

Rappresentazioni Sociali e decostruzione pedagogica. Analisi dello *stigma* nell'ambito della salute mentale

Carlo Orefice

1. Introduzione¹

In questo mio lavoro parto da due principi, che poi corrispondono all'esplicitazione di due domande: come si costruiscono le forme collettive della conoscenza umana? e queste, se sono appunto delle *realizzazioni*, come si possono decostruire attraverso un'analisi di tipo pedagogico?

Questi due principi li applico ad una categoria specifica, quella della salute mentale, in quanto le rappresentazioni collettive della sofferenza psichica, così come di quei professionisti che quotidianamente si confrontano e lavorano con essa e per essa, hanno un impatto cruciale sulle convinzioni e sulle strategie operative dei professionisti della salute e della cura.

Questo lavoro di decostruzione "formativa" lo faccio inoltre attraverso l'analisi di alcuni film, ben consapevole di non essere né un medico, né un esperto di linguaggi cinematografici. Come avrò modo di evidenziare infatti, partire da una prospettiva che vede strettamente interconnesso e interattivo il rapporto tra individuo, sistema sociale e sistema mediale, mi appare un utile strumento attraverso cui verificare come la costruzione della conoscenza delle rappresentazioni sociali della realtà si alimenti e progredisca, spesso attraverso forme ripetitive e stereotipate.

Ragionare sullo stigma in ambito della salute mentale offre dunque un "modello" per interpretare, e far emergere, gli impliciti e i sostrati ideologici che operano in modo inconsapevole nella complessità delle scienze pedagogiche. E' in questo "disambiguare" dunque, come evidenzia anche Mariani [2008]², che possiamo mettere in discussione – facendo nostro un pensiero che è costantemente pratico e teorico – alcune delle categorie che nel nostro caso vengono utilizzate da chi pensa e interpreta la salute mentale.

¹ Questo saggio è il risultato di un lavoro di ricerca e formazione fatto all'interno del Laboratorio di *Medical Education* (diretto dalla prof.ssa P. de Mennato) presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Firenze.

² A. Mariani, *La decostruzione in pedagogia. Una frontiera teorico-educativa della postmodernità*, Roma, Armando, 2008.

Il significato di questo mio lavoro allora, seppur sintetico, risiede nel mostrare come ogni sapere teorico sia, per costituzione, anche pratico, e debba quindi tendere a superare le ideologie che lo attraversano grazie a una costante contaminazione dei propri oggetti disciplinari. Non si possono insomma formare dei professionisti della salute e della cura che (oltre a specifiche competenze “tecniche”) abbiano doti di riflessività, responsabilità umana e “impegno” personale e di ascolto, se non si avvia con essi una critica nei confronti delle visioni unificanti e universalizzanti che essi hanno e che li portano spesso a concepire l’essere umano come un insieme di concetti prestabiliti e immobili.

Si tratta, in definitiva, come scrive Cambi, “di attivare un congedo definitivo e totale rispetto all’etnocentrismo”³ per *costruire decostruendo*.

2. La genesi di un lavoro di decostruzione pedagogica

Il presente saggio nasce a seguito di alcuni recenti lavori di ricerca e formazione fatti presso il *Laboratorio di Medical Education* del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell’Università di Firenze⁴. Esso, abbracciando una prospettiva decostruzionista⁵, prende spunto da uno studio di caso di una studentessa che riteneva, prima di iniziare il suo percorso di tirocinio, che «*il malato psichiatrico fosse una persona da evitare e anche possibilmente pericolosa*». L’affermazione catturò da subito il mio interesse, non solo perché permetteva di riflettere meglio su quali regole morali entrassero in gioco per definire l’identità di categorie ritenute da sempre “inferiori”, ma anche perché quel giudizio rischiava di contribuire a costruire – specie in dei futuri operatori della “salute mentale” – una professionalità incapace di cogliere appieno il valore, l’intensità e la natura della sofferenza psichica.

A partire da questi presupposti, ho dunque deciso di articolare una serie di riflessioni sulla “malattia mentale” e sulle figure professionali impegnate nella cura di essa; utilizzando gli strumenti propri del *Laboratorio di Medical Education* ed affidandomi ad una analisi del testo filmico, ho così verificato come questa appare rappresentata in 49 film tratti dalla cinematografia americana e prodotti indicativamente nelle decadi 1960-2000. Come anticipato nell’Introduzione, tale scelta è stata dettata da tre ordini di fattori, tra loro collegati.

La riflessione di fondo – benché io sia perfettamente consapevole che trovare semplicistiche relazioni causali tra specifiche rappresentazioni cinema-

³ F. Cambi, *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Carocci, Roma, 2001, p.15.

⁴ Si fa riferimento, per l’a.a. 2012-13, ai gruppi di lavoro nati all’interno degli insegnamenti di *Pedagogia delle differenze* (M-PED/01) e *Pedagogia delle professioni di cura* (M-PED/01) presso il Corso di Laurea in Educatore Professionale.

