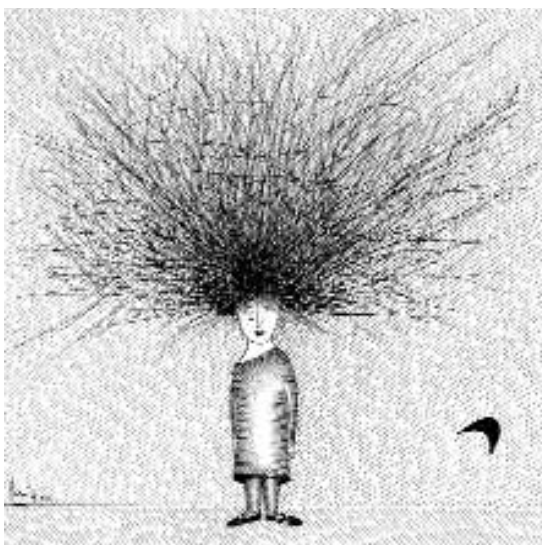


Ascanso di equivoci: non stiamo parlando di personaggi della drammaturgia napoletana “isso, issa e ’o malamente”. Il “mala-mente” che abbiamo preso a tema dell’“Obiettivo” non è un personaggio, ma una condizione del nostro vivere: ciò che grava in particolare sulla vita di alcuni, in misura maggiore che sulla vita di tutti. È pur vero che nell’insieme viviamo tutti piuttosto malamente, rispetto alle possibilità che avremmo come esseri umani e soprattutto a quanto lo scrittore Luigi Meneghello avrebbe desiderato vedere prima di morire: «Vorrei vedere la gente fremere d’amore intellettuale di Dio, lavorare con piacere, fabbricare giocattoli appassionanti, sciare ardita sulle coste dei monti, nuotare a farfalla lungo le coste dei mari; sentirla cantare inni di elementare grazia e potenza, avendo per inno nazionale un *Inno alla mortalità* in cui si esprime la rassegnazione a questo sgradevole aspetto della vita, e la contentezza di potere intanto produrre affetti e odi sereni, begli edifici, dolci macchine lisce come l’olio, istinti severi e soavi, e quell’onestà nel fare e nel non fare che (quando c’è) cancella la paura e perfino il rimpianto di non poter sopravvivere per sempre». Luigi Meneghello è morto, nel



giugno scorso, senza vedere un cenno di inversione di rotta nella vita che ci ostiniamo a vivere così malamente. Alcuni, poi, all’ennesima potenza, perché portano il peso di disturbi psichici ed emotivi. È su questo “vivere malamente” che il dossier di *Janus* fissa la sua attenzione: su ciò che la medicina sa e può fare, su ciò che potrebbe fare e non sempre fa, per alleviare il peso che tante persone devono portare.

Entrando nell’ambito della medicina, la malattia mentale suscita nelle persone attese e speranze comuni a tutte le patologie sanitarie. Dalla medicina ci aspettiamo risposte, non discorsi! Ma, più che qualsiasi altra patologia, quella psichiatrica rivela la complessità di cui la medicina è intessuta. La domanda più semplice ed essenziale, che sta a cuore al paziente, è: «Ma io guarirò?». La risposta, osserva Franco Fasolo, dipende dalla professione di chi gliela dà. Per l’infermiere, il paziente è guarito quando è tranquillo e comunicativo; per lo psicologo, quando ha superato la posizione schizoparanoidea e riesce a mantenere una posizione discretamente depressiva a costi personali non troppo eccessivi; per l’assistente sociale, quando ha un lavoro o l’assegno di invalidità e una discreta capacità di abitare accanto agli altri; per l’amministrativo, quando è dimesso; per lo psichiatra ospedalocentrico quando è in compenso psicopatologico perché è *compliant* e assume tutti i farmaci che servono; per lo psichiatra di comunità quando la sua carta di rete documenta che le sue relazioni sociali sono più ricche, autosostenibili, differenziate e più bilanciate tra legami forti e legami deboli (la guarigio-

ne la considera più una *restitutio ad interim* che una *restitutio ad integrum*). I sintomi della sofferenza psichica, infatti, assumono un diverso significato a seconda del contesto professionale in cui sono inseriti.

Nella pluralità degli approcci professionali alla malattia mentale o psichica possiamo riconoscere il profilo di tre modelli ideali: quello psichiatrico, quello psicanalitico-psicoterapeutico e quello che si potrebbe chiamare "sapienziale". Ogni modello lavora con un paradigma interpretativo, più o meno esplicito ed elaborato, della malattia mentale; ognuno accentua una dimensione dell'essere umano o attribuisce il primato a un diverso elemento. Mentre la psichiatria sottolinea la prevalenza della dimensione neurologica o biochimica del cervello nel determinare la condizione patologica, la psicoterapia accentua il primato della persona; la prospettiva sapienziale si orienta invece verso la dimensione transpersonale. Di per sé, i tre approcci non si escludono a vicenda; solo quando i referenti dottrinali si irrigidiscono in dogmatismo tendono a negare il valore di altri sistemi e di altre modalità pratiche di rispondere all'appello di chi vive mala-mente.

