile quanto più inconsapevole, dell'espressione di una volontà a lui incomprensibile.

Ma più spesso la follia era una condanna degli dei. "Qui Deus vult perdere dementat ". Colui che il Dio vuol perdere, quello lo fa sragionare, lo rende demente, giudicava l'antichità classica. E, come si sa l'etimologia della parola follia rimanda al follis, al mantice che si riempie d'aria, dunque al vuoto, al vento. Così come si pensa che delirare provenga dall'immagine dell'uscire dal solco retto, dell'uscire "de lira" per l'appunto. Ovvero dello scartare dalla condizione umana, dalla possibilità di interagire ragionevolmente con gli altri, o anche dal voler ciò che all'uomo non è concesso. Aiace che sfida Nettuno e salpa malgrado il divieto del Dio muore travolto dalla tempesta, ma vomitando la bile nera, come sottolinea Starobinski (*Tre furori*), simbolo e sintomo d'un furore che l'ha corrotto fino alla follia.

Ma nella nostra tradizione culturale non ritroviamo soltanto questo atteggiamento e giudizio. Poiché la perdita della ragione, la follia può essere riconosciuta anche come parte della stessa condizione umana, suo possibile svolgimento. Dice la Bibbia, "figlio, abbi cura di tuo padre nella vecchiaia, e non lo rattristare durante la sua vita. Anche se perdesse la mente, sii indulgente, e non disprezzarlo se tu sei in pieno vigore" (Ecclesiaste, 3, 12 – 14).

Di nuovo la voce di Alda Merini proprio rifacendosi alla Bibbia sottolinea questa comune umana appartenenza, e invoca la pietà da parte di chi è momentaneamente forte, e grida l'angoscia del rifiuto. "Le parole di Aronne/ erano un caldo pensiero,/ un balsamo sulle ferite degli ebrei sofferenti;/ a noi nessuno parlava/ se non con calci e pugni, a noi nessuno dava la manna./ Le parole di Aronne/ erano come spighe, crescevano nel deserto dove fioriva la fede;/ / A noi nessuno parlava;/ eppure eravamo turbe, turbe golose assetate/ di bianchi pensieri" (*Le parole di Aronne, da Terra santa*). Una traversata del deserto allora sì, ma senza una terra promessa in vista, desolata dunque quella della follia diversamente da quella del popolo eletto, e che però cerca anch'essa e chiede fede e speranza nel nome della comune umanità.

Lo stigma sociale, la follia dunque, ambigualmente, come perdita dell'umanità e come parte dell'umanità. Irrimediabilmente altro, e pure irrimediabilmente anche nostro. In uno dei più grandi romanzi del Novecento, *L'uomo senza qualità* di Robert Musil, il problema del protagonista è di ritrovare quanto manca, forse un pezzo piccolissimo, al cerchio spezzato dell'individuo certo di sé, per ricostituire un mondo nel quale l'uomo abbia le sue qualità, e nel quale le qualità naturalmente appartengano all'uomo, le virtù a lui naturalmente si confacciano. Ebbene, nella sua ricerca il protagonista saggia le più diverse condizioni e soluzioni umane e non esclude nemmeno una visita e un confronto in manicomio con il pazzo e criminale Moosbrugger. Invano ancora una volta, ma pure è significativo che anche questa possa essere una possibilità. E d'altra parte la scelta è meno sorprendente di quanto può

¹ Docente di Storia Moderna, Università Cattolica di Milano

² Docente di Storia Contemporanea, Università Cattolica di Milano

apparire quando si faccia riferimento al dibattito culturale dei primi decenni del Novecento, al possibile nesso allora ipotizzato fra genio e folle, tra superomismo e carisma irrazionale. Lo stigma sociale, la follia insomma nella nostra cultura come qualcosa di misterioso, per spiegare il quale bisogna pensare a una possessione diabolica, o, come si diceva a un intervento degli dei, qualcosa che può persino rappresentare una risorsa, come nell'ipotesi di Musil. Come nel caso del *fool*, il buffone di corte che proprio perché (si presenta come) folle può dire ciò che agli altri non è permesso, smascherare la vera follia della normalità, come il bambino della favola gridare "il re è nudo". Tutto questo può essere, oppure venir valutato, lo stigma sociale, come mera malattia. Diceva già Ippocrate che con il cervello conosciamo e comprendiamo e per lo stesso diveniamo insani di mente. Qualunque considerazione noi facciamo non può che oscillare fra queste differenti e compresenti letture e interpretazioni o da esse in qualche modo dipendere.

Va anche detto che è stato Michel Foucault negli anni Sessanta del Novecento a far divenire la storia della follia un argomento di rilevanza culturale generale, a obbligare a una riflessione sistematica sulla sua presenza nella nostra società. Prima d'allora era stata questione grave e cui si era prestato, come diremo, via via tanta più attenzione quanto più si era pensato di potervi intervenire, per comprenderla e curarla, ma era rimasta faccenda da specialisti, non era apparsa come argomento particolarmente significativo, cioè letteralmente capace di produrre significato, di costituire esempio illuminante di una realtà generale. Era stata piuttosto il luogo dell'eccezione rispetto alla norma, dunque inutile per comprendere storicamente la normalità della società, sostanzialmente irrilevante per il lavoro dello storico. Foucault ha rovesciato il discorso suggerendo che non di eccezione si trattasse ma di caso estremo, e che attraverso il suo esame fosse possibile con maggior evidenza osservare e ricostruire quelle che egli chiamava le pratiche del Potere. Il manicomio come il carcere, quelle che seguendo Goffman venivano definite le "istituzioni totali", esprimevano le strategie del Potere stesso senza infingimenti e senza limitazioni. A distanza di quarant'anni è abbastanza semplice osservare la radicale ideologicità di tale prospettiva e la sua coerenza con la cultura politica propria del Novecento. Intendo quella che ha fatto, dopo la crisi delle certezze liberali intorno al 1870 sul 'naturale' svolgimento progressivo del mondo in modo coerente con l'ideologia liberale stessa, del Potere per l'appunto il soggetto della (scienza della) Politica. Così come hanno fatto tutte le ideologie del tempo della modernità, convinte della propria scientifica verità e dunque indifferenti, alla fine, alla preventiva necessità di convincere, ovvero di essere non autoritarie ma davvero persuasive, cioè autorevoli. Tradizionalmente in questo contesto culturale si era insistito sul ruolo dello Stato e del Principe (di cui per tutti era modello l'amorale Principe machiavelliano valorizzato proprio intorno al medesimo 1870 e che, come ha scritto conseguentemente uno storico famoso, Chabod, "trova in sé solo le ragioni del suo dominio") come strumento e attore del dominio politico per l'appunto. Foucault rintraccia invece le medesime pratiche del potere e del dominio anche al di là dell'ambito strettamente politico, le vede come *ubique*, come ciò che dà forma alla intera società, come suo discorso, suo modo di far comunicare e 'funzionare' in modo forte e coerente tutti i soggetti. L'esame delle pratiche di controllo e gestione del 'folle' da parte del Potere studiate soprattutto nel passaggio tra l'antico regime e la modernità postrivoluzionaria ottocentesca, quando si generalizza il manicomio, ovvero si tolgono le catene ai pazzi, e grazie alla medicina li si distingue dagli altri marginali sociali, li si considera malati e non più confusi criminali, non rivelerebbe altro che le medesime pratiche con cui il Potere condiziona la vita di tutti. Non eccezione ma esempio allora, il trattamento del folle. E' evidente che tale fascinazione del Potere porta in se stessa la propria contraddizione. Se l'uomo, qualunque uomo, non è più un soggetto ma un insieme di pratiche che lo determinano fermamente, non si comprende come sia possibile arrivare ad avere consapevolezza critica di tale condizione, arrivare ad osservarla dall'esterno e ricostruirla senza esserne condizionati. Né si comprende chi sia "Il Potere", e a vantaggio di chi agisca se esso è onnipresente e pervasivo, se esso si produce attraverso un discorso cui nessuno può sottrarsi. Se insomma scompare il soggetto e si nega la possibilità della libertà e della

responsabilità dell'uomo. Non è un caso, mi sembra, che dovendo sintetizzare con Franca Ongaro Basaglia nelle poche pagine di una voce d'Enciclopedia Einaudi un percorso dedicato a *Follia/delirio* Franco Basaglia inizi proprio prendendo in sostanza le distanze da Foucault. Egli ritiene infatti di dovere e potere individuare almeno un soggetto collettivo che agisce a proprio vantaggio delimitando secondo le proprie categorie di ragione la 'sragione' della follia. Nel clima ancora fortemente ideologicizzato di quegli anni si trattava della borghesia e del suo sistema politico e statale, anche se lo stesso Basaglia era costretto ad ammettere in un breve passaggio che le pratiche psichiatriche servivano nell'Unione Sovietica a "giustificare un analogo controllo" del dissenso. In effetti, e lo prova l'insistito richiamo alla *Dialettica dell'illuminismo* di Horkheimer e Adorno apparso subito dopo che la seconda guerra mondiale aveva mostrato nei campi di sterminio e nella catastrofe dei totalitarismi (che si sarebbe compiuta davvero però solo nel 1989) le aberrazioni della modernità e dell'uso strumentale della ragione, l'obiettivo polemico di Basaglia era il processo di medicalizzazione dello stigma sociale, della cosiddetta "malattia mentale", sostenuto da una assoluta fiducia nella indiscutibilità d'una razionalità che era invece storica e la quale, scriveva, "non coincide con la quotidianità della vita dell'uomo, mista com'è di 'ragione' e 'sragione'".

Erano i limiti di un progresso che si pensava senza limiti e senza vincoli, padrone del senso della storia, che venivano in effetti denunciati, era il rischio della deumanizzazione inscritta nell'apoteosi della modernità d'una psichiatria medica dimentica dei bisogni e percorsi individuali - si ricordino le parole della Merini - a costituire in effetti l'obiettivo polemico più profondo di Basaglia, al di là, credo di poter dire, delle sue stesse scelte e convinzioni personali in ambito politico o culturale. D'altro canto negli stessi anni scrivendo un ironico *Mausoleum, trentasette ballate tratte dalla storia del progresso*, un poeta fieramente critico come Hans Magnus Enzensberger ne dedicava una proprio a *U.C. (1877 – 1963)*, vale a dire a Umberto Cerletti, l'inventore dell'elettroshock, forse la più evidente, e terribile, espressione dell'assoluto dominio, e distanza, del medico psichiatra rispetto al malato.

Senza alcun dubbio si sarebbe potuto trattare con ampiezza, e eleganza aggiungerei, la storia antica e premoderna dello stigma sociale. E' parso tuttavia più utile concentrarsi, nel limitato spazio a disposizione, sui tempi più vicini a noi sia per l'importanza del dibattito più recente, sia perché in questo caso la frattura tra la tradizione premoderna e le scelte della modernità è particolarmente evidente e al tempo stesso, sia pur in modo diverso da quello ipotizzato da Foucault, perché tali scelte possono apparire emblematiche dei problemi della modernità stessa e dei suoi attuali svolgimenti, come la legge recentissima approvata all'unanimità dal parlamento italiano prova in modo clamoroso. Allo stesso modo si è pensato di riferirsi, in questa prima parte, a testi di facile reperibilità che rendessero più agevole il riscontro e lo sviluppo di successive riflessioni e indagini riservando alla seconda un esame più specialistico della storia istituzionale e sociale e dei suoi attuali risultati.

In questa prospettiva si suggerisce qui, a conforto e testimonianza di quanto si è detto, un breve percorso attraverso dizionari e opere enciclopediche degli ultimi tre secoli che mostrano lo svolgimento della considerazione dello stigma sociale.

Possiamo cominciare dal Dizionario della Crusca (edizione 1733) che ci restituisce la concezione premoderna dello stigma sociale. Alla voce "Pazzia" troviamo che essa significa "mancamento di discorso, e di senno, contrario di saviezza". Il giudizio è ancora interamente morale e si traduce nell'incapacità di partecipare alla vita sociale, al discorso, a quella 'civile conversazione' che definiva la società. Poco oltre la metà del secolo seguente il Dizionario del Tommaseo già complica le cose. Rimane il significato di "mancamento di senno, contrario di saviezza", ma non è più il solo, né il primo. Il primo è ora "alienazione di mente". E la voce si allunga e si combina di moralità e medicina. "La frenesia – scrive Tommaseo - può essere il grado estremo della pazzia: onde diciamo pazzo frenetico. Furore, è più grave. Può la pazzia essere stupida; può avere impeti di furore frequenti o radi; o un solo accesso e non più". Sia pure in termini estremamente semplificati la descrizione della follia è ormai sintomatica, rinvia all'osservazione medica. E però le cose non sono così semplici. Perché Tommaseo di seguito osserva "l'estremo sdegno, ogni passione nella sua maggior fervenza, è furore". Passione e

furore possono ancora essere di tutti, non significare necessariamente alienazione, bensì coscienza estrema –lo sdegno!-. Ma non è finita. “Pazzia, prosegue Tommaseo, [...] è fissazione in oggetto non conforme al vero, con atti di mente e di corpo mossi da grave alterazione”. Qui l’espressione chiave è “conforme al vero”. Come osserva poco sotto, pazzia “per estensione” si dice “dell’errare dal vero colla mente e coll’animo”. Vi è una oggettività, una verità, che il folle non sa più riconoscere e lo rende dunque, possiamo concludere noi, una persona malata, un demente. La persona normale può avere giustificatamente un accesso di furore insomma, ma la distanza fra lo sdegno e la demenza, fra il giudizio e la sua mancanza è definita e rinvia a due ambiti differenti, morale il primo, medico il secondo. Un secolo dopo, nel tardo Novecento, il Grande Dizionario del Battaglia pone ormai come primo e proprio significato di pazzia la “alterazione grave e persistente delle facoltà mentali”, la definisce come la “condizione di chi è affetto da grave malattia mentale” e come possibili sinonimi ne dà “alienazione mentale, demenza, follia”. Il percorso sembra compiuto, è la sola medicina a parlare e definire lo stigma sociale, a catalogare il pazzo come figura a sé. Ma Battaglia subito dopo apre una parentesi e vi scrive che il termine è “disusato nell’attuale linguaggio medico-scientifico e medico-legale, che preferisce il termine complessivo ‘infermità’ o ‘malattia mentale’, oppure voci più specifiche per indicare le diverse forme di psicosi”. Non sta più bene parlare di pazzi, ci sono tanti modi differenti di essere mentalmente infermi. Il pazzo in quanto tale non esiste più. Da un lato si può leggere in questa cautela un nuovo successo della medicina che distingue, specifica, differenzia, e pretende dunque di conoscere sempre meglio “le diverse forme di psicosi”, ma dall’altro l’osservazione che oggettiva tali diverse forme le distacca anche dalla persona, apre la strada a distinguere fra l’uomo e i suoi comportamenti, a non ridurlo e condannarlo ad essi. Solo “in senso generico” scrive infatti Battaglia di seguito si può parlare della pazzia come “perdita della ragione, associata per lo più con comportamenti difformi dalla norma, che possono spingersi fino ad atti violenti”.

Non sarebbe tuttavia onesto, prima di concludere questa prima parte, non segnalare che in realtà il dibattito non fu mai del tutto chiuso. Mentre Cerletti raccoglieva onori e prestigio per la sua invenzione dell’elettroshock un altro medico, De Santis, scriveva nella voce Pazzia dell’Enciclopedia italiana (1935) “i confini tra sanità e infermità mentale sono poco netti anche perché, a seconda del clima storico in cui l’individuo opera, può variare il giudizio di equilibrio o disequilibrio mentale” e “ora come in passato” sono ammesse “forme di passaggio tra ragione e pazzia, fra psicosi e nevrosi, fra variazioni normali ‘estreme’ o eccezioni della personalità e variazioni anormali e morbose”.

Più che di una storia della follia si dovrebbe dunque parlare di una storia delle forme che hanno espresso e sancito nel tempo il giudizio sulle tipologie dell’anormalità e delle strutture istituzionali preposte al controllo di questa particolare devianza sociale, che è l’alienazione. Una sintetica storia della scienza psichiatrica e dell’evoluzione manicomiale saranno dunque gli argomenti trattati nella seconda parte di questo intervento.

Secondo una tesi generalmente diffusa, la creazione in tutta Europa dei primi manicomi, come luoghi di internamento e cura dei pazzi, risalirebbe al periodo compreso tra la fine del Settecento e l’inizio dell’Ottocento in coincidenza con la più ampia riforma delle strutture assistenziali e ospedaliere avviata dai Lumi e con la nascita di un vero e proprio sapere medico-scientifico intorno alla malattia mentale, la psichiatria appunto. Alla fine del XVIII secolo si fece strada infatti tra gli uomini di scienza e di governo “illuminati” la preoccupazione umanitaria di porre fine alle tragiche condizioni in cui versavano gli alienati all’interno degli ospedali civili. Si trattava innanzi tutto di stabilire se l’ospedale fosse un luogo di cura qualificata, oppure se fosse preferibile uno spazio diverso.

Alla base dei progetti di creazione di un’istituzione manicomiale separata vi erano infatti motivazioni di ordine ideologico: da “rimedio ausiliare” l’ospedale diveniva parte di un più vasto progetto terapeutico, che stabiliva uno spazio e un tempo entro il quale collocare l’alienato. Non bisogna dimenticare che tra il XVII e il XVIII secolo solo una parte degli alienati trovava ricovero negli ospedali civili, mentre la gran massa dei folli veniva rinchiusa indifferentemente negli ospizi, nei cronichi, nelle case di correzione e di lavoro. Da quando

infatti la follia era divenuta un problema di sensibilità sociale, a causa del suo carattere di trasgressione dei principi della ragione e della morale, era stata accomunata al delitto e allo scandalo, rendendo possibile la reclusione dei folli nelle *maisons de force* insieme a delinquenti comuni, vagabondi, mendicanti, prostitute e perturbatori dell'ordine pubblico. Il pensiero medico riformatore della fine del XVIII secolo e dell'inizio del XIX si proponeva invece l'ambizioso progetto di riassumere in una struttura ospedaliera tutte le funzioni svolte dalle altre istituzioni deputate al controllo sociale.

L'elaborazione di un modello istituzionale di cura degli alienati da parte della scienza medica va collocato dunque sullo sfondo di un'utopia sociale di umanizzazione dell'uomo mediante il sapere scientifico, che ispirò il pensiero illuminato e successivamente quello positivo. Il manicomio prese forma all'interno di questo progetto utopistico, fondato su una nuova concezione dell'individuo e della società civile, definendosi come spazio e tempo terapeutico, nel quale alla pura e semplice reclusione, si sostituiva uno sforzo di rieducazione e ricomposizione sociale del mentecatto povero.

Il cardine della riforma ruotava infatti intorno al concetto di "curabilità". Fu Philippe Pinel, uno dei grandi medici illuminati della Parigi tra fine Settecento e inizio Ottocento, il principale artefice di questa svolta epistemologica. Egli compì un gesto esemplare, considerato l'atto costitutivo della psichiatria manicomiale: la liberazione nel 1793 dei folli incatenati nell'ospedale Bicêtre di Parigi. Pinel fu autore anche del celebre *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale o sulla mania*, pubblicato nel 1800 e ritenuto l'avvenimento teorico che segnò la nascita ufficiale della psichiatria. In esso si affermava la sostanziale curabilità della follia attraverso due principali strategie: l'isolamento del malato dal mondo esterno e il "trattamento morale". Per Pinel la cura delle alienazioni mentali consisteva nell'applicazione scientifica di un nuovo metodo clinico, che prevedeva di annotare quotidianamente e in modo scrupoloso i sintomi dell'ammalato, la loro evoluzione e la ricerca delle cause scatenanti (tra cui la professione, il modo di vivere, le malattie famigliari). Si delineava così un nuovo orientamento volto a riportare la medicina entro i limiti dell'osservazione e della natura per costituire dei gruppi nosologici derivanti dalla quotidiana frequentazione dei malati. Con l'affermarsi del modello anatomo-clinico nasceva un nuovo tipo di rapporto con l'uomo malato e una nuova dimensione istituzionale della malattia e delle medicine.

La cura psichiatrica doveva inoltre assumere come cardine metodologico l'isolamento del malato dal resto della società e, all'interno del manicomio, la divisione dei malati per "specie" di malattia. L'isolamento delle diverse classi di alienati era il punto di partenza del programma rieducativo, su cui si fondava il trattamento morale. Il manicomio infatti, oltre ad un apparato di rimedi fisici, quali docce, bagni, camicie di forza, catene, salassi, doveva utilizzare una terapia "morale". Si doveva effettuare un intervento correzionario sulle manifestazioni della follia basato sulla repressione morale, più che su quella fisica, il cui fine ultimo doveva essere quello di indurre nell'alienato la consapevolezza che si stava operando per pura filantropia in vista di fargli recuperare la ragione. Al termine di questo processo rieducativo, il malato doveva pentirsi, riconoscere i propri errori e recuperare la propria razionalità ed integrità. La "cura morale" era una sorta di coercizione al ravvedimento fondata su un sofisticato equilibrio di premi, castighi e violenze corporali: si trattava di un'elementare "tattica psichiatrica" per plasmare gli alienati, facendo leva sui meccanismi di colpevolizzazione, sapientemente costruiti. «La colpevolezza – come ha notato Foucault – diventa ad un tempo la forma di coesistenza concreta di ogni folle col suo guardiano, e la forma di coscienza che l'alienato deve prendere della propria follia». La cura della follia aveva assunto infatti un particolare significato nella prospettiva illuminata di giungere alla comprensione della natura umana mediante una totalizzazione della ragione. Curare l'alienato significava infatti "normalizzarlo", ovvero riportarlo al piano della razionalità e del senso comune, affrontando in chiave diagnostica il problema dei confini tra ragione e non ragione.

Il progetto di cura manicomiale della follia, definito nelle sue linee essenziali da Pinel all'inizio del secolo, trovò attuazione soprattutto in Francia grazie allo spirito missionario dei giovani psichiatri formati alla scuola del grande clinico. Tra questi, l'allievo più dotato fu Esquirol, che

divenne poi il massimo interprete europeo della grande riforma degli istituti per alienati. Come la Francia infatti, anche la Germania, l'Inghilterra e gli Stati Uniti nella prima metà dell'Ottocento si adoperarono nella creazione di istituti per il ricovero degli folli, concepiti non solo come luoghi di cura, ma come case di educazione fisica e morale. La funzione terapeutica dell'isolamento venne realizzata collocando il manicomio al di fuori delle mura urbane, in aperta campagna: il manicomio diventava così una cittadella con proprie mura, all'interno della quale gli alienati (divisi per sesso e per categorie di disturbo mentale) avrebbero trovato un nuovo ordine morale, restituendo la calma alla mente stravolta.

In Italia invece, a causa dell'arretratezza economica, politica, culturale del paese, la situazione dei manicomi era molto più drammatica che nel resto d'Europa. I folli, spesso internati in istituti fatiscenti e privi delle cure necessarie, vivevano in condizioni disumane. Ma era soprattutto la mancanza di un progetto unitario di riforma delle istituzioni psichiatriche, capace di raccordarsi con la crescita sociale e politica del paese, ad acuire il divario della realtà italiana con quella europea. La prima costruzione manicomiale sull'esempio di quelle teorizzate da Pinel venne realizzata a Firenze grazie alla riforma leopoldina dell'amministrazione ospedaliera di Santa Maria Nuova e alla costruzione di un cronario destinato ai folli indigenti. Fu Chiarugi, il padre della psichiatria italiana, a creare la "fabbrica" di San Bonifazio nel 1789, dove stabilì per i folli un trattamento più umano e corretto dal punto di vista medico. Nel suo trattato *Della pazzia in genere e in ispecie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, del 1793-94, Chiarugi fece un tentativo di mediazione tra "anima" e "corpo", tra "fisico" e "morale", evidenziando la difficile definizione dei rapporti tra pensiero medico e follia.

A metà Ottocento, in seguito al delinearsi di una concezione più spiccatamente materialistica, si assistette in campo medico al superamento delle dottrine anatomo-cliniche, apparse sulla scena scientifica all'inizio del secolo, e si diffuse un nuovo orientamento organicistico, basato sul metodo diagnostico e sull'importanza delle conoscenze anatomiche e fisiologiche. La formulazione del modello anatomo-clinico-fisiopatologico diede alla psichiatria una prospettiva teorica e metodologica unitaria, che la condusse nell'alveo delle discipline scientifiche, superando le non poche diffidenze degli ambienti accademici. Carlo Livi, uno dei maggiori alienisti di metà Ottocento, dichiarò a tale proposito che la freniatria, come si preferiva chiamare lo studio delle malattie mentali (dal greco «fren», «mente»), aveva tutto il diritto di essere considerata una disciplina scientifica, anche se il suo oggetto di studio (ovvero la definizione e il trattamento delle forme morbose, impropriamente definite "mentali") era apparso contaminato dalle categorie della sfera etica.

Tra i più insigni nomi della nuova scienza psichiatrica ci fu il milanese Andrea Verga, che seppe collocare i problemi della nascente disciplina all'interno del dibattito di quegli anni sullo sviluppo nazionale delle scienze mediche. Nel 1851 egli propose dalle pagine della «Gazzetta medica di Lombardia» di cui era il direttore, la creazione di un supplemento, che doveva diventare l'organo ufficiale della nuova disciplina medica. La nuova rivista, che prese il nome di «Appendice psichiatrica», rappresentò il primo tentativo di affrontare i temi della psichiatria cercando di fornire un tessuto unitario ad esperienze e riflessioni diverse: in una parola di contribuire alla costruzione di una psichiatria nazionale. La rivista si fece inoltre portavoce presso il governo di una legge per la protezione degli alienati, di un piano nazionale di riforma dei manicomi capace di coinvolgere sia il mondo accademico che l'opinione pubblica, e della creazione di un'accademia medico-psicologica nelle principali città italiane. Nel 1873, in occasione dell'XI congresso scientifico di Roma, venne così fondata la Società freniatrica italiana, a cui potevano iscriversi, oltre agli alienisti, i cultori delle scienze naturali e filosofiche.

Accanto alla scuola degli alienisti milanesi si diffuse nella seconda metà dell'Ottocento la scuola reggiana, il cui principale interprete fu Cesare Lombroso. Il suo programma era volto a stabilire un nesso tra psichiatria e scienze naturali, in particolare l'antropologia, immettendo così la psichiatria nel novero delle dottrine evoluzioniste. In tal modo si stabiliva che le malattie mentali, che allora venivano chiamate "frenopatie" o "frenosi" potevano essere

studiate solo come patologie dell'organo cerebrale. La fiducia positiva nel progresso della ragione umana e la certezza di avere individuato un metodo scientifico, delinearono il nuovo credo degli psichiatri, i quali, utilizzando il modello clinico e neuropatologico come strumento d'indagine antropologica, erano portati a oltrepassare i propri confini disciplinari per entrare nel campo delle scienze umane e sociali.

Nella seconda metà dell'Ottocento però il progetto manicomiale indicato nelle sue linee sostanziali da Pinel entrò in crisi. Si iniziò a vedere questi istituti come una privazione della libertà individuale, una sorta di carcere. Si sviluppò in tutta Europa una vasta campagna di stampa che definì i manicomi «il più grosso errore dei tempi moderni, un resto di ignoranza e di barbarie, fabbriche d'incurabili, cimiteri dell'intelligenza, luoghi infami di sequestri arbitrari e d'inumazione anticipata». A queste critiche pesanti la psichiatria europea rispose cercando nuove soluzioni per la cura e l'assistenza degli alienati, anche se il modello manicomiale rimase il più diffuso. Lo psichiatra tedesco Wilhelm Griesinger, uno dei più influenti rappresentanti della cultura medica europea, diede forma a un progetto istituzionale fondato su un nuovo modello di lettura e cura della malattia mentale, che doveva avere come scopo principale il trattamento dei pazienti. Si trattava di un vero e proprio rovesciamento del fondamento della grande riforma manicomiale di Pinel e Esquirol: il dogma di una struttura spazio-temporale, capace di operare come principale agente terapeutico, veniva meno; si sosteneva al contrario che qualunque edificio, con un buon medico, poteva diventare luogo di cura. Il problema della cura della malattia mentale così come era stato impostato dalla grande riforma, appariva al medico tedesco frutto di un travisamento dello spirito filantropico: affrontare il problema della "curabilità" con la costruzione di istituti per curabili e incurabili significava solo cronicizzare la follia, perché, contrariamente all'utopia pineliana, Griesinger notava come le malattie mentali avessero generalmente una natura cronica, con fasi di riacutizzazione e remissione della sintomatologia. L'azione terapeutica andava pertanto concentrata nei periodi di esacerbazione della malattia, durante i quali i livelli di sofferenza per il paziente e di disturbo per la società civile potevano diventare intollerabili. Per attuare questo intervento di diagnosi, prognosi e cura non c'era bisogno di un manicomio, ma erano sufficienti piccoli istituti, con pochi posti letto e un alto *turn over* dei malati (con degenze mai superiori a un anno), costruiti non in aperta campagna, ma nella periferia delle città, recuperando così le categorie spazio-temporali della vita quotidiana. Si poteva addirittura pensare di ricoverare i malati in un reparto di un comune ospedale nella sezione «malattie nervose».

Mentre in Europa, sull'onda della critica griesingeriana al sistema manicomiale, sorgevano le prime cliniche psichiatriche universitarie e le prime colonie agricole per alienati (tipico esempio fu quella di Gheel in Belgio, dove i folli venivano curati con il lavoro terapeutico dei campi), in Italia tale riforma non si diffuse perché le condizioni dei manicomi nel paese erano ancora troppo arretrate. Negli anni ottanta del XIX secolo il progetto di dotare ciascuna provincia del regno di un manicomio era stato solo parzialmente raggiunto e appena un terzo della popolazione alienata era stata ricoverata (tra coloro che vivevano in manicomio vi erano ancora molti alcolisti, paralitici, pellagrosi, dementi senili, delinquenti). In Italia dunque la riforma griesingeriana veniva a cadere in un contesto dominato ancora dalla pressante necessità di migliorare le disumane condizioni degli alienati: non si poteva insomma riformare qualcosa che non era ancora venuto alla luce. Nel pieno della riflessione critica sul manicomio, Carlo Livi proponeva un ambizioso progetto di istituzione terapeutica per alienati. Il progetto, che si richiamava in modo evidente alla comunità gheelese, si contrapponeva al modello asiliare ospedaliero, monumentale e carcerario, proponendo un manicomio a padiglioni disseminati, strutturato a villaggio. Si creava così una microcomunità autonoma e autosufficiente concepita secondo i parametri di una società ideale.

Ai primi del '900, a cento anni dalla riforma psichiatrica, l'obiettivo che si era posto la nuova scienza di trasformare i manicomi in ospedali, gli alienisti in medici, la psichiatria in scienza clinica, poteva dirsi fallito. La portata del fallimento di questo progetto terapeutico era totale: i manicomi con le loro alte mura grigie assomigliavano più a prigioni che a luoghi di cura e le

tecniche di repressione fisica e morale messe in atto avevano in molti casi un'influenza nefasta sui malati. Anche l'isolamento manicomiale, indicato dai padri fondatori come il rimedio morale per eccellenza, veniva ora giudicato un effetto dell'egoismo sociale. Se il manicomio si era rivelato un colossale fallimento dell'utopia sociale e scientifica pineliana, bisognava però riconoscere che la psichiatria era entrata a pieno titolo nel novero delle discipline mediche neuropatologiche. La definizione di un paradigma medico di lettura della malattia mentale, frutto del lavoro scientifico di generazioni di medici alienisti, poteva dirsi attuata, ma si rivelava al tempo stesso non omogenea al progetto istituzionale di cura che faceva del manicomio l'archetipo di una terapeutica morale.

La riflessione sul fallimento teorico e pratico del modello manicomiale si intrecciava con l'analisi della dimensione urbana del problema. La grande città, sconvolta da una crescita tumultuosa, stava mutando le modalità di configurazione della malattia mentale: nei grandi centri urbani erano in continuo aumento i casi acuti che necessitavano un'immediata ospedalizzazione. Non bisogna dimenticare infatti che sebbene la riforma del manicomio si fosse posta fin dalla prima formulazione del progetto pineliano come una ridefinizione della pericolosità sociale del folle, l'atteggiamento degli stessi psichiatri non era univoco. Il sequestro degli alienati doveva servire, oltre che per ragioni terapeutiche, come difesa per la società. Indispensabile era dunque, accanto alla riforma del manicomio, la promulgazione di leggi che regolassero le libertà civili degli alienati e le disposizioni per il loro internamento, ma soprattutto la definizione di una normativa dell'istituzione psichiatrica nel contesto della società civile.

In Italia nei decenni a cavallo tra '800 e '900 la questione psichiatrica ha stabilito stretti rapporti tra lo sviluppo della istituzione manicomiale e le scelte di politiche e sociali elaborate dai governi nel tentativo di dominare la crisi del paese. Benché già intorno agli anni cinquanta dell'Ottocento fossero mature le condizioni per una legge che unificasse le discipline manicomiali previste nelle diverse regioni del paese e prendesse il posto delle regolamentazioni alle quali era stato variamente assoggettato in passato il trattamento della follia negli stati preunitari, fu necessario attendere il primo decennio del Novecento perché la legge vedesse la luce. L'esigenza di una regolamentazione generale è dimostrata dai numerosi progetti di legge sottoposti all'esame del Parlamento a partire dal 1849, quando il medico in capo al manicomio di Torino, Bonacossa, rivolse al Parlamento subalpino una petizione nella quale chiedeva la modifica di alcuni articoli del Codice penale concernenti l'imputabilità del malato di mente e la «creazione di una speciale legge riguardo ai mentecatti». La petizione conteneva la rivendicazione esplicita da parte dei medici di dichiarare lo stato di follia, sottraendolo ai giudici, e nello stesso tempo la necessità della segregazione manicomiale, rispetto a quella carceraria, per difendere sia gli interessi dei malati, che quelli della società. Dopo questo primo disegno di legge ne furono presentati molti altri: il progetto di legge Nicotera del 1877, che rendeva obbligatorio per le province il mantenimento dei mentecatti nei manicomi pubblici o privati, prevedendo anche l'istituzione di apposite sezioni criminali nei manicomi pubblici; il progetto De Pretis del 1881, che sanzionava il ricovero obbligatorio in caso di pericolosità del malato per sé o per gli altri; il progetto Crispi del 1890, che assegnava una posizione di rilievo al direttore del manicomio, secondo le richieste degli alienisti; e il progetto di legge Giolitti del 1893 «sulla tutela e custodia degli alienati», secondo il quale la "cura" diventava un momento subordinato della "custodia". Nella proposta di legge fatta da Depretis nel 1881 si insisteva soprattutto sulla funzione custodialistica: l'obbligatorietà del ricovero doveva limitarsi a quei casi di alienazione mentale che «rendevano l'individuo pericoloso per sé e per gli altri, o di pubblico scandalo». Scopo della legge inoltre, come delle successive, doveva essere quello di economizzare sul bilancio delle amministrazioni provinciali, lasciando alla pubblica beneficenza di sopperire alle altre necessità, a dimostrazione della continua attenzione del Parlamento per le competenze economiche ed amministrative relative al manicomio.

Il dibattito sulla legge psichiatrica si trascinò per mezzo secolo fino al 1904 quando venne finalmente approvata la legge Giolitti. I punti essenziali del progetto (suddiviso in otto articoli)

concernevano l'obbligo del ricovero solo per i dementi pericolosi e scandalosi; l'ammissione in manicomio con procedura giudiziale tranne i casi urgenti; la competenza di tutte le spese relative ai folli affidata alle provincie; l'istituzione di un servizio speciale di vigilanza sugli alienati. Il progetto disciplinava anche la dimissione dal manicomio, che doveva essere autorizzata con decreto del tribunale su richiesta del direttore dell'istituto, il quale diveniva una figura di primaria importanza, avendo piena autorità sul servizio interno sanitario e la sorveglianza sul servizio economico per tutto ciò che riguardava il trattamento dei malati.

Nell'indicazione degli individui da internare la legge si esprimeva con chiarezza: «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose per sé o per gli altri e non siano e non possano essere convenientemente curate fuorché nei manicomi». Da questa definizione non si desumeva però quali fossero le persone da ricoverare e l'unico criterio stabilito era quello dell'esigenza della custodia. Appariva così la contraddizione tra la pretesa terapeutica e la funzione custodialistica repressiva, tipica dell'esperienza liberale: dove infatti l'azione repressiva da sola si rivelava insufficiente a garantire il mantenimento dell'ordine sociale, si predisponavano interventi che, prescindendo dall'accertamento giudiziario di un fatto penalmente rilevante, avevano come presupposti applicativi il riferimento ad uno stato di pericolosità. Per quanto riguardava l'aspetto penale, la legge affrontava il problema dell'impunità del malato di mente e la conseguente comminazione di sanzione penale, che non aveva il marchio della pena pur rimanendo efficace come "misura di sicurezza".

Molti nodi importanti non vennero però risolti dalla legge. Innanzi tutto si nota la sostanziale assimilazione dell'alienato alla categoria sociale dei pericolosi anziché dei malati e il mancato riconoscimento dei loro diritti civili. Scarsi erano poi i cenni al problema della cura. La mancanza di indicazioni sul trattamento da realizzare all'interno degli istituti si spiegava solo alla luce dell'alleanza tra il potere politico e la scienza psichiatrica: al primo interessava che l'individuo non danneggiasse la società, alla seconda premeva la propria affermazione alla dignità di scienza. La legge non prevedeva inoltre regolamenti comuni per gli istituti e non fissava neppure una normativa specifica per l'apertura e l'esercizio dei manicomi privati. Non vi era infine nessuna disposizione sul reclutamento del personale, che veniva demandato a regolamenti interni.

Nella prima metà del XX secolo non si verificarono sostanziali cambiamenti nell'approccio al malato di mente e nel suo affidamento alle cure del manicomio. Si assistette al consolidarsi del modello biologico, che si basava esclusivamente sulla natura organica della malattia mentale, e all'introduzione di nuovi trattamenti assai più penetranti e specifici di quelli utilizzati in precedenza. Mentre il trattamento classico della malattia mentale aveva fino ad allora comportato soprattutto prescrizioni dietetiche, salassi ed evacuazioni per calmare i pazienti, idroterapia e il ricorso ad alcune sostanze vegetali come l'oppio, la canfora e il bromuro, a partire dal secondo decennio del secolo scorso cominciarono ad essere utilizzate terapie diverse come la malarioterapia, l'insulinoterapia, la lobotomia mentale e l'elettroshock. Contemporaneamente all'affermarsi di questo indirizzo biologico-manicomiale iniziarono a diffondersi, al di fuori del circuito accademico, le teorie psicanalitiche e relativi approcci psicoterapeutici: si deve a Freud il primo tentativo di affrontare in un altro modo il disturbo mentale, prestando attenzione e ascolto al modo di funzionare della mente e della psiche. Partendo dallo studio di sé stesso, delle proprie emozioni e sentimenti, dalle dinamiche e dalle pulsioni, Freud cominciò a scoprire che quel che accadeva nella follia non era del tutto diverso da quel che accadeva nella normalità: la differenza tra normalità e follia si riduceva drasticamente.

Nel 1952 furono sintetizzati in Francia, e poi diffusi nel mondo, i primi psicofarmaci, i neurolettici, che pur agendo solo sui sintomi della schizofrenia aprirono nuovi orizzonti per un approccio diverso alla cura. In quegli anni si affermarono anche nuove discipline quali l'antropologia e la sociologia, le quali permisero una conoscenza più ampia del disturbo mentale e di ciò che ne derivava sul piano della condizione personale e sociale. Da una parte, queste discipline sondavano cause un tempo inesplorate, quali ad esempio gli innaturali ritmi

di vita e gli alienati modi di produrre tipici della società moderna, oppure la perdita della propria individualità, che poteva condurre a sentirsi soltanto un insignificante elemento di un'indistinta massa. Dall'altra parte, incominciavano ad interpretare il manicomio come un luogo inutile per la cura della malattia.

In Italia, nei decenni successivi, sul piano della riforma delle istituzioni psichiatriche, la linea di tendenza fu quella del consolidamento della realtà manicomiale acquisita, almeno fino alla riforma basagliana. Chiudendo il ciclo delle grandi utopie sociali ottocentesche, Franco Basaglia, di formazione atropo-fenomenologica, si propose di superare le contraddizioni presenti nel riformismo psichiatrico centrando la propria analisi sulla frattura tra sapere scientifico e realtà della istituzione manicomiale. Nominato nel 1961 direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, visse drammaticamente l'impatto con la violenza e la disumanità di quel mondo: la struttura che avrebbe dovuto curare il malato finiva in realtà per peggiorarne ulteriormente la situazione, privandolo totalmente delle sue iniziative, della sua libertà e individualità. Per Basaglia questo non era solo il segno del clamoroso fallimento di un progetto umanitario e scientifico, ma anche l'espressione politica del controllo sociale.

Con queste premesse Basaglia iniziò la riorganizzazione dell'ospedale di Gorizia, nel quale erano ricoverati circa 600 malati, cercando innanzi tutto di creare un clima di maggiore libertà all'interno del manicomio. Grazie agli ottimi risultati offerti dalla terapia farmacologica, che rendevano superflui i metodi costrittivi (retaggi del passato, ma ancora abbondantemente utilizzati) vi era la possibilità di stabilire un nuovo tipo di rapporto con i pazienti. Il medico sottolineava anche l'importanza determinante della psicanalisi e della antropologia esistenziale nell'umanizzare il rapporto terapeutico. Questo processo messo in atto dalla comunità terapeutica avrebbe poi dovuto dilatarsi all'esterno e modificare l'immagine del malato di mente. Solo in una fase successiva, cancellata l'incombente realtà manicomiale, si sarebbero create le condizioni per una riflessione capace di coinvolgere l'intera comunità scientifica attorno ad un progetto che muovesse utopicamente dal superamento della categoria mentale della "norma" quale assunto primario della condizione umana.

La nuova normativa in campo psichiatrico, varata nel 1978 e ispirata direttamente al pensiero basagliano, si inseriva in quel vasto movimento di critica al manicomio che si era sviluppato nel dopoguerra. Diversamente da altre riforme dello stesso periodo, quella basagliana non propugnava solo la distruzione della "forma-manicomio", ma assumeva come proprio oggetto anziché la «determinazione dei confini della malattia e l'identificazione delle sue categorie», il «trattamento della malattia». Il principio informatore della legge dunque non era più la pericolosità sociale dell'ammalato di mente, ma il suo diritto al «bisogno di cura di ogni singola persona» attraverso la rete dei servizi sociali. Il trattamento sanitario diventava di norma volontario e veniva effettuato, come pure la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi ospedalieri operanti nel territorio. Nel caso in cui vi fossero alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e si fossero rivelati inefficaci tutti i tentativi di cura sul territorio, persistendo il rifiuto delle cure da parte della persona, poteva essere richiesto il trattamento sanitario obbligatorio. Sul piano operativo, l'assistenza psichiatrica veniva sancita come extraospedaliera e decentrata, mentre il trattamento ospedaliero doveva essere attuato negli ospedali civili, in specifici reparti psichiatrici.

Potremmo fermarci qui in questo sintetico percorso di costruzione e decostruzione del 'pazzo' ma vale la pena di segnalare da un lato come la legge oggi abbia accolto questi esiti culturali, dall'altra come essi abbiano una storia più lunga di quella che può sembrare. La legge numero 6 del 9 gennaio 2004, approvata all'unanimità dal parlamento, che modifica e integra la norma del Codice Civile, muta profondamente l'atteggiamento del legislatore nei confronti dello stigma sociale. Senza entrare in particolari tecnici si può notare come in sostanza si riconosca che nel corso della vita ci possa esser bisogno di sostegno per una infermità o menomazione fisica o psichica, "anche parziale o temporanea" e come si possa, anche ad iniziativa della persona stessa, provvedere a un "amministratore di sostegno" per il tempo necessario. Lo stigma sociale non è più una condanna a vita, non comporta l'interdizione (che non scompare dall'ordinamento ma perde quasi ogni rilevanza) ma una

condizione che può succedersi e combinarsi con la 'normalità', così che in un determinato momento e per un tempo determinato ci può esser bisogno di un sostegno, di un aiuto ed esso non è pensato come diverso da quello di cui può aver necessità chiunque si trovi in una condizione di infermità o menomazione. E' il bisogno, è la richiesta di soccorso, a venir in primo piano, è il riconoscimento dell'umanità di chi chiede aiuto a dettare tempi e modi dell'azione non più strettamente e autoritariamente di 'cura' (o di incurabilità) ma per l'appunto di sostegno.

Abbiamo parlato in principio di due modi compresenti nella nostra cultura di considerare lo stigma sociale. Non pare dubbio che in questa fase sia piuttosto quello che vede lo stigma sociale come parte della condizione umana a prevalere sempre più nettamente e a segnare per questo verso l'uscita dal tempo della modernità trionfante e sicura di sé.

Il problema dello stigma psichiatrico: fra storia e ideologia.

Luciano Del Pistoia³

I. Il problema

Il problema dello stigma non riguarda solo il modo di rappresentarsi, e quindi di trattare, i malati mentali ma è anche un buon indice di come una cultura pensa la follia e di come quindi gli appartenenti a tale cultura pensano sé stessi e il loro essere al mondo attraverso il confronto che accettano con la follia e il significato che alla follia conferiscono.

Lo stigma ha due aspetti il più consistente dei quali appartiene al senso comune l'altro ad atteggiamenti culturali fra i quali quello della psichiatria.

In ogni modo è un problema fortemente intrecciato di **emotività** e cioè delle emozioni che suscita la follia; che, al pari della morte, non è mai una presenza neutra.

Le emozioni suscitate dalla follia – sia quando se ne parli in astratto, ancor più quando ci si trovi in presenza di un malato mentale – sono diverse e controverse: partono da un certo senso di disagio che può andare fino al timore, per arrivare al senso di ripugnanza, ma anche ad una profonda pietà. Ma ancor più interessanti sono altre due emozioni che la follia suscita e cioè l'orrore e la fascinazione. Orrore non solo per qualche efferato delitto di sangue venuto all'attualità della cronaca e di cui il malato lì di fronte a noi sia eventualmente l'autore ma orrore anche per certe perversioni che la follia mostra come la necrofilia (il rapporto sessuale con i cadaveri), la coprofagia (il mangiare materie fecali), il cannibalismo e via discorrendo.

D'altra parte è anche vero che la follia è un tema che fa riflettere, fa fantasticare, fa parlare e questo nella dialettica di identità/differenza che si prova nei confronti del malato mentale. Con questo malato sappiamo di condividere l'aspetto esteriore umano ma non pensiamo certo di condividere ciò che dall'interno di questo aspetto umano emerge. Essendo tuttavia il malato uno come noi, ci si domanda se ciò che attraverso di lui si manifesta non sia potenzialmente contenuto anche in noi stessi. La follia è uno dei modi attraverso cui si presenta il quesito di chi siamo veramente, che senso ha il nostro essere al mondo.

D'altra parte si sarà notato che le emozioni di orrore e di fascino appena ricordate avvicinano l'esperienza della follia all'esperienza del sacro che consiste nel sentirsi di fronte e sentire intorno a sé una forza stragrande, capace di spiantarci dal nostro stesso fondamento nell'essere. Il sacro cioè non suscita orrore ma ti fa essere tutto orrore, non suscita fascinazione ma ti affascina totalmente e senza più alcuna possibilità di ripresa. Non a caso infatti per secoli la follia è stata vista come epifania del sovrannaturale e tale viene tuttora considerata in certi strati se non marginali certo però semiclandestini della nostra stessa cultura.

Di fronte a queste emergenze del perturbante (il sacro, la follia) a intensa, come s'è detto, impregnazione emotiva, la difesa tipica messa in atto dall'essere umano è nota: l'affermazione di una fede, laica o religiosa che essa sia e che promette protezione o liberazione in questa o in un'altra vita.

Purtroppo però codesti atteggiamenti si irrigidiscono talvolta a ideologia e, per quello che riguarda in particolare i matti, impongono loro un profilo dedotto per così dire dalle premesse di partenza; spesso male o per nulla confortate dalla conoscenza diretta dei matti stessi.

Ma è interessante notare che anche le posizioni che si vogliono contrarie a codesta ideologizzazione stigmatizzante hanno spesso un'uguale ispirazione ideologica. Potremmo citare l' "umanitarismo" che ovviamente è tutt'altra cosa di una posizione di solidarietà e rispetto umano nei confronti dei malati mentali; oppure il "liberazionismo" di quegli psichiatri politicizzati fin de siècle (XX) che pretendevano addirittura di vedere nei matti non dei malati mentali ma l'artificioso prodotto di quella repressione capitalista sul proletariato, repressione che si trattava di liquidare con la rivoluzione.

³ Ex primario psichiatra del Servizio Sanitario Nazionale. Psicopatologo e storico della psichiatria.

La posizione della psichiatria si profila allora con almeno due caratteristiche distintive rispetto a queste posizioni del senso comune: da un lato perché essa si basa sulla conoscenza diretta e approfondita dei matti e dall'altro perché affronta il problema della loro "essenza" con la pacatezza dell'atteggiamento scientifico che, non avendo verità definitive da asserire, considera il problema aperto, e aperto soprattutto sulla sua dimensione dialogica.

Il problema dello stigma del resto non è per così dire un annesso della psichiatria, come delle volte par di capire, ma è strettamente cointessuto con una delle sue stesse radici e precisamente con **l'immagine della follia** che essa sceglie di volta in volta a **fondamento e legittimazione del suo fare terapeutico**. Lo stigma o, più esattamente, l'immagine del malato mentale che questa scelta produce, è appunto un risvolto della psichiatria.

E che una immagine fondante della follia stia alla base di ogni fare terapeutico si può illustrare con tutta la storia della pratica psichiatrica. L'esempio più vistoso che si potrebbe citare è quello della psichiatria di ispirazione psicodinamica la quale tratta il malato in quel dato modo proprio in riferimento alla teoria della follia alla quale si ispira. Infatti e riferendoci in particolare alla pratica psicoanalitica originaria, il porre il paziente sdraiato sul divano nella penombra dello studio del terapeuta il quale si tiene fuori del campo visivo del paziente e rimane in silenzio, apparirebbe senz'altro un comportamento perlomeno bizzarro in assenza della teoria del funzionamento psichico che lo legittima e ispira. Ugualmente i seguaci della teoria della comunicazione avranno per parte loro un atteggiamento terapeutico consono alle loro premesse; e anche gli antipsichiatri politicizzati sopracitati ispirarono la loro pratica "terapeutica" all'immagine socio-politica della follia che asserivano.

Ma anche la psicofarmacologia ha seguito la strada di una sua razionalizzazione teoretica. Come è noto essa è nata empiricamente sulla base di una indicazione di anestesisti di Parigi che segnalavano agli psichiatri l'effetto "apatia" della fenotiazina che essi usavano per ibernare i malati da operare. Oggigiorno la psicofarmacologia è giustificata e legittimata da tutto un apparato neuroscientifico che produce una immagine neuromediatoriale e neurorecettoriale della follia con un correlativo profilo del malato mentale.

Il contributo storico della psichiatria alla comprensione dello stigma può essere allora il seguente: vedere le principali immagini della follia che hanno ispirato la psichiatria moderna – e la correlativa immagine (o stigma) del malato mentale che hanno prodotto – e vedere poi sulla base di tali fatti ormai consegnati alla memoria – seppur sempre suscettibili di ulteriori interpretazioni – se si possa fare qualche illazione su indirizzi, significati e assetti della psichiatria attuale e su quale tipo di stigma – o di antistigma – che eventualmente essa produca.

In questo modo si potrà forse chiarire anche un altro aspetto dello stigma e cioè se esso non ricompaia a volte sotto le mentite spoglie di atteggiamenti che volevano esserne la negazione.

II. Immagini della follia e stigma nella psichiatria moderna

Due sostanzialmente le immagini che hanno ispirato il fare terapeutico della psichiatria moderna nata, com'è noto alla fine del settecento e nel cui ambito tuttora probabilmente pensiamo ed agiamo : da un lato l'immagine psicoantropologico-relazionale e dall'altra quella organo-meccanicista. L'espressione di queste immagini si vede già chiaramente nella teorizzazione dei due principali padri fondatori: Philippe Pinel (1745-1826) a Parigi e Vincenzo Chiarugi (1759-1820) a Firenze. La posizione di Chiarugi circolerà poi approfondita e arricchita dalla teoria di Benedict A. Morel degli anni '50-'60 dell'Ottocento.

II_a L'immagine passionale di Pinel

Pinel asserisce che la follia non è il prodotto di una ragione deteriorata ma è il prodotto di una ragione valida, catturata però da una passione intensa che appunto la porta a sragionare. Sentirsi per esempio l'oggetto di una passione amorosa inesistente si esprimerà nella convinzione del delirio erotomaniaco; la paura di essere l'oggetto di un minaccioso complotto del tutto immaginario si esprimerà nella convinzione del delirio di persecuzione; mentre di un orgoglio smisurato e sprezzante, la ragione farà per esempio il delirio di grandezza.

Da notare che per Pinel questa confisca passionale della ragione non è un evento eterogeneo alla natura della psiche umana ma è soltanto il blocco di quella dialettica fra passioni e ragione che di essa è costitutiva. Ciò riviene a dire che l'uomo per sua natura immagina, sogna ed inventa ma deve poi tradurre nella realtà le sue utopie a meno che non voglia rinunciare come a meri sogni o continuare a crederci e allora delirare. La follia compare appunto quando non avviene questa rinuncia e neppure avviene la possibilità di tradurre l'utopia nella realtà.

Questa concezione della follia ci da alcune indicazioni molto interessanti.

La prima di queste indicazioni è l'idea che la follia sia **connaturata** alla psiche stessa dell'uomo, che sia una sua possibilità intrinseca. Con Pinel la possiamo dire un rischio della sua inventività, un altro grande psichiatra francese, e questo del '900, Henri Ey, la dirà un "rischio" della sua libertà. L'uomo può cioè inventare e sognare tutto quello che vuole il suo problema è di non perdersi nei suoi sogni nel senso di considerarli già realizzati come per magia e senza lo sforzo continuato nel tempo che richiede ogni realizzazione.

Un secondo aspetto originale dell'affermazione di Pinel è di mostrare, in filigrana di questa concezione della follia, l'uomo nuovo che appunto con la trasformazione della grande Rivoluzione si stava affermando. Questo uomo aveva infatti sognato delle novità che solo qualche lustro prima non potevano sembrare che pura follia: come la Repubblica, la decapitazione del Re, la fondazione di una società basata sull'uguaglianza di tutti i cittadini, il concetto nuovo di mobilità sociale.

Terzo punto di originalità della posizione di Pinel è l'affermazione di principio che la follia è curabile ; e, soprattutto, che lo strumento di questa cura è lo strumento verbale. Pinel enuncia cioè il principio della **psicoterapia**. Ed è infatti a questo principio che rimanda la tecnica terapeutica che egli inventò e mise in atto e che chiamò "Traitement moral". Sul quale Traitement è bene non equivocare col considerarlo etico-pedagogico perché il suo significato è proprio e semplicemente quello di cura con la parola. Esso significa l'inserimento del discorso del terapeuta in quel discorso a-dialettico di passione e ragione che costituisce la follia del paziente al fine di nuovamente movimentarlo.

Da queste premesse e cioè che la follia sia mobile, dialettica fatta di un discorso accessibile e strettamente intrecciato con l'invenzione e l'innovazione, il profilo del malato mentale che ne deriva lo si può dire tutt'altro che stigmatizzante . Il malato mentale è un concittadino che si è spinto troppo avanti, – o troppo frettolosamente – sulla strada dell'innovazione e si è per questo motivo smarrito. Ma per questo stesso motivo, egli merita considerazione e rispetto perché questa via dell'innovazione è ormai obbligatoria per tutti nella nuova società che non dà più niente per definitivamente acquisito, inamovibile e immodificabile. Ugualmente la cura gli è dovuta, cura che inoltre si colloca in una prospettiva ottimista di guarigione.

Questo modo di vedere rinvia non solo ad una certa tolleranza filantropica nei confronti dei malati mentali ma anche ad un'apertura nei loro confronti animata di curiosità. Il cittadino malato mentale è cioè considerato un interlocutore del cittadino sano e della società, un interlocutore da ascoltare attentamente essendo data la possibilità della presenza dell'invenzione e dell'innovazione fra le righe del suo discorso apparentemente sconclusionato.

II_b. La concezione organo-meccanicista di Chiarugi

Di tutt'altro genere la concezione della follia sulla quale il Chiarugi fonda il suo fare terapeutico, concezione che si inserisce del resto in una tradizione antica – dalla quale Pinel evidentemente si discosta – e che produce tutt'altra immagine del malato mentale.

Il Chiarugi dice esplicitamente che la follia è dovuta ad un disturbo organico. Questo disturbo egli lo indica come alterazione del centro ovale dell'encefalo, del punto cioè dove affluiscono tutte le informazioni della sensibilità sia esterna che interna, tutte le informazioni sul mondo, sul corpo e sulla psiche stessa del malato. D'altra parte – dice ancora Chiarugi – la follia non può essere imputata all'anima perché l'anima è stata creata incorruttibile da Dio e non può per questo essere l'autore delle sciocchezze, e delle nefandezze, che la follia ci fa conoscere.

La follia sarebbe dunque per Chiarugi una reazione corretta dell'anima alle informazioni errate che essa riceve dal suo organo sensoriale corporeo.

Codesta concezione dà a sua volta indicazioni originali.

La prima di queste indicazioni balza chiaramente agli occhi e fa cogliere la differenza di questa posizione rispetto a quella di Pinel: cioè che la follia è per sua essenza **estrinseca** all'intima struttura psichica dell'uomo; ovvero, come Chiarugi la chiama, estrinseca alla sua anima. La follia è un incidente somatico, una malattia che può ac-cadere, capitare nello stesso modo in cui può capitare la polmonite o la frattura di un osso. L'anima e il corpo sono infatti eterogenei l'una all'altro, la sostanza dell'anima essendo spirituale, la sostanza del corpo essendo materiale.

Da questo discende che la terapia della follia sarà "somatica" ricorrendo agli antichi e tradizionali mezzi della purga, del salasso, del clistere o alla virtù sedativa dell'oppio tebaico. L'indicazione di Chiarugi di ascoltare il paziente avrà un significato filantropico ma non terapeutico come l'ha invece per Pinel. Sarà l'espressione di un rispetto umano e di un atteggiamento caritativo inteso ad alleviare le sofferenze del paziente stesso.

L'immagine del malato mentale che esce da questa concezione è quella classica di un demente di un uomo cioè colpito e menomato nella sua ragione; e i deliri che egli produce non potranno mai avere quella parentela con la capacità inventiva che loro invece attribuiva Pinel. Questa concezione del malato mentale come demente trova un suo sviluppo e una sua sistemazione si direbbe grandiosa nella teoria che Morel formula fra il 1856 e il 1860.

Morel illumina infatti l'aspetto **eziologico** di codesta follia-demenza attribuendolo a quell'intima fragilità che all'uomo è connaturata in quanto derivata dall'eredità del peccato originale: la follia è il risvolto psichico di codesto decadimento che non manca d'altronde di risvolti somatici (le famose stigmate).

D'altra parte per Morel la follia è piuttosto una malattia della stirpe che non dell'individuo l'individuo esprimendo l'aspetto che essa prende a livello della sua generazione.

Solo un malato, che non a caso è Morel a indicare per primo e cioè il demente precoce, sintetizza questo decadimento della stirpe nell'arco della sua esistenza e più precisamente nella parte adolescenzial-giovanile di essa. Il suo esordio può essere quello del "Déséquilibre supérieur", dell'individuo cioè anche dotato di intelligenza notevole ma incapace di metterla a profitto per la sua incostanza, per la sua impulsività per la sua incontinenza emotiva. È il malato che oggi chiameremo uno psicopatico o un borderline.

Nella fase ulteriore della malattia, l'incapacità del malato di controllare pensieri ed emozioni può aggravarsi fino all'incapacità di controllare i propri atti ed estrinsecarsi allora come perversioni assai gravi del tipo della piromania, dell'impulso omicida, del sadismo o del masochismo. Deteriorandosi ulteriormente, la ragione diventerà da un lato sempre più incapace di controllare l'impulsività istintuale e dall'altro sempre meno capace di rimanere nell'ambito della coerenza logica cominciando ad esprimersi con delle paralogiche deliranti. La fase conclusiva di questo decadimento darà un demente profondo totalmente privo di ragione ed assimilabile per questo all'idiota profondo – mostruoso e sterile – che senza la ragione nasce, malato privo del linguaggio e capace soltanto di riconoscere chi lo nutrice, nudo all'alga e non alieno eventualmente dalla coprofagia.

Dal lato terapeutico, i mezzi saranno quelli classici della terapia somatica ricordati a proposito di Chiarugi ma visti in una prospettiva più pessimista perché l'idea di fondo di questa concezione è la scarsa se non la nulla possibilità di arrestare il potere evolutivo in peggio che il processo degenerativo intrinsecamente possiede. Codesti mezzi saranno considerati poco più che dei palliativi.

Più efficacemente si potrà invece cercare di impedire che esso insorga, eventualmente innescato da una provocazione fatta essenzialmente di vizi e stravizi e di cui l'espressione tipica dell'epoca era la Paralisi progressiva. Di questa malattia si ignorava allora la natura infettiva ma se ne conosceva bene la correlazione con le trasgressioni sessuali; ed era una malattia capace notoriamente di trasformare, nel giro di pochi anni, in un rudere tremolante, balzubiente, fatuo e incontinente un giovane fino a quel momento brillante, di preferenza un

artista dato che nell'ambiente degli artisti i costumi sessuali godevano di una maggiore libertà. Non a caso l'opera di questi alienisti sarà centrata soprattutto sulla prevenzione e contribuirà non poco a ridurre la piaga dell'alcoolismo e di malattie da carenza vitaminica come la pellagra e il beri-beri e a migliorare le condizioni di vita dei lavoratori.

L'immagine del malato mentale che compare in codesta concezione della follia è appunto quella di un demente, di una persona cioè in cui la ragione è incapace di contenere gli impulsi e di improntare di sé il comportamento e il linguaggio. Tuttavia, codesta immagine, accanto ai sentimenti di paura, orrore e di ripugnanza, suscita anche una pietà profonda dato che il degenerato esprime in fondo un destino che incombe su tutti in quanto tutti figli di Adamo ed esposti per questo alle conseguenze del peccato originale. Non a caso, sono gli alienisti di questa tendenza a considerare la psichiatria una doverosa "ambulance sociale" ed ad asserire il diritto dei poveri ad essere assistiti e curati nei manicomi che essi chiameranno, coerentemente con la loro concezione, "asiles". Il significato degli "asiles", e dell'immagine del malato che essi contribuiscono e disegnano, prende rilievo se si confronta col significato che prendeva il manicomio di Pinel.

Nell'ottica ottimistica di Pinel il manicomio è addirittura quella che si potrebbe definire una **utopia polemica** nei confronti della società degli anni del terrore rivoluzionario. Pinel, che prende servizio a Bicêtre nel settembre del 1793, concepisce infatti il suo manicomio, che egli ragiona nel solco sensista di Locke e di Condillac, come quel luogo dosato in sensazioni emozioni ed idee in modo tale da permettere al malato di recuperare quell'equilibrio psichico che egli ha perso nel "tumulto" caotico della società di fuori. In questo manicomio cioè viene capovolto il rapporto della persona con l'ambiente nel senso che è l'ambiente ad adattarsi alla persona e non viceversa come normalmente succede.

Il manicomio scaturito dalla Dégénérescence ha tutt'altro significato ed è una delle istituzioni **pedagogico disciplinari** finalizzate a inserire nella razionalità sociale quelle categorie di persone che hanno difficoltà a rientrarvi. Fra queste si possono per esempio annoverare i bambini che devono essere istruiti ed educati o anche i selvaggi che dalle colonie devono essere civilizzati la loro civiltà essendo considerata solo un embrione della civiltà del bianco occidentale. Il manicomio della Dégénérescence è quindi una specie di colonia interna alla madrepatria tesa ad inserire fin dove possibile nella razionalità sociale i folli; i quali folli infatti, pur avendo l'aspetto fisico del bianco civilizzato, dal punto di vista mentale possono essere equiparati ai selvaggi. Come del resto ci insegna la dimensione atavica della teoria della degenerazione.

E due sono i modi di educare questi matti a un po' di civiltà e di razionalità: la disciplina e il lavoro. Nei manicomi, e questo fino alla loro chiusura con la legge 180, un buon numero di malati erano ogni giorno inquadrati da infermieri di polso, ma anche di grande capacità di intuizione e di comprensione, e avviati sotto la loro guida alle "lavorazioni". Che potevano essere quella del giardiniere o quella delle cucine, ma la più importante delle quali era la Colonia agricola, una grande fattoria annessa al manicomio stesso.

A conferma di questa funzione pedagogica del manicomio va notato il fatto che la sua espansione sistematica avviene più o meno negli anni in cui viene istituita la pubblica istruzione elementare obbligatoria⁴.

Si vedono dunque le profonde differenze a cui portano le due diverse immagini della follia su cui la psichiatria moderna fonda i suoi due grandi filoni terapeutici e si vede anche la differente immagine del malato mentale che esse producono: per Pinel, un sognatore-inventore che può dare il suo contributo al progresso inaugurato dal pensiero illuminista; per Chiarugi -Morel, un povero demente da compiangere e che, come s'è detto, nulla ha da spartire con la capacità di inventare.

⁴ La legge italiana Coppino della Pubblica Istruzione elementare obbligatoria è del 1877 ed è a partire da quel torno di tempo che viene anche iniziata la realizzazione del manicomio pubblico in modo sistematico, realizzazione che continuerà nel primo terzo del '900. Coeva è la realizzazione del manicomio francese benché la legge che lo disciplina risalga al 1838 (giugno). La correlativa legge italiana è del 1904. La Toscana di Leopoldo II aveva però adottato la legge francese fin dall'agosto del 1838.

Tuttavia queste due concezioni hanno un importante e fondamentale denominatore comune, tutte e due si cimentano con la follia e con il significato esistenziale che essa pare di volta in volta assumere; e tutte e due ci significano che il matto è uno di noi. Nella visione di Pinel, egli è un caduto sul campo del progresso al quale siamo tutti chiamati a contribuire; nella visione di Morel è l'esplicitazione di quel tragico destino umano che incombe su ciascuno di noi.

Ebbene, questo denominatore comune con i suoi due aspetti può essere il punto sul quale valutare in qualche modo la psichiatria attuale o per lo meno alcune sue tendenze maggiori e cercare di capire quale immagine del malato mentale essa prospetti.

III. La psichiatria attuale: superamento o misconoscimento dello stigma?

La psichiatria attuale è per fortuna ancora caratterizzata da una molteplicità di tendenze che fanno la sua ricchezza e che vanno dalla psicoanalisi con tutte le sue varianti, alla antropofenomenologia, al cognitivismo e via discorrendo; ma qui ci vogliamo riferire alle due tendenze che, per la loro estensione e per il sostegno politico-economico di cui beneficiano, appaiono in qualche modo egemoni: la psichiatria del sistema DSM⁵ americano e il socio-assistenzialismo di molti servizi pubblici italiani.

Il sistema DSM nato nel 1956 con l'intento di uniformare il linguaggio diagnostico degli psichiatri americani, ha proiettato questa intenzione al livello planetario con la 3° edizione del 1980. Questo obiettivo è apparso però ben presto difficile da raggiungere e semmai solo avvicinabile ma ad un prezzo che è apparso ben presto insostenibile anche agli stessi ideatori del DSM: la trasformazione cioè delle sindromi cliniche in un insieme di convenzioni sostenute meno dalla realtà della clinica stessa che dall'intesa degli psichiatri fra di loro.

Ma il punto che ci interessa non è questo bensì il fatto che codesto "sistema diagnostico-statistico" si è proclamato "**ateoretico**". I suoi ideatori hanno cioè detto esplicitamente di rifiutare qualsiasi interpretazione, qualsiasi teoria, qualsiasi immagine della follia e di volersi attenere, per fare la diagnosi, ai soli "fatti osservabili".

Questa affermazione⁶ ha però un limite preciso: essa è cioè valida finché la psichiatria che la fa propria si limiti ad un'attività diagnostica, non è più sostenibile quando questa psichiatria voglia passare ad un'attività terapeutica. La storia della psichiatria ci insegna infatti, e come s'è visto, che non esiste attività terapeutica degna di questo nome senza una correlativa immagine della follia che la fonda e legittimi. Per conseguenza, la psichiatria del DSM non dovrebbe avere attività terapeutica di sorta. Invece essa possiede (ovviamente) tale attività e nei termini di terapia psicofarmacologica per così dire secca, non integrata cioè da altri tipi di terapia. Ci si chiede allora quale immagine della follia questo suo fare fondi e legittimi; e a guardar le cose da vicino ci si rende conto che tale immagine, benché ufficialmente negata, esiste eccome, e si presenta con due aspetti.

Un primo aspetto è quello organo-meccanicista. Per questa psichiatria, le malattie mentali sono dei disturbi cerebrali decifrati, in consonanza con le attuali conoscenze sul sistema nervoso, come alterazione dei mediatori e dei recettori dell'impulso nervoso. Alterazione che i farmaci attuali si mostrano capaci di correggere in modo mirato. E qui ritroviamo la continuazione di una tradizione classica di cui abbiamo visto nel Chiarugi un punto di snodo moderno.

Un secondo aspetto lo possiamo individuare attraverso il quinto degli **assi** attraverso i quali il DSM inquadra il malato mentale: la valutazione globale del suo **funzionamento** psicologico, sociale e lavorativo. Sono soprattutto i due ultimi aspetti di questo asse che fanno intravedere il criterio che lo anima: e cioè un **criterio di valore**. Questo asse rivela infatti a dire che uno degli indici atti a caratterizzare il malato mentale è il suo poco gradimento se non il rifiuto

⁵ Acrostico che sta per Diagnostic Statistic Manual.

⁶ .E' un'affermazione già insostenibile in sé stessa in quanto il rifiuto di ogni teoria è pur sempre una posizione teoretica. Ma non è di questo che vogliamo occuparci qui.

degli “eidola” della nostra società del benessere, del consumo e della sicurezza più o meno garantita.

Ma è un criterio non pertinente, il criterio di valore essendo estraneo alla neutralità scientifica della clinica. L’immagine della follia che troviamo dunque a sostegno della pratica del DSM è quella di un **disturbo** e la correlativa immagine del malato quella di un **disturbante/disturbato**. Il significato di codesto disturbo è stabilito in base all’integrazione sociale che esso più o meno intralcia e nei confronti di esso ci si pone solo un problema di eliminazione con il mezzo farmacologico

Considerazioni dello stesso tenore si possono fare a proposito dell’assistenzialismo che praticano quei servizi italiani di psichiatria in cui il servizio sociale ha finito per prevalere su quello medico-psichiatrico. Accanto a tali considerazioni è tuttavia il caso di rilevare un paio di differenze.

La prima differenza rispetto al DSM è il riferimento ad un’immagine meno tecnologica che socio-politica della follia; immagine che, senza più arrivare agli estremismi grotteschi dell’antipsichiatria⁷, di quella concezione ha tuttavia ancora qualche eco atta a far della follia l’espressione di un disagio sociale. Dal che deriva la seconda differenza e cioè che il malato mentale non è tanto un disturbante/disturbato, come s’è visto sottintendere appunto dal DSM, quanto primariamente un disturbato dal tipo di società in cui viviamo; per cui il suo **ridotto funzionamento** è meno un segno di malattia che un legittimo rifiuto, una legittima difesa se non una **protesta** che tutti dovrebbero condividere e capire. L’accento dell’intervento terapeutico non sarà qui messo sui farmaci, di cui tuttavia ci si avvale, ma sull’ottenimento per il malato di benefici dovuti in base ai suoi asseriti diritti.

Ma al di là delle differenze, si vede la profonda identità di DSM e di assistenzialismo socio psichiatrico: **il misconoscimento della specificità della follia e la sussunzione di essa sotto categorie improprie.**

Da un lato questi due sistemi non mostrano tracce di quella ricerca di un significato della follia che abbiamo visto come anima ed inquietudine della *Aliénation mentale* e della *Dégénérescence* ma che ritroviamo anche nella psicoanalisi, nella fenomenologia, nell’organodinamismo⁸ e cioè in tutti i grandi sistemi della psichiatria moderna. Per questi sistemi curare la follia era sinonimo di capirla, di capire in particolare cosa essa significasse come modo di essere-al-mondo, e sempre per questo decifrandola secondo le sue categorie proprie che sono categorie esistenziali.

Da un altro lato, il DSM e l’Assistenzialismo psichiatrico sussumono la follia così ignorata nella sua autentica essenza sotto le categorie al massimo marginali della socialità con l’idea che l’essere umano impazzito deliri la rivendicazione o l’integrazione sociale e non invece il dramma del suo essere-al-mondo mortale.

Codesta defigurazione della follia non è solo una semplificazione banale di essa, ma è molto di peggio: è il rifiuto di confrontarsi con l’ineludibile dimensione dell’esistere umano che essa rappresenta, rifiuto che si impregna inevitabilmente di violenza, e non solo nei confronti dei malati mentali.

Infatti la violenza della banalizzazione antipsichiatrica dei malati mentali a casi socio-politici e il numero di decessi da essa causati è un fatto. E anche se finora è stato capace di suscitare meno una discussione seria che delle impennate ideologiche, rimane pur sempre un fatto innegabile dell’antipsichiatria italiana degli anni ‘70 del ‘900.

Il DSM attuale appare ancor più inquietante dato che il suo riferimento – surrettizio come s’è visto – ad una norma sociale non riguarda una minoranza di matti ma riguarda la totalità della popolazione. Fra le sue righe si prospetta infatti una omologazione emotiva dei cittadini ai fini della loro integrazione al sistema di valori cui il DSM appartiene attraverso il potente

⁷ Che in una sua versione definiva il malato un artificio della repressione capitalista sul proletario, perpetrata dai camici bianchi per questo stipendiati.

⁸ È il sistema clinico-psicopatologico di ispirazione fenomenologica ideato dal già citato psichiatra francese Henri Ey e che ha dominato nella psichiatria non psicoanalitica del secondo ‘900.

mezzo psicofarmacologico proposto/imposto, e senza apparente violenza, con la persuasione pubblicitaria (e l'esempio della fluoxetina è già forse significativo in proposito).

Ma l'intreccio con la violenza di codesto misconoscimento della specificità della follia e della sua sussunzione sotto categorie improprie è purtroppo confermato da una ben inquietante parentela: quella della psichiatria nazista. Quella psichiatria adottò infatti tipicamente codesti procedimenti, misconobbe la follia nella sua intrinseca e irriducibile specificità e sussunse i malati mentali sotto la categoria del tutto non pertinente della razza. In questo modo i malati mentali finirono in una filiera anomala che li portò alla camera a gas e al forno crematorio.

Per quanto riguarda lo stigma, troviamo qui esplicitamente il problema sopra accennato della sua ricomparsa sotto le apparenze della sua negazione. Il DSM e il Socio-assistenzialismo sembrano infatti agli antipodi di un atteggiamento stigmatizzante. Nella loro ottica il malato appare infatti uno-di-noi che si tratta di reintegrare al sistema recuperandolo dalla deriva che ha presa: e l'esito felice di questa intenzione è garantito dall'ottimismo della terapia e dalla serietà dell'impegno "politico".

Il problema dello stigma sembra così essere cancellato. In effetti, quel che è stato cancellato è il malato come individualità/quesito e, correlativamente, è stato cancellato il suo interlocutore sano. Il problema dello stigma è stato così riproposto sotto l'apparenza della sua negazione e nello stesso tempo è stato dilatato a dismisura: con il soggetto della follia è stato qui cancellato il soggetto della identità umana sull'orizzonte di una omologazione massificante "politicamente corretta".

Come si vede siamo di nuovo confrontati alle ideologie con l'aggravante di vederle amalgamate con la psichiatria stessa che perde così il suo precipuo significato: la sua **differenza** e, con essa, il suo potere di interlocutore. Il problema della stigma si chiude su di una risposta a senso unico.

Per riaprirlo nei suoi termini autentici, la psichiatria non ha che da far forza su i suoi punti qualificanti: conoscenza diretta dei matti e approfondimento continuo del problema in senso esistenziale (che vuol dire anche autenticamente relazionale e sociale) e senza l'illusione di una verità definitiva.

IV. La psichiatria attuale: superamento o misconoscimento dello stigma?

La psichiatria attuale è caratterizzata da una molteplicità di tendenze che vanno dagli sviluppi della psicoanalisi alla antropofenomenologia alle teorie socio-genetiche. Ma una delle sue tendenze più sviluppate, e questa ancor più mondializzata delle altre, è la tendenza psicofarmacologica nel suo attuale collegamento con il sistema DSM americano. Questo sistema, ricordiamolo brevemente, è un sistema diagnostico statistico che mirava a rendere omogeneo il linguaggio degli psichiatri nel mondo, di consentire quindi la maggiore concordanza possibile delle diagnosi e questo anche al fine dei rilevamenti statistici della OMS. Nei fatti questo manuale è diventato un autentico libro di psichiatria è entrato sia nella pratica clinica che nella pratica medico legale; per questo, nei suoi confronti crescono le perplessità e le critiche non solo da parte degli psichiatri che si ispirano alle teorie psicodinamiche o antropofenomenologiche ma anche da parte dei suoi stessi ideatori. La loro autentica preoccupazione risiede nel fatto che i quadri clinici che il manuale individua stanno diventando quasi delle convenzioni riferite meno alla realtà della clinica che al consenso fra gli psichiatri. Ma questo è un discorso che esula dal tema attuale. L'aspetto che qui interessa del sistema DSM è il fatto che esso si dichiara **a-teoretico**. I suoi ideatori hanno detto esplicitamente, a partire dalla terza edizione del 1980 che è diventata il nuovo punto di riferimento, di bandire dalla loro clinica qualsiasi interpretazione teorica della follia, e in particolare quella psicoanalitica che aveva fortemente influenzato la seconda edizione di questo manuale; e di attenersi esclusivamente ai fatti osservabili.

Ora il fatto di dichiararsi ateoretici si sa che è una contraddizione perché anche l'a-teoretismo è pur sempre una teoria. Ma il punto di rilievo non è questo; il punto di rilievo è il fatto che questa psichiatria viene meno a quel riferimento ad una teoria della follia sul quale la psichiatria ha fondato il suo fare terapeutico, come abbiamo visto nel nostro rapido excursus

storico. Questa psichiatria invece rifiutando tale riferimento, non dovrebbe avere alcun fare terapeutico. Invece essa un fare terapeutico lo ha ed è precisamente quello psicofarmacologico codificato per giunta da altri testi che a questo manuale fungono da supporto e da complemento. Ma siccome come s'è visto ogni fare terapeutico rimanda ad una teoria della follia – che essa sia esplicita, implicita o anche negata come in questo caso – allora si tratta di vedere quale immagine della follia produca il sistema DSM e correlativamente quale profilo del malato mentale, stigmatizzante o meno che esso sia.

L'immagine della follia a cui si riferisce questo sistema si può forse ricavare dal quinto parametro che esso utilizza per valutare il malato mentale e che riguarda il maggior **livello globale di funzionamento** che esso abbia raggiunto nell'anno precedente. Ebbene questo criterio può voler dire un certo numero di cose significative.

Esso può voler dire da un lato che viene introdotta una norma di valore che identifica la salute mentale con la maggiore integrazione possibile ad un certo tipo di società e che, dall'altro, vede la follia come un disturbo che intralcia codesta integrazione.

Ma la diversità più importante è il fatto che la follia perde in questa ottica qualunque significato esistenziale, che essa non pare più degli interrogativi sull'essere al mondo umano come era invece nella tradizione della psichiatria occidentale. D'altra parte è noto che gli psichiatri ispirati da questo sistema non parlano più con il malato menta e non affrontano i problemi anche di reticenza o di compiacenza, di accettazione del dialogo che egli come persona può presentare, ma rilevano solo quanto è praticamente necessario per stabilire quale farmaco sia più adatto a realizzare il loro obiettivo dell'integrazione sociale del malato stesso.

In questa ottica lo stigma del malato mentale sembra non esistere più e sembra affacciarsi fra le sue righe una concezione del malato deficitaria si ma che mobilita tutto un sistema socio solidaristico di implicita tuttavia reciprocità. Il malato mentale è considerato cioè una persona capace di accedere a un tipo di prestazioni sociali che ripaghino in qualche modo le sicurezze e la protezione che gli dà la società.

Ma qui probabilmente il problema dello stigma non si pone perché non si pone più il problema del malato mentale dato che il malato menta come ci indica la storia della psichiatria è una presenza inquietante che invita tuttavia ad un dialogo sul senso stesso del nostro essere-al-mondo. Qui questo dialogo non esiste più, il malato mentale scompare ma correlativamente pare che scompaia anche il senso dell'essere umano. Qui probabilmente fa capo una ideologia che si rappresenta il malato in questo modo socio efficientistico e solidaristico che solo vagamente corrisponde alla clinica psichiatrica e per niente al suo fondamento psicopatologico. Sotto le apparenze della negazione di uno stigma negativo questa psichiatria crea forse il più negativo degli stigmi: il misconoscimento del malato mentale, la sua cancellazione come esistenza specifica proiettata su un interrogativo aperto dell'essere al mondo. La riscoperta del malato mentale come persona passa invece per la conoscenza approfondita di esso, per l'accettazione di quel dialogo a cui la sua follia fascinosamente ci invita, passa per una prospettiva dell'essere al mondo centrata sull'essere e non sull'avere, sull'apparire, sul semplicistico fare.

Intervento Dott.ssa Moioli, Direttore Generale per lo Studente del Ministero dell'Istruzione

Grazie, innanzitutto, al Ministero della Salute per la richiesta di collaborazione.

La nostra disponibilità, ma anche la sensibilità e l'attenzione della scuola ai temi della salute, è chiaramente dimostrata dalla massiccia presenza dei docenti referenti provinciali dell'educazione alla salute.

Vorrei sottolineare, per i non addetti ai lavori da un punto di vista scolastico, che la riforma Moratti prevede un cambiamento sostanziale per quanto attiene l'educazione alla salute.

Infatti, fino a ieri, la scuola è stata coinvolta in progetti affidati per lo più alla buona volontà e alle favorevoli opportunità del territorio, che spesso si esaurivano con il venir meno di queste condizioni favorevoli, senza incidere in termini di sistema. Ora, invece, la prospettiva della riforma Moratti, è quella di rendere strutturale l'educazione alla convivenza civile nell'impianto scolastico.

Nell'educazione alla convivenza civile è compresa anche l'educazione alla salute. Ciò significa che essa non costituisce una disciplina a se stante, ma un insieme di obiettivi, all'interno del curriculum, che attraversano tutte le discipline, in termini di informazioni, di conoscenze, di abilità intese come base per l'acquisizione di competenze personali e sociali. In tal modo, il ragazzo acquisisce un suo modo di essere, costruisce una propria identità, che nel crescere lo accompagnerà per tutta la vita.

Questo è il dato del cambiamento qualitativo in atto. Già un anno fa abbiamo attivato una serie di iniziative finalizzate a mettere a sistema le migliori pratiche per l'educazione alla salute, con il coinvolgimento degli insegnanti referenti, della scuola e dei genitori.

È fondamentale, in tal senso, il patto educativo che deve stringersi tra tutte le componenti della scuola per realizzare a pieno una comunità educante che si faccia carico dei bisogni formativi degli studenti.

Vorrei sottolineare l'impegno di tutti in questo progetto. In tempi brevissimi, vorrei ribadirlo, sono stati somministrati e valutati in dieci regioni i questionari di cui oggi possiamo rilevare gli esiti, in ordini ai comportamenti ed alle idee dei nostri ragazzi. In un secondo tempo, saranno coinvolti anche i dirigenti scolastici, per monitorare le buone pratiche che talune scuole hanno già messo in atto.

Nasce con questa esperienza anche un metodo di lavoro diverso.

La novità del nostro progetto sulla *Salute mentale e lo stigma sociale* è l'intesa tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, che ci ha permesso – ognuno con le proprie competenze – di affrontare un problema così rilevante in maniera non settoriale, quindi più efficace.

In passato, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Istruzione intervenivano sulle scuole separatamente.

Ad esempio, venivano somministrati da parte degli istituti di ricerca, dei questionari nelle scuole, senza che vi fosse un'intesa tra i Ministeri competenti.

Faccio riferimento ai questionari sull'iperattività, che hanno scatenato reazioni negative, per la mancanza di un reale coinvolgimento delle scuole stesse.

Quando invece le Istituzioni nel sistema dialogano, costruiscono progetti condivisi, dove una professionalità accompagna l'altra; si evita il rischio di compromettere l'esito di un lavoro importante per l'inadeguatezza del metodo. Ovviamente, vanno salvaguardate le specifiche competenze, ma credo che l'educazione alla salute possa essere affrontata solo con un approccio globale.

Infatti, quando abbiamo appreso di questa iniziativa ci siamo resi disponibili a dialogare e a portare la nostra professionalità. Il questionario che è stato somministrato ha visto il contributo degli insegnanti referenti alla salute, che, a contatto con la scuola e conoscendo la realtà quotidiana, sono in grado di portare un valore aggiunto che è stato molto apprezzato, anche nell'elaborazione del questionario.

Infine, qual è il nostro comune obiettivo?

Costruire una scuola, una società accogliente, a partire da chi ha più bisogno, dai più deboli. In questo caso, trattandosi di salute, affrontiamo una serie di pregiudizi e di atteggiamenti che io ritengo debbano essere assolutamente superati, grazie ad uno strumento fondamentale: l'educazione, che ci permette di incidere sull'origine del problema.

Ribadisco, a nome del Ministro Moratti, la grande attenzione a questo tema, tant'è che il progetto di educazione alla salute, voluto per costruire una opportunità di crescita culturale e una capacità di accoglienza da parte della scuola, già comprendeva un riferimento ai pregiudizi circa la malattia mentale, che come sapete, e come abbiamo riscontrato, interessa drammaticamente larghi strati della popolazione scolastica.

Quindi, siamo consapevoli che educando si migliorano le condizioni della comunità scolastica, ma anche della comunità più grande che è la società.

L'incontro di oggi è una prima tappa di un progetto più esteso: il nostro impegno, la nostra attenzione, la nostra sensibilità sono rivolti alla prevenzione ed alla costruzione di una cultura che ha un unico scopo, quello della centralità della persona, e in specifico della persona dei nostri ragazzi.

Dalla rilevazione delle buone pratiche – nella seconda fase di questo progetto – emergeranno le situazioni di eccellenza perché, e lo dico con forza, la scuola italiana è una scuola che ha notevoli punti di forza. È questo il punto di partenza per migliorare, mettere a sistema, e rendere patrimonio di tutti le esperienze più efficaci e significative.

Abbiamo qui oggi quello che storicamente rappresenta l'esperienza e la professionalità consolidata sul territorio: qui c'è la scuola italiana. Sono molto contenta di vedere tanti nostri referenti che hanno avviato con noi un cammino non episodico, ma continuativo.

Grazie.

Percezione delle malattie mentali e stigma nella popolazione generale

Dr. Fabrizio Starace⁹

Obiettivo di questa breve presentazione è sintetizzare i risultati di una rilevazione, condotta negli Istituti Superiori italiani, ed in particolare tra i ragazzi degli ultimi tre anni.

La rilevazione risponde ad un interrogativo essenziale, nel momento in cui ci si appresta a varare un programma di sensibilizzazione sullo stigma associato alla malattia mentale: qual è lo stato delle conoscenze attuali, quali sono gli atteggiamenti, quali le opinioni dei ragazzi, sulla malattia mentale. L'indagine è stata condotta del tutto recentemente, attraverso la somministrazione di un questionario semistrutturato anonimo, in istituti superiori di nove Regioni così distribuite:

- il 43% al nord;
- il 34% al centro;
- il 21% al sud.

Il tasso di risposta è stato estremamente soddisfacente, superiore al 90%: in altri termini sono stati compilati 1.900 dei 2.100 questionari distribuiti; il campione è risultato costituito in leggera prevalenza da studentesse ed il range di età era compreso tra il 16 e i 20 anni.

Il questionario indagava l'immagine che gli studenti associano al concetto di persona affetta da malattia mentale, le conoscenze sulle malattie mentali, gli atteggiamenti, le esigenze informative, le principali fonti di informazione, e la vicinanza o meno di questi temi al vissuto quotidiano dei giovani, oltre che ai punti di riferimento che essi ritengono essenziali per affrontare questa tematica.

Il questionario era semistrutturato, con alcuni items "aperti": alla prima domanda "qual è l'immagine associata ad una persona affetta da malattia mentale" sono state date numerosissime risposte; la risposta più frequente era: "un matto, un pazzo o un folle"; quelle successive, tuttavia, "una persona malata, una persona isolata, una persona sola, una persona bisognosa di aiuto" ci segnalano un atteggiamento di disponibilità e solidarietà.

Le conoscenze dei giovani circa le malattie mentali, sono state indagate compilando una lista di condizioni patologiche, alcune delle quali effettivamente malattie mentali, come la schizofrenia o la depressione, e altre che evidentemente non lo sono, dalla cirrosi, all'AIDS alla sclerosi multipla.

Nonostante vi sia una percentuale significativa di giovani che segnalano correttamente schizofrenia e depressione, tra le altre, come malattie mentali, ve ne sono altri che segnalano quale malattia mentale anche la sclerosi multipla, e in percentuale più ridotta l'AIDS, o addirittura il morbo di Hodgkin.

Se poi si considerano quelli che hanno dato dodici risposte esatte su dodici, si rileva una percentuale molto bassa, soltanto l'1%, mentre la media delle risposte corrette è stata di 7,2 su un punteggio massimo pari a 12.

Questo ci dà un'indicazione che c'è un'area informativa sulla quale è necessario lavorare, affrontando difficoltà di comprensione e di interpretazione.

Discorso analogo può essere svolto circa i fattori che vengono considerati causa di malattia mentale.

Non si vuole qui entrare nel dibattito tuttora aperto in psichiatria circa l'eziologia delle malattie mentali; è opportuno tuttavia considerare che c'è qualcuno che pensa ancora si possa trattare di un effetto della magia o del malocchio; c'è d'altro canto una diffusa consapevolezza che i disturbi psichici possano derivare dall'uso o dall'abuso di sostanze, di droghe.

E veniamo alla parte centrale del questionario, quella sugli atteggiamenti.

⁹ Direttore U.O.C. Psichiatria e Epidemiologia comportamentale A.O. "D.Cotugno", Napoli

Le risposte sono state data su una scala da 0 a 5, dove 0 rappresenta l'assoluto disaccordo con l'affermazione riportata e 5 l'assoluto accordo; all'affermazione: "le malattie mentali possono essere contagiose", ci aspetteremo uno 0, mentre una certa quota del campione si ritiene d'accordo. Una percentuale rilevante si dichiara d'accordo con l'affermazione "le malattie mentali possono essere curate solo con i farmaci"; e ancora, le risposte in accordo con l'affermazione "le persone con malattie mentali possono avere un'intelligenza inferiore alle altre" segnala un atteggiamento negativo.

Tra gli atteggiamenti negativi spesso pregiudiziali va segnalato quello relativo alla pericolosità: sono molti quelli che ritengono che le persone con malattie mentali possano essere più violente, e che il loro comportamento possa essere difficilmente anticipato, e che vi sia una condizione di doppia personalità.

Sono stati esplorati anche gli atteggiamenti positivi, o meglio dei giudizi che abbiamo definito positivi, come la creatività che spesso viene associata alla condizione di malattia mentale, il fatto che le persone che hanno questa difficoltà siano in grado di studiare o lavorare, che non sono necessarie conoscenze specialistiche per entrare in relazione con una persona affetta da patologia mentale, e infine, e su questo mi pare che ci sia un sostanziale accordo in tutto il campione, che queste persone non dovrebbero essere isolate.

Ciononostante a questa affermazione di atteggiamento, non corrisponde sempre un'intenzione comportamentale coerente.

Quando è stato richiesto quale sarebbe il loro comportamento in situazioni specifiche, come condividere l'appartamento con una persona con problemi psichici, soltanto il 14% si è dichiarato disponibile. Ciò offre un ampio margine di riflessione, specie in considerazione del fatto che quando parliamo di una persona con problemi psichici intendiamo una persona che può avere condizioni di stress, un disturbo ansioso, una sindrome depressiva.

Evidentemente, pensando ad una persona con malattie mentali, gli intervistati hanno pensato ad una persona con malattia mentale grave, con disturbo schizofrenico.

Una maggiore disponibilità è stata espressa nell'andare assieme ad una festa, nello stare allo stesso banco, nell'avere un rapporto di amicizia, del fare dello sport assieme.

La valutazione che prima segnalavamo sui livelli di informazione che evidentemente vanno migliorati, è condivisa dagli stessi giovani intervistati: infatti, la maggior parte del campione, il 72% si ritiene poco o per nulla informato sulle malattie mentali.

Questo è un dato che richiama la nostra attenzione, specie in considerazione delle principali fonti di informazioni che i giovani segnalano: ai primi posti vengono citati i giornali e la televisione, ove come è noto tali informazioni non vengono sempre filtrate attraverso una valutazione tecnica, scientifica, corretta.

Al secondo posto in ordine di frequenza viene la scuola; gli stessi ragazzi ci segnalano un'area importante, un momento significativo del loro percorso di maturazione, di formazione, nel quale è possibile e aggiungerei necessario, intervenire.

Intervenire a maggior ragione perché l'interesse a saperne di più è segnalato dalla quasi totalità del campione, ossia dall'84%.

E l'interesse e la necessità di una maggiore informazione ci viene segnalato da un ultimo dato, relativo alla conoscenza diretta di qualcuno che soffre di una malattia mentale.

Ebbene, quasi la metà del campione, il 46% dei ragazzi intervistati, ha questa esperienza diretta. Si tratta quindi di una condizione particolarmente diffusa, per la quale esiste certamente un gap formativo ed informativo da colmare; la richiesta di informazione viene dagli stessi giovani, e siamo certi che questo lavoro comune potrà aiutarci a contrastare la diffusione di quegli aspetti pregiudiziali che questa stessa ricerca ha documentato.

La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi.

Giovanni de Girolamo¹⁰

1. INTRODUZIONE

In questo breve contributo vengono presentati i principali risultati ottenuti nel primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali effettuato in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana. Lo studio fa parte del progetto europeo chiamato *'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders'* (ESEMeD), al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), ed è stato realizzato nell'ambito della *WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative*, al quale partecipano più di 30 paesi diversi; questo ampio progetto di ricerca epidemiologica è stato promosso congiuntamente dall'O.M.S. e dall'Università di Harvard (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). A livello europeo il progetto è stato finanziato dall'Unione Europea e dalla GlaxoSmithKline. Per i risultati generali dello studio europeo si rinvia ad una recente monografia (Alonso *et al*, 2004) e ad altri lavori (Alonso *et al*, 2003), mentre per i dati relativi a 14 paesi partecipanti al progetto *WMH Survey Initiative* si rimanda ad un lavoro che illustra i tassi di prevalenza ed altri importanti risultati della ricerca in questione (Demyttenaere *et al*, 2004).

In Italia lo studio è stato promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale; la selezione delle persone da intervistare e le interviste sono state invece realizzate dalla Doxa, nota azienda nel settore delle indagini di popolazione, in collaborazione con il gruppo di coordinamento italiano dell'ISS. Le interviste sono state effettuate nel 2001 e nel 2002.

Lo studio ESEMeD-WMH, per la sua ampiezza e per la straordinaria abbondanza di informazioni raccolte, fornisce un quadro ricco e articolato della frequenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana, delle relazioni tra di loro, della loro associazione con i possibili fattori di rischio e dei trattamenti ricevuti. Va notato che nel nostro paese, sino a pochissimo tempo fa, non si disponeva di dati epidemiologici relativi alla prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale: infatti, gli studi condotti in precedenza erano stati realizzati in aree geograficamente molto limitate e non permettevano quindi di generalizzarne i risultati all'intera popolazione italiana.

Sebbene gli obiettivi del progetto ESEMeD-WMH siano molteplici, in questo capitolo si farà riferimento solo ai risultati relativi alla prevalenza ad un anno e nella vita (*lifetime*) dei principali disturbi mentali non psicotici, che comprendono i disturbi d'ansia (ansia generalizzata, disturbi da attacchi di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress), i disturbi affettivi (depressione maggiore e distimia) e l'abuso/dipendenza da alcool. Nel progetto ESEMeD-WMH sono state anche indagate le correlazioni tra disturbi affettivi e d'ansia, le principali variabili sociodemografiche (quali sesso, età, scolarità, condizione socioeconomica e luogo di residenza) e possibili fattori di rischio (familiarità, esperienze traumatiche nell'infanzia ed eventi stressanti); di alcuni di questi dati si farà cenno nelle pagine seguenti.

2. METODOLOGIA DEL PROGETTO ESEMeD-WMH

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale di entrambi i sessi iscritta nelle liste elettorali di età uguale o superiore a 18 anni e di cittadinanza italiana. Ogni persona inclusa nel campione è stata intervistata personalmente a domicilio con un'intervista strutturata computerizzata il cui nucleo è rappresentato dalla *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (si veda più avanti). La versione italiana è stata realizzata dal Centro di Coordinamento italiano dello studio ESEMeD-WMH, presso l'Istituto Superiore di Sanità.

¹⁰ Dirigente Psichiatra DSM, Bologna

L'universo di riferimento utilizzato per la presente indagine è rappresentato dalla popolazione italiana adulta (18 anni e oltre), che, in base ai dati ISTAT aggiornati al 1998, ammontava a 47.753.212 unità. Il numero delle interviste da fare era pre-determinato in relazione alle risorse finanziarie disponibili: in questo modo si è calcolato che sarebbe stato possibile realizzare circa 4.200 interviste. Il campione di soggetti che è stato estratto dalle liste elettorali, comprendente in totale 6.508 nominativi, era tuttavia ben più ampio del *target* della ricerca, in considerazione sia di una prevedibile quota di rifiuti che dell'impossibilità di contattare un certo numero di persone selezionate. Il campione suddetto è stato ottenuto attraverso un campionamento a 3 stadi, che è descritto in una monografia che riporta in maniera dettagliata i risultati del progetto (de Girolamo *et al*, in stampa). L'obiettivo era di raggiungere una percentuale di risposta di almeno il 65%, pari a 4.230 interviste. Successivamente si sono rese disponibili risorse finanziarie aggiuntive, messe a disposizione dalla Regione Piemonte e da un donator privato; grazie a tali risorse, è stato possibile effettuare altre 380 interviste, arrivando quindi ad un campione complessivo di 4.444 persone. Il piano della ricerca prevedeva anche che venisse selezionato un campione casuale aggiuntivo comprendente circa il 10% dei coniugi dei soggetti intervistati sposati, per un totale quindi di 510 coniugi, da valutare con la medesima intervista. Complessivamente sono stati intervistati 268 coniugi, per un totale quindi di 4.712 interviste.

Il lavoro sul campo è stato realizzato dalla Doxa, azienda leader nel settore delle ricerche sociali; la Doxa ha selezionato 133 intervistatori, 42 uomini e 91 donne, con un'età media di 37 anni (range 22 - 69 anni) e 8 anni in media di attività come intervistatori presso la DOXA stessa. Si trattava quindi di un gruppo di intervistatori con notevole esperienza; essi hanno ricevuto un training specifico alla realizzazione delle interviste ed all'impiego dell'intervista computerizzata. Ciascun intervistatore/intervistatrice ha fatto in media 32 interviste agli intervistandi e 2 ai coniugi. Il numero medio di rifiuti per intervistatore/intervistatrice è stato di 9,4.

Come si è accennato sopra, l'intervista somministrata è rappresentata dalla CIDI: si tratta di un'intervista totalmente strutturata per la valutazione dei disturbi mentali; la versione della CIDI utilizzata per questo progetto, chiamata WMH-CIDI (Kessler & Ustun, 2004), contiene una serie di moduli supplementari rispetto alle precedenti versioni e relativi alle caratteristiche sociodemografiche degli intervistati, ai patterns e predittori di utilizzo dei servizi, alle conseguenze prodotte dalla presenza di un disturbo mentale, e ad altre variabili relative allo stato di salute. La WMH-CIDI contiene complessivamente ben 7.300 variabili, suddivise in 38 sezioni, ed è completamente informatizzata. Il software dell'intervista aiuta l'intervistatore a porre, per ciascun sintomo, alcune domande standard relative alla gravità ed al decorso, a fare i 'salti' previsti nel caso di risposte negative a precedenti domande 'filtro', ed a ricordare le risposte precedenti già ottenute qualora egli debba chiedere all'intervistato se i vari sintomi segnalati erano presenti simultaneamente. Inoltre la WMH-CIDI informatizzata rende possibile l'inserimento diretto dei dati nel *database*. La versione informatizzata richiede un tempo medio di somministrazione pari a 60 minuti circa, ma presenza di uno o più disturbi può considerevolmente allungare il tempo di somministrazione, che infatti in alcuni casi è giunto sino a 3 ore e mezzo circa.

Per ogni sintomo sono state indagate anche l'età di insorgenza e la durata. In base ai sintomi ed alla loro compresenza negli stessi periodi temporali, gli algoritmi inclusi nel software rendono possibile di generare delle diagnosi secondo i criteri sia dell'ICD-10 (WHO, 1993) che del DSM-IV (APA, 1994). Il software dell'intervista formula tutte le diagnosi, senza nessuna gerarchia diagnostica.

Le variabili sociodemografiche ed i fattori di rischio indagati comprendono, tra gli altri, età, sesso, stato civile, scolarità, reddito, variabili di personalità, familiarità di disturbi psichici, eventi di vita stressanti, presenza di disturbi in età evolutiva, situazione coniugale e vita sessuale, ed infine religione.

2.1 Frequenza di risposta

Come si è detto, in Italia le interviste, condotte tra il gennaio 2001 ed il luglio 2002, sono state complessivamente 4.712. Il tasso di risposta 'ponderato', calcolato sulla base di una serie di aggiustamenti fatti per tener conto del numero di persone che non era stato possibile contattare (o perché irrintracciabili, o perché ospedalizzate o ricoverate in istituzioni quali case di riposo, ecc.), è stato pari al 71,3%. Tale tasso, date anche le limitate risorse a disposizione, va considerato buono, se non addirittura ottimo: ed infatti negli altri cinque paesi europei partecipanti allo studio il tasso di risposta è stato sensibilmente più basso di quello italiano, ad eccezione della Spagna, dove il tasso di adesione è stato pari al 78,6%.

3. RISULTATI

3.1 Caratteristiche sociodemografiche del campione intervistato

Nella tabella 1 sono riportate le principali caratteristiche socio-demografiche del campione intervistato; per alcune variabili vi erano pochissimi dati mancanti (inferiori allo 0,5% del campione), che per brevità non sono stati indicati. L'età media è di 47,0 anni; la proporzione più alta di intervistati (26%) appartiene alla classe d'età 35-49; ci sono, in misura limitata, più donne che uomini (52%); il 40% delle persone intervistate ha una scolarità superiore ai 13 anni; la maggior parte (66%) sono sposati o convivono, ma il 10,8% vive da solo; poco più di un terzo (35%) degli intervistati risiede in zone rurali o in aree urbane con meno di 100.000 abitanti, mentre un quarto (25%) vive in grandi aree urbane; il 53% dichiara di avere un lavoro retribuito.

3.2 La frequenza dei disturbi in Italia

La Tabella 2 mostra i tassi di prevalenza ad un anno e *lifetime* del campione italiano: emerge che quasi poco più di un soggetto su cinque ha sofferto di un disturbo mentale nel corso della vita, mentre uno su quindici ha sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti. Dal punto di vista diagnostico, circa l'11% delle persone intervistate ha sofferto di un disturbo affettivo o di un disturbo d'ansia nel corso della vita, mentre la percentuale di coloro che hanno presentato un disturbo da abuso/dipendenza da alcool è molto minore (1,0%). Per quanto riguarda la prevalenza ad un anno, il 5,1% dei soggetti ha soddisfatto in questo arco temporale i criteri diagnostici per un disturbo d'ansia (di qualsiasi tipo), il 3,5% quelli relativi ad un disturbo affettivo e lo 0,1% infine i criteri relativi ai disturbi da abuso/dipendenza da alcool.

La depressione maggiore e le fobie specifiche sono risultati i disturbi più comuni: circa il 10% del campione nazionale ha sofferto, nel corso della propria vita, di depressione maggiore, ed il 3% ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti all'intervista. Per quanto riguarda le fobie specifiche, il 6% circa ha soddisfatto i criteri diagnostici per questo disturbo nel corso della vita, mentre in poco meno del 3% degli intervistati esso è stato presente nei 12 mesi precedenti. Oltre la depressione e le fobie specifiche, altri disturbi abbastanza comuni nel corso della vita sono risultati la distimia (3,4%) ed il disturbo da ansia generalizzata (1,9%); per questi due disturbi nei precedenti 12 mesi i tassi di prevalenza erano pari all'1 ed allo 0,5%. Gli altri disturbi mentali elencati in Tabella sono risultati meno frequenti nei due periodi temporali esaminati.

3.1 I fattori sociodemografici associati alla presenza dei disturbi

La Tabella 3 mostra i fattori di rischio correlati ai disturbi mentali esaminati in questo studio; in grassetto e sottolineati sono i valori di *Odds Ratio* (OR), che esprimono un'associazione statisticamente significativa tra le variabili indipendenti (rappresentate dalle caratteristiche sociodemografiche del campione) e le variabili dipendenti (ossia la presenza

dei vari disturbi). Le donne hanno una probabilità quasi tre volte maggiore rispetto agli uomini di aver sofferto di un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti. La probabilità è anche più elevata nel caso dei disturbi d'ansia (OR=3,8), mentre diminuisce leggermente nel caso dei disturbi affettivi (OR=2,5), e, pur avendo una direzione opposta (il che sta ad indicare un rischio tendenzialmente minore rispetto al sesso maschile), non raggiunge la significatività nel caso dei disturbi da abuso/dipendenza da alcool (OR=0,4).

Per quanto riguarda le classi d'età, la scolarità, l'area e la zona geografica di residenza, i valori di OR non raggiungono la significatività, il che sta a segnalare che non vi sono differenze di rilievo, tra le variabili considerate, rispetto alla probabilità di soffrire di uno dei disturbi indagati.

Nel caso dello stato civile e dello status occupazionale, l'essere stati precedentemente coniugati o l'essere disoccupato è associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo negli ultimi 12 mesi. Anche lo status di casalinga è associato ad una probabilità più elevata di avere sofferto di un qualsiasi disturbo mentale (OR=1,9), ed in particolare un disturbo d'ansia (OR=2,1) o un disturbo affettivo (OR=1,7). Infine, la presenza di disabilità è correlata ad un OR pari a circa otto per la presenza di un qualsiasi disturbo mentale nel corso dell'anno precedente (OR=7,9); particolarmente elevata è la probabilità di aver sofferto di un disturbo affettivo (OR=14,7), ma elevati sono anche i valori di OR per i disturbi d'ansia (OR=4,4).

3.3 La prevalenza dei disturbi mentali negli altri paesi europei

Le tabelle 4 e 5 mostrano i tassi di prevalenza a 12 mesi e nella vita per tutti i disturbi mentali negli altri 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMeD-WMH. L'Italia presenta tassi di prevalenza a 12 mesi per tutti i disturbi mentali significativamente più bassi rispetto al Belgio, alla Francia, alla Germania ed all'Olanda, mentre non emergono differenze di rilievo con la Spagna; in particolare, il tasso di prevalenza a 12 mesi riscontrato in Francia è quasi doppio rispetto al tasso italiano. Nel caso dei disturbi affettivi l'Italia presenta i tassi più bassi insieme alla Germania, mentre per i disturbi d'ansia è nuovamente la Spagna il solo paese a mostrare un tasso tendenzialmente basso come quello registrato in Italia. Per quanto concerne i disturbi da abuso/dipendenza da alcool, l'Italia registra il tasso di prevalenza a 12 mesi più basso tra tutti i paesi europei (0,1% del campione esaminato); la differenza è particolarmente marcata con l'Olanda, che presenta una prevalenza a 12 mesi 17 volte superiore al tasso riscontrato in Italia (1,7%), sebbene in termini assoluti la frequenza di questi disturbi sia ridotta anche in quel paese.

Se si analizzano invece i disturbi specifici, emergono differenze statisticamente significative per quasi tutte le categorie diagnostiche con la Francia, che registra in maniera omogenea tassi di prevalenza più elevati di quelli italiani; nei confronti con gli altri quattro paesi, le differenze raggiungono la significatività statistica in maniera diversa a seconda della categoria diagnostica considerata. Emerge tuttavia con chiarezza che l'Italia presenta, per quasi tutti i disturbi, tassi di prevalenza inferiori a quelli degli altri paesi. Gli unici disturbi per cui l'Italia presenta frequenze solo leggermente superiori sono l'agorafobia, per la quale i tassi italiani sono più elevati rispetto a quelli del Belgio e della Spagna; la distimia, per la quale i tassi sono inferiori in Germania; le fobie specifiche, risultate più frequenti in Italia che in Olanda; ed infine la fobia sociale e il DPTS, meno comuni in Spagna rispetto all'Italia.

Anche nel caso della prevalenza *lifetime* di tutti i disturbi mentali emerge una differenza statisticamente significativa tra l'Italia e tutti gli altri paesi europei ad eccezione della Spagna, che presenta un tasso solo leggermente superiore a quello italiano (20,1% vs. 18,3%): la Francia, invece, presenta nuovamente un tasso quasi doppio rispetto a quello italiano. Anche nel caso di categorie diagnostiche specifiche, emergono differenze di rilievo tra i paesi europei e l'Italia, tranne che nel caso della Spagna, che mostra una tendenza ad allinearsi sui valori di prevalenza riscontrati in Italia.

4. DISCUSSIONE

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia nell'ambito del progetto ESEMeD-WMH si prestano a molteplici letture ed interpretazioni. Da un lato essi confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce (de Girolamo & Bassi, 2003): tra i soggetti intervistati, circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita. In maniera più specifica, la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% ed al 3,4%, seguiti dal DPTS, dalla fobia sociale e dal disturbo d'ansia generalizzata (riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati). La prevalenza *lifetime* degli altri disturbi mentali indagati nel progetto (disturbo da attacchi di panico, agorafobia ed abuso/dipendenza da alcool) è risultata invece relativamente bassa (ossia inferiore al 2% del campione studiato).

I tassi di prevalenza a 12 mesi sono risultati ovviamente più bassi rispetto a quelli *lifetime*: circa il 7% degli intervistati ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nei 12 mesi precedenti l'intervista diagnostica. Circa il 5% del campione aveva sofferto di un disturbo d'ansia; in termini di sottotipi diagnostici, la depressione maggiore e le fobie specifiche sembrano essere i disturbi più frequenti a 12 mesi, con prevalenze stimate del 3% e del 2,7%.

4.1 Il confronto con i risultati di altri studi italiani

I tassi di prevalenza riscontrati nello studio ESEMeD-WMH sono complessivamente simili a quelli di un accurato studio condotto di recente a Sesto Fiorentino (in questa ricerca gli intervistati sono stati tutti valutati da intervistatori clinici con un set di strumenti di valutazione standardizzata) (Faravelli *et al*, 2004 a, Faravelli *et al*, 2004 b). Infatti, il 7,3% del campione ESEMeD-WMH che ha sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno è molto vicino al tasso dello 8,6% riscontrato nello studio fiorentino; anche le percentuali nei due sessi sono molto vicine (3,9% tra i maschi nello studio italiano contro il 5,4% dello studio toscano; 10,4% tra le donne in Italia contro il 12,1% a Sesto Fiorentino); i tassi di prevalenza *lifetime* mostrano simili analogie. Rispetto ai raggruppamenti diagnostici specifici, nello studio ESEMeD-WMH il 7,2% dei maschi ed il 14,9% delle femmine risultava aver sofferto, in qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo, laddove la corrispondente percentuale, nello studio di Sesto Fiorentino, è pari al 6,5% ed al 15,8% rispettivamente. Anche la prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia risulta simile, per quanto riguarda la differenza tra i due sessi: nel nostro campione il 5,5% dei maschi ne ha sofferto, mentre la percentuale delle femmine era pari al 16,2%; nello studio di Sesto Fiorentino queste percentuali erano rispettivamente del 7,0% e del 14,9%. Nel caso della prevalenza a 12 mesi, per questo gruppo di disturbi i tassi trovati in Toscana erano più elevati per il sesso maschile (3,9% vs il 2,2% dell'ESEMeD-WMH), ma praticamente uguali per il sesso femminile (circa 7,7% in entrambi gli studi).

Va però sottolineato che lo studio di Sesto Fiorentino è stato realizzato su un campione di popolazione residente in un'area molto circoscritta dal punto di vista geografico, e quindi ogni tentativo di confronto con un campione selezionato invece su scala nazionale deve essere condotto con particolare cautela.

Per quanto riguarda la specifica classe dei disturbi d'ansia, un precedente studio condotto a Firenze su un campione rappresentativo della popolazione (Faravelli *et al.*, 1989) aveva messo in luce che, nel corso della vita, lo 0,4% della popolazione risultava aver sofferto di agorafobia (1,2% nel nostro studio), l'1,3% di un disturbo da attacco di panico (1,6% nel nostro studio), lo 0,5% di fobia sociale (l'2,1% nel nostro studio) ed il 5,4% di disturbo da ansia generalizzata (1,9% nel nostro studio). E' possibile che cambiamenti intervenuti in alcuni dei criteri diagnostici siano all'origine di talune delle differenze nella prevalenza di specifici sottotipi diagnostici (si pensi, ad esempio, alla marcata differenza nella frequenza del disturbo da ansia generalizzata).

Sempre a Firenze, il 6,2% della popolazione intervistata da Faravelli et al. (1990) in un'altra ricerca riferiva di aver sofferto nell'ultimo anno di un disturbo depressivo maggiore ed il 2,6% di distimia, di contro rispettivamente al 3,0% ed allo 1,0% del progetto ESEMED-WMH.

4.2 La prevalenza dell'abuso e dipendenza dall'alcool

Uno dei dati per certi versi sorprendenti dello studio ESEMED-WMH è rappresentato dalla bassa prevalenza dell'abuso/dipendenza da alcool (ricordiamo che l'abuso/dipendenza da sostanze non è stato indagato): la prevalenza a 12 mesi è di circa lo 0,1%, mentre raggiunge l'1% per la prevalenza *lifetime*. Si tratta di percentuali basse, che forse possono essere in parte spiegate dalla tendenza alla negazione nel caso specifico di domande relative all'uso di sostanze, soprattutto se esse sono poste da intervistatori non clinici in un setting di comunità. Va anche notato che, pur essendo i casi indagati molti limitati dal punto di vista numerico, è emersa una considerevole discordanza tra le risposte dell'intervistato e quelle del coniuge rispetto all'abuso di bevande alcoliche: in altre parole, per coloro che soddisfacevano i criteri diagnostici per abuso/dipendenza da alcool *lifetime*, il coniuge negava l'esistenza del problema, mentre laddove il coniuge riferiva dell'esistenza di una tendenza all'abuso etilico, l'intervistato non risultava positivo per la diagnosi in questione.

Nonostante tale difficoltà, va sottolineato che nello studio di Sesto Fiorentino, ove è stato indagato l'abuso sia di alcool che di sostanze e dove sono state integrate le risposte degli intervistati con le informazioni fornite dal medico di medicina generale, è emerso un tasso di prevalenza altrettanto basso (0,2% ad un anno e 0,7% *lifetime*). Non esistono purtroppo altri studi di prevalenza condotti su campioni di popolazione generale in Italia che consentano di comparare i tassi riscontrati nello studio ESEMED-WMH; i tassi di abuso di alcool riscontrati in altri paesi europei o nordamericani sono decisamente più elevati, ma va sottolineato che nell'intero campione europeo studiato nell'ambito del progetto ESEMED-WMH la prevalenza dell'abuso e dipendenza dall'alcool è apparsa bassa (5,2% *lifetime* e 1,0% per la prevalenza a 12 mesi), anche se superiore a quella italiana.

Va anche considerato che in Italia alcuni dati recenti sembrerebbero mettere in luce una diminuzione nella quantità pro-capite di consumo di bevande alcoliche, anche se la percentuale complessiva di bevitori sembra essersi accresciuta; pertanto, ad un aumento complessivo dei bevitori si è accompagnata una diminuzione della quantità media di alcool consumata a persona. L'Italia è infatti il primo dei 51 paesi afferenti alla Regione Europea dell'O.M.S. ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25% del consumo pro-capite di alcool nel periodo prefissato 1981-2000 (Scafato, 2004). Anche questo dato potrebbe in parte giustificare le basse percentuali di abuso e dipendenza da alcool riscontrate in Italia rispetto agli altri paesi europei partecipanti al progetto.

4.3 I fattori di rischio per i disturbi mentali

I fattori sociodemografici associati alla probabilità di soffrire di disturbi mentali individuati nello studio italiano sono in parte omogenei con quanto è stato messo in luce da altri studi, ed in parte se ne differenziano. Tutti i disturbi indagati sono apparsi significativamente più frequenti nel sesso femminile, e questo è un risultato riscontrato pressochè universalmente nelle ricerche epidemiologiche di comunità: Bebbington (1988) ha scritto che *"Forse, il risultato più omogeneo conseguito nell'ambito dell'epidemiologia psichiatrica è che le donne soffrono di depressione con maggiore frequenza degli uomini"*. Fanno eccezione, all'eccesso di morbilità nel sesso femminile, i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbi bipolari), che presentano tassi di prevalenza del tutto simili nei due sessi, ed i disturbi di personalità antisociale, che mostrano tradizionalmente tassi molto più elevati nel sesso maschile (de Girolamo, 2003).

Nel campione italiano studiato non sono emerse differenze di rilievo nella distribuzione dei disturbi mentali (tutti o specifici) tra le diverse classi d'età, tra persone con diversi livelli di scolarità, o residenti in aree o zone geografiche diverse (Nord, Centro e Sud Italia). Va detto

che in altri studi epidemiologici è invece emersa una differenza significativa nella frequenza dei disturbi nelle varie fasce d'età, con tassi solitamente più elevati nelle fasce d'età più giovani; allo stesso modo, sono stati spesso riscontrati tassi più elevati tra le persone con più bassa scolarità e tra coloro che risiedono in aree urbane (de Girolamo, 2003). Anche nel campione europeo del progetto ESEMED-WMH è emerso un tasso di prevalenza più elevato nella fascia d'età 18-24 anni, con un declino significativo in parallelo al procedere dell'età (Alonso *et al*, 2004).

Nel caso dello stato civile, l'essere stati precedentemente coniugati è risultato associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo negli ultimi 12 mesi; anche qui emerge una differenza tra i risultati italiani e quelli riscontrati in altri studi, in cui la condizione di separato/divorziato e di vedovo è di solito apparsa correlata a tassi di prevalenza più elevati (de Girolamo, 2003). Nel campione europeo la probabilità di un disturbo è risultata maggiore tra i precedentemente coniugati e i single.

Rispetto allo status occupazionale, l'essere disoccupato è apparso associato ad una probabilità doppia di aver sofferto di un disturbo affettivo nei 12 mesi precedenti, e un risultato simile è emerso anche per le casalinghe; tale risultato è del tutto sintonico con la maggior parte della letteratura epidemiologica. Di particolare rilievo il riscontro di tassi di prevalenza molto elevati tra le persone affette da una qualche disabilità fisica, che appaiono un gruppo esposto ad un rischio particolarmente elevato, risultato simile a quanto trovato nel campione europeo.

4.4 Come si spiegano i tassi di prevalenza più bassi rispetto agli altri paesi europei?

E' stato suggerito che i soggetti che non hanno accettato di rispondere all'intervista potrebbero avere un tasso più elevato di disturbi mentali rispetto ai rispondenti. Nello studio europeo, tuttavia, è stata riscontrata una prevalenza più elevata di disturbi mentali proprio nei paesi con i più bassi tassi di partecipazione, come la Francia ed il Belgio. I tassi di non risposta dello studio quindi, non sembrano poter spiegare le differenze di prevalenza, quantomeno tra i diversi paesi partecipanti. Inoltre i soggetti che non parlavano sufficientemente la lingua del paese, quelli istituzionalizzati e quelli senza fissa dimora non sono stati inclusi nello studio. A causa della loro scarsa numerosità, questi ultimi due gruppi difficilmente potrebbero mutare in maniera sostanziale i risultati ottenuti (tra le persone in età superiore a 18 anni, secondo dati dell'ISTAT quelle istituzionalizzate sono in totale 301.904, il che equivale allo 0,7% della popolazione presa in considerazione dallo studio). Il primo gruppo, più ampio, include soprattutto gli immigrati e non si può escludere il fatto che essi abbiano una prevalenza maggiore di disturbi mentali rispetto alla popolazione del paese ospitante.

E' quindi ben possibile che le differenze nei tassi di prevalenza rispecchino una diversa frequenza dei disturbi mentali (ed in particolare di quelli affettivi e d'ansia) realmente esistente tra paesi diversi, al pari di quanto viene osservato per molti altri disturbi di interesse medico generale (Friedman, 1995); peraltro va detto che le precedenti ricerche epidemiologiche avevano parimenti messo in luce marcate differenze nei tassi di prevalenza tra paesi diversi (de Girolamo & Bassi, 2003). Il riscontro di tassi più bassi in Italia ed in Spagna potrebbe far pensare ad una tendenza a tassi di prevalenza dei disturbi mentali 'comuni' più bassi nei paesi di cultura 'latina', caratterizzati da specifici stili di vita e di rapporti interpersonali, che necessitano di essere meglio indagati. Ulteriori analisi dei dati ottenuti in questo progetto renderanno possibile una ulteriore chiarificazione di questo importante problema di sanità pubblica.

5. CONCLUSIONI

L'originalità e la significatività dei dati ottenuti nel progetto ESEMED-WMH meritano di essere sottolineate. Poiché il campione è stato selezionato al fine di essere rappresentativo di una popolazione di circa 47.000.000 di adulti residenti in Italia, questo è il primo studio che

consente di 'mappare' l'estensione e le caratteristiche dei disturbi mentali presenti nella popolazione generale italiana.

Utilizzando le stime ottenute in questa ricerca, si può calcolare che circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; di costoro, quasi due milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, 1,5 milioni un disturbo affettivo e quasi cinquantamila un disturbo da abuso di sostanze alcoliche.

Rispetto ai tassi di prevalenza *lifetime* trovati nel campione italiano, si può altresì stimare che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne sono molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Anche l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

In un'epoca in cui la salute delle persone non viene più giudicata esclusivamente in termini di statistiche di mortalità, la disabilità gioca un ruolo centrale nel determinare lo stato di salute della popolazione. Nello studio *Global Burden of Disease* dell'O.M.S. (Murray & Lopez, 1997a, 1997b), i disturbi mentali costituiscono oltre il 15% del carico complessivo attribuibile alle malattie presenti nei paesi con economie di mercato; questa percentuale è addirittura superiore a quella attribuita al cancro. Considerando la limitata identificazione ed il ridotto trattamento dei disturbi mentali messo in luce dal progetto ESEMeD-WMH (Alonso et al., 2004), appare di particolare importanza far sì che gli operatori dei servizi di salute mentale (e gli operatori sanitari in genere) riconoscano e trattino questi disturbi tempestivamente ed efficacemente: questa è la sfida che ci attende negli anni a venire.

TABELLA 1 : CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE ITALIANO (NUMERI GREZZI E PERCENTUALI PESATE)

	Campione totale (N=4.712)	%
Sesso:		
Maschio	2.321	48
Femmina	2.391	52
Età (media):	47.0	-
18-24 anni	425	10.1
25-34 anni	901	19.1
35-49 anni	1.393	26.3
50-64 anni	1.153	22.5
≥65 anni	840	22.1
Sesso:		
Maschio	2.321	48
Femmina	2.391	52
Scolarità (in anni)		
0 - 4 anni	266	6.5
5 - 7 anni	1.006	22.7
8 - 12 anni	1.524	31.2
≥13 anni	1.913	39.6
Stato civile:		
Coniugato o convivente	3.249	66.3
Precedentemente coniugato	377	8.8
Mai coniugato	1.086	25.0
Condizione abitativa:		
Vive da solo	454	10.8
Vive con qualcuno	4.258	89.2

Area di residenza:		
Rurale (<10.000)	1.730	35.0
Urbana di medie dimensioni (10.000-100.000)	1.801	39.7
Urbana di grandi dimensioni (>100.000)	1.181	25.3
Occupazione		
Impiego retribuito	2.742	53.3
Disoccupato	299	6.9
Pensionato	957	24.1
Casalingo/a	559	11.8
Studente	78	1.6
Disabile o altro	69	2.0
Zona geografica di residenza:		
Nord	2.272	45.9
Centro	870	19.7
Sud	1.570	34.4

TABELLA 2 : PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI IN ITALIA (PERCENTUALI PESATE ED INTERVALLI DI CONFIDENZA)

	Prevalenza a 12 mesi			Prevalenza nel corso della vita		
	% (95% CI)			(lifetime) % (95% CI)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ogni disturbo mentale	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2- 3,0)	7,3 (6,0-8,6)	11,6(9,7- 14,0)	24,4(21,0-28,0)	18,3(16,0-20,0)
Ogni disturbo affettivo	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)	7,2 (6,0-8,4)	14,9(13,0-17,0)	11,2 (9,8- 13,0)
Ogni disturbo d'ansia	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)	5,5 (4,0-7,1)	16,2(13,0-19,0)	11,1(9,3- 13,0)
Ogni disturbo da alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	2,0 (1,1-3,0)	0,1 (0,0-0,3)	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)	6,5 (5,5-7,5)	13,4(11,0-15,0)	10,1 (9,0- 1,0)
Distimia	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	2,3 (1,6-3,0)	4,4 (3,2-5,5)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-1,2)	3,0 (2,0-4,0)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)	1,6 (0,8-2,3)	2,6 (1,6-3,6)	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)	2,5 (1,4-3,6)	8,6 (6,2-11,0)	5,7 (4,3-7,0)
DPTS	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)	1,1 (0,1-2,1)	3,3 (1,7-4,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,6 (0,1-1,1)	1,7 (0,9-2,5)	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo da panico	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,9 (0,5-1,3)	2,2 (1,6-2,8)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,0	0,1(-,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	0,0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)

DPTS: disturbo post-traumatico da stress

TABELLA 3

PREVALENZA A 12 MESI DEI DISTURBI MENTALI IN RELAZIONE ALLE PRINCIPALI VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE (NUMEROSITÀ NON PESATE, PERCENTUALI PESATE E OR GREZZI)

	Totale	Tutti i disturbi mentali		Tutti i disturbi affettivi		Tutti i disturbi d'ansia		Tutti i disturbi da alcool	
		N (%)	OR (95% CI) grezzi	N (%)	OR (95% CI) grezzi	N (%)	OR (95% CI) grezzi	N (%)	OR (95% CI) grezzi
Totale	4.712	302 (7.3)		143 (3.5)		211 (5.1)		7(0.1)	
Genere									
Maschi	2.321	82 (3.9)	1.0	39 (2.0)	1.0	46 (2.2)	1.0	5 (0.2)	1.0
Femmine	2.391	220 (10.4)	2.8 (1.9- 4.2)	104 (4.8)	2.5 (1.7- 3.7)	165 (7.8)	3.8 (2.2- 6.6)	2 (0.1)	0.4 (0.1- 6.7)
Età									
18-24	425	33 (7.6)	1.0	18 (3.8)	1.0	21 (4.9)	1.0	1 (0.3)	1.00
25-34	901	67 (6.5)	0.9 (0.4- 1.7)	21 (2.4)	0.6 (0.3- 1.5)	50 (4.4)	0.9 (0.4- 2.1)	2 (0.4)	1.3 (0.1-22.6)
35-49	1.393	76 (6.4)	0.8 (0.5- 1.5)	29 (2.5)	0.7 (0.3- 1.4)	60 (5.3)	1.1 (0.5- 2.4)	2 (0.0)	-
50-64	1.153	82 (8.0)	1.1 (0.6- 2.0)	47 (4.3)	1.2 (0.6- 2.2)	56 (5.6)	1.2 (0.5- 2.8)	1 (0.0)	-
>65	840	44 (8.1)	1.1 (0.5- 2.3)	28 (4.5)	1.2 (0.5- 3.0)	24 (5.2)	1.1 (0.4- 2.8)	1 (0.0)	-
Trend Test (z, p-val)		- 1.6 (0.11)		0.92 (0.35)		- 2.1 (0.03)		- 0.8 (0.41)	
Stato civile									
Coniugato/ Convivente	3.249	195 (7.4)	1.0	85 (3.1)	1.0	144 (5.5)	1.0	5 (0.1)	1.0
Precedentemente coniugato	377	31 (7.1)	1.0 (0.6 - 1.6)	21 (6.2)	2.0 (1.2 -3.4)	19 (3.6)	0.6 (0.3- 1.2)	0 (0.0)	-
Mai coniugato	1086	76 (7.0)	0.9 (0.7- 1.4)	37 (3.4)	1.1 (0.7- 1.6)	48 (4.6)	0.8 (0.5- 1.2)	2 (0.1)	1.1 (0.1- 19.7)
Scolarità (in anni)									
0 - 4	266	24 (11.4)	1.0	15 (5.7)	1.0	16 (8.0)	1.0	0 (0.0)	1.0

5 - 7	1.006	65 (7.3)	0.6 (0.3- 1.4)	44 (5.1)	0.9 (0.4- 2.0)	39 (4.4)	0.5 (0.2- 1.5)	3 (0.1)	1.0 (1.0- 1.0)
8 - 12	1.524	91 (6.8)	0.6 (0.2- 1.3)	42 (3.1)	0.5 (0.3- 1.1)	67 (5.3)	0.6 (0.2- 1.9)	3 (0.0)	-
≥ 13	1.913	121 (6.9)	0.6 (0.3- 1.3)	41 (2.4)	0.4 (0.2- 0.7)	89 (4.9)	0.6 (0.2- 1.6)	1 (0.2)	1.4 (0.1- 23.4)
Trend Test (z, p-val)		-1.0 (0.30)		-4.1 (0.00)		-0.1 (0.92)		-1.1 (0.29)	
Occupazione									
Impiego retribuito	2.742	158 (6.2)	1.0	60 (2.6)	1.0	121 (4.5)	1.0	3 (0.1)	1.0
Disoccupato	299	26 (7.3)	1.2 (0.7- 2.2)	19 (5.3)	2.1 (1.1- 4.2)	11 (3.1)	0.7 (0.3- 1.5)	1 (0.5)	3.2 (0.2-56.3)
Pensionato	957	47 (6.9)	1.1 (0.7- 1.8)	26 (3.3)	1.3 (0.8- 2.1)	28 (4.6)	1.0 (0.5- 1.9)	1 (0.0)	-
Casalinga/o	559	48 (10.9)	1.9 (1.1- 3.1)	22 (4.3)	1.7 (0.9-3.2)	38 (9.2)	2.1 (1.2- 4.0)	1 (0.0)	-
Studente	78	3 (2.9)	0.4 (0.1- 1.6)	2 (1.8)	0.7 (0.1- 3.3)	2 (2.0)	0.4 (0.1- 2.0)	0 (0.0)	-
Disabile	47	17 (34.3)	7.9 (4.4-14.4)	13 (28.0)	14.7 (7.6-28.3)	8 (17.1)	4.4 (1.8-10.6)	1 (0.0)	-
Altro	22	3 (6.8)	1.1 (0.2- 5.2)	1 (3.2)	1.3 (0.1-10.8)	3 (6.8)	1.5 (0.3- 7.2)	0 (0.0)	-
Area di residenza									
Rurale	1.730	106 (6.9)	1.0	43 (2.9)	1.0	82 (5.4)	1.0	2 (0.1)	1.0
Urbana di medie dimensioni	1.801	116 (7.2)	1.1 (0.6- 1.8)	59 (3.6)	1.2 (0.8- 1.8)	77 (5.0)	0.9 (0.5- 1.7)	4 (0.0)	-
Urbana di grandi dimensioni	1.181	80 (8.0)	1.2 (0.7- 2.0)	41 (4.1)	1.4 (0.9- 2.3)	52 (5.0)	0.9 (0.4- 2.0)	1 (0.3)	3.3 (0.2- 54.4)

Trend Test (z, p-val)		0.7 (0.48)		1.6 (0.11)		- 0.5 (0.62)		- 0.1 (0.93)	
Zona geografica di residenza									
Nord	2.272	136(6.6)	1.0	60(3.1)	1.0	101 (4.9)	1.0	2 (0.0)	1.0
Centro	870	51(6.2)	0.9 (0.5-1.7)	26 (3.0)	1.0 (0.6-1.5)	34 (4.1)	0.8 (0.3-2.2)	1 (0.4)	1.0(1.0-1.0)
Sud e Isole	1.570	115 (8.8)	1.4(0.9-2.1)	57 (4.3)	1.4 (0.9-2.1)	76 (6.0)	1.2 (0.7-2.0)	4 (0.1)	0.2(0.0-4.0)

* In grassetto e sottolineati i valori di OR che esprimono un'associazione significativa tra le caratteristiche sociodemografiche e la presenza di disturbi specifici.

La categoria 'Ogni disturbo mentale' si riferisce esclusivamente a quelli elencati in questa tabella; Disturbi affettivi si riferisce solamente alla Depressione Maggiore ed alla Distimia; Disturbi d'Ansia si riferisce al Disturbo da Ansia Generalizzata, Fobia Sociale, Fobia Specifica, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Agorafobia, Disturbo da Attacchi di Panico; Disturbi da alcool si riferisce all'Abuso di Alcool ed alla Dipendenza da Alcool

TABELLA 4**PREVALENZA A 12 MESI DEI DISTURBI MENTALI NEGLI ALTRI 5 PAESI EUROPEI PARTECIPANTI AL PROGETTO ESEMED-WMH (PERCENTUALI PESATE)**

	BELGIO % (I.C. 95%)	FRANCIA % (I.C. 95%)	GERMANIA % (I.C. 95%)	OLANDA % (I.C. 95%)	SPAGNA % (I.C. 95%)	ITALIA % (I.C. 95%)
Ogni disturbo mentale	11.5(9.1; 14)**	14.5(12; 17)**	8.9(6.8; 11)	11.8(9.9; 14)**	8.5(7.1;9.9)	7.3 (6.0-8.6)
Ogni disturbo affettivo	5.9(4.3;7.5)**	6.7(5.3;8.1)**	3.3(2.7;4.0)	5.5(4.1;6.9)*	4.4(3.7;5.1)	3.5 (2.9-4.0)
Ogni disturbo d'ansia	7.1(4.8;9.4)	9.8(8.0; 12)**	6.3(4.6;8.1)	7.6(5.9;9.4)*	5.5(4.1;6.9)	5.1 (4.0-6.3)
Ogni disturbo da alcool	1.3(0.6;2.0)**	0.8(0.2;1.3)*	1.2(0.4;2.0)*	1.7(0.8;2.6)**	0.3(-.0;0.7)	0.1 (0.0-0.3)
Depressione maggiore	5.3(3.9;6.8)**	6.0(4.7;7.3)**	3.0(2.5;3.6)	5.3(3.9;6.7)**	4.0(3.4;4.6)*	3.0 (2.6-3.4)
Distimia	1.3(0.6;2.0)	1.6(1.0;2.3)	0.9(0.5;1.4)	1.8(0.9;2.6)	1.4(0.9;1.9)	1.0 (0.7-1.4)
Ansia generalizzata	1.1(0.4;1.7)	2.0(1.4;2.7)**	0.5(0.2;0.7)	1.0(0.5;1.6)	1.0(0.5;1.4)	0.5 (0.3-0.8)
Fobia sociale	1.0(0.4;1.6)	1.7(1.1;2.4)	1.3(0.7;1.8)	1.2(0.5;2.0)	0.7(0.3;1.0)	1.0 (0.6-1.5)
Fobia specifica	3.4(1.7;5.2)	4.7(3.5;5.9)*	4.1(2.7;5.5)	2.6(1.5;3.7)	3.0(1.7;4.3)	2.7 (1.7-3.6)
DPTS	0.9(0.4;1.5)	2.2(1.3;3.0)**	0.7(0.4;1.0)	2.4(1.1;3.7)*	0.6(0.3;0.8)	0.8 (0.2-1.4)
Agorafobia	0.2(-.0;0.5)	0.6(0.2;0.9)	0.5(0.1;0.8)	0.5(0.1;0.9)	0.3(0.1;0.4)	0.4 (0.2-0.6)
Disturbo da panico	1.7(0.5;2.9)	1.2(0.6;1.8)	0.7(0.4;1.0)	1.7(1.1;2.3)**	0.7(0.4;0.9)	0.6 (0.4-0.8)
Abuso di alcool	0.8(0.3;1.3)**	0.5(0.0;1.0)	0.8(0.3;1.3)*	1.2(0.4;1.9)**	0.3(-.1;0.7)	0.1(-.0-0.2)
Dipendenza da alcool	0.5(-.0;1.0)	0.3(0.0;0.5)*	0.4(-.2;1.0)	0.5(0.1;0.9)*	0.0(-.0;0.0)	0.0 (0.0-0.1)

* p< 0.05: differenza significativa rispetto all'Italia

** p< 0.01: differenza significativa rispetto all'Italia

TABELLA 5 : PREVALENZA NELLA VITA (LIFETIME) DEI DISTURBI MENTALI NEGLI ALTRI 5 PAESI EUROPEI PARTECIPANTI AL PROGETTO ESEMED-WMH (PERCENTUALI PESATE)

	BELGIO % (I.C. 95%)	FRANCIA % (I.C. 95%)	GERMANIA % (I.C. 95%)	OLANDA % (I.C. 95%)	SPAGNA % (I.C. 95%)	ITALIA % (I.C. 95%)
Ogni disturbo mentale	29.0(25; 33)**	38.4(35; 42)**	24.5(21; 28)**	31.1(27; 35)**	20.1(17; 23)	18.3(16.0-20.0)
Ogni disturbo affettivo	16.0(14; 18)**	24.1(22; 26)**	11.0(9.5; 13)	19.5(17; 23)**	11.8(11; 13)	11.2 (9.8- 13.0)
Ogni disturbo d'ansia	14.2(11; 18)	22.4(19; 25)**	14.2(11; 17)	16.1(14; 18)**	10.0(8.0; 12)	11.1(9.3- 13.0)
Ogni disturbo da alcool	8.6(6.1; 11)**	5.7(4.2;7.2)**	6.8(5.0;8.6)**	7.9(5.8;9.9)**	3.7(1.8;5.5)*	1.0 (0.6-1.5)
Depressione maggiore	14.5(12; 17)**	21.4(19; 24)**	10.2(8.9; 12)	18.8(16; 22)**	10.9(9.8; 12)	10.1 (9.0- 1.0)
Distimia	4.8(3.5;6.1)*	7.9(6.8;9.1)**	2.9(2.2;3.7)	5.4(4.0;6.7)*	3.6(2.9;4.3)	3.4 (2.7-4.1)
Ansia generalizzata	3.2(1.7;4.8)	6.0(4.6;7.3)**	1.7(1.0;2.4)	3.6(2.8;4.5)**	1.9(1.4;2.3)	1.9 (1.3-2.5)
Fobia sociale	2.1(1.1;3.1)	4.7(3.3;6.1)**	2.7(1.8;3.6)	2.4(1.5;3.3)	1.3(0.8;1.8)	2.1 (1.4-2.8)
Fobia specifica	6.9(4.5;9.2)	11.6(9.6; 14)**	9.8(7.6; 12)**	6.5(5.0;8.0)	4.8(3.3;6.2)	5.7 (4.3-7.0)
DPTS	2.6(1.6;3.6)	3.9(2.8;4.9)*	1.6(1.0;2.3)	4.0(2.6;5.4)*	2.0(1.2;2.9)	2.3 (1.2-3.3)
Agorafobia	0.6(0.3;0.9)	1.8(0.9;2.7)	0.7(0.2;1.1)	1.0(0.4;1.5)	0.3(0.2;0.5)**	1.2 (0.6-1.7)
Disturbo da panico	2.7(1.4;4.0)	3.0(2.2;3.8)**	1.8(1.3;2.4)	3.9(2.9;4.8)**	1.7(1.3;2.2)	1.6 (1.2-1.9)
Abuso di alcool	6.8(4.7;8.9)**	4.1(2.8;5.4)**	5.2(3.8;6.6)**	6.6(4.8;8.5)**	2.9(1.2;4.6)*	0.8 (0.4-1.2)
Dipendenza da alcool	1.8(0.5;3.1)*	1.6(0.7;2.5)**	1.6(0.6;2.5)*	1.2(0.7;1.7)**	0.7(-.0;1.4)	0.3 (0.1-0.5)

* p< 0.05: differenza significativa rispetto all'Italia

** p< 0.01: differenza significativa rispetto all'Italia

Atteggiamento della società antica nei confronti del folle e della follia

Innocenzo Mazzini¹¹

1. Premessa

Con il presente saggio mi riprometto di trattare il tema dell'atteggiamento della società antica nei confronti del malato di mente, atteggiamento nel suo senso neutro cioè negativo e positivo, rifiuto e accettazione, paura orrore e comprensione.

Per illustrare e, di conseguenza, comprendere l'atteggiamento della società antica nei confronti del fenomeno patologico della follia e concretamente nei confronti del malato, è necessario partire dalle concezioni correnti della pazzia all'epoca, in particolare è necessario, seppure rapidamente, conoscere a quali cause essa veniva attribuita, quali cure per essa erano ritenute efficaci.

Va subito detto che il fenomeno patologico della follia, data la sua natura fisica e psichica insieme, data la sua diffusione orizzontale e verticale, dato il fortissimo impatto emotivo che comporta, finisce per coinvolgere nella riflessione sulle cause, come nella ricerca della terapia e nell'atteggiamento da tenere tutta la società anche se, *in primis*, medici, filosofi, moralisti, teologi.

Onde non creare aspettative che non sono in grado di soddisfare, vuoi a causa della limitatezza delle mie conoscenze, vuoi a causa dello spazio riservato ad un articolo, espongo gli obiettivi del saggio, il metodo seguito nella ricerca, le fonti utilizzate, lo schema secondo cui procede la trattazione.

1. 1. Obiettivi

La presente trattazione non è, non può, non vuole essere esaustiva del tema dello stigma sociale del mondo antico nei confronti del folle, ma piuttosto, un tentativo di individuazione di alcune tendenze e la documentazione delle stesse, come proposta e stimolo per ulteriori e più approfondite ricerche.

1.2. Metodo

I dati che mi accingo ad esporre, sono stati ottenuti, sia attraverso lo spoglio e consultazione della bibliografia esistente, per altro molto esigua nello specifico, se non addirittura inesistente¹², sia attraverso la lettura diretta di capitoli e parti di opere che, a priori, per loro natura e pubblico, potevano essere ritenute più ricche di informazioni in merito (vedi letteratura medica filosofica e teatrale, romanzo, vite di santi, prediche), sia attraverso lo spoglio elettronico di quasi tutta la restante letteratura greca e latina¹³. I dati

¹¹ Docente di Storia della Lingua latina, Università di Macerata

¹² . Non esiste uno studio teso a cogliere le reazioni e gli atteggiamenti della società antica nel suo insieme, quindi sia nei suoi vari strati e ceti sociali, sia nell'arco di tempo entro cui si definisce abitualmente il mondo antico cioè dai tempi omerici alla caduta dell'impero romano. L'assenza di tale studio si comprende per la difficoltà che esso comporta, difficoltà collegabile ad una serie di motivi: molteplicità ed eterogeneità delle fonti da vagliare, frammentarietà delle notizie in esse contenute, occasione delle notizie stesse, ben lungi da interessi di natura socioculturale. Con questo non si intende dire che non esistono studi sulla follia e sulla psichiatria del mondo antico quale essa viene descritta nella sua sintomatologia e terapia vuoi da medici, vuoi da filosofi, vuoi da poeti ecc. Contributi indubbiamente importanti, comunque utili, in questa direzione, tra gli altri, i seguenti: Moss 1967, Rosen 1968, Simon 1978, Gourevitch 1983, Pigeaud 1981, Ciani 1983, Larchet 1992, Pigeaud 1995, Stok 1996. Per certi versi, almeno come tentativo di ricerca interdisciplinare dalla letteratura, alla medicina, al diritto all'etologia, può costituire un esempio cui ispirarsi il volume di Fritz 1992.

¹³ . Oggi esistono *data base* che permettono in tempi inimmaginabili fino a ieri, di rintracciare, mediante stringhe opportunamente elaborate, costituite da singole forme o iuncturae, luoghi e passi significativi per ogni tema di ricerca. In particolare per la presente ricerca e per il periodo cronologico cui essa si limita ho utilizzato i seguenti data base: 1. *Thesaurus Linguae graecae* realizzato dall'università della California, Irvine 2001; 2. *PHI #5.3 e PHI # 7*, prodotti e distribuiti dal Packard Humanities Institute (elaborati ed esplorati mediante SNS-greek and latin Pisa 2004); Bibliotheca Teubneriana, Teubner

emergenti dalle fonti letterarie sono stati selezionati in base alla loro significatività, alla loro collocazione cronologica (onde offrire un panorama il più possibile completo dal punto di vista diacronico), soprattutto sono stati interpretati tenendo conto del contesto in cui e per cui sono stati scritti.

1.3. Fonti.

Tra le fonti mediche sono stati privilegiati quindi oggetto di lettura diretta quegli autori e/o opere o parti di esse in che hanno dedicato un'attenzione particolare alle tematiche legate alla follia, in particolare tra i medici: Celso (s.I), Areteo (s.I), Sorano-Celio Aureliano (s. II-V), Rufo di Efeso (s. II), Galeno (s. II), Oribasio (s.IV), Alessandro di Tralle (s. VI), Aetio (s. VII), Paolo di Egina (s. VII), Paolo di Nicea (s. VII); tra i filosofi: Platone (s. V-IV a.C.), Aristotele (s. IV a.C.), Cicerone (s. I a.C.), Seneca (s: I); tra i comici: Plauto (s. II a. C.); fra i tragici: Sofocle (s. V a.C.), Euripide (s.V a.C.), Seneca; tra i padri della chiesa Giovanni Cassiano (s. IV-V), Gregorio di Nissa (s. IV), Giovanni Crisostomo (s. IV-V).

1.4. Schema

La relazione si articola in tre parti: 1. natura, cause e terapie della follia secondo gli antichi ; 2. atteggiamento degli antichi nei confronti della follia; 3. conclusione.

Nella prima parte vengono esaminate natura, cause e terapie della follia secondo i medici, secondo i filosofi e moralisti pagani, secondo i teologi e moralisti cristiani, secondo la gente comune.

Nella seconda parte si cerca di illustrare l'atteggiamento tenuto nei confronti della follia e dei folli da parte dei medici, dei filosofi e moralisti pagani, dei teologi e moralisti cristiani, della gente comune.

2. Natura, cause e terapia della follia nell'antichità

2.1. Medici

I medici considerano la malattia mentale vera e propria (che per altro ripartiscono in due sindromi mania e melancolia), una patologia fisica, escludendone, chiaramente e decisamente, ogni causa soprannaturale.

Netta è già la posizione, a proposito dell'intervento divino nell'epilessia, come in ogni altra malattia e dunque anche la follia, in un'opera tra le più antiche del corpus ippocratico, *La malattia sacra*, in cui 1,1-3 si legge: «Per quella che viene chiamata la malattia sacra, eccone la spiegazione: non la si considera né più divina né più sacra delle altre; essa ha un'origine naturale dalla quale deriva, come tutte le altre malattie..».

La natura fisica della follia è esplicitamente ribadita da vari medici successivi¹⁴.

Ove qualche medico parla della follia che nasce e/o si occasione in ambienti religiosi fa riferimento a convinzioni altrui circa l'intervento della divinità ma da parte sua tende a ricondurre il fenomeno piuttosto al contesto della manifestazione religiosa: musica e droghe. Areteo parla di un particolare tipo di mania riconducibile ad ambito religioso,

Brepols, Turnhout 1999 ; Library of Latin Texts (CLCLT 5),Brepols, Turnhout 2002; Patrologia latina data base 5.0b, Chadwyck Healey, oxford 1993-6. Le stringhe più produttive di risultati per me sono state le seguenti (m è chiaro che esse non sono le uniche e nel corso di ulteriori ricerche se ne possono formulare anche altre): per il latino: alien*, abalien*, amen*, anim*+aegr*, anim*+morb*, anim*+valetud*, cerrit*, delir*, demen*, desip*, (h)ellebor*, fur*, insan*, larv*, mente + capt*, ment*+ aegr*, vesan*, ecc.; per il greco: afron*, daimonoplekt*, ellebor*, ekfron*, ekstatik*, lere*,man*, main*, nynfolept*, metrolept*, parafrosyn*, seleniolept*, ecc. Un aiuto ad individuare il vocabolario della follia nell'antichità può venire da Gil 1969, 263-9; Felicier 1989; Gourevitch 1991, Fritz 1992.

¹⁴ . Ed. ad es. Sorano-Celio Aureliano., *Malattie croniche* 1,5, 154 «Sbagliano, dunque, anche coloro i quali ritengono che questa (sc. mania) sia innanzitutto una malattia dell'anima e secondariamente del corpo, dal momento che nessuno dei filosofi ne ha trasmesso la terapia e che la materia corporea risulta presentare i sintomi della malattia. prima che la mente sia affetta».

violento, che conduce gli affetti anche alla automutilazione, ma dice chiaramente che il comportamento di questi 'folli' non è dovuto agli dei, anche se loro possono crederlo, ma piuttosto a immagini, musiche e allucinogeni¹⁵.

Si tratta in realtà dei sacerdoti di Cibebe, i Galli, i quali volendo imitare Atte, si eviravano nel corso delle cerimonie rituali, una evirazione fatta con una pietra aguzza o un coccio. Altri accenni a forme di pazzia correlate a contesti religiosi, o meglio all'atmosfera di canti e suoni propria di quei contesti si trovano nelle *Definizioni mediche* dello ps. Galeno¹⁶ e nel *Manuale medico* di Paolo di Nicea¹⁷.

Nel corpus ippocratico non emerge una netta contrapposizione tra le due sindromi cioè la mania e la melancolia nel senso che la mania tende a comprendere anche la melancolia; le cause considerate sono sempre fisiche, sia immediate (squilibrio biliare) che remote (dieta errata)¹⁸.

Nella medicina ellenistica e romana viene dedicato uno spazio molto più ampio alla problematiche relative alla follia in particolare definizione, eziologia e terapia. La mania e melancolia vengono nettamente separate dalle altre patologie con riflessi psichici quali l'epilessia e la frenite, per essere queste di durata limitata e acute, non croniche, e nel caso della frenite, per essere accompagnata da febbre. La causa immediata delle due sindromi è la bile, gialla e nera, rispettivamente per la mania e la melanconia. La causa remota, quella cioè che a sua volta determina lo squilibrio biliare, può essere non solo fisica (dietologica), come per la medicina di epoca ippocratica, ma anche psichica (tensione, delusione, ira, amore, odio, ecc.)¹⁹. La terapia funzionale a contrastare le cause non è più necessariamente ed esclusivamente fisica, (almeno presso alcuni medici, soprattutto i Metodici, ma non solo) come alimentazione opportuna, cioè facilmente digeribile e leggera, esercizi rilassanti come *gestatio* e passeggiate, encatismi, bagni, evacuazioni varie, salassi, vomito, scarificazioni ecc. e, nelle fasi acute e violente, anche contenzione²⁰, ecc., ma anche psichica e psicologica: ambiente rilassante, né troppo luminoso né buio, distrazioni varie, stimolazione degli interessi del malato, tentativi di persuasione blandi, socializzazione graduale, letture, viaggi, attività sportive, conversazione, teatro, letture, attività piacevoli e stimolanti, canti, amore ecc.²¹.

¹⁵ . *Cause, segni, terapia delle malattie acute e croniche* 3,6,10 «Alcuni si infliggono tagli, in omaggio ai propri dei, quasi lo richiedessero, per devoto vaneggiamento: la mania è soltanto il frutto di questa loro convinzione, mentre per il resto c'è equilibrio. Sono stimolati dal suono dell'aulo, da un sentimento di gioia o dall'ubriachezza o dall'incitamento dei presenti. Questa forma di pazzia si manifesta come invasamento. Se rinsaviscono, sono lieti e senza pensieri, come iniziati al dio. Sono tuttavia pallidi, magri e deboli per lungo tempo per il dolore delle ferite. »

¹⁶ . 487 (XIX 462, 14-16 K)

¹⁷ . cap. 22.

¹⁸ Vd. ad es. *Epidemie* 5,1.

¹⁹ . vd. ad es. Celso, *La medicina* 3,18; Areteo, *Cause segni e cure delle malattie acute e croniche* 3,5.6.

²⁰ . La contenzione forzata, per lo più sul letto, mediante corde o catene, è menzionata esplicitamente e consigliata anche da vari medici, soprattutto in casi estremi, quando cioè il malato diviene pericolo per sé e per gli altri, vd. anche sotto le note 50 e 51.

²¹ . Si legga ad es. Celso, *La Medicina* 3, 18,17-20 «C'è un secondo tipo di *insania*, che si protrae per un tempo più lungo, perché di solito inizia senza febbri e poi ne provoca di leggere. Consiste in tristezza, che sembra essere prodotta dalla bile nera. In questo caso giova il salasso ... (continua poi con altri suggerimenti tendenti comunque a tenere lo stomaco leggero) .Si devono allontanare (da questo paziente) le paure e piuttosto vanno poste davanti agli occhi delle belle speranze; si deve cercare di dilettarlo con racconti e giochi, massimamente con quelli da cui, quando era in condizioni di buona salute, soleva essere preso. Se ha compiuto un qualche lavoro, questo deve essere lodato e va posto sotto i suoi occhi; la inutile tristezza va rimproverata con dolcezza ... » ; oppure Sorano-Celio Aureliano, *Malattie croniche* 1,5, 163-164 « Dopo la lettura s'hanno da offrire al paziente alcune rappresentazioni comiche o mimiche se i folli sono affetti da tristezza, se invece essi si caratterizzano per atteggiamenti infantili sono da offrire rappresentazioni che suscitano tristezza o timore tragico. E' opportuno infatti

2.2. Filosofi e moralisti pagani

I filosofi di età ellenistico-romana parlano (si pensi soprattutto a pensatori come Zenone (s.IV-III a. C:), Crisippo (s. III a.C.), Cicerone, Seneca, ecc.) , in linea di massima, di una pazzia malattia di origine fisica e di un'altra di origine psichica: si disinteressano della prima, che va curata con opportuni rimedi fisici²² e ne riconoscono la esclusiva competenza dei medici; avocano a sé la definizione della malattia psichica, come anche la sua terapia.

La distinzione dei filosofi, si può ricondurre a quella platonica che si legge nel *Fedro*, attribuita a Socrate, il quale distingue una follia conseguenza di malattie da un'altra di origine divina. In quest'ultima, a sua volta, egli comprende quella profetica, ispirata dal dio Apollo e quelle riconducibili a perturbazioni dell'animo a sua volta attribuite a divinità simbolo, quali Muse, Dioniso ed Eros²³. Questa visione dualistica della follia si continua nel medioevo ed oltre (Fritz c<fr. Data, 7 ss).

La follia di cui si occupano i filosofi ellenistico-romani, almeno a livello di eziologia e terapia, è dunque quella di natura psichica o più precisamente 'passionale'. Essa è provocata da eccessi e immoralità, passioni, ecc. , da non volontà e/o incapacità di autocontrollo, da una opinione o giudizio falsi , in sostanza dalle *perturbationes animi* (concetto equivalente a quello greco di *pathe*²⁴) secondo gli Stoici²⁵. Dunque si può assistere ad una follia provocata dall'ira, una provocata dall'eros, dall'avarizia, ecc., cause che agiscono direttamente sull'anima , non necessariamente indirettamente, provocando cioè un eccesso biliare, come vogliono i medici²⁶.

correggere la natura dell'alienazione mediante rimedi in qualche modo contrari, affinché l'anima sia in una condizione tale da poter riconoscere lo stato di equilibrio che è proprio della salute. Poi, man mano che il trattamento va avanti, devono essere proposte, in rapporto alle capacità, riflessioni e discussioni. Anche queste tuttavia vanno presentate in modo simile, in modo cioè che all'inizio siano introdotte con un tono di voce tenue, l'esposizione poi e le dimostrazioni si possono introdurre con voce più alta e forte, per poi ritornare nell'epilogo ad un voce sommessa e accondiscendente, così come insegnano i maestri dell'esercizio vocale, che i Greci chiamano *anafonesis*». Vari altri passi interessanti sulla concezione e la terapia della follia da parte dei medici antichi sono raccolti in Stok 1980, Gourevitch 1991, Pigeaud 1995 *passim*, Mazzini 1997,332-6.

²² . Si legga ad es. il seguente passo di Seneca, *Epistole a Lucilio* 94,17-18 « Tra la follia pubblica e questa che viene affidata ai medici, ci fa solo la differenza che la prima nasce da false convinzioni, la seconda è la conseguenza di una malattia. Quest'ultima ha le sue cause in una malattia, la prima è una malattia dell'anima. Se uno volesse dare ad un pazzo delle disposizioni su come debba parlare, come camminare, come comportarsi in pubblico, come in privato , sarebbe più pazzo di colui che vuole ammonire: In questo caso è la bile nera che va curata ed in questo modo va rimossa la causa della follia».

²³ . Fedro 265 a-b «Ci sono due forme di mania: una che deriva dalle malattie dell'uomo, un'altra che invece deriva da un mutamento di origine divina rispetto alle consuetudini umane. Della mania di origine divina abbiamo distinto quattro parti risalenti a loro volta a quattro divinità , attribuendo la mania mantica ad Apollo, quelle teletica a Dioniso, quella poetica alle Muse, quella erotica ad Eros ed Afrodite».

²⁴ . Equivalenza variamente sottolineata ad es. da Cicerone in *Tuscolane* 4,5,10; 4,6,11.

²⁵ Cicerone in *I doveri* 1,20,69 dice chiaramente che ove si è liberi dalle *animi perturbationes* ci si libera da timore e si vive in perfetta serenità d'animo « Perché ci sia tranquillità dell'animo ed insieme costanza e dignità, bisogna liberarsi da ogni *perturbatio animi* che accompagna l'A avidità, la paura , il disagio psico fisico, il piacere». Si legga anche *Tuscolane* 3,4,9 «Ritenevano (sc. gli antichi e i filosofi a partire da Socrate) che la salute delle anime avesse il suo fondamento nella tranquillità e nella costanza e così chiamarono follia la mente priva di queste condizioni, appunto perché, secondo loro, non poteva esserci salute in un'anima squilibrata così come in un corpo che ha perduto il suo equilibrio».

²⁶ . Cicerone *Tuscolane* 3,11 «Ciò che noi chiamiamo *furor* i Greci chiamano *melancholia*, come se la mente fosse sconvolta solo dalla bile nera e non spesso anche da una rabbia alquanto violenta, o dal timore o dal dolore».

Talora queste stesse cause sono considerate malattie dell'anima, come chiaramente da Seneca che distingue i *morbi animi* (appunto queste passioni radicate) dagli *adfectus animi* (le stesse passioni, in attacchi episodici)²⁷.

Questa follia trova una terapia solo nella ragione; i malati possono e devono trovarla solo in sé stessi²⁸.

Alcuni, si ammette, come accade per le malattie del corpo, hanno una maggiore propensione ad ammalarsi²⁹ e questi sono coloro i quali sono meno intelligenti, i quali poi anche più difficilmente riescono a curarsi. A prescindere tuttavia dalla propensione, la follia collegata alle *perturbationes animi* o passioni non ha mai luogo senza la nostra responsabilità e dunque il folle che arriva ad essere tale per colpa delle passioni è sempre, in qualche misura, responsabile³⁰.

In concreto la terapia filosofica, che dobbiamo applicare su noi stessi consiste, come esplicitamente Seneca nelle Epistole a Lucilio 94,13, prima di ogni cosa, nel liberare l'anima dalle passioni che ne sono causa³¹.

2.3. Teologi e moralisti cristiani

I pensatori cristiani, parzialmente in linea con i filosofi pagani, individuano tre cause nella follia e dunque tre nature: cause fisiche (squilibrio organico), soprannaturali (in questo caso demoniache) e spirituali (passioni, peccato, ecc.).

Per la pazzia di natura fisica i cristiani concordano con le teorie mediche e ne rispecchiano le posizioni sia riguardo alla dinamica eziopatologica, sia riguardo alla terapia³².

In più sottolineano come, nel caso della follia di natura fisica, non è l'anima ad essere malata ma solo gli strumenti della sua espressione e, per esporre questo concetto, Gregorio di Nissa ricorre alla metafora dello strumento musicale che, se rotto, impedisce al suonatore di esibirsi nonostante le sue capacità e il suo talento siano integri³³.

²⁷ . Seneca, *Epistole*, 75,11 «Ho già spesso spiegato la differenza tra malattie dell'anima (*animi morbi*) e le affezioni (*adfectus*). Te lo ripeto ancora: le malattie sono difetti cronici e resistenti, come l'avarizia, l'ambizione; questi hanno coinvolto l'anima troppo profondamente e sono finiti per divenire malattie croniche.le affezioni sono movimenti dell'anima riprovevoli, improvvisi, i quali ricorrenti e trascurati determinano la malattia, così come un singolo raffreddore che non si è ripresentato fa la tosse, ma un raffreddore continuo e cronico fa la consunzione (*phthisis*)». La distinzione tra le singole manifestazioni episodiche di *perturbationes animi*, e la loro cronicità viene operata anche da Cicerone, *Tuscolane* 4,38,82.

²⁸ . Cicerone, *Tuscolane* 3,6,6 «Non dobbiamo cercare il rimedio fuori di noi, come nel caso delle malattie del corpo; ci dobbiamo adoperare con tutti i mezzi e tutte le forze, affinché noi possiamo riuscire a curare noi stessi». Ved. ancora *Ibidem* 3,7,15; Cicerone, *I doveri* 1,29,102.

²⁹ .Cicerone, *Tuscolane* 4, 12 «E per fare un confronto con la salute fisica, ... come ci sono alcuni più propensi ad ammalarsi rispetto ad altri...così ci sono alcuni più soggetti alla paura, altri ad un'altra perturbazione dello spirito».

³⁰ . Cicerone , *Tuscolane* 4,14 «Questo c'è di diverso tra i corpi e le anime, che le anime robuste non possono essere attaccate dal male, mentre i corpi sì. Ma le malattie del corpo accadono senza responsabilità, quelle dell'anima invece non allo stesso modo. Tutte le malattie e i turbamenti dell'anima accadono in seguito al fatto che non si è tenuto nel debito conto la ragione. Non è un caso pertanto che le malattie dell'anima esistono solo per gli uomini. Tra gli uomini poi di intelligenza acuta e quelli ottusi, c'è la differenza che gli individui dotati sono più resistenti di fronte alla malattia dell'anima, ci cadono più tardi e guariscono prima, esattamente come il bronzo coringio è più resistente alla ruggine; per gli ottusi non si può dire la stessa cosa». Si veda ancora Cicerone, *Repubblica* 3,47.La medesima responsabilità del malato dell'anima che tale è divenuto per non aver tenuto conto della ragione, a causa della sue pessime e libidinose abitudini di vita (pessima consuetudine et libidinosa vita) è evidenziata anche da Apuleio, in *Platone e la sua dottrina* 1,18

³¹ . «Pertanto dobbiamo curare fino in fondo la mente malata e liberarla dalle malattie (chiaramente sono le *perturbationes animi* o passioni), o se essa ne è libera, dobbiamo occuparla ove sia propensa ad esse».

³² . Gregorio Nisseno, *La creazione dell'uomo* 44,157 BC (Migne) «Da parte mia io riconosco , senza difficoltà, che la maggior parte delle affezioni fisiche turba sovente l'intelligenza e che le condizioni del corpo indeboliscono l'attività naturale della ragione». Vd. anche Ambrogio (s. IV), *Sui salmi* 118,7,19; Basilio di Cesarea (s.IV), *Sugli ubriachi* 31, 448-9 (Migne),

Giovanni Crisostomo, *Omelie sulle statue*, 2, 4

³³ . *La creazione dell'uomo* 44, 161 AB (Migne) «In realtà si potrebbe dire che tutto il corpo è stato costruito come uno strumento musicale.Come sovente i suonatori non possono mostrare il loro talento a causa del fatto che lo strumento di cui si

La novità dei Padri della chiesa vuoi sul piano della eziopatologia vuoi quello della terapia, è vistosa nel caso della follia di natura demoniaca e in quella di natura spirituale.

La sostanza del loro pensiero in fatto di follia demoniaca si può riassumere come segue:

1. il demonio opera in una prima fase sullo strumento di espressione dell'anima, cioè il corpo³⁴, dato che non può penetrare nell'anima perché questa è sede dello Spirito santo.
2. In questo modo il demonio si insinua anche nei pensieri dell'uomo facendo sì che egli non tema più Dio, non si ricordi di lui, e costui, l'uomo, forte del suo libero arbitrio, espella lo Spirito dalla sua anima consentendo al demonio l'ingresso in essa³⁵.
3. Dio può consentire al demonio di impadronirsi del corpo per mettere il cristiano alla prova, per purificarlo in vista di un bene superiore, ma non gli concederà mai il possesso dell'anima, se il credente lo invoca in continuamente e si affida a lui³⁶; dunque in definitiva la follia demoniaca è imputabile solo alla colpa dell'uomo³⁷.
4. La follia mantica dei pagani, il possesso da parte della divinità cui credono i pagani viene fatta rientrare dai teologi e moralisti cristiani nella follia da possessione demoniaca³⁸.
5. Solo colui che ha raggiunto un alto grado di perfezione spirituale, 'lo spirituale', che ha ricevuto dallo Spirito il dono di riconoscere gli spiriti del male, può curare la follia demoniaca, riconoscere la causa demoniaca alla base del disturbo mentale e distinguerla da quella naturale,³⁹.
6. In concreto lo 'spirituale' o il santo cura *in primis* con la preghiera, *in secundis* può fare ricorso anche al segno della croce, all'olio santo, all'acqua benedetta, all'imposizione delle mani ecc.

servono è fuori uso, guastato dal tempo, rotto in seguito ad una caduta..., allo stesso modo l'anima che è in comunicazione con il suo strumento, che raggiunge in modo spirituale ogni organo; essa conformemente alla sua natura esercita la sua normale attività solo ove tutto il corpo è nell'ordine naturale. Ma se la debolezza di una parte impedisce il suo agire, l'azione dell'anima non ottiene risultati, è inefficace». Esprimono più o meno il medesimo concetto, tra gli altri, anche Giovanni il Solitario, *Dialogo sull'anima e le passioni degli uomini* p. 68 (ed. Hausherr, Nemesio di Emesa (s.IV), *La natura dell'uomo*, 12, ecc.

³⁴. Giovanni Cassiano, *Conferenze* 7,12 «Lo spirito immondo impadronendosi delle membra ove risiede la forza dell'anima e gravandole di un peso insopportabile, annega e soffoca nelle tenebre più fitte le facoltà intellettuali. Vediamo che il vino, la febbre, un freddo eccessivo o altre infermità di provenienza esterna provocano conseguenze simil.». Ved. anche Evagrio (s.IV), *Trattato della preghiera* 68 e 72.

³⁵. Giovanni Cassiano, *Conferenze* 7,25 «Lo si è già evidenziato: gli spiriti immondi non possono entrare in coloro che vogliono possedere, se non impadronendosi in via preliminare del loro spirito e dei loro pensieri. Essi cominciano con il privarli della paura e del ricordo di Dio e della meditazione spirituale poi, una volta che essi sono privati del soccorso e della protezione divina, i demoni si precipitano su una preda ormai facile da soggiogare per stabilirvi la loro dimora, come in una proprietà che è stata abbandonata nelle loro mani».

³⁶. Così nel caso di Giobbe, secondo Giovanni Cassiano, *Conferenze* 7,12. «Al diavolo che si era impadronito della carne di Giobbe, il signore pose questo divieto dicendo: ecco lo consegno nelle tue mani, ma risparmi la sua anima, cioè non lo far divenire pazzo dopo aver debilitato il domicilio dell'anima, non demolire il suo intelletto e la saggezza di lui, che resiste dopo aver soffocato con il tuo peso preponderante quello del suo cuore».

³⁷. Diadoco di Fotica (s.V) *Cento capitoli* 82 e 76 «E' vero che a loro (sc. ai demoni) è permesso, secondo un giusto giudizio, di abitare le profondità del corpo, anche presso coloro che lottano intensamente contro il peccato, perché il libero arbitrio dell'uomo è messo sempre alla prova»; «questo capita con il permesso di Dio, affinché passando attraverso la tempesta ed il fuoco della prova, l'uomo arrivi, se lo vuole al godimento del bene».

³⁸. Ps. Clemente Romano, *Riconoscimenti* 4,13,3 3 «Di qui (sc. da feste banchetti e musiche in onore di falsi dei, dopo il diluvio universale) ha preso origine ogni errore, di qui il culto dei boschi sacri, degli altari, di qui le corone e le vittime sacrificali, di qui dopo essersi ubriacati gli uomini hanno cominciato ad essere sconvolti da movimenti folli. In seguito a questi fatti è stata data ai demoni il permesso di entrare in menti così sconvolte, ed essi hanno fatto sì che i posseduti conducessero folli danze, apparissero come in trans. per intervento del dio Bacco. In seguito tutto questo si è imparato a digrignare i denti, ad emettere muggiti dal profondo del ventre, a mostrare un volto terribile ed un aspetto feroce, così che se qualcuno era sconvolto dalla ubriachezza e istigato dal demonio le persone tratte in inganno ed in errore lo consideravano invaso dalla divinità». Per l'equivalenza stabilita dai cristiani tra invasati da un dio e indemoniati, si veda ancora Minucio Felice (s.II), *Ottavio* 27,3, Lattanzio (s. III-IV), *Divine istituzioni* 4,27; ecc.

³⁹. Atanasio (s.IV), *Vita di Antonio* 23 «Occorre pregare in continuazione e coltivare l'ascesi, affinché colui che riceve dallo Spirito il dono di riconoscere gli spiriti possa riconoscere ciò che è opera dei demoni, quale di loro è meno, quale è più malvagio, quali sono le inclinazioni e quali le malattie in grado di provocare, come ognuno viene respinto e cacciato».

ed in fine, in casi più rari ingaggia una vera e propria battaglia con il posseduto folle, in realtà il demonio, a suon di pugni, e violenze fisiche di vario genere⁴⁰.

È follia di natura spirituale quella dovuta allo spirito, o meglio alle passioni, a loro volta seguite e/o favorite, in virtù del libero arbitrio, dalla libera volontà dell'uomo. Potrebbero rientrare in questa categoria le moderne psicosi o nevrosi, dall'ansia alla tristezza, all'ipertrofismo dell'io o narcisismo, alle fobie varie, ecc. Nella sostanza la follia spirituale dei teologi e moralisti cristiani corrisponde alla follia psichica o 'passionale' dei filosofi pagani. Vediamo in estrema sintesi alcuni caratteri della follia spirituale: 1. tra le sue manifestazioni, quella più vistosa è certamente la tristezza⁴¹; 2. la tristezza si manifesta come scoraggiamento, abbattimento, astenia, oppressione, depressione, ansia e, nelle forme estreme, nella disperazione e morte o suicidio⁴² ecc.; 3. le cause immediate della tristezza sono da ricercare nell'attaccamento alle cose terrene e dunque nella successiva delusione e frustrazione quando queste non si realizzano o non si ottengono, come anche nella collera, desiderio di vendetta non realizzato o realizzabile, nel rancore, nell'orgoglio ferito, in definitiva la causa è da ricercare nell'atteggiamento dell'anima nei confronti della realtà terrena e l'anima è la sola responsabile dei mali che l'affliggono⁴³; 5. il demonio tuttavia non è estraneo nel senso che approfitta della scelta di campo dell'anima per introdursi in essa e favorirne ulteriormente le scelte che la portano alla follia spirituale ed alle sue estreme conseguenze⁴⁴; 6. la terapia della follia spirituale può essere diversa: se si tratta di tristezza, la prima terapia è nella rinuncia o il disprezzo dei beni e piaceri terreni, nel perdono se la causa immediata è l'ira, nella frequenza degli altri, nella preghiera per coloro che hanno provocato rancore, ecc. ed anche e soprattutto nel ricorso al medico spirituale che con le sue parole darà un aiuto fondamentale per liberarsi della tristezza⁴⁵.

2.4. Gente comune

Tra la gente comune, pagana e cristiana, per quanto concerne l'eziologia della follia, dovevano essere diffuse sia le concezioni mediche, (squilibrio umorale, passioni o stress psicologico) sia la concezione demoniaca o soprannaturale (spiriti dei morti , influsso di Apollo o di Cerere per i pagani, demonio o satana per i cristiani) .

⁴⁰ . Le varie modalità di cacciare i demoni sono ampiamente descritte negli scrittori cristiani dell'epoca : si veda ad es. Sulpicio Severo (s.IV) , *Dialoghi* 3,6,3, Cipriano di Cartagine (s.III) , *Epistole* 69,15; ecc.

⁴¹ . Origene (s.II-III) , *Dei principi*(secondo la traduzione di Rufino) 2,10,5 « Da ciò si comprende che nell'anima si producono delle sofferenze le quali sono la conseguenza di pericolose malattie a loro volta correlate ai peccati. E perché non ti sia troppo difficile la comprensione di questo concetto, te ne puoi fare un'idea dalle malattie che seguono queste 'passioni', malattie che sogliono colpire le anime in particolare quando l'anima è bruciata dalle fiamme dell'amore, oppure dal fuoco dello zelo o della rabbia, oppure quando viene agitata dalla follia dell'ira o viene consumata da una tristezza senza fine. Si consideri come alcuni ritenendo insopportabile la violenza di questi mali, ritengono più tollerabile andare incontro alla morte che sopportare sofferenze di questo genere».

⁴² . Vd. Giovanni Crisostomo, *Omellerie su Giovanni* 78,1 «Una grande tristezza è pericolosa, così pericolosa che può causare anche la morte». Ved. ancora Id., *A Stagiro tormentato da un demone* 3,13; Doroteo di Gaza (s.VI) , *Istruzioni spirituali* 5,67; Giovanni Cassiano, *Istituzioni cenobitiche* 9,1.

⁴³ . Evagrio, *Trattato pratico* 10 «La tristezza sopraggiunge talora per causa della frustrazione di desideri , talora ella è la conseguenza della collera»; Giovanni Crisostomo, *Omellerie sulle statue* 1,3 «Le nostre gioie e le nostre tristezze non vengono tanto dalla natura delle cose, quanto dal nostro atteggiamento. Se questo è saggio ed equilibrato, noi saremo sempre, in fondo, contenti. Se le malattie del corpo hanno per causa più un disordine interiore che non lo squilibrio dell'aria o qualunque altro influsso esterno, a maggior ragione si può dire la stessa cosa delle malattie dell'anima. Se le prime sono la conseguenza della nostra natura , le altre, le malattie dell'anima dipendono esclusivamente dalla nostra volontà». Ved. ancora Evagrio, *Gli otto spiriti di malizia* 79, 1156 (Migne); Giovanni Cassiano, *Istituzioni cenobitiche* 9, 4; ecc.

⁴⁴ . Giovanni Crisostomo, *A Stagiro tormentato da un demone* 2,1 «Il demonio non è in te colui che provoca questo oscuro tristezza, ma è questa tristezza che viene in aiuto del demonio e ti suggerisce questi brutti pensieri». Ved. ancora, sempre Giovanni Crisostomo, *Omellerie sulle statue* 1,3.

⁴⁵ . Doroteo di Gaza, *Sentenze* 3 « Colui che non rifiuta e disdegna ogni cosa materiale ...non può liberarsi della tristezza».

A proposito di terapia, è soprattutto alla terapia farmacologica, diciamo così, cioè a base di elleboro, e, in caso di attacchi violenti, alla contenzione, come anche all'esorcizzazione che sembra più facilmente ricorrere la gente comune.

Ciò che appare distinguere la gente comune vuoi dai medici, vuoi dai filosofi, vuoi dai padri della chiesa è, come del resto appare ovvio, una maggiore incertezza nella distinzione delle cause, per cui si assiste frequentemente un accumulo di cause, comunque ad un senso di insicurezza e di incertezza nella individuazione delle stesse. Stafila ad es. la schiava di Euclione, nella commedia plautina *Pentola del tesoro* di fronte ai comportamenti ciclotimici del padrone si domanda angosciata da quale tipo di squilibrio umorale sia affetto il suo padrone che presenta comportamenti in contraddizione, caratterizzati da fasi depressive e fasi furiose⁴⁶.

Se il servo di Anfitrione nell'*Anfitrione* plautino a proposito della supposta follia di Alcmena diagnostica dal marito Anfitrione parla sicuro dell'eziologia umorale, la bile nera⁴⁷, al contrario Tindaro nel descrivere lo stato di presunta follia di Aristofonte, nella commedia plautina i *Prigionieri* parla di due possibili cause: bile gialla, o larve, cioè demoni⁴⁸.

Anche Strobilo nella *Pentola del tesoro* nel diagnosticare la follia di Euclione che lo accusa di furto, tira in ballo sia la causa fisica che quella soprannaturale⁴⁹.

Alla follia provocata a Fedra da una divinità crede il coro delle donne trezenie nell'*Ippolito* di Euripide⁵⁰, come anche la nutrice⁵¹.

Nella *Vita di Apollonio di Tiana* scritta da Filostrato II (II-III s.) una madre che ricorre ad Apollonio per curare il proprio figlio rivela la sua fede nella causa demoniaca, in particolare nel possesso del figlio da parte dell'anima di un morto⁵².

Per quanto invece concerne il trattamento la gente comune sembra preferire il ricorso ai mezzi forti come l'elleboro, tant'è vero che in alcune commedie plautine, ma non solo, si usa l'attributo *elleborosus* 'ripieno di elleboro' o comunque il richiamo all'elleboro per designare il pazzo⁵³ e con facilità si fa ricorso alla contenzione, legamento e/o

⁴⁶ . vv. 67- 73 «Non sono per Castore in grado di capire; quale tipo di disgrazia, che tipo di follia posso dire che sia capitato al mio padrone? Mi caccia di casa dieci volte a questo modo in un solo giorno .Non so per Polluce quale tipo di squilibrio umorale si sia impadronito di quell'uomo: sta sveglio tutta la notte, poi però, di giorno, se ne sta chiuso in casa tutto il tempo, come un sarto zoppo».

⁴⁷ .vv. 727-728 «Anfitrione: la moglie è fuori di senno. Sosia: Ella è assalita dalla bile nera. Nessuna altra cosa rende tanto velocemente gli uomini folli».

⁴⁸ . vv. 994-998 «Tindaro: i suoi occhi sfavillano, la malattia produce i suoi effetti, o Egione: Non vedi come tutto il corpo viene ricoperto di macchie scure? La bile nera sconvolge il soggetto. Aristofonte: Al contrario, per Polluce, se il vecchio avesse un po' di buon senso, la pece nera sconvolgerebbe te ma tra le mani del boia e illuminerebbe il tuo capo. Tindaro: Vedi? Già delira: gli spiriti maligni lo stanno agitando».

⁴⁹ . v. 642 «Agitano questo vecchio gli spettri e gli squilibri e le pazzie».

⁵⁰ . 141 ss. «Forse o figlia, tu vai errando con la mente perché posseduta da un dio, da Pan o da Ecate o dai venerandi Coribanti o dalla Madre montana».

⁵¹ . 237-8 « Quale dio scuote le briglie (sc.della tua ragione) e sconvolge il tuo diaframma (sede della ragione)». Vedi anche la *Medea* di Euripide ,v. 1172.

⁵² . 3,38 « Di questo mio figlio.. si è innamorato il demonio che non gli permette di essere in sé, né di andare a scuola , né di inparare a maneggiare l'arco. Il demonio lo conduce in luoghi solitari e il ragazzo non conserva nemmeno la propria voce, ma parla con un tone pesante e rauco, come se fosse un adulto, inoltre guarda con occhi che non sono i suoi. A causa di tutto questo piango, mi graffio il viso, cerco di ammonire il figlio come posso, ma egli non mi riconosce. Quando io pensavo di venire da te, decisione che avevo preso già nell'anno passato il demonio svelò se stesso attraverso mio figlio e mi disse che era l'anima di una persona morta tempo fa in guerra. Quando egli morì era innamorato della sua donna, ma dopo che ella ebbe oltraggiato il talamo nuziale sposandosi con un altro tre giorni dopo la morte del marito, egli finì con l'abborrire l'amore delle donne e si introdusse in questo ragazzo».

⁵³ . Si legga ad es. Plauto, *Commedia degli spettri*,v. 952 i servi Fanisco e Pinacio che cercano il loro padrone a casa di Teopropide all'affermazione del vecchio che il loro padrone non abita più lì da tempo lo definiscono *elleborosus*, cioè pazzo:«ma questo vecchio è pieno di elleboro»; In un'altra commedia plautina, *Rudens* al v. 1005, Tranione e Granione, per incutersi reciprocamente spavento, affermano di essere pazzi ed a riprova il primo afferma di essere pieno di elleboro, il secondo di essere posseduto (rivelando l'incertezza popolare, di cui si è appena detto, tra le eziologie possibili del male: «Tranione: io sono pieno di elleboro. Granione: ma io sono posseduto dagli spiriti». La diffusione e la conoscenza della terapia

incatenamento del pazzo⁵⁴, ma non raramente, già alle prime battute si invita l'avversario a farsi esorcizzare (lat. *pare*)⁵⁵, o meglio si invita il pazzo farsi liberare dal male mediante parole magiche⁵⁶.

3. Atteggiamento della società antica nei confronti della follia

La società antica reagisce in modo non univoco nei confronti della follia rivelando un atteggiamento diverso, a seconda degli ambienti sociali e culturali e, all'interno di essi, talora, diversificato a seconda delle differenti epoche storiche e/o personalità. Vediamo per sommi capi i diversi atteggiamenti da parte delle categorie sociali dei medici, dei filosofi e/o moralisti pagani, dei teologi e moralisti cristiani ed, infine, di quello che potremmo chiamare l'uomo della strada.

3.1. Medici

Tutti i medici concordano nel ritenere la follia, nelle sue due sindromi, una malattia fisica provocata da cause fisiche o anche psichiche che tuttavia sono responsabili in quanto innestano il meccanismo immediato che è sempre e solo di natura fisica. L'atteggiamento del medico è, di conseguenza, di comprensione, di assistenza, di impegno terapeutico lungo, perseverante e sistematico, come di fronte ad una malattia grave e difficile da curare e tuttavia tale che può essere guarita. Nella letteratura medica ufficiale o scientifica, non v'è traccia di una criminalizzazione o demonizzazione del pazzo e della pazzia, di un rifiuto di questo male, di un ricorso all'ausilio di forze e terapie di ordina magico o soprannaturale.

Si può ricavare una riprova della fiducia nella terapia e della volontà terapeutica, nella varietà degli strumenti terapeutici messi in atto in tempo lunghi, ed in fasi successive, vuoi dietetici (alimentazione a base di cibi facilmente digeribili, esercizi blandi come *gestationes*, letture, passeggiate, ecc.) vuoi farmacologici vuoi psicologici⁵⁷.

Un riprova della volontà terapeutica dei medici nei confronti della follia è fornita, indirettamente, anche da un topos della retorica antica quello del medico, che non abbandona il malato furioso che lo picchia, anzi continua a curarlo amorevolmente, topos ricorrente nei *Dialoghi* di Seneca⁵⁸, nel quadro dei caratteri del *medicus amicus*, e variamente negli scrittori cristiani nell'ambito della metafora Cristo medico, si pensi ad es. ad Agostino (s.IV-V)⁵⁹.

Anche i mezzi repressivi o costrittivi (catene, letto di contenzione, percosse) anche se più o meno ampiamente utilizzati⁶⁰, non tradiscono sfiducia nella guarigione, né volontà

a base di elleborina tra la gente comune è ampiamente confermata da tanti altri autori latin e greci: Sia sufficiente qui menzionare Orazio (s. I a.C.), *Satire* 2,3,82; Petronio (s.I), *Satyricon* 88,4; ecc.

⁵⁴ .Nella Commedia plautina dei *Menecmi* (la commedia dello scambio di persone Menecmo I e Menecmo II, due gemelli assolutamente identici) vv. 844-845, il suocero di Menecmo I che discute con Menecmo II credendolo tuttavia Menecmo I, di fronte alle risposte incoerenti di costui, considerandolo pazzo, afferma «E se chiamassi qua dei servi? Andrò e condurrò delle persone che portino via di qui costui e lo leghino in casa prima che provochi ulteriori scompigli».

⁵⁵ . Questo ad es. nei *Menecmi* Plautini, è il caso di Menecmo I che vedendosi accusare dal parassita Peniculo di aver rubato la sopravveste alla moglie per darla alla cortigiana, risponde irritato dando del pazzo a Peniculo e invitandolo per ciò a farsi esorcizzare. Vv.515-6 «Ma perché non te ne vai dove sei degno di andare? Oppure, piuttosto, fatti esorcizzare, uomo del tutto pazzo!».

⁵⁶ . Questo senso del verbo *piare* e la sua connessione con la follia sembrano emergere abbastanza chiaramente da Festo p. 232, 18 “Sono liberati come dalle proprie parole, dice Verrio, coloro che sono poco in sé: quando sono fuori di mente vengono liberati dal male grazie ad alcune parole”.

⁵⁷ . Vd. sopra nn. 9 e 10 .

⁵⁸ . 2,13,1 « Quale medico si adira con un frenetico ?».

⁵⁹ . Agostino, *Epistole* 157,2 «... faccia attenzione che queste forze non siano quelle dei sani, ma quelle dei frenetici, i quali mentre sono pazzi si ritengono sani al punto che non cercano il medico, ma anzi lo colpiscono come una persona molesta...». Ved. ancora Agostino, *Omellie* 38.943, c. 38 (Migne);**25, 18 (Dolbeau), ecc.** . Utile può essere leggere leggere Stok 1997.

⁶⁰ . Sorano- Celio Aureliano, *Le malattie croniche* 1, 172-173 . ved. sotto n. 50.

repressiva o punitiva fine a sé stessa, in quanto sono applicati solo nelle fasi acute e, almeno in talune scuole, come la Metodica, con cautela e preoccupazione di non nuocere⁶¹.

Va tuttavia detto che, almeno nella prassi medica, a proposito dei mezzi terapeutici forti, repressivi e/o costringenti, non dovevano mancare medici che tendevano ad abusare di essi, sia a livello di contenzione, sia a livello di denutrizione, sia a livello di evacuanti vari, sia a livello di narcotici pesanti. Di questi medici, di cui non possediamo l'opera, abbiamo notizia sempre da Sorano-Celio Aureliano che li definisce più pazzi dei pazzi curavano e attribuisce loro una considerazione disumana del malato da loro visto come una bestia feroce, da domare⁶².

3.2. Filosofi e moralisti pagani

I filosofi a proposito della follia di origine organica, concordano in pieno con i medici, sia nella concezione della natura che nella terapia dunque nella considerazione della malattia stessa.

Nel caso della follia che si identifica con le *perturbationes animi* o passioni e che comunque da esse è determinata, dunque di origine psichica o spirituale, il loro giudizio è negativo, negativo sul piano morale. Questa specie di follia è moralmente riprovevole, si

⁶¹. Si legga ad es. Sorano-Celio Aureliano, *Malattie croniche* 5,157 nel contesto in cui si consiglia il da farsi nella fase iniziale del percorso terapeutico, nel caso in cui il malato non vuole stare a letto, si legge quanto segue: «E se i pazienti cominciano a saltare fuori dal letto, così che difficilmente possono essere trattenuti, oppure vengono esasperati dalla solitudine, bisognerà fare ricorso a più aiutanti e dare loro disposizioni di trattenere i malati in modo che essi non se ne accorgano, fingendo il massaggio degli arti, così che siano provocati il meno possibile. Se però sono messi in agitazione dalla vista degli uomini, allora devono essere legati senza tuttavia arrecare loro danno, proteggendo gli arti con della lana fissata mediante una benda».

Il persistere di una terapia blanda, basata sulla persuasione ancora nel sesto secolo sembra confermato da un passo di Gregorio Magno, *Regola pastorale* 3,2 «talora anche il ricco superbo va placato con dolcezza, perché, per lo più, le ferite dure diventano morbide attraverso fomenti blandi; anche la follia dei pazzi spesso viene curata grazie alla dolcezza del medico; quando si è condiscendenti nei loro confronti la malattia della follia si mitiga».

⁶² *Malattie croniche* 5, 171-176 «Dicono che si deve fare seguire al paziente anche una eccessiva astinenza dal cibo, dai Greci chiamata *limanchia*, e ciò senza rendersi conto che un digiuno senza misura riduce allo stremo le forze del corpo e che il malato, privato delle sue forze naturali, non è in grado di tollerare la terapia....Non si deve, per la verità, accettare o prestare fede alle loro opinioni, per le quali sembrano essere pazzi essi stessi, piuttosto che curare i folli. Dicono infatti che bisogna tener conto della somiglianza con le bestie feroci, le quali, se non mangiano, perdono la loro ferocia e si diventano mansuete; Consigliano inoltre di mettere in catene i malati operando indistintamente alcuna distinzione, quando è inevitabile che le parti legate subiscono conseguenze negative ed è più facile tenere fermi i malati ricorrendo alle mani dei servi che a lacci inerti. Tendono anche ad indurre nei pazienti sonni profondi con determinati medicinali, facendo fomenti con il papavero e provocando, così, piuttosto, torpore profondo e pesantezza del capo, non sonno. Altri, invece, considerano opportuno fare ricorso alla flebotomia su ambedue le braccia, fino al punto che il paziente perde coscienza, e così facendo finiscono per uccidere il malato ...Sostengono inoltre che la terapia va integrata con il ricorso a clisteri a base di liquidi di qualità molto aspra, da cui non deriva nessun vantaggio, ma piuttosto solo dissenteria; danno anche da bere medicinali che stimolano la minzione e liberano il ventre, medicinali che i Greci chiamano *diuretica* o *coeliolytica*ma per l'uso di queste sostanze i corpi deperiscono e l'insieme dei nervi è danneggiato. Altri sostengono che bisogna ubriacare i pazienti, quando è noto spesso dalla vinolenza nasce la follia. Altri ancora dicono che bisogna tenere i pazzi a bada flagellandoli, perché rinsaviscono, come se attraverso la flagellazione la loro capacità di giudizio fosse risvegliata ... Altri medici, invero, dicono che bisogna procurare l'amore ai folli, perché la tensione della mente, volgendosi ad esso, si liberi dall'aggressività della pazzia; e ciò senza accorgersi della più nuda verità, cioè che per i più l'amore è stato causa di follia».

identifica con la stoltezza⁶³. E' chiaro che se la patologia della follia di origine psichica è da ricercare nell'uomo, nei suoi vizi, se solo lui può curare se stesso, chi non lo fa, è folle, lo è per sua colpa e altro non è che uno stolto, come chiaramente si evince da Cicerone *Tuscolane* 3,4,9⁶⁴ :

In Seneca si legge una esplicita identificazione del sano di mente con il sapiente, si veda, in particolare, *l'Epistola a Lucilio* 72, 7⁶⁵ .

Una maggiore comprensione, emerge invece in Boezio che, seppure non cristiano, è certamente influenzato dalla visione cristiana della vita, comunque dall'umanitarismo cristiano⁶⁶.

3.3. Padri della chiesa

L'atteggiamento dei padri a proposito della follia di origine fisica è il medesimo dei medici ma, rispetto ai medici, in più, svolgono e /o predicano un'azione di sostegno, assistenza e accoglienza di queste persone, altrimenti abbandonate a se stesse.

L'atteggiamento nei confronti della follia da possessione demoniaca, è per lo più di comprensione, rispetto, partecipazione alla sofferenza, aiuto e tutto ciò come la logica conseguenza della concezione patristica della possessione cioè, in particolare come fenomeno che può essere anche consentito da Dio in vista di un bene superiore, come prova, che comunque l'uomo, in virtù del suo libero arbitrio , pur se influenzato negativamente dal demonio, può sempre superare.

Questo atteggiamento emerge molto chiaramente ad es. dalle *Conferenze* di Giovanni Cassiano, in particolare ad es. in *Conferenza* 7,28 a proposito del caso dell'abate Mosé⁶⁷.

Ma c'è anche un altro fondamentale motivo che induce i Padri all'atteggiamento di comprensione, aiuto e assistenza, la convinzione che il folle posseduto resta pur sempre un fratello che necessita di aiuto e comprensione⁶⁸.

Il posseduto folle non viene mai identificato con lo spirito malvagio che lo possiede, e quindi mai nei suoi confronti un atteggiamento di ostilità, come potrebbe essere quello del lancio delle pietre, che i pagani, o meglio la gente comune, anche cristiana (vedi sotto) , poteva tenere nei confronti dei posseduti. Può essere sintomatico per la distinzione tra posseduto e demonio l'atteggiamento che , secondo quanto riferisce Atanasio , Antonio tenne nei confronti di un indemoniato a lui portato dai familiari⁶⁹.

⁶³ . Si legga ad es. Cicerone, *Tuscolane* 3,4,9 «Tutte le perturbazioni dell'anima sono chiamate malattie dell'anima dai filosofi i quali negano che lo stolto possa essere esente da queste malattie e pertanto chi è vittima della malattia non è sano; tutte le anime di coloro che sono sciocchi sono malate: tutti coloro dunque che sono sciocchi impazziscono».

⁶⁴ . «I filosofi chiamano tutte le perturbazioni dell'animo (passioni) malattie e sostengono che tutti gli stolti ne sono affetti, cioè non sono sani; tutte le anime dei non saggi sono in stato di malattia, tutti coloro che non sono saggi sono pazzi».

⁶⁵ . « Ti dirò che cosa intendere per uomo sano (di mente): è sano colui il quale è soddisfatto, ha fiducia in sé , è consapevole che tutti i desideri dei mortali, tutti i benefici dati o richiesti non hanno alcun valore ai fini della vita felice».

⁶⁶ . *Consolazione della filosofia* 4,4 «Se come c'è una malattia del corpo, così c'è anche una condizione patologica , in un certo senso una malattia delle anime; se non riteniamo coloro che sono malati nel corpo degni di odio, anzi al contrario di compassione, molto a maggior ragione non vanno perseguitati, ma compresi coloro le cui menti sono oppresse da ogni malattia con una ferocia più crudele».

⁶⁷ . «Si può concludere, da questo episodio, che noi non dobbiamo detestare né disprezzare coloro che vediamo in balia di prove diverse o in preda a spiriti del male».

⁶⁸ . In proposito sempre Giovanni Cassiano in *Conferenze* 7,30 afferma: «Lungi dal disprezzare gli indemoniati, non cesseremo di pregare per loro, come membri di uno stesso corpo, e parteciperemo alla sofferenza connessa con la loro condizione con tutto il nostro cuore , con una tenerezza senza riserve infatti, (e qui cita Paolo, prima Corinzi 12,26) quando soffre un membro del nostro corpo, tutte le membra soffrono».

⁶⁹ . *Vita di Antonio* 64 “ Venne a lui un uomo di illustre famiglia, posseduto da un demonio così terribile che questa persona ignorava di essere in presenza di Antonio e mangiava i propri escrementi .Le persone che lo avevano condotto da Antonio pregavano l'eremita affinché intercedesse per lui. Partecipò della sofferenza di questo giovane uomo, Antonio pregò e passò tutta la notte a vegliare con lui. All'improvviso, verso l'alba, il giovane si gettò su Antonio e lo assalì. I Compagni di Antonio si

I posseduti dovevano ricevere anche assistenza materiale, almeno in alcune chiese, come risulta dagli *Statuti della chiesa antica* di Gennadio di Marsiglia⁷⁰.

Riguardo alla follia di tipo spirituale, l'atteggiamento dei Padri della chiesa è, in qualche misura, più severo essa infatti, seppure non si può escludere l'influsso negativo del Maligno, è essenzialmente da ricondurre alla libera scelta dell'uomo per le passioni, dunque per il male stesso. Si dà il caso che il folle spirituale non solo è tale per sua scelta, ma sempre per sua scelta tale vuole rimanere contento di trarne un beneficio secondario, un piacere malsano cui, secondo Giovanni Crisostomo, egli si abbandona; è dunque chiaro che da tale stato non si esce senza volere la propria guarigione⁷¹; è chiaro che colui il quale soffre di questa forma di follia è legato a questa terra ed ai suoi piaceri⁷², a se stesso ed evita gli altri, ⁷³, è attaccato alla sua pigrizia⁷⁴ ecc. e dunque non è nemmeno un buon cristiano, in definitiva il malato di follia spirituale non merita grande considerazione, e compartecipazione, perché è primariamente responsabile del suo male.

Tuttavia anche coloro che soffrono della follia spirituale vanno consolati, con il sollievo della parola, secondo Giovanni Crisostomo⁷⁵.

In sostanza a proposito di ogni tipo di follia il Padre della chiesa sembra distinguere sempre la follia, dovuta alle varie cause, dalla persona che ne è affetta; l'identificazione della persona con la negatività della follia stessa è contestata, e rifiutata, a partire da un passo evangelico in particolare Matteo 5,22

«Chi dice al fratello 'pazzo', sarà sottoposto al fuoco della Geenna»⁷⁶.

3.4. Gente comune

Tra la gente comune bisogna a sua volta distinguere l'atteggiamento dei familiari da quello degli estranei.

Chiaramente non c'è nessuna opera o documento del mondo antico arrivato fino a noi da cui possiamo ricavare una descrizione esauriente di comportamenti, atteggiamenti, considerazione dell'uomo della strada nei confronti del pazzo. E' ovvio (sia detto tra parentesi) che non vale lo stesso discorso per le categorie socio-culturali sopra prese in considerazione: medici, filosofi, scrittori cristiani ed ecclesiastici: questi esprimono direttamente ed in prima persona la loro personale posizione o quella della categoria cui appartengono.

indignarono, ma Antonio disse loro: non ve la prendete con questo giovane, non è opera sua ciò che ha fatto, ma del demonio che lo possiede" Un atteggiamento simile, ispirato da partecipazione al dolore esprime anche Giovanni Crisostomo, in *Omèlie su Matteo* 28,4; ugualmente si comporta Atanasio Atonita (s.X) ed i suoi discepoli, che accolgono i folli indemoniati presso di loro, in convento.

⁷⁰. 92 «Gli indemoniati che sono ospitati nella casa del Signore ricevano cibo quotidianamente dagli esorcisti al momento opportuno».

⁷¹. *A Stagirio tormentato da un demone* 3,14 "Non cessare di combattere il tuo male e presto ce la farai... se dunque cercassi di fare ricorso a queste armi... presto sentiresti tutti i vantaggi di una tale educazione... essendoti bene allenato in essa finirai per diventare invincibile nelle altre circostanze della vita".

⁷². Questo è quanto si ricava da molti scrittori cristiani; per fare qualche esempio si può citare Giovanni Climaco, *La scala del paradiso* 2,11 "Chi odia il mondo è lontano dalla tristezza"; Evagrio, *Trattato pratico* 19; Doroteo di Gaza, *Sentenze* 3 "Chi fugge i piaceri del mondo diventa un baluardo inattaccabile per il demonio della tristezza. La tristezza altro non è che la fine di un piacere..."; Massimo, *Centurie sulla carità* 1,22; ecc.

⁷³. Si veda ad es. Doroteo di Gaza, *Istruzioni Spirituali* 7,81 "Mala causa del turbamento, se mai la ricerchiamo diligentemente, è sempre nel fatto che non si mette mai in causa se stessi. Da questo fatto deriva il nostro avvilito e la nostra irrequisitezza"; cfr. anche gli *Apoftegmi dei Padri* (s. V) 15,136; 16,17 8; ecc.

⁷⁴. Si veda ad es. Giovanni Cassiano, *Istituzioni cenobitiche* 10, 9. 14 "Con il precetto salutare del lavoro egli cura la causa di tutte queste malattie, che si sviluppano a partire dalla pigrizia, sapendo che anche le altre malattie spuntano sullo stesso ceppo"; cfr. anche Evagrio, *Antirretico* 6,25. 32.33

⁷⁵. *Omèlia sulle statue* 6,1.

⁷⁶. Su questo importante distinzione tra persona e follia insiste variamente, tra gli altri, Giovanni Crisostomo: «Il vangelo ci assicura che colui il quale avrà chiamato il suo fratello con l'appellativo di pazzo non eviterà le pene dell'inferno» (*Trattato sulla verginità* 21). Ved. ancora *Omèlie sui demoni* 1,7; *Omèlie su Matteo* 15,8, ecc.

Nel caso della gente comune, per comprendere l'atteggiamento nei confronti del pazzo, si tratta piuttosto di mettere insieme e interpretare tutta una serie di indizi, segni, accenni ricorrenti un po' un po' in tutta la letteratura, tecnica e no, ma in particolare soprattutto in opere mediche, in commedie, tragedie, satire, vite di santi omelie, ecc. generi cioè e autori che, per pubblico e tematiche o per motivazioni ideologiche più sono interessati a comportamenti e psicologia delle masse.

3.4.1. Familiari

L'atteggiamento ed i sentimenti dei familiari vanno dalla partecipazione sofferta, al dispiacere, alla paura, alla preoccupazione per la salute del congiunto.

Un esempio di partecipazione sofferta è quello di Tecmessa la moglie e schiava di Aiace, nella tragedia *l'Aiace* di Sofocle (s. V a.C.). La follia di Aiace, che uccide il bestiame preda di guerra, in luogo dei capi Achei è stata provocata da Atena, per evitare la strage dei Achei. La Moglie Tecmessa esponendo i suoi sentimenti nel vedere il marito prima in balia alla follia e poi in balia alla vergogna conseguente la consapevolezza della follia stessa parla chiaramente di partecipazione dolorosa⁷⁷.

Un dispiacere ed un dolore che arrivano a manifestarsi anche in forme di violento autolesionismo rivela la madre del ragazzo posseduto dall'anima di un morto di cui si racconta nella vita di Apollonio di Tiana (vd. n. 41).

Dispiacere per la disgrazia che colpisce anche la famiglia ed insieme paura esprime la moglie di Menecmo I, di fronte alle minacce di Menecmo II (scambiato per Menecmo I) di colpirla a pugni nella commedia plautina dei *Menecmi* (II s. a.)⁷⁸.

La stessa paura manifesta il suocero di Menecmo I, di fronte alle minacce di farlo a pezzi da parte di Menecmo II, ritenuto però Menecmo I⁷⁹, o difronte al comportamento esagitato di Menecmo II che finge di salire su un carro, e poi si getta a terra⁸⁰.

E' soprattutto nei casi di follia depressiva, provocata da amore (*discidium* o amore impossibile), caratterizzata da rifiuto del cibo, fuga isolamento, moti inconsulti di ira, autolesionismo, ciclotimia, ecc. che scatta la preoccupazione dei familiari, genitori e nutrici che vedono i giovani deperire. Esempi famosi, riportati dagli storici e considerati anche dai medici due autentici casi clinici, sono quello di Antioco innamorato della matrigna Stratonice e di Perdicca, invaghito anch'egli della matrigna Fila. Riportano la prima storia, con relativa abbondanza di sintomi psico-fisici, Valerio Massimo (s.I), *Fatti e detti memorabili* 5,7 1; Plutarco (s. I), *Demetrio* 38,2-3; Appiano (s. II), *Siriaca* 59-61; Luciano (s. II), *La dea Siria* 17-8; Giuliano (s. IV), *Misopogon* 17-8. La seconda è raccontata soprattutto nella *Vita di Ippocrate* attribuita a Sorano (s. I-II) e nella *Malattia di Perdicca* (s.V-VI). Ovunque si sottolinea la preoccupazione dei familiari.

Numerose altre testimonianze vengono dalla poesia elegiaca latina, in particolare nelle storie di Ciris, Saffo, Didone, ecc., così anche dal romanzo con le storie di Cherea, Callicrate, ecc.

3.4.2. Estranei

⁷⁷. Sofocle, *Aiace* 271-278. «Lui è là. Fino a che era in balia della malattia egli godeva del amale in cui si trovava, noi invece, sani di mente, univa a lui, come una briglia, un dolore partecipe. Ora che ha cessato e ha avuto un momento di respiro dalla malattia, tutto è travagliato da un dolore crudele. Noi ugualmente; nulla cambia rispetto a prima».

⁷⁸. vv. 852 ss. «Non sono disgraziata nell'udire queste parole ?...Devo prendere le mie precauzioni e devo stare in guardia. Invero ho paura; come minaccia! Vogliano gli dei che non mi faccia qualche cosa di male!»

⁷⁹. vv. 860-1 « Devo prendere le mie precauzioni e devo stare attento. Temo che mi faccia del male, come sta minacciando»

⁸⁰. vv. 872-75 « Che malattia violenta e crudele! Aiutatemi o dei !Costui che ora si comporta da pazzo, poco fa stava bene. All'improvviso gli piomba addosso una malattia così grave!»

Gli atteggiamenti vanno dalla derisione, all'avversione, all'ostilità, all'emarginazione e reclusione, alla reazione violenta, al rispetto e venerazione, alla partecipazione, alla commiserazione, a seconda del tipo di pazzia.

La derisione è uno degli atteggiamenti più diffusi, documentata nelle più svariate occasioni e generi letterari, dalle tragedie, alla storiografia, alla commedia, alla omiletica. Nella tragedia di Euripide *Ercole folle* 950 e ss. i servi nel vedere Ercole che sale su un carro che non c'è, che frusta cavalli che non ci sono, ridono⁸¹.

Nell'*Eutifrone*, dialogo platonico 3 c, il protagonista dice di essere deriso quando predice il futuro⁸².

Avversione, ostilità rifiuto rivela il lancio delle pietre contro il pazzo posseduto, come chiaramente si ricava da *Il giovane cartaginese* di Plauto ai vv. 527-8, in cui i testimoni sollecitati da Agorastocle a camminare più speditamente rispondono che non vogliono essere scambiati per cerriti (cioè posseduti da Cerere) e quindi essere presi a sassate dal popolo⁸³.

Emarginazione e reclusione sono forse gli atteggiamenti più diffusi tra la gente, non solo comune, sia pagana che cristiana.

Una forma di emarginazione è certamente la reclusione in casa mediante legamento o incatenamento. Questa forma di isolamento e reclusione trova una delle più antiche conferme e legittimazioni già nelle leggi di Platone 934 c-d⁸⁴.

Le numerose attestazioni della pratica di legare e incatenare i pazzi sono la testimonianza di un uso diffuso e legittimato, come di cosa comune e naturale ed in qualche modo necessaria per proteggere vuoi i sani, vuoi per il malato stesso. Tra le numerose attestazioni distribuite in tutto l'arco dell'antichità si possono citare quelle di: Socrate (s. V)⁸⁵, Plauto⁸⁶, Ps. Quintiliano (s.I)⁸⁷, Girolamo (s. IV-V)⁸⁸, ecc.

Una delle testimonianze più impressionanti è quella di santo Marone, monaco orientale, s. V che si finge pazzo e non solo attesta e conferma la diffusione del costume, ma ne dà una giustificazione etica e morale, come giusto castigo; egli dice: «Sono legato a questa pietra come un malfattore o come un cane alla catena, così che egli non possa fuggire o fare male agli altri. Pensate forse che se io fossi libero di andare avrei fatto una casa per me, avrei una moglie e dei figli? Non capite che, nel mio caso, tutto questo è la conseguenza dei peccati di cui mi sono macchiato, dei miei crimini e che Dio mi ha legato a questa pietra come fa un giudice che mette un criminale in catene»⁸⁹

⁸¹ . «i servi veniva da ridere e da tremare insieme».

⁸² . « Sono deriso come se fossi un pazzo». Per altri esempi di derisione di pazzi ved. ad es. Tito Livio, *Storie* 1.,56.

⁸³ . «Nessuno di noi oggi correrà attraverso le vie e così il popolo non ci inseguirà a sassate credendoci cerriti». Probabilmente allude a questo comportamento nei confronti dei pazzi posseduti anche lo Ps. Cipriano in *Contro i Giudei*, che nel parlare dell'atteggiamento degli Ebrei nei confronti dei profeti (in qualche modo posseduti dalla divinità) che annunciarono Cristo, dice che essi li inseguirono a sassate. Probabile conferma di tale uso, di inseguire i folli in seguito a possessione a sassate, costituisce anche l'episodio riferito da Agostino (*La remissione dei peccati* 1,22,32) del credente che inseguiva a sassate coloro che bestemmiavano. La medesima usanza di prendere a sassate il pazzo posseduto, o meglio, attraverso il pazzo il demonio che si è impossessato di lui, emerge anche dalla *Vita di Apollonio di Tiana*, di Filostrato (s. II-III), in cui un mendico, al lancio dei sassi, rivela essere in realtà il demonio stesso.

⁸⁴ . «Colui che è folle non si faccia vedere per la città. I suoi parenti sorvegliandolo lo tengano in casa nel modo in cui sono capaci, altrimenti siano condannati a pagare una multa».

⁸⁵ . Senofonte (s. V-IV a.C.), *Memorabili* 1,2 «Se uno era pazzo, riteneva (sc. Socrate) che fosse utile per lui e per gli amici che fosse legato».

⁸⁶ . *Prigionieri* 599-600 Elione di fronte ai segni di supposta pazzia di Aristofonte dice: «Che cosa ne pensi se lo faccio legare?» e Tindaro risponde: «saresti più saggio».

⁸⁷ . Un tema della declamazione minore 295 dello Ps. Quintiliano, il figlio che lega il padre pazzo, rivela quanto il costume dovesse essere diffuso anche in ambito familiare: «Il padre condannato alla demenza dal figlio e legato, rotte le catene, reagì con forza».

⁸⁸ . *Commento a Daniele* 1,4 «E' ovvio che tutti i pazzi, affinché non si facciano male o non assalgano gli altri vengono legati con catene».

⁸⁹ . Ved. Festugière 1963., 165 s..

Rari sono i casi in cui si fanno riserve su questo metodo di trattamento dei folli; un esempio è quello sopra citato di Sorano-Celio Aureliano, che tuttavia è esponente di una medicina umanitaria ma insieme anche aristocratica, cioè propria dei ceti aristocratici.

Una forma particolare di emarginazione e di isolamento si verifica, all'interno della comunità dei cristiani, del tardo impero e primo medioevo, nei confronti dei folli posseduti o meno: l'esclusione cioè dalla comunione; ciò nonostante la posizione teorica dei Padri di cui sopra e il concreto atteggiamento di alcuni di essi, soprattutto di santi monaci. È documento di questo tipo di emarginazione, nei confronti del pazzo, posseduto o meno, la domanda che san Germano, nella settima *Conferenza* di Giovanni Cassiano, rivolge al suo interlocutore l'abate Sereno: «Come mai avviene che nelle nostre regioni non solamente i posseduti siano oggetto di disprezzo e di orrore, ma che sia costante l'abitudine di tenerli lontani dalla comunione con il corpo del Signore sulla base del passo del Vangelo che dice "non date ciò che è santo ai cani e non gettate le vostre perle davanti ai porci?».

Nella risposta alla domanda di Germano l'abate Sereno deplora vivamente una tale abitudine di pensare e agire, considerandola come un errore profondo ed una deviazione grave.

Una conferma dell'esclusione degli indemoniati dalla comunione (si tratta di una conferma autorevole e significativa per un atteggiamento in qualche misura ufficiale della gerarchia), viene dalla *Gerarchia ecclesiastica* dello Ps. Dionigi l'Aerofagia (ss. V-VI), secondo cui i posseduti pazzi non sono ammessi alla celebrazione dei santi misteri ed è loro vietato partecipare alla santa comunione⁹⁰.

L'emarginazione e l'avversione dovevano essere sicuramente anche la conseguenza dello stato di abbandono in cui per lo più dovevano trovarsi i pazzi, soprattutto quelli poveri. Non mancano testimonianze, anzi sono frequenti, di pazzi che vagano e sono pericolosi o addirittura armati⁹¹.

Un atteggiamento di paura nei confronti dei pazzi posseduti emerge dalle prediche di Cesario di Arles (s. V-VI), in particolare da una predica (79,1) che ha per oggetto, o meglio come spunto, l'episodio accaduto la domenica precedente, di un indemoniato che era stato catturato in chiesa, durante la celebrazione della messa. In questa predica egli riferisce la reazione impaurita dei fedeli e trova la cosa naturale. «Domenica scorsa, fratelli carissimi, mentre veniva celebrata la messa, quell'indemoniato folle ha fatto non poca paura a tutto il popolo. Certo, fratelli, è difficile trovare un uomo, che non si spaventi e non abbia paura al vedere una infelice persona oppressa dal demonio in tal modo; le ragioni tuttavia della religione e della perfetta carità dovrebbero comportare un minor timore ed un motivo più grande per pregare per lui. E comunque, fratelli carissimi, se volete posso mostrarvi, con l'aiuto di Dio, le ragioni per cui potete non temere l'indemoniato».

Un atteggiamento, di rispetto e quasi di venerazione emerge nei confronti dei folli religiosi, i folli che, secondo Socrate, sono ispirati da Dioniso.

Un tale atteggiamento di rispetto o meglio comprensione viene testimoniato da Areteo (ved. n. 4) nel caso specifico la follia autolesionista dei seguaci di Cibele che suggestionati da immagini religiose, musica e allucinogeni arrivano fino mutilarsi.

Un misto di rispetto, di ammirazione e devozione suscitano nelle persone semplici stando ad Apuleio (s.II), *Metamorfosi* 8,28 (II s. d. C.) anche dei finti folli invasati sacerdoti della

⁹⁰ *Gerarchia ecclesiastica* 3, cc. 432-436 (Migne). Dionigi pone i pazzi posseduti fuori dalla celebrazione del mistero eucaristico come i catecumeni e i penitenti. L'esclusione degli indemoniati emerge indirettamente anche dalla *Sintesi dei canoni* del diacono »Ferrando Cartaginese (s. VI), tit. 16 «Coloro che sono vissuti come gli animali muti, preghino tra gli indemoniati».

⁹¹ Ved. ad es. Agostino, *Sermone* 39 c. 1596 (Migne): « I frenetici che sono fuori di mente sono molesti, anche i pazzi ed i furiosi: vagano armati qua e là, cercando persone da uccidere, da accecare».

dea Siria (una divinità della fecondità il cui culto si diffonde in età Giulio Claudia) i quali arrivano , nell'eccitazione, a forme di autolesionismo⁹².

Un atteggiamento di amorevole compassione, sempre nelle *Metamorfosi* apuleiane, è quello che dimostrano i presenti nei confronti della moglie di Tleptolemo (ucciso da un cinghiale in seguito al tradimento del suo amico) che alla notizia impazzisce. Alle manifestazioni di follia della donna una turba di persone la segue, insieme curiosa e partecipe del suo dolore⁹³

La stessa partecipazione popolare è descritta anche nei romanzi e nell'elegia a proposito dei malati folli da amore.

Compassione, e dolore come sentimento comune, collegato all'aspirazione dell'anima umana a non essere ingannata testimonia anche Agostino⁹⁴.

4. Conclusione

In estrema sintesi, dai vari generi letterari ed autori considerati del mondo antico, in un arco di tempo di circa mille anni, emergono, da un lato, vasta attenzione e interesse al tema della follia, dall'altro una diversa, articolata gamma di reazioni, atteggiamenti, nei confronti del fenomeno patologico e del malato. In concreto potremmo riassumere quanto caratterizza lo stigma del mondo antico nei confronti della follia nei punti che seguono.

1. Gli atteggiamenti positivo (comprensione umana, partecipazione, assistenza, terapia) e negativo (rifiuto, maltrattamenti, persecuzione, emarginazione, paura), si collocano diversamente a seconda dei ceti sociali e culturale, ed in rapporto alle varie tipologie di follia.
2. In linea di massima c'è comprensione per la malattia mentale di origine fisica, o tale considerata, presso la categoria sociale dei medici e comunque presso i ceti colti, siano essi pagani o cristiani (filosofi e Padri della chiesa).
3. La follia conseguenza del possesso demoniaco, o comunque per i pagani possesso della divinità , trova in genere comprensione, non scevra tuttavia da paura. Per i cristiani il posseduto dal demonio merita sostegno e preghiera perché il possesso non è necessariamente conseguenza del libero arbitrio del posseduto, ma può anche essere una prova consentita da Dio in vista di un'ulteriore crescita spirituale del posseduto stesso.
4. Minore comprensione tra filosofi e padri della chiesa c'è per la follia spirituale in quanto conseguenza di una errata, ma voluta scelta di vita e dunque un meritato castigo; va tuttavia detto che alcune menti più aperte e comunque più influenzate dall'umanitarismo cristiano (ad es. Boezio e Giovanni Crisostomo) si dimostrano più comprensivi anche per questo tipo di follia.
5. La gente comune reagisce diversamente a seconda che si tratti di familiari o di estranei.
6. Nei familiari predominano i sentimenti di partecipazione e dispiacere, non disgiunti tuttavia dalla vergogna e dalla paura.
7. Negli estranei l'atteggiamento prevalente nei confronti della follia e del folle (esclusa la follia ispirata dalla divinità o dovuta ad amore infelice e/o *discidium*), è quello della paura,

⁹² « Prese dunque ... uno staffile a lunghe frange di lana attorte in cui si trovano infilati tanti dadetti di ossa di pecora , e cominciò a rifilarsi con quei nodi delle botte tremende, mirabilmente difeso , di fronte al dolore dei colpi, da una presunta insensibilità. Per i tagli delle spade e le staffilate si poteva vedere il suolo lordo e zuppo di quel sangue effeminato. Stremati infine, o certo almeno sazi di straziarsi, fecero una pausa alla carneficina. Allora a gara una quantità di gente offriva in elemosina monete di bronzo e anzi addirittura d'argento, che lo raccoglievano aprendo i lembi della veste, nonché un'anfora di vino e latte e formaggi e un po' di farro o di segale»(trad. Fo 2002

⁹³ . 8,6 «Lei non appena apprese tale notizia quale non ne apprenderà altra mai , folle e divorata dalla pazzia, impazzendo come una baccante in una corsa folle attraversa piazze affollate e campi agresti gridando la morte del marito con una voce da pazza. Accorrono folle di cittadini dall'aspetto triste, i quali gli si fanno incontro partecipando al suo dolore e così tutta la città si svuota e desidera vedere» (trad. Fo 2002).

⁹⁴ . *Prediche* 38, c. 813, 40 «Quanto l'anima umana odia essere ingannata, si può capire dal fatto che coloro i quali a causa dell'alienazione della loro mente ridono, suscitano pianto nei sani».

del rifiuto, dell'emarginazione, dell'isolamento in modi e mezzi anche violenti: incatenamento, sassaiole, bastonate, ecc.

8. Non doveva mancare tuttavia anche negli estranei un sentimento più umano di commiserazione.
9. Il diverso atteggiamento nei confronti del folle in rapporto vuoi ai tipi di follia, vuoi alle categorie sociali e culturali è in effetti anche la conseguenza di un diverso approccio alla follia, di un diverso appropriarsi della follia da parte della medicina, filosofia e religione.

5. Bibliografia con abbreviazioni

Ciani 1983: M.G. Ciani, *Psicosi e creatività nella scienza antica*, Venezia 1983

Felicier 1989: Y. Felicier, *Les sources classiques du vocabulaire de la folie*, in *Mélanges offerts à L. Jerphagnon*, in « Les Cahiers de Fontenay » 55-57 (1989), 253-73

Festugière 1963 : A.J. Festugière, *Les moines d'Orient*, 3,3, Paris 1963

Fo 2002: A. Fo, Apuleio, *Le metamorfosi o L'asino d'oro*, traduzione di A. Fo, Milano 2002

Fritz 1992: J.-M. Fritz, *Le discours du fou au Moyen Age. XII-XIII siècle*, Paris 1992

Gil 1969 : L. Gil, *Therapeia. La medicina popular en el mundo clasico*, Madrid 1969

Gourevitch 1983: D.Gourevitch, *La psychiatrie de l'antiquité gréco-romaine*, in Postel- Quérel 1983, 13-31

Gourevitch 1991: D. Gourevitch, *Les mot pour dire la folie en latin. A propos de passages de Celse et Célius Aurélien*, "L'évolution Psychiatrique " 56 (1991) 561-568

Larchet 1992: J.C. Larchet, *Thérapeutique des maladies mentales. L'expérience de l'Orient chrétien des premiers siècles*, Paris 1992

Manuli Vegetti 1988 : P. Manuli M. Vegetti, *Le opere psicologiche di Galeno*, Napoli 1988

Mazzini 1997: I. Mazzini, *La medicina dei Greci e dei Romani*, II, Roma 1997

Moss 1967 = G.C. Moss, *Mental Disorder in Antiquity*, in Brothwell Sandison 1967, 709-22

Pigeaud 1981: J. Pigeaud, *La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Paris 1981

Pigeaud 1995 : J. Pigeaud, *La follia nell'antichità classica: la mania ed i suoi rimedi*. Trad. di A. D'Alessandro dell'edizione francese del 1987, Venezia 1995

Rosen 1968: G. Rosen, *Madness in Society. Chapters in the Historical sociology of Mental Illness* , Chicago 1968

Simon 1978 : B. Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece*, Ithaca London 1978

Stok 1980: F. Stok, *Concetto e trattamento dell'insania in A. Cornelio Celso*, in "Studi di Filologia e Letteratura " 4 (1980), 9-42

Stok 1996 : F. Stok, *Follia e malattie mentali nella medicina dell'età romana*, In ANRW II 37,3 1996, 2282-2410

Stok 1997 : F. Stok, *Il pazzo e il suo medico*, in "Medicina nei secoli" 92 (1997) 261-276

Malattia mentale, stigma sociale, letteratura

Elio Gioanola⁹⁵

Ho ricevuto nei mesi scorsi, tra i molti, troppi libri di poesia che affliggono in continuazione chi faccia il mestiere del letterato e del critico, un volumetto di versi che mi ha colpito per la forza espressiva assolutamente eccezionale e per la dolorosa materia su cui essa si esercita. Quei versi infatti nascono da un'esperienza di malattia mentale e dei trattamenti psichiatrici subiti in nome della medesima. La plaquette s'intitola *L'occhio dell'ala* e l'autrice è Maria Marchesi, una paziente che ha trascorso molti anni della sua vita in questa stessa struttura manicomiale in cui si svolge il nostro incontro. Dalla breve "Notizia" in appendice apprendiamo che è nata nel Veneto, che si è laureata in Lettere e che ha insegnato per un certo periodo greco e latino in un Liceo. Per i gravi disturbi psichici sofferti in età ancora giovanile ha subito l'internamento al Santa Maria, da dove è uscita soltanto dopo la provvidenziale legge 151. Adesso è una signora parecchio anziana e *L'occhio dell'ala* è la sua prima pubblicazione, ma si sa che custodisce nel cassetto un romanzo e dei racconti scritti durante l'internamento. Nella "Premessa" del volumetto l'autrice rivela di avere scritto moltissime poesie al tempo del Santa Maria, ma di averle di volta in volta distrutte «con una sistematicità che a pensarci adesso mi sembra un rito aberrante [...]». Era come se dovessi purificare il mio corpo da un accumulo di scorie ingombranti». La ripresa della scrittura coincide con l'uscita dal manicomio, quando Maria tenta di accreditarsi presso il mondo letterario inviando i propri testi a poeti e critici di fama. Zanzotto le risponde che si tratta di «grande poesia», Geno Pampaloni non esita a parlare di «poesia alta, una sorpresa che sconcerta ed esalta», Enzo Siciliano le scrive: «Sono versi talmente belli che avrei voluto scriverli io. Siamo alla vertigine lirica», Pietro Citati le invia una bellissima lettera che lei confessa di tenere molto cara. Però, da riconoscimenti così pronti ed entusiastici non viene nessuna concreta iniziativa di pubblicazione. Maria prova a mandare i suoi versi tanto lodati ai maggiori editori di poesia, ma il risultato è il silenzio o due righe di ricusazione. In questo è assai più sfortunata di un'altra reduce dai patrii manicomi, Alda Merini, a far conoscere la quale anch'io ho dato il mio contributo pubblicando il suo *Delirio amoroso* nelle edizioni del Melangolo, da me fondato a Genova con un gruppo di colleghi e allievi. Ebbene, io credo che Maria Marchesi sia un poeta più intenso e originale dell'ormai famosa e premiatissima Merini. È probabile che lo stigma della malattia mentale abbia pesato in maniera determinante nel tacitare una voce assolutamente meritevole della massima attenzione.

Chiunque allora, in un modo o nell'altro, si sia preso a suo tempo la responsabilità di non prestare ascolto ad una poesia di questo livello ha certamente commesso un grave errore e si è fatto carico di un torto che rischia di essere irrimediabile. Merita senz'altro lode la piccola editrice romana Lepisma che qualche mese fa ha pubblicato la citata raccolta. Personalmente, mi sono sentito in dovere di presentare la poesia di Maria Marchesi sulla rivista genovese "Il Cormorano", nata dalla convergenza interdisciplinare di psicanalisti, psichiatri, filosofi, poeti, letterati. A una mia lettera scritta a caldo dopo la lettura di quei versi, l'autrice così mi rispondeva: «Lei deve essere una persona speciale, mi ha scritto col cuore, mi ha commosso e, mi creda, ormai è raro che provi emozioni. Ma certo che può citare i miei versi, dove vuole e come vuole. Era il sogno di me bambina essere citata nelle storie

⁹⁵ Docente di Letteratura Italiana, Università di Genova

letterarie, nei libri! Piacerebbe anche a me conoscerla di persona, ma tenga presente che sono vecchia e non sempre capace di agire in maniera corretta. Io non ho telefono, vivo nel deserto». Ecco, io credo che una persona così, che reca ancora forti tracce di sofferenza, meriti di essere aiutata a uscire dal deserto, non fosse altro che con l'attenzione ai richiami della sua scrittura. Sono sempre stato persuaso, nel mio lungo lavoro di interpretazione del lavoro letterario, che è la 'diversità' ad avere alimentato la maggiore poesia moderna e specialmente novecentesca, e la diversità femminile in modo particolare, specialmente quando sia alimentata da quell'altra diversità che viene dalla sofferenza psichica. Maria Marchesi ha la giusta ambizione di volersi sentire vicina all'eletta schiera di poetesse come la Dickinson, la Plath, la Cvetaeva, ma ne ha anche il diritto, perché la sua poesia è della stessa natura di quell'altra, obbedendo con estremo rigore, senza compiacimenti o cedimenti, allo statuto della 'diversità'. Giustamente lei dice: «Vorrei essere letta per la mia poesia e non per le vicende della mia vita. Le storie degli uomini si assomigliano tutte, i libri di poesia, se nascono dalla necessità della scrittura, no». E' verissimo, un conto è la vita, un conto è la poesia e non c'è sofferenza o diversità che possa, di per sé, giustificare una scrittura, se questa pretende la propria nobiltà soltanto dalla misura del dolore. Eppure esistono indubitabilmente connessioni profonde tra disagio, sofferenza, malattia psico-mentale e inventività poetica. Anzi, tale condizione, anzi, pare essere addirittura costitutiva della modernità artistica, dal romanticismo in poi (ma anche prima, in forme meno consapevoli ed esibite, basti pensare all'*acedia* del Petrarca, alle ombre paranoiche del Tasso). «Senza malattia nervosa, non c'è grande opera», dice Proust; e Thomas Mann: «Il genio non è altro che malattia»; «Senza malattia il mio mondo sarebbe una barca senza remi», ribadisce Munch. Avremmo forse Holderlin senza paranoia, Leopardi senza la malinconia, Campana senza la schizofrenia, Pirandello senza la «paura d'impazzire»? E' indubbio che la sofferenza mentale, nevrotica o addirittura psicotica è certamente alimentatrice della creatività, aprendo il mondo alternativo del fantasmatico rispetto a quello, sentito come imprigionante, del razionale puro, o della cosiddetta normalità. Chi sta bene, non sente la necessità di scrivere, perché ha un rapporto pacifico con la realtà e il contesto sociale e, dunque, non si sente per nulla un diverso rispetto alla norma comune del pensare, sentire, comportarsi. Certo, come diceva Leopardi riportando le parole di Seneca, «*curae laeves loquuntur, graves stupent*», cioè il dolore induce ad esprimersi quando è sopportabile, quando è troppo pesante istupidisce. E' fin troppo ovvio che la follia non è condizione sufficiente a fare un artista, ci vuole il dono gratuito del talento, ma che il talento trovi terreno drammaticamente fecondo per alimentarsi nelle condizioni, anche le più estreme, del disagio è indubitabile.

Se esibisco il caso di Maria Marchesi non è per rilevare un'eccezione o proporre una situazione-limite, perché siamo nel più nobile filone della poesia moderna. Certo i grandi poeti sono in grado di dominare la sofferenza molto più di quanto la sofferenza domini loro: mi sono occupato di Leopardi, Pascoli, Svevo, Pirandello, Tozzi, Gadda, Pavese, esaminati proprio a partire dalle forme del pathos (la malinconia, la paura di vivere, la nevrosi isterica, la divisione schizoide dell'io, l'ossessività e così via), tutti artisti che sono stati in grado, prima eventualmente di cedere all'assedio del dolore, di edificare capolavori di assoluta originalità. Maria vive più apertamente una situazione di confine e, se da un lato sfugge agli artigli della follia con le sue splendide risorse metaforiche, dall'altro a volte si affaccia su un baratro di nulla e di silenzio. La sua poesia, invece di fuggire per la tangente consolatoria delle parole incantate, decide di guardare con occhi fermi al baratro su cui pende, quasi prendendo per il collo, se così posso dire, la genesi e la fenomenologia del male, addomesticandolo con la forza dura e lucida della verbalità lirica. Come succede nei casi più felicemente risolti di scrittura da disagio psichico, in questa poesia le incursioni nel vissuto della malattia trovano sempre la strada di una ricca libertà trasfiguratrice. Per questo ho ritenuto utile, in un convegno che accosta stigma sociale della follia e creatività letteraria, proporre all'attenzione questo caso per tanti aspetti minore, ma assai adeguato per il nostro assunto. Il 'vissuto' che alimenta i versi di Maria Marchesi non è la vita nella sua banalità e brutalità, è quanto resta nel fantasmatico e nell'emotività delle esperienze realmente incontrate, materia elaborata dalla

memoria dolente, da consegnare alle virtù sublimatrici dello stile. E' il caso di offrire qualche esempio, come questo che si riferisce ad un antico trauma, di natura sadico-sessuale:

L'infanzia troppo ricca di suoni,
di partite interminabili, canzoni
colorate, mattini dorati, giochi.
La demenza era nel suo stringermi
senza pietà fino a farmi sanguinare,
nel farmi ingoiare fichi acerbi
e latte appena munto e poi darmi
pugni nella pancia. I lividi erano ghirigori
che accarezzavi nitrendo. E' partito di lì
qualche fulmine e ha perso la strada?

E con evidenza ancora maggiore, che non teme il ricorso alle forme di un violento realismo, per giungere ad una resa espressionistica di grande evidenza:

Qualche volta t'ammazzo, mi diceva.
E si sedeva sul mio corpo stanco.
Un cavallo, una piovra. Mi stringeva
con le mani i fianchi. E fumava
silenzioso. Non sono il tuo bidet,
mi ribellavo. Mi faceva girare a pancia in giù.
Gli scarafaggi bivaccano, il cigolio delle reti
mi entrava nel cervello.

Emerge con drammatica evidenza il senso di una costrizione, di una chiusura senza scampo dentro il cerchio della forza brutta. E' l'anticipazione della pena a cui la crisi schizofrenica, scatenata da quella violenza, condanna, la penda dell'internamento nel manicomio, rivissuto nei versi attraverso serie metaforiche all'insegna dell'angoscia da imprigionamento, come nella fenomenologia del lager:

Collisioni di fiori, farfugliare
d'inferriate infinite, celletugurio coi sigilli
ai muri neri. Generali muti
davano ordini imperiosi
stringendo pastrani induriti di gelo.
Dagli occhi scendeva una muffa
di rubini appestati. Le mutande
avevano occhi grandi di bambini.

Nelle poesie riferite all'internamento ritornano termini come «cella», «foiba», «tana», «cripta», «botola», «bara», a marcare l'angoscia del corpo murato: «Si chiude la porta, / fa orrore la toppa / e più mi scuoti / più s'interna lo sfascio della mente»: «Santa Maria è come una grande bara / col raso al posto giusto e il coperchio / pronto a scivolare». Di straordinario slancio inventivo, nella sua durezza, è il testo più eloquente tra quelli riferiti a Santa Maria:

La cella era una tana umida stretta
da troppi lamenti, da una storia
lunga e dannata di stenti e lacrime.
Nel prontuario dei maghi era impossibile
trovarne traccia. Inviavo a Dio
echi di strazi e di parole, briciole

d'un canto intravisto e perduto.

Ma dal cuore stesso della *Spaltung* schizofrenica viene la parola poetica ad aprire varchi di libertà nei muri della tana:

Fu quando apersi gli occhi e vidi l'alba
e conobbi il principio dell'azione
che vidi il mio corpo in agonia
e l'anima separata dai miei occhi.
Mi soccorse la parola, la sola ombra
che ha sangue e carne,
mi dette la pietà che occorreva.

Ecco allora le bellissime terzine della poesia che intendo ancora leggere, in cui al ricordo dei brutali trattamenti clinici, generatori di risposte violente, fanno vittorioso riscontro immagini di liberazione creativa, consegnate negli ultimi versi alla splendida figura del cardellino che appare al di là della finestra, simbolo del volo poetico oltre le sbarre:

Nell'ansia colorata del mio male
ho acceso vibrazioni neutre
lumi che terrò da parte a lungo.

Questi bianchi lupi con gli occhiali
si ostinano a fare elettrochoc,
a riempirmi di medicinali, così il prato

diventa piccolo e alla mensa si sta seduti
mentre suona una musica vacca
che spezza le ossa. Vi sono cannoni

dappertutto nascosti nei fondi dei bicchieri,
bisogna che trovi la forza di sparare.
Non vorrei però uccidere quel fiocco

azzurro di là dalla finestra,
quel cardellino che spesso s'affaccia,
né la maldestra precarietà dei sogni.

Ho di proposito indicato un caso tanto 'minore' quanto esemplare, e anche di urgente attualità, in cui si vede la diretta sovrapposizione di sofferenza psicotica e invenzione poetica, per mettere in risalto le evidenti tracce dello stigma sociale che continua a segnare anche chi ha mostrato di sapersi riscattare creativamente da un destino di condanna. Qui non si tratta infatti di *écriture en folie*, ma di un'operazione poetica capace di svincolarsi dalla servitù della malattia pur partecipandone delle inquietanti ombre. Ma la persona in quanto tale, che ha conosciuto gli orrori della contenzione psichiatrica coatta, ne reca a tal punto le cicatrici da non aver più potuto affiatarsi col mondo della cultura e della letteratura che pure vocazionalmente è il suo.