⁵ Su questi temi, si veda F. Cambi (a cura di), *Pedagogie critiche in Europa*, Roma, Carocci, 2009; A. Mariani, *La decostruzione in pedagogia. Una frontiera teorico-educativa della postmodernità*, cit.; A. Mariani, *La decostruzione e il discorso pedagogico. Saggio su Derrida*, Pisa, ETS, 2000.

tografiche e lo sviluppo dello *stigma* in ambito psichiatrico sia un esercizio a volte rischioso (quanto il non tentare tale analisi) – nasce dal fatto che tali rappresentazioni, specialmente quando pregiudizievoli e stereotipate, contribuiscono allo sviluppo di atteggiamenti e comportamenti negativi nei confronti delle persone affette da disturbi psichiatrici. Questo riguarda non solo il “senso comune”, ma anche gli stessi operatori della salute che tendono a volte a evitare di socializzarvi, nonché a lavorarci insieme⁶. Tra i possibili “strumenti” che infatti permettono allo *stigma* sulla malattia mentale di trovare forza e consistenza, i mezzi di comunicazione di massa appaiono particolarmente significativi nel rappresentare alcune idee. Tra questi, il cinema sicuramente ha la tendenza a descrivere le persone affette da patologie psichiatriche in maniera spesso errata e negativa, restituendocene invariabilmente come persone pericolose, violente, “*da evitare*” appunto.

Come evidenzio in questo lavoro, questa “incapacità” di garantire il rispetto della complessità umana, e quindi anche della sofferenza psichica, la ritroviamo spesso nella difficoltà di *pensare* tematiche di interesse psichiatrico senza ridurle necessariamente a modelli e categorie pre-definite. Si pensi, per esempio, ai formidabili progressi conseguiti dalle neuroscienze o alla straordinaria diffusione degli psicofarmaci per le persone con disturbi psichiatrici, ai differenti orientamenti psicoterapeutici o agli aspetti più complessi della riabilitazione, nonché alle innumerevoli matrici sociali e storiche della sofferenza, della memoria e del lutto: tutti questi aspetti, per quanto riguarda la cinematografia americana qui presa in considerazione, non sono quasi mai stati trattati (almeno fino alla fine degli anni '90 del secolo scorso) o comunque, quando questo è avvenuto, è stato fatto in maniera molto poco articolata.

E vengo dunque al secondo aspetto, che riguarda appunto la scelta di soffermarsi esclusivamente su un certo tipo di cinematografia americana. Benché la malattia mentale e i vari operatori ad essa deputati siano dei temi ricorrenti nei film americani fin dagli inizi del '900, questo lavoro non solo fa riferimento ad una minima parte della filmografia disponibile (spaziando in un arco temporale ben preciso), ma non comprende nemmeno innumerevoli film di “serie B” (film a basso budget, erotici, serie TV, ecc.) che nel corso delle decadi hanno invece offerto una gamma abbastanza ampia di stereotipi su tali tematiche. Ho fatto questa scelta perché, come detto, non mi interessa evidenziare il punto di vista estetico o commerciale di “questo” o di “quel” film, ma provare invece a sottolineare che a prescindere dalle varie diagnosi presentate, o anche quando la stessa psichiatria sembra non apparire o apparire poco, *tutti* questi film propongono più o meno la medesima struttura nar-

⁶ Su questi temi, si veda P. Byrne, *Psychiatry and the media*, “Adv Psychiatr Treat”, 2003, 9, pp. 135-143; D. Graniello, P.S. Pauley, *Television viewing habits and their relationship to tolerance towards people with mental illness*, “J Ment Health Counsel”, 2000, 22, pp. 162-175; D.L. Penn, C. Chamberlin, K.T. Mueser, *The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma*. “Schizophr Bull”, 2003, pp. 383-391; G. Philo, *Changing media representations of mental health*. “Psychiatr Bull”, 1997, pp. 171-172.

rativa abilmente congegnata, cioè popolata da personaggi spesso ripetitivi e con un'appagante catarsi finale⁷, costringendo così la complessità di quanto stiamo discutendo in una sorta di “casco del silenzio”⁸.

Alcuni dei film qui indicati infine, e questo è il terzo aspetto che ha indirizzato il presente lavoro, per i motivi appena esposti hanno costituito una sorta di “apripista cognitiva” nelle riflessioni fatte nei gruppi di lavoro indicati. Volendo cioè ancorare le nostre riflessioni a partire da delle suggestioni visive, si è deciso di iniziare da quei film le cui sequenze erano già contenute nell'*Archivio filmico per la formazione medica*, ovvero in quello strumento tecnologico da me creato e usato, in diversi contesti, per affrontare una serie di tematiche di pertinenza degli operatori della salute e della cura⁹, malattia mentale compresa.

Il risultato iniziale di queste nostre discussioni e confronti è dunque questo lavoro, che nasce appunto da una serie di vissuti, sensazioni e ideazioni che hanno motivato e sostenuto l'affermazione di quella studentessa precedentemente esposta, permettendoci così di trasformarla in una domanda: *perché* il malato psichiatrico è una persona da evitare, e anche possibilmente pericolosa?

3. *Gli indicatori dell'origine e dell'alimentazione sociale dello stigma*

Benchè lo stigma rappresenti una complessa interazione tra scienze sociali e processi formativi, politica, storia, psicologia e medicina, è possibile individuare una serie di “indicatori” delle origini sociali della stigmatizzazione e dei fattori che la alimentano. La percezione del cosiddetto “diverso” appare essere il più importante, in quanto permette di leggere le differenze (fisiche, comportamentali, sociali, economiche, ecc.) come tratti indesiderabili, cioè associandole a considerazioni negative. Da questo punto di vista quindi, per il ragionamento che qui stiamo facendo, è corretto sostenere che «la follia esiste solo all'interno

⁷ Su questi temi, si veda N. M. Gharaibeh, *The psychiatrist's image in commercially available American movies*. “Acta Psychiatr Scand”, 2005, pp. 316-319; G.O. Gabbard, K. Gabbard, *Cinema e psichiatria*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000; H.R. Greenberg, *A field guide to cinetherapy: on celluloid psychoanalysis and its practitioners*, “Am J Psychoanal”, 2000, pp. 329-339; R.B. Ray, *A Certain Tendency of the Hollywood Cinema, 1930-1980*, Princeton, Princeton University Press, 1985; I. Schneider, *Images of the mind: psychiatry in the commercial film*. “Am J Psychiatry”, 1977, pp. 613-620.

⁸ Tra i vari strumenti “di contenzione” fisica in auge verso la metà dell'800 nei manicomi, il *casco del silenzio* veniva usato per i “clamorosi” ed era costituito da un copricapo dotato di due cinture di forma svasata per il mento, raccordati da una piccola cinghia nella parte posteriore, che serviva appunto per evitare che il paziente parlasse.

⁹ I film indicati in questo lavoro, le cui sequenze sono contenute nell'*Archivio filmico per la formazione medica*, vengono sottolineati nel testo (dato aggiornato al 16.07.2013). Per un approfondimento su tale strumento tecnologico, oltre che il sito web deputato (www.laboratoriodimedicaleducation-unifi.it), si veda P. de Mennato, A.R. Formiconi, C. Orefice, V. Ferro Allodola, *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2013.

della società o gruppo, non esiste al di fuori delle forme della sensibilità che la isolano e delle forme di repulsione che la escludono o la catturano»¹⁰. Se dunque i termini, i concetti e le categorie attraverso cui pensiamo la malattia mentale hanno usi regolativi, situazionali e relazionali propri di ogni società, è rispetto a questi che si innesta il secondo fattore che qui interessa considerare: la cosiddetta non conoscenza, o ignoranza, la quale ci permette di intendere i cambiamenti dei processi formativi come processi cognitivi.

Chiunque abbia avuto a che fare con patologie psichiatriche, soprattutto di una certa gravità, sa come “essere schizofrenici” o portatori di un disturbo bipolare corrisponda ad una sorta di “non detto/non dicibile” che non si ritrova, per esempio, nel manifestare di essere (o di conoscere dei) cardiopatici. Nella nostra quotidianità cioè, esiste una sorta di «gerarchia volgare delle malattie, fondata sulla maggiore o minore facilità nel localizzarne i sintomi»¹¹. Da questa prospettiva infatti, le patologie cardiologiche sono considerate degli *stati* di malattia (cioè dei cambiamenti temporanei indotti), le cui cause sono ampiamente spiegate nel tempo e per le quali si è trovato un rimedio valido. La malattia psichiatrica invece – si pensi alla schizofrenia, per tornare all'esempio fatto – è considerata un *tratto*, cioè una caratteristica duratura dell'individuo, qualcosa che si insinua nella personalità, deviandola. E' dunque su questi aspetti che si allarga la “distanza sociale” nei confronti dei malati, nonostante i notevoli progressi della stessa scienza medica¹², ed è su questi aspetti che le rappresentazioni cinematografiche tendono a dimostrare tutta la loro potenza descrittiva.

Nel *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, lo stigma viene descritto come capace di «sgretola[re] la fiducia che i disturbi mentali siano condizioni sanitarie efficacemente trattabili», portando così le persone «a evitare di socializzare, assumere o lavorare, affittare o vivere vicino a persone con disturbi mentali»¹³. Nell'evidenziare come lo stigma si alimenti attraverso l'idea che la

¹⁰ M. Foucault, *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, Milano, Raffaello Cortina, 2005, p. 46.

¹¹ C. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998, p. 15.

Su questi temi, si veda P. de Mennato, *Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine*, “Educational Reflective Practices”, 2012, 2, pp. 15-33; S. Sontag, *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Milano, Mondadori, 2002.

¹² Va evidenziato che questa tendenza a rappresentare la malattia mentale secondo immagini idealizzate non è solo prerogativa del cinema. Essa infatti è individuabile, in linea generale, anche nei vari mass media (tv, giornali, ecc.) che molte volte parlano di tali tematiche solo riferendosi a fatti violenti o a crimini efferati. La stessa “psichiatria divulgativa”, che abbonda e perdura ormai nei nostri salotti televisivi, raramente fornisce informazioni scientifiche accurate circa la malattia mentale, privilegiando invece generiche conoscenze che altro non fanno che amplificare la risonanza