I tre modelli ideali si modificano con il tempo. Il paradigma psichiatrico-sintomatico è stato profondamente scosso dalla svolta avvenuta in medicina con la recente scoperta di farmaci efficaci. Nella medicina dell'inizio del XX secolo (e in buona parte anche dopo) la diagnostica procedeva più celermente della terapeutica. I migliori medici sapevano diagnosticare egregiamente l'ubicazione e la modalità delle malattie; ma, quanto al trattamento, erano in grado tutt'al più di palliare i mali, non di curare le cause. La rivoluzione farmacologia, con l'uso di antibiotici a largo spettro, corticosteroidi, psicofarmaci, ha permesso di bloccare le manifestazioni morbose, anche senza conoscere le loro vere cause. L'introduzione degli psicofarmaci ha sconvolto il nichilismo terapeutico della psichiatria tradizionale, che per questo era costretta a ricorrere ai sistemi di contenzione in uso negli ospedali psichiatrici. La possibilità di eliminare i sintomi non ha condotto a rimettere in discussione il paradigma psichiatrico-sintomatico; anzi, non pochi psichiatri hanno ripiegato su un organicismo sempre più radicale (soprattutto nel seducente riduttivismo offerto oggi dalle neuroscienze).

La pratica psicoterapica, di cui la psicanalisi costituisce il caso eccellente ma non esclusivo, ha in abominio il procedimento esclusivamente sintomatico. Nel suo paradigma il sintomo è piuttosto un messaggio da interpretare; costituisce una crisi in un'autobiografia o in un sistema relazionale ed equivale a un appello e a uno stimolo al cambiamento. La terapia consiste essenzialmente nel far parlare ciò che è stato "scomunicato" (nel senso letterale della parola, ossia sottratto alla comunicazione).

Questo paradigma si può anche trovare, senza alcuna forzatura, nella medicina tradizionale, almeno in quella che si proponeva di leggere il sintomo come segno. Con gli sviluppi più recenti dell'arte medica l'interpretazione dei sintomi, finalizzata alla svolta e al cambiamento, è diventata estranea alla pratica medica, per essere riservata all'esercizio della psicoterapia. Questa divisione di compiti e funzioni è stata profondamente interiorizzata dal paziente dei nostri giorni: dal medico (psichiatra) ci si aspetta che tolga il sin-

tomo, senza lavoro interpretativo o di scavo; chi vuole altro, va dallo psicoterapeuta. Il medico curante si trova così costretto a colludere con il desiderio del paziente, teso a coprire con il farmaco più efficace il male più profondo che si manifesta nei sintomi. I pazienti stessi non accetterebbero un procedimento diverso.

Il terzo scenario, quello “sapienziale”, ha un antecedente nel paradigma religioso. Anche qui bisogna riconoscere una rilevante trasformazione storica, che ha portato la religione istituzionalizzata a lasciare progressivamente il campo dei fenomeni psichici, compresi quelli a contenuto religioso, a discipline specialistiche. L’ambito spirituale si è psichiatrizzato. Oggi non si rischia più di finire sul rogo se si pretende di aver avuto “commercio con il diavolo”; ma neppure si ha l’opportunità di avere l’onore degli altari per visioni e rivelazioni (semmai, se qualcuno confessa al padre spirituale di sentire delle voci, ha un’alta probabilità di ricevere, di rimando, l’indirizzo di uno psichiatra di fiducia).

È piuttosto al di fuori delle istituzioni religiose che più di recente si è appuntata l’attenzione verso espressioni psichiche, abitualmente interpretate in senso psichiatrico, ma che potrebbero essere invece il segno di un’«emergenza spirituale» (per utilizzare un’espressione di Stanislav Grof). C’è un malessere che nasce dal non essere quelle persone realizzate che potremmo e dovremmo essere. Il movimento transpersonale afferma con forza una concezione antropologica che vede nell’uomo anche una potenzialità spirituale, che tende a stati di coscienza unitiva con il Tutto, meglio descritti con il linguaggio dei mistici che degli psichiatri. La prospettiva transpersonale può educare la comunità scientifica che non scelga di chiudersi pregiudizialmente a quest’ipotesi a nutrire quanto meno il sospetto che ci possa essere una dimensione di crescita che punta in questa direzione.

Per percorrere queste strade abbiamo bisogno di altri compagni di viaggio, oltre agli esperti delle scienze biomediche. Poeti, per esempio: due delle maggiori poetesse italiane contemporanee, Vivian Lamarque e Alda Merini, hanno dato voce alla sofferenza psichica passata al crogiolo della psicoterapia e alla stessa esperienza dell’ospedale psichiatrico.

Con una buona dose di consapevole ottimismo, se non di ingenuità, possiamo considerare un segno positivo che all’ultimo festival di Sanremo il primo posto nel tempio della futilità sia stato scalato da una canzone che ha preso a tema la malattia mentale. Il suo autore, Simone Cristicchi, nel libro *Centro di igiene mentale. Un cantastorie tra i matti*, ha voluto recuperare le tracce del passaggio doloroso di tanti malati mentali nei manicomi come monito di un percorso tutt’altro che concluso. Le parole attribuite a un rappresentante ideale del “vivere mala-mente” valgono come monito, e come promessa, a tutta la società:

Sono Matto e rappresento la vostra Salvezza.
Quella sfocata percezione di essere nella ragione.
Io sarò sempre il torto, il distorto, l’adunco.
Sono una meravigliosa imperfezione, come uno
stupendo sbaglio di Dio.

Sandro Spinsanti