Non sempre è stata questa, fortunatamente, la sorte dei grandi poeti e scrittori che pure con le forme del dolore mentale hanno convissuto. Non essendo un biografo e non avendo particolare curiosità per le vicende personali degli artisti, il mio lavoro è stato sempre volto all'interpretazione dei testi, ma nella persuasione che questi non sono mai frutto dell'immacolata concezione, ma del commercio profondo con un fantasmatico turbatissimo, fortemente impresso dei segni del disagio psichico. C'è una consecuzione di omologie tra le

forme di questo disagio e le forme sia dei contenuti che dell'espressione testuali, per cui una sofferenza malinconica fonda uno stile malinconico, una sofferenza ossessiva uno stile ossessivo, una sofferenza da io diviso uno stile schizoide. Insomma, più ho allargato e approfondito il campo di osservazione, più mi sono persuaso che non c'è creatività artistica che non affondi le sue radici e non tragga i suoi colori dalla sofferenza psico-mentale. Questa, almeno, è la sorte della letteratura occidentale, soprattutto nell'epoca della modernità romantica e postromantica, e ciò dipende, se si può semplificare in poche battute un problema di tale portata, dal contrasto sempre più profondo nei confronti della vincente tradizione razionalistica e poi tecnico-scientifica. L'atto fondativo di questa tradizione è già nella proposta platonica di allontanamento dei poeti dalla perfetta repubblica, in cui a dominare deve essere la pura *ratio*, riflesso delle eterne Idee. Il poeta infatti è portatore del *mithos*, obbedisce ai dettami di *mania*, la follia nemica di ragione.

Non è qui il caso di addentrarsi in discussioni sui massimi sistemi, ma appare evidente che, a partire dal passaggio di consegne dalla razionalità filosofica alla razionalità scientifica, e poi dal trionfo dei lumi, lo spazio del poetico tende a farsi marginale e sempre più soggetto alla diffidenza della cultura vittoriosa. L'Ottocento segna il culmine della contrapposizione tra le varie configurazioni della *ratio*, idealistica, materialistica, storicistica, positivista, scienziata, e le rivendicazioni d'oltranza del poetico e dell'artistico in generale (*L'infinito* di Leopardi è atto fondativo di questa rivendicazione, e viene da un poeta non a caso segnato a fondo dal dolore mentale). Nella seconda metà del secolo l'artista è ormai in aperto conflitto con il contesto socio-culturale e la 'malattia' diventa lo stigma della sua 'diversità'. C'è un grande testo che fa da spartiacque tra un romanticismo ancora euforico, in cui la diversità è vissuta come elezione, e le sue propaggini cosiddette decadenti: è *L'uomo del sottosuolo* di Dostoevskij. Ricordiamo il celebre *incipit*: «Sono un malato...Sono un malvagio. Sono un uomo odioso. Credo di aver male al fegato. Del resto non so un corno della mia malattia...». L'opposizione consapevole, e più ancora inconscia, al contesto è di per sé generatrice di 'malattia': Dostoevskij è epilettico, come il suo principe Mischin, malato e santo. La visionarietà si paga, ma apre squarci oltre la prigione del Medesimo, cioè della totalizzazione razionalistica.

Il dolore leopardiano viene dalla resa al dominio del pensare tormentoso, dal momento che «la ragione pura e senza mescolanza è fonte immediata e per sua natura di assoluta e necessaria pazzia». Per questo, scrive al Giordani, «mi fa infelice primieramente [...] il pensiero. Io credo che voi sappiate in che modo il pensiero possa cruciare e martirizzare una persona quando l'ha in balia»; «la ragione è la carnefice del genere umano». Così il poeta configura l'aspetto della follia malinconica che attende al varco chi sente di avere perduto ogni sintonia vitale ed è sprofondato nelle condizioni della morte-in-vita: «In questo formidabile deserto del mondo, io già sento d'esser morto. [...] Se in questo momento impazzissi, io credo che la mia pazzia sarebbe di seder sempre cogli occhi attoniti, colla bocca aperta, colle mani tra le ginocchia, senza ridere né piangere, né muovermi altro che per forza dal luogo dove mi trovassi». Queste parole, che formano l'impressionante icona di una catatonìa malinconica, sono del novembre 1819 e il poeta ha appena scritto *L'infinito*. La malinconia non è in Leopardi un semplice dato esistenziale e tra questa condizione di sofferenza e l'invenzione dell'altissimo capolavoro c'è un nesso profondo. La malinconia esprime il lutto per una perdita, ma ciò che è perduto non appartiene all'universo fenomenico, sta oltre le barriere del reale-razionale. E' nostalgia dell'impossibile, dell'inafferrabile, dell'inesprimibile, della Cosa che sta al di là delle cose (se vogliamo adottare un'indicazione di Lacan). Lo spazio dell'infinito si apre nel cuore stesso del «formidabile deserto del mondo» e indica la via d'evasione dalla prigione del razionale puro. Così, per esprimerci nei termini della trattatistica antica, la *tristitia mortifera* può trasformarsi creativamente in *tristitia salutifera*, o in «malinconia dolce», come dice il poeta stesso, ispiratrice di poesia. E' così che Leopardi, in piena stagione idealistica e storicistica, nel cuore delle ottimistiche prospettive per le «magnifiche sorti e progressive» della cultura borghese, inaugura quel connubio di dolore e creatività poetica

destinato a segnare a fondo la letteratura moderno-contemporanea, indicando alternative alla totalizzazione carceraria del razionalismo trionfante.

Alle soglie del Novecento è Pirandello a sfruttare creativamente quella «paura d'impazzire» che egli stesso dichiara, fin dalle lettere dell'adolescenza, come condizione profonda del suo spirito. Una paura drammaticamente ricalzata dalle vicende familiari, avendo avuto a che fare con la follia dichiarata della moglie Antonietta. *Il fu Mattia Pascal*, il capolavoro che apre il nuovo secolo, è stato scritto a ridosso della prima grave crisi psicotica della sua compagna di vita (Pirandello convivrà con la donna, in condizioni terribili, fino all'inizio degli anni venti). Il nome del protagonista non è casuale, Mattia-matto, come dice il fratello del personaggio, anche se poi i suoi comportamenti sono tutt'altro che improvvidi e balzani. Ma nell'universo pirandelliano la follia rappresenta più una possibilità che una condizione, anche se questa possibilità è condizione di tutta l'opera. Insomma, non è che nell'opera esista una ricca fenomenologia della follia perché, da un lato, i folli sono anche dei santi, dall'altro, essi sono dei grandi ragionatori, dei 'filosofi', come Mattia, che non per niente porta l'impegnativo cognome di Pascal. Infatti, leggiamo in una novella, «i così detti pazzi posseggono anch'essi quella complicatissima macchinetta cavapensieri che si chiama logica, in perfetta funzione, forse più della nostra, in quanto, come la nostra, non si arresta mai, nemmeno di fronte alle più inammissibili deduzioni». Il problema è quello della mancanza di sintonia vitale, per usare ancora i termini di Minkowski, derivante, nel caso pirandelliano, dal distacco schizoide tra io e mondo, tra corporeo e spirituale, tra le stesse parti dell'io: «Quand'ero matto», dice uno dei mille personaggi, non mi sentivo in me stesso; che è come dire: non stavo di casa in me [...]. Non potevo dir: *io*, nella mia coscienza, che subito un'eco mi ripettesse: *io,io,io*...da parte di tanti altri, come se avessi dentro un passerajo». Quante volte Pirandello ha detto di sé di essere lontano dalla vita, assente, disperatamente solitario; i suoi personaggi sono appunto dei 'filosofi del lontano', guardano il mondo da una specola che li congela in un irrimediabile distacco dalla realtà, magari facendone degli asceti, ma anche gettandoli nell'assideramento da mancanza di contatti vitali. Un campione eccelso di questa razza di asceti forzosi è il protagonista dell'*Enrico IV* che, per una caduta da cavallo, è improvvisamente impazzito, credendosi davvero l'imperatore tedesco che egli ha impersonato nella cavalcata carnevalesca con gli amici. In realtà, dico paradossalmente, Enrico non è impazzito perché ha battuto la testa (cosa del resto clinicamente impossibile), ma ha battuto la testa per impazzire davvero, essendo già da sempre vocato a quel destino. Non per nulla, anche quando rinsavisce dopo dodici anni di oblio, decide di continuare nella finzione di farsi credere l'antico imperatore, perché ha gustato il «piacere della storia», cioè il vantaggio dell'ibernazione in un personaggio fuori del tempo, fissato per sempre in un ruolo che lo esenta dagli imprevisti della vita vissuta. Un vantaggio dolorosamente ascetico, che lo ha tenuto e lo terrà per sempre lontano dal «banchetto della via», al quale ha invece gozzovigliato, prendendosi anche la donna di cui Enrico era innamorato, quel doppio inquietante del protagonista che è Belcredi. *L'Enrico IV* è uno dei pochi testi in cui la follia è direttamente tematizzata, ma questa interessa assai meno come tema che come struttura profonda di tutta l'opera pirandelliana ed è fondamento della sua organizzazione complessiva, a partire ovviamente dalla turbata psicologia dell'autore, che nel vissuto personale porta lo stigma di tutto il suo progetto creativo.

Vorrei concludere con le parole di Mario Luzi, a cui un intervistatore chiede di schizzare una breve mappa della follia nella letteratura e nelle arti figurative: «Il problema verte sull'interpretazione della follia, non dell'arte; la follia ha avuto molte versioni e interpretazioni da parte di studiosi, di critici, di sociologi, è un territorio estremamente vago e minato; ora il rapporto arte-follia è un po' una sabbia mobile, in un certo modo. E' chiaro che qualunque processo artistico, esperito fino alle conseguenze estreme, altera il rapporto con il mondo cosiddetto oggettivo, cioè mette in chiaro o lascia in ombra delle zone di realtà che, così isolate dalle altre, producono effettivamente degli squilibri. Quando si ha il caso che uno scrittore si presenti patologicamente, come autore di patologie? Quando il punto di estrema ricongiunzione, di ricomposizione, nella parola, nella lettera, avviene in uno stato di squilibrio

[il riferimento è qui a Holderlin e a Van Gogh]. Avviene, appunto, quando questa estrema ricongiunzione, quest'estrema sanzione trovata con tanto rischio, tanto fuori dall'ordine dato, si realizza ancora dentro un territorio psicologicamente devastato, ma è già in se stesso un positivo, un dato di conoscenza ulteriore, fondato su questa esperienza estrema, eccessiva, data per eccesso, rispetto alla psicologia normale; ma è già un momento in cui tutto il disordine si è rifuso in ordine». Ecco, se è vero che non c'è opera dove c'è follia, è vero anche che l'opera c'è solo là dove la sofferenza psichica è tanto forte da obbligare alla ricerca creativa di alternative all'invivibilità del contesto. Questa sofferenza, per i motivi accennati, è stata tanto forte nella modernità da avere, nello stesso tempo, dato vita a grandi capolavori e avere marchiato tanti artisti dello stigma della sofferenza nevrotica e psicotica.

Relazione di Silvano Agosti, Regista Cinematografico

Buonasera.

Intendo come avvio di questo breve percorso che farò, portarvi una breve proposta di buonumore, nel senso che il buonumore rafforza il quadro immunitario, e così voi vi potete anche difendere da influenze o da malanni in generale.

Vi voglio presentare un personaggio, io vi farò vedere alcuni brani tratti da miei film, e come prima vi voglio presentare questo, che è il personaggio forse più enigmatico che ho incontrato nella mia vita, e magari dopo che lui ha parlato ne parliamo un attimo.

Si può partire con il primo inserto.

“Non ho avuto proprio un rapporto sessuale.

Che cosa hai avuto?

Toccarci e baciarsi.

Raccontami tutto.

Allora, con la mia amica lì ero venuto qui a casa mia, mentre giocavamo gli spiegavo che cosa è il rapporto sessuale, no, capito?

Cioè?

Cioè che provi piacere, che provi bene, che provi l'amore, che provi, tutto provi insomma, cioè pensi delle cose fuori dal normale quando fai l'amore, no? Giusto?

Certo.

Allora lei ha detto se provavamo, giusto? Allora io ho accettato, e siamo andati dietro la collina, e dopo finita la registrazione te la farò vedere, vuoi vederlo? Allora abbiamo incominciato a baciarsi, baciarsi, abbiamo incominciato a toccarci, e provavamo del bene. Dopo abbiamo finito, e io gli ho chiesto se era stato bello, e lei mi ha detto che non aveva mai provato una cosa simile, no? Giusto? Giusto? Allora io ho detto che sono molto felice, e lei anche lei. Dopo siamo andati lì e abbiamo giocato, continuamente, però eravamo più felici, eravamo più contenti, giocavamo più bene. Io la scuola la vivo un po' male.

Cioè?

Perché non ne ho voglia.

Come vorresti che fosse tu la scuola?

Sì studiare, quello lì si studia, però dopo a giocare, tutto il giorno a giocare.

E invece? Parlami della scuola.

Invece è così mogia, si studia sempre, ci sarà mezzora di ricreazione, il pomeriggio ce n'è un'ora, non è molto precisa nelle sue cose. E poi la scuola è una cosa stare in gabbia, cioè a scuola non puoi vivere, a scuola non puoi giocare, non puoi far l'amore. Allora per me la scuola è una gran cazzata, cioè, sai quando la maestra ti chiama, un po' una cacchiata perché uno magari non ha studiato, gli dà la nota. Cioè son robe che nella vita non c'entrano, la nota non c'entra, cioè nella vita c'entra l'amore, il bene, la gioia, la felicità, scoprire la vita, urlare voglio vivere, voglio essere libero, vai in Cina, in America, negli Stati Uniti, a New York, tutte le parti del mondo così puoi scoprire che nel mondo ci sono altri modi diversi da pensare.

Ti faccio un'ultima domanda, perché secondo te i bambini vengono trattati in un modo così strano dagli adulti, come se fossero scemi?

Perché gli adulti credono che i bambini non siano buoni a far niente.

E invece?

E invece magari se vogliono i bambini sono superiori dei grandi, perché hanno un modo diverso da pensare, immagino le cose più belle, più pure, no? Invece i grandi con malizia, come te.”

Ecco, si può fermare qua, ci fermiamo un attimo.

Ecco, prendo spunto da questo, è solo una piccola parte dell'intervista con Frank del mio film *"D'amore si vive"*, ed è un film che voi probabilmente non avete visto perché la RAI l'ha mandato in onda alle 2.40 di notte quando penso che voi in genere dormiate.

Ora, io parto da questa incredibile affermazione di Frank, a urlare voglio vivere, e credo che il disagio mentale e il disagio in generale derivi dal fatto che l'attuale organizzazione della società è un immenso impedimento a vivere.

È incredibilmente orientato verso la garanzia dell'esistenza, ma assolutamente negato per promuovere e stimolare qualsiasi forma di vita, tanto che all'inizio di un mio altro film io ho messo questa frase: *"E un giorno forse tutto incomincerà a vivere"*, nel senso che finché le strutture sociali sono a forma piramidale, dove ci sono i vertici, i privilegiati, i semi privilegiati, poi ci sono i sottomessi, i lavoratori, e poi sotto nelle cantine, i drogati, le prostitute, cioè finché la struttura è questa, la vita non si affaccerà mai nei destini degli uomini.

Io sogno una struttura, come la sogna Frank, a forma sferica, dove al centro c'è la vita e il bisogno di vivere, e tutti, come minimo tutti, sono equidistanti da questo centro, proprio come nella sfera.

Ho scelto alcuni brani, ovviamente, dai miei film, perché io ho esaminato molto spesso questo problema del disagio, e adesso vi faccio vedere un brevissimo frammento del mio primo film, del 1987 che si chiama *"Il giardino delle delizie"*, dove in questi due minuti e quaranta secondi io ho rappresentato, non come con Frank la gabbia della scuola, ma la gabbia della famiglia dogmaticamente chiusa nell'opposizione alla diversità, perché ciò che terrorizza maggiormente le Istituzioni sono le diversità, tanto che io mi trovo qui per caso in quanto conosco Guidi dai tempi di *"Matti da slegare"* e credo che sia una sua volontà personale che io mi trovi qui, ma istituzionalmente io sono completamente fuori luogo qua, rispetto alla mia abitudine e non rispetto alla mia volontà.

Vi faccio vedere questi due minuti e quaranta che sono sì la rappresentazione del disagio, ma paradossalmente ho capito tanti anni dopo, sono anche una sintesi estrema della storia del nazismo.

Possiamo partire con questi due minuti e quaranta, e anche lì c'è sul fondo l'interrogativo della sessualità come conferma.

"Signore benedite il cibo che state per prendere.

In nome di chi mangiamo?

Padre figliolo spirito santo.

Padre figliolo e spirito santo e così sia.

Carlo cosa avete fatto oggi?

Il trapassato prossimo.

A che cosa serve?

Giulia mangia, su.

Mamma, è vero che i bambini nascono dalla pancia?

I bambini a letto.

Me l'ha detto Carlo.

Chi te l'ha detto, chi te l'ha detto imbecille?

To, così impari.

È questa l'educazione che tu dai ai tuoi figli?

E tu cosa pretendi, non dici mai una parola.

Ma per Dio, non si può mai mangiare tranquilli a questa tavola.

Facile caro mio andarsene, vieni qui e parliamoci chiari una buona volta.

Ma cosa vuoi che parli?

Mi fai schifo, guarda."

Non c'è più traccia di presenza umana, e tutto si è disintegrato attraverso uno stimolo di diversità, che la bambina incuriosita dice, è vero che i bambini nascono dalla pancia?

Io credo che la famiglia patriarcale fosse un'allusione alla comunità umana, mentre la famiglia cellulare, come voi sapete, e siete a vostra volta convinti, sia quella gabbia di cui parla Frank, all'interno della quale le persone si conoscono poco e male.

Io trovo, ve lo dico sinceramente, trovo orribile il fatto che gli esseri umani siano costretti a lavorare tutto il giorno, magari per cinque giorni a settimana, o penso che in ogni settore lavorativo e produttivo sarebbe fondamentale dare almeno metà giornata al lavoro e metà alla vita, perché la vita non appare nei ritagli di tempo.

Io personalmente sogno, nella mia famosa società, che si lavori un giorno alla settimana, come contributo sociale, e si viva sei, chissà che non ci si arrivi!

Quelli dell'Alitalia appartengono ad una logica generale che si modifica solo nella generalità.

Allora, adesso invece andiamo in tutt'altro ambiente, a Parma, nel film che abbiamo realizzato con Marco Bellocchio, Stefano Rulli e Sandro Petraglia, che ha avuto una sua stagione mitica, si chiama *"Matti da slegare"*, non so se qualcuno di voi l'ha sentito nominare.

Matti da slegare contiene un'analisi del disagio, ma non immediatamente una situazione manicomiale, ma nel territorio che la precede, per esempio questo bambino che voi vedrete, un bambino di Parma, è proprio destinato al manicomio.

Anche qui, c'è come sottofondo a questa estrema inquietudine di questo ragazzo, la domanda, ma che cos'è la sessualità?

Possiamo partire.

(Visione del filmato)

Questo Paolo alla scuola era braccato da tutti, dalla maestra, dai suoi compagni, e avete sentito che c'era uno che diceva che dovevamo far finta che era come noi.

Questa è la citazione che è stata colta al volo, infatti tecnicamente è una situazione problematica, per far vedere come sia a casa che a scuola, questo ragazzino non trova sbocchi di solidarietà e di apertura, ma è veramente braccato.

In un certo senso, il personaggio che vedrete adesso, che si chiama Martinelli, è come se fosse Paolo dopo vent'anni di reclusione in manicomio.

Ma io vi invito a sentire quanta umanità e quanto saggezza c'è in questo personaggio.

Si può ripartire.

"...è come un'ossessione che uno malato ha nel cervello, devi chiudere per forza la porta dentro, chiuderti al di dentro, chiuderti al di fuori della civiltà, quindi se è stato fatto molto, bisogna rifarne altrettanto.

Io direi che in ogni commissione dell'ospedale ci debba entrare una commissione interna degli ammalati, una specie di sindacato, dove li raccogliamo questa gente? Non abbiate paura, siamo malati di mente però siamo disposti a gettare incontro una sfida, siamo più intelligenti di voi, io sto qui che sto morendo, giorno per giorno, legato a letto, in estate con la diarrea, nessuno mi pulisce, li chiamo e nessuno risponde, e che diavolo di esempio è? Il sottoscritto, ad esempio, un matto, ma cosa costa essere matto? Ho perso la famiglia, sembra una storia, sembra una favola, ma il sole e i giorni me li danno a me? Chi mi fa sperare nel domani? Perché quando uno entra in questo ambiente si è marchiati, sembra una favola dire che è facile uscire, ma è difficile signori, è difficile entrare in famiglia, nei laboratori, dappertutto.

Nel reparto su tutte donne legate, con la bava alla bocca, che ci mettevano il piatto per terra di alluminio e legate mangiavano così, poverina, anche lì ne ho viste tante, la mia compagna, sempre legata, anche lei morta sotto il corpetto, la gazola, è morta anche lei lì. Io mi rivoltavo, e mi fecero anche la scuffie perché vedevano che reagivo. Ad esempio un lenzuolo sporco tutto di urine, e stretto alla testa in modo da togliermi fino al respiro, oltre al corpetto. Così, stretto stretto in modo da togliermi il respiro, mi hanno trovato pure il soffio al cuore."

Questa scena dell'elettroshock è una scena che è stata ricostruita, nel film *"La seconda ombra"*, è un film che ho dedicato a Franco Basaglia, ed è stata per così dire regificata dai pazienti che hanno subito, trenta, quaranta, cinquanta, elettroshock, sono stati loro a curare la messa in scena.

Il personaggio che vedrete adesso, un ultimo personaggio, che ha fatto sì che io cambiassi il titolo del film, il titolo del film era *"Il Muro"*, perché io volevo raccontare questo momento

fiabesco in cui Basaglia ha detto ai suoi 1200 ricoverati buttiamo giù il muro in modo che la gente veda cos'è il manicomio, e ho costruito questa fiaba di questi straordinari personaggi che decidono di buttare giù la barriera fisica che li separa dal mondo circostante, sperando inutilmente che cadano anche tutte le altre barriere.

Perché ha cambiato il titolo?

Vi voglio far vedere questo.

"Quando medici e infermieri con la scusa di curarmi, mi torturavano, io mi rifugiavo nella mia seconda ombra, e non sentivo più niente."

Cioè, io ho intitolato il film la seconda ombra perché questo personaggio mi ha profondamente colpito, guardate che sintesi perfetta di 250 anni di realtà manicomiale:

"Quando medici e infermieri con la scusa di curarmi, mi torturavano, io mi rifugiavo nella mia seconda ombra, e non sentivo più niente."

E cos'è la seconda ombra forse?

È il destino che ogni persona non ha vissuto e non sta vivendo, mi sarebbe straordinariamente caro che le persone si chiedessero almeno una volta al mese o alla settimana, ma io sto vivendo il destino che mi ero precognizzato e che volevo vivere.

Sarei tanto contento che i più rispondessero di sì, finora credo che le cose siano organizzate in modo tale che sia abbastanza impossibile rispondere di sì.

Ecco, come sintesi della mia esperienza di grande rapporto di amicizia con Basaglia che risale al 1963 quando io sono andato a Gorizia a incontrarlo, vi voglio fra l'altro strappare un sorriso perché quando poi nel '75 Basaglia decise di far fare un giro in aereo ai matti sopra Trieste, mi chiamò per filmare questa esperienza curiosa, ed era Alitalia che si era offerta di far fare un giro, perché Basaglia cercava tutte le scuse per animare la problematica del manicomio, per portarli fuori.

E lì io sono arrivato e ho visto questa vecchina deliziosa all'aeroporto, mi sono avvicinato e le ho detto signora, lei è emozionata?

E lei mi ha detto, no, mi sono vedova.

Poi siamo saliti sull'aereo e lo stuart come era sua abitudine ha detto: "I signori passeggeri sono pregati di legarsi con le cinture."

Si sono guardati l'un l'altro come a dire, ci hanno fregato un'altra volta, e Basaglia tempestivamente ha detto, chi vuole eh, e tutti hanno detto ahhh, e sono rimasti tutti slegati.

Ma quello che voglio sintetizzare, vorrei riferirvi tre frasi straordinarie che ho sentito dire a Franco.

La prima è questa: *"Noi siamo qui per smettere di essere degli psichiatri ed imparare ad essere esseri umani"*, e c'era lì un gruppo di medici giovani con il camice bianco e lui, con grande bontà di tono, ha detto: *"Non mettetevi il camice, la gente deve capire chi è il medico dal suo comportamento, non dalla divisa."*

Questa è una delle cose che mi ha profondamente colpito, anche perché mi piacerebbe assai che le persone non si trincerassero nel ruolo, invece di dire io sono uno psichiatra, dicessero io sono anche uno psichiatra, sono anche un infermiere, sono anche un marito, in modo da lasciare spazio a tutte le straordinarie possibilità che l'essere umano offre.

L'altra frase emblematica e strutturale di Franco era questa: *"Il problema psichiatrico sarà finalmente risolto solo quando anche tutti gli altri saranno liberati."*

E ovviamente per tutti gli altri lui si riferiva proprio a tutti, liberati dall'oppressione del lavoro, liberati da queste piccole gabbie che sono gli appartamenti, chiusi come Martinelli descriveva la cella del manicomio, ogni sera la gente si richiude nella sua casa...

Faccio una parentesi, magari un po' di vanità, nel senso che io abito a Roma da trent'anni, e quando apro gli occhi apro anche la porta di casa e la lascio aperta tutto il giorno, e paradossalmente di questi trenta appartamenti di questo edificio di Viale Giulio Cesare 138 l'unica casa che non è stata visitata dai ladri è la mia, perché è sempre aperta.

Questo tanto per dire.

Ma questo tenere aperta la porta non è un vezzo, è proprio un sentimento di abitare ad un angolo del mondo, di sicurezza nel mondo.

Io ho avuto questa fortuna, in giovanissima età di andarmene in autostop in metà mondo, senza denaro, e mi sono accorto che l'umanità è effettivamente straordinaria.

Mi svegliavo con il mio sacco a pelo in un prato e c'era sempre una donna o qualcuno con un piatto di cibo che me lo offriva, e mi offriva anche uno sguardo la cui intensità era riassuntiva di tutti gli sguardi che mia madre aveva avuto il tempo di darmi, perché qui da noi il tempo è una grande precarietà.

E quindi avendo acquisito questa sensazione di quanto straordinaria sia l'umanità mi è nato il desiderio di operare in modo tale che le persone si accorgano di essere dei capolavori, anche solo come macchina biologica, perché se una persona acquisisce la coscienza della propria straordinaria, misteriosa corporeità e dei suoi funzionamenti, non può che trattare se stessa come si trattano i capolavori, e cioè con infinita cautela, con profondo affetto, con profonda attenzione e liberando il capolavoro da qualsiasi intromissione di estraneità.

Ovviamente, trattando se stessi come capolavori, viene di conseguenza che uno tratterebbe chiunque ha di fronte a sé come un capolavoro perché di fatto lo è, tanto è vero che mi capita di proporre, di immaginare che qui c'è il massimo capolavoro della scultura che è la Pietà Rondinini di Michelangelo, e qui c'è qualsiasi essere umano, e quella pietà lì è lì, inchiodata, qualsiasi essere umano si può muovere, può parlare, può vedere, può udire, e stavo guardando i relatori di prima, e dicevo, ma guarda che è incredibile, questa piccola colonnina di carne quante cose sta facendo, quanti meccanismi si stanno muovendo in lui, e vedevo questi miliardi di piccoli organismi che lo componevano e mi affascinava, devo dire.

Peraltro sono anche rimasto sorpreso perché in genere le relazioni sono estremamente noiose, queste qua erano abbastanza fruibili, mi hanno stupito in questo senso.

INTERVENTO

....era un bambino che dava problemi a scuola, e quel suo continuare ad aprire e chiudere la scuola, ovvero tentare di integrarsi e nello stesso tempo sentirsi forse rifiutato e uscire con la chiusura della porta, questo bambino sicuramente è stato segnalato dagli operatori scolastici, il primo invece come lo ha individuato, avvicinato, perché lo ha incuriosito, come è arrivato a lui?

SILVANO AGOSTI, REGISTA CINEMATOGRAFICO

Dunque, il primo io l'ho cercato su circa settemila bambini, l'ho cercato come si cerca qualche cosa di estremamente preciso ed importante, ad un certo punto sono arrivato in una scuola, sono entrato in una classe, e ho visto a tre metri da terra, mentre gli altri ragazzi facevano le loro cose, ho visto un essere aggrappato a tre metri da terra sulla sommità delle tende, ed era Frank, che fra l'altro era incredibilmente piccolo, aveva una statura molto, molto inferiore a quella della sua età, lui aveva circa otto anni e mezzo, diceva di averne nove per sentirsi un po' più grande.

Ma Frank quando l'ho visto là, immobile, ho pensato a Kafka, ho detto, ma che cosa succede, una specie di animalizzazione, tra l'altro i suoi compagni non gli davano retta, e io gli ho detto vieni un po' giù tu perché mi sa che sei quello che sto cercando.

Lui è sceso, mi ha guardato così, e mi ha detto: io non parlo, tutt'al più potrei parlare con il mio robot.

È incominciato questo rapporto, gli ho chiesto di fare un giro in macchina, tutti mi hanno confermato che lui non aveva mai parlato con nessuno, né con il maestro e né con i genitori, infatti i genitori sono rimasti abbastanza stravolti quando hanno visto questa testimonianza che vi auguro davvero di vedere tutta perché lui dice delle cose veramente quasi inaccessibili al pensiero umano.

Vi dico solo quella che mi ha detto sulla droga, quando io gli ho detto cosa pensi tu della droga, lui mi ha detto, beh, siamo tutti drogati, anch'io sono drogato, di fumo, quando mia madre fuma respiro un veleno che fa male a lei e che fa male anche a me.

Sì, ma dimmi qualcosa di più importante sulla droga, e lui mi ha detto, c'è la droga del fumo e della siringa, ma c'è una droga ancora più terribile, e li ha assunto quella posizione che assumeva ogni tanto, e ha detto, il pensiero di quello che non accade mai.

E lì ho avuto la certezza con Frank che Frank fosse semplicemente un bambino che era sfuggito alla morsa del controllo sociale, tanto è vero che la sua mamma è una lavapiatti, il suo papà era un po' dentro e fuori di galera, non c'era mai, e lui è cresciuto per strada, con gli zingari, nei campi, e fra l'altro aveva un baule sepolto sulla collina con 2.400 riviste pornografiche, tutte classificate in modo perfetto, e quando io gli ho chiesto come faceva ad avere quella roba lì, lui mi ha detto vieni con me, tra l'altro era buffo perché lui non tracimava rispetto al grano, era più piccolo del grano, e si vedeva il grano che si muoveva vicino a me mentre attraversavamo questi campi vicino allo sbocco dell'autostrada di Parma.

Mi ha portato vicino alla penultima curva dell'autostrada di Parma e c'era un lago di riviste porno e di fronte al mio stupore lui mi ha edotto e mi ha detto, i mariti, quando tornano a casa non possono portarsi a casa questa roba qua, e la buttano tutti alla penultima curva dell'autostrada.

Mi ha rivelato un fenomeno antropologico di notevole entità e mi ha anche in fondo dato una nuova certezza sulla condizione misera che è riservata all'essere umano quando è solo un marito.

E lui, Frank, era uno che invece poteva fare le cose che faceva, anche stare tre metri e mezzo immobile sopra una tenda.

Non so se ti ho risposto.

Io sono sempre fortunato, perché ho i denti larghi, ma non solo, anche perché ho scelto di essere l'autore del mio destino, i miei libri li stampo io, i miei film li produco io, ed è per questo che sono un anonimo del ventesimo secolo, però ho anche una profonda serenità che mi consente di autogestire il mio destino, quindi la fortuna, tra l'altro ti devo dire, che fortuna è sinonimo di destino.

Forse anch'io come Frank sono semplicemente uno scampato ad una serie di trappole che sono proprio tese agli esseri umani per poter accettare una struttura che invece, ma voi pensate soltanto a questa cosa che è estremamente divertente, io quelle rare volte che verifico che il telegiornale sia sempre uguale, mi capita circa due o tre volte la settimana, aspetto che ci sia qualche notizia sull'essere umano, ma al centro di tutto ciò che vi si dice c'è questa parola incredibile che è PIL, sembra che il PIL, che sarebbe il prodotto interno lordo che nessuno sa in senso specifico a cosa si riferisce, se si riferisca alle 32 marche di dentifricio, di detersivo, non si capisce a che cosa si riferisca, ma questo PIL crea una suspense incredibile, certamente non in me, ed è l'elemento sostitutivo dell'essere umano.

Io trovo molto più semplice il percorso che potrebbe spettare alla comunità umana, ed è quella di produrre tutto ciò che è necessario perché ogni persona che è venuta al mondo sia contenta di esserci, e non è tanto, è pochissimo.

Una persona felice ha bisogno di pochissimo, ve lo garantisco, ho anche scoperto che persino nelle persone meno abbienti, nelle più oppresse, la metà delle risorse economiche vengono spese per sollevarsi un po' dalla frustrazione del non essere liberi.

Se poi pensiamo che l'altra metà se la divora la pubblicità, in realtà potremmo vivere tutti su questa aiuola che è la terra, in uno stato come diceva Basaglia, *"i se matti, però i magna, i beve, i dorma e i passeggia"*.

Io auguro all'umanità questa follia di credere che il suo primo diritto sia il diritto a vivere.

Grazie, e arrivederci.

Io ho finito la mia relazione, però l'ho finita qui perché voglio che l'ultimo brano che vi faccio vedere, che dura esattamente quattro minuti, non abbia commento, perché io ho realizzato dodici lungometraggi e una sessantina di cortometraggi, però se un regime feroce mi ingiungesse di distruggere tutti i miei film meno uno, io chiederei di conservare questo, e questo è il film del mistero, io ve lo voglio far vedere perché in questa circostanza io ho imparato qualche cosa che si impara solo di fronte alla percezione dell'abisso.

Ho imparato proprio lì la perfezione dell'essere umano, ve lo faccio vedere.

(Visione del filmato)