

Il “male mentale” e la sua cura: il “linguaggio culturale” della medicina

di Alessandra Dino

1. Un filo ininterrotto

Desidero iniziare con una notazione personale sul piacere di occuparmi di questioni che riguardano il senso e il significato (in chiave interculturale) dei concetti e dei vissuti di salute e malattia. Dopo aver lavorato a lungo nell’istituto di Antropologia culturale dell’Università di Perugia, allora diretto da Tullio Seppilli – antesignano fondatore della SIAM (Società di Antropologia medica) nel lontano 1988 – ed esserne stata la prima segretaria tesoriere, nel 1993, conseguivo il dottorato in antropologia medica, con uno studio su significato e senso delle “patologie somatiche e psichiche”. Da qui l’incontro con i lavori di Byron Good che nel 1994, lungo il filone dell’antropologia medica, pubblicava il suo testo *Narrare la malattia*¹. Un’altra faccia della stessa medaglia del testo *Medicina narrativa* di Rita Charon, del 2006, incentrato sulla dimensione etica ed estetica del narrare come strumento per costruire e dare senso alla malattia insieme a chi di questa esperienza è protagonista². Focalizzerò, pertanto, il mio intervento sul “significato” della malattia che, per Good «è costruito attraverso pratiche narrative che vedono come protagonisti i sofferenti, le loro famiglie, i terapeuti»³; un approccio che riconosce la dimensione culturale (nel suo costruirsi storicamente) del linguaggio della medicina⁴, sottolineando come la scienza medica sia in parte «una costruzione ideologica» che «non rispecchia in modo diretto la natura né ci può dare quei fondamenti per un’antropologia medica che si occupi dell’esperienza dell’uomo e della comparazione delle culture»⁵.

È questo il senso in cui Good afferma che la malattia è più un «oggetto estetico» che biologico⁶, richiedendo, quindi, un approccio interpretativo e ponendo una netta dicotomia tra epistemologia positivista e epistemologia interpretativa.

Un approccio che non limita i suoi effetti alla, pur importante, relazione tra medico e paziente ma che, come ricorda Charon, produce conseguenze tangibili sull’ambiente circostante assumendo significati politici e potenziali trasformativi: «Gli effetti si allargano in cerchi concentrici, fino a comprendere le questioni globali della giustizia e dell’uguaglianza nella sanità»⁷.

I temi della giustizia e dell’uguaglianza nel campo medico rimandano a Basaglia che in *Conferenze Brasiliane*⁸ spiega come la dimensione narrativa e definitoria sia dirimente nella relazione con la “malattia” e nel rapporto tra medico e “malato di mente”, mettendo in luce le dimensioni del potere che soggiacciono a queste definizioni:

Noi oggi mettiamo in evidenza che ogni situazione che ci viene portata è una “crisi vitale”, e non una “schizofrenia”, ovvero una situazione istituzionalizzata, una diagnosi. Allora noi vedevamo che quella “schizofrenia” era una espressione di una crisi, esistenziale, sociale, familiare [...]. Una cosa è considerare il problema una crisi e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, soggettività che pone in crisi il medico creando [...una] tensione⁹.

¹ B. Good, *Narrare la malattia* [1994], Edizioni di Comunità, Milano, 1999.

² R. Charon, *Medicina narrativa* [2006], Raffaello Cortina, Milano, 2019.

³ Dalla premessa di A. T. Carter al libro di B. Good, *Narrare la malattia*, cit., p. XII.

⁴ B. Good, *Narrare la malattia*, cit. p. 9.

⁵ Dalla premessa di A. T. Carter al libro di B. Good, *Narrare la malattia*, cit., p. IX.

⁶ B. Good, *Narrare la malattia*, cit. p. 253.

⁷ R. Charon, *Medicina narrativa*, cit., p. 4.

⁸ F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

⁹ Ivi, p. 13.

Non esiste, dunque, una prospettiva “neutra” sulla malattia, ma ogni punto di vista è situato e il posizionamento è quasi sempre deciso da chi possiede il potere di dare un nome allo sguardo clinico che oggettiva il corpo del paziente. La questione del potere medico è centrale in Foucault che ne *La nascita della clinica*: afferma come non ci sia malattia se non nell’atto del visibile e quindi dell’enunciabile¹⁰. Mentre ne *Il potere psichiatrico* definisce lo psichiatra il *signore della follia* analizzando la dimensione relazionale di questo potere ancor più impalpabile perché non concentrato né in una persona né in una funzione¹¹. Un potere che oggettivizza attraverso lo sguardo; che fa esplodere (con la coercizione) la forza del paziente per “curarla” attraverso il controllo, assoggettando i corpi, con l’“ortopedia morale”. Un «dispositivo di potere come istanza produttrice della pratica discorsiva» che si trasforma in “gioco di verità” assumendo il punto di vista dello psichiatra sulla follia¹². Così, anche l’ospedale psichiatrico da spazio di “cura” diventa il luogo in cui appare e si produce la malattia¹³.

Infine, rimanendo sempre sul piano teorico, fondamentale è riconoscere la dimensione situata della ricerca nel campo della malattia di cui parla Goffman in *Asylums*, affrontando il problema dei limiti del suo studio¹⁴.

2. Tra soggetto e società

Se consideriamo la malattia come il più individuale e il più sociale degli eventi, essa ci mette in relazione con la nostra finitudine, con la paura della morte; con l’oscillazione culturale generata dal contesto dentro cui la patologia (e la cura) si manifestano; con la difficoltà di tracciare un solco netto tra salute e malattia che spinge a comprendere e ad ascoltare più che diagnosticare e prognosticare. Ricorda Sontag¹⁵ come la malattia assuma una dimensione metaforica e stigmatizzante, provocando una frattura biografica che occorre ricucire interpretando il nuovo ruolo del malato, del convalescente del paziente in cura, per non essere espulsi o per essere riammessi, con uno status depotenziato, dentro il contesto sociale. La malattia di cui parla Sontag (in particolare il cancro) è carica di significati metaforici: spesso vista come punizione o vergogna da celare, mentre il malato è “rimproverato” per non aver fatto abbastanza per evitare il male. Scrive Sontag:

La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa [...]. Io intendo descrivere [...] le fantasie punitive o sentimentali inventate su questa situazione [...]; non una geografia reale ma stereotipi di carattere nazionale. [...] è quasi impossibile prendere residenza nel regno dello star male senza essere influenzati dalle impressionanti metafore con le quali è stato tratteggiato. È a una delucidazione di tali metafore, e a una liberazione da esse, che io dedico questa indagine¹⁶.

Prima di prendere in esame alcuni casi che proporrò come esempi nel rapporto tra normalità e devianza nella malattia mentale, vorrei ancora ricordare le riflessioni di Ernesto De Martino sulle apocalissi culturali e le apocalissi psicopatologiche¹⁷ e sul superamento della “crisi della presenza” attraverso un passaggio condiviso a livello storico e collettivo, riconoscendo la dimensione sociale e politica della malattia. Le apocalissi culturali offrono indicazioni per il superamento della situazione di crisi nel recupero dei valori sociali intersoggettivi, nella possibilità di reintegrazione di un orizzonte

¹⁰ M. Foucault, *Nascita della clinica* [1963], Einaudi, Torino, 1969, pp. 113-114.

¹¹ M. Foucault, *Il potere psichiatrico* [2003], Feltrinelli, Milano, 2004.

¹² Ivi, p. 25.

¹³ Ivi, p. 286.

¹⁴ E. Goffman, *Asylums* [1963], Edizioni di Comunità, Milano, 2001, p. 26.

¹⁵ S. Sontag, *Malattia come metafora* [1977], Einaudi, Torino, 1979.

¹⁶ Ivi, p. 3.

¹⁷ E. De Martino, *Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche*, in «Nuovi Argomenti», 69-71 (1964), pp. 105-141.

sociale condivisibile, di una dimensione comune che fondi le ragioni dell'esistenza delle singole individualità¹⁸. Dentro questa prospettiva autori molto diversi convergono nel trovare la dimensione della cura proprio nella sfera sociale e politica, in un contesto osservato nel suo continuo mutamento.

2.1 Il male mentale

Una ricerca sulla ricomposizione delle fratture biografiche causate dalla malattia mentale pone la narrazione al centro del percorso di presa di coscienza dell'insorgere del disagio psichico e dell'individuazione della sua "cura". A questo proposito, Bonica e Cardano¹⁹ parlano di transizione biografica quando chi la attraversa riconosce il mutamento, muove da una «definizione della situazione» a un'altra, raccontando in questi termini, il proprio incedere. Il passaggio da un modo di essere nel mondo a un altro, si configura come un processo di ricostruzione narrativa del profilo identitario e del contesto d'interazione di cui, colei o colui che ha vissuto il mutamento, fa parte. Quando tale transito non avviene per scelta, chi lo subisce s'interroga sul perché sia capitato proprio a lui o a lei e nel costruire una risposta inizia il processo di cura. Attraverso il racconto, attribuisce un senso ai suoi vissuti e ricostruisce il proprio *self* messo in crisi dalla frattura biografica, poiché «l'irrompere del male mentale produce smarrimento, [...] naufragio»²⁰.

Diverse sono le soluzioni adottate dai singoli per superare la frattura biografica che il male mentale provoca. Nelle varie alternative esaminate da Cardano si dispiegano le differenti possibilità di "cura" che divergono in base all'orizzonte di significato attribuito alla malattia e ai suoi ancoraggi sociali. Di fronte alla "stessa" patologia, la ricerca individua quattro tipi di spiegazione, quattro sistemi di significazione e percorsi di fuoriuscita (con esiti esistenziali e sociali molto diversi). Si tratta di categorie analitiche spesso ibridate tra loro: *spiegazioni biomediche*, *spiegazioni emotivo-evolutive*, *spiegazioni psicosociali*, *spiegazioni magico-religiose*. Tre dei casi presi in esame mostrano una sostanziale adesione al ruolo di "paziente" con tre differenti ancoraggi nel sistema di credenze e con tre diversi percorsi di cura (farmacologici o meno); l'ultimo reinterpreta quella che potrebbe essere catalogata come una grave forma di psicosi (che produce allucinazioni e visioni mistiche) come un "dono" da condividere con altri e si sottrae a ogni trattamento psicologico e farmacologico, ricucendo la sua frattura, trasformando il potenziale stigma in carisma.

2.2 Simulazione o "realtà"?

Spostandoci su un altro versante, vorrei riflettere sul rapporto tra criminalità e psichiatria, sull'uso strumentale della patologia mentale per allontanare lo stigma che l'esser considerati criminali comporta. La storia vede come protagonista Baldassare Di Maggio uomo d'onore della famiglia di San Giuseppe Iato, passato alle cronache per aver parlato del bacio tra Giulio Andreotti e Salvatore Riina. Nella struttura dei significati della malattia di cui Di Maggio dice di soffrire, chi osserva dall'esterno si trova di fronte all'oscillazione tra verità e menzogna, realtà o simulazione.

Può accadere, infatti, in Cosa nostra che la "follia" (reale o simulata) sia espressione di una ricerca di senso, che spezzi le catene di un mondo che nega qualsiasi spazio alla diversità. E se l'emersione del disagio manifesta la difficoltà nell'accettare una normalità che è folle, si cerca nella "follia" una nuova dimensione di vita che rompa le opprimenti costrizioni cui l'organizzazione mafiosa sottopone. Il disagio psichico emerge all'esterno e la presenza si visualizza attraverso il linguaggio dei corpi, come

¹⁸ È interessante paragonare la descrizione dei fenomeni connessi alla *perdita della presenza* nell'opera di De Martino con il concetto di *efficacia simbolica* di C. Lèvi-Strauss (*Antropologia Strutturale* [1958], Il Saggiatore Milano, 1966).

¹⁹ L. Bonica, M. Cardano, *Punti di svolta*, il Mulino, Bologna, 2008, p. 18.

²⁰ Ivi, p. 125.

anche attraverso le parole. La malattia mentale diventa paradossalmente cura rispetto a una normalità che annienta il singolo²¹.

Ma torniamo alla storia di Baldassare Di Maggio. Dopo un periodo in cui aveva usufruito di un trattamento di protezione come collaboratore di giustizia, tornato a delinquere, era rientrato in carcere nell'ottobre del 1997. Da allora, aveva cominciato a manifestare una serie di sintomi sempre più gravi, accompagnati a un sensibile deperimento fisico e a un brusco calo di peso e da un susseguirsi di accertamenti clinici, tutti conclusi senza che fosse accertata la natura del suo malessere. Nel suo diario clinico si parla di una diagnosi sindromica e si evidenziano concrete difficoltà nel formulare una diagnosi etiologica. Nel giugno 1999 il dirigente sanitario del Centro Clinico della Casa Circondariale di Pisa così descrive le condizioni del detenuto:

La complessità del quadro clinico [...] ha reso necessario il ricorso ad una serie prolungata, variegata e talora ripetuta di accertamenti diagnostici [...]. Si è resa sempre dichiaratamente manifesta l'incongruenza tra i reperti clinici e la risposta agli accertamenti diagnostici [...] si è maturata la convinzione che l'emiplegia all'arto superiore e inferiore di sinistra sia da ascrivere ad una grave marcata reazione psicosomatica che si estrinseca preferibilmente con incapacità motoria²².

Nel luglio 1999 viene disposta una perizia psichiatrica per accertare lo «stadio di evoluzione delle patologie a carico di Baldassare Di Maggio [...], la compatibilità delle sue condizioni di salute con lo stato di detenzione»²³. Il documento consegnato dai periti al Tribunale apre la strada a diverse ipotesi interpretative; tra queste, anche alla possibilità che il disagio psichico sia espressione di un processo di rivendicazione di una soggettività le cui istanze, all'interno del sistema totalitario mafioso, difficilmente possono essere riconosciute. Da suo canto, Baldassare Di Maggio dopo aver rifiutato qualsiasi «indagine di tipo psichiatrico», temendo «una possibile strumentalizzazione processuale di accertamenti di questo tipo, [...] volta a mettere in dubbio quanto da lui affermato come testimone»²⁴, compresa la finalità degli accertamenti psichiatrici richiesti, non solo accetta «la verifica dell'ipotesi di una genesi non organica dei propri disturbi», ma attribuisce il deterioramento delle sue condizioni di salute alla permanenza in carcere, pur negando qualsiasi coinvolgimento della propria volontà nell'insorgenza del malessere:

Mi dovete scusare, ma io non sono né fratturato, né sono stato fermo per mia volontà; non è la mia volontà che mi ha detto «assetate»; [...] io so solo che sono qua così... [...] mi fa male tutta la colonna ... qui non sento più niente ...; io non so ... con la mia volontà posso chiamare un tipo di malattia? ... ma come fa la mente a far gonfiare il piede²⁵?

C'è, dunque, una continua commistione tra normalità e patologia, tra coerenza logica e paradossalità nelle affermazioni di Baldassare Di Maggio²⁶. Alla fine, ricorrendo a un singolare compromesso, la diagnosi formulata è quella della «paralisi psicogena». Piuttosto che risolversi, però, la questione si complica. Occorre, infatti, stabilire se possa configurarsi un caso di simulazione. Affermare che le funzioni nervose compromesse siano quelle «sotto il controllo della volontà» non significa, infatti,

²¹ Non è un caso che il maggior numero di richieste di interventi alle strutture pubbliche del servizio sanitario da parte di soggetti provenienti dal mondo di Cosa Nostra, si sia verificato durante la cd. fase di «emergenza pentiti», nella metà degli anni '90 per poi decrescere rapidamente (A. Dino, *Mutazioni*, La Zisa, Palermo, 2002).

²² Corte d'Assise di Palermo, III Sezione, *Relazione di perizia psichiatrica su Baldassare Di Maggio*, Proc. pen. n. 32/98 R.G.C.A., pp. 22-23.

²³ Ivi, p. 227.

²⁴ Ivi, p. 28.

²⁵ Ivi, p. 30.

²⁶ Con l'autorizzazione del Tribunale della Libertà (4 marzo 2000), Di Maggio ha ottenuto gli arresti domiciliari, ma dopo un breve periodo, è stato nuovamente arrestato con l'accusa di aver tentato di organizzare un traffico di stupefacenti e di essere in procinto di fuggire.

per i periti sostenere che «volontariamente, e consapevolmente il soggetto abbia messo in atto manovre tali da portare al delinarsi del quadro sintomatologico». Rimane pertanto aperta la domanda: quello del Di Maggio è un caso di simulazione o un disturbo di conversione su base più o meno inconscia? La distinzione è tutt'altro che semplice, dal momento si è in presenza di uno tra i più tipici fattori che giustificano le simulazioni, e cioè un vantaggio tangibile che potrebbe derivare al soggetto dalla sua scarcerazione.

La perizia oscilla, fino alla fine, tra normalità e patologia, tra simulazione e realtà, propendendo per “una quantomeno iniziale genesi intenzionale dei sintomi”, ma riconoscendo la possibilità che su questa base intenzionale si sia successivamente sovrapposto un “meccanismo involontario” «che ha reso il soggetto prigioniero della sintomatologia stessa e gli fa vivere in parziale buona fede il suo ruolo di grave malato cronico»²⁷.

2.3 Psichiatrizzazione come delegittimazione

In chiusura del mio ragionamento desidero ricordare anche l'altra faccia della medaglia: il ricorso al male mentale come strumento di delegittimazione dentro le organizzazioni mafiose. Oltre alla storica vicenda di Leonardo Vitale - uomo d'onore della famiglia mafiosa di Altarello di Baida, che negli anni '70 racconta una verità non creduta dagli inquirenti, ma che a metà degli anni '80 sarebbe stata ribadita con altro successo da Buscetta e che viene ritenuto pazzo, trasferito in un manicomio criminale e una volta liberato (a dieci anni dalle sue dichiarazioni) ucciso da Cosa Nostra per aver violato il segreto del silenzio - questa forma di delegittimazione riguarda soprattutto le donne che vivono nei contesti mafiosi. Donne che, quando osano ribellarsi o decidono di collaborare con l'autorità giudiziaria, vengono spesso additate come insane di mente, per ridurre ogni credibilità²⁸. È il caso di Carmela Iuculano il cui marito, Pino Rizzo, in sede di giudizio utilizza i ricoveri subiti dalla donna in clinica psichiatrica e i suoi tentativi di suicidio non come espressione di un malessere intollerabile ma come sintomo di una follia che “significa” inaffidabilità da un punto di vista giudiziario²⁹.

Ancor più tragico il caso di Maria Concetta Cacciola (appartenente a una potente famiglia di 'Ndrangheta) costretta a “suicidarsi” bevendo dell'acido e obbligata, poco prima del suo gesto di morte, a registrare un messaggio da cui emergesse la sua sofferenza psichica e l'assoluta innocenza dei familiari. Così, una richiesta di normalità è tradotta in sintomo di follia e utilizzata strumentalmente nelle sedi giudiziarie per ridimensionare e capovolgere il significato della sofferenza che vivere nei contesti di mafia comporta, soprattutto in chi abbia maturato l'esperienza di situazioni alternative³⁰.

Volendo arrivare a una, seppur provvisoria, sintesi i casi esaminati mettono in evidenza come l'artificiosa e artificiale privatizzazione della malattia mentale sia del tutto coerente con il quadro di una società governata dall'insicurezza spesso prodotta ad arte e tramutata in capitale della paura e in “comunità d'ansia”³¹. Cambiano i significati e gli scenari di osservazione e non si parla più di oppressione ma di *vittimizzazione*; non più di solidarietà ma di richiesta di sicurezza³². Ma non è certo dentro questo paradigma che possiamo trovare la cura. Scrive Le Breton³³:

²⁷ Corte D'assise, *Relazione ...*, cit., p. 52

²⁸ G. Fiandaca (edited by), *Women and the Mafia*, Springer, New York, 2007.

²⁹ A. Dino - L. A. Callari, *Liberi di scegliere*, Mimesis, Milano-Udine, 2011.

³⁰ A. Dino, *Un mondo in frantumi*, in «Narcomafie» (2012), pp. 45-53.

³¹ Scrive Z. Bauman: «Come un capitale liquido, pronto per ogni genere di investimento, il capitale della paura può essere – ed è – trasformato in qualsiasi genere di profitto, commerciale o politico» (in: *Paura liquida* [2006], Laterza, Roma-Bari, 2008, p. 180).

³² T. Pitch, *Il malinteso della vittima*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2022.

³³ D. Le Breton, *Sociologia del rischio* [2012], Mimesis, Milano-Udine, 2017, pp. 86, 87.

la percezione del rischio per la salute non è una forma di valutazione oggettiva delle minacce, se non nell'astrazione delle statistiche, ma è piuttosto la conseguenza di una proiezione di senso e di valore su certi avvenimenti, certe pratiche, certi oggetti [...L]a misurazione 'oggettiva' del rischio è una finzione politica e sociale, cambia a seconda dei criteri di valutazione morale, si nutre di un dibattito permanente tra i differenti attori coinvolti, poiché implica delle conseguenze economiche e sociali a volte considerevoli.

E ritornando al concetto di cura, alla dimensione narrativa della malattia e al suo fondarsi su istanze di significazione vorrei chiudere con una frase di Daisaku Ikeda sul continuo cambiamento come chiave della felicità e cura da affezioni e malattie, insite nella natura dell'uomo. Scrive il presidente della Soka Gakkai Internazionale: «rendersi conto della natura costantemente mutevole di tutte le cose è la chiave per la vera felicità; infatti, per quanto una situazione sia disperata, essa sicuramente passerà, nessuna sventura persiste, nessun male è insuperabile»³⁴. Le fanno da complemento tre versi in cui Neruda sintetizza ciò che ho cercato di dire fin qui:

Nascere non basta.

È per rinascere che siamo nati.

Ogni giorno.

È una strada ricca seppur complessa nell'itinerario del prendersi cura, che non ignora la sofferenza ma che la prende in carico e la legge in un orizzonte di significato più ampio. Nella limpidezza di un messaggio che sembra senza tempo, Neruda condensa in poche righe l'impegno e la responsabilità che il nostro essere mutevolmente umani comporta.

³⁴ Daisaku Ikeda, *La Vita mistero prezioso* [1982], Sonzogno, Milano, 1999, p. 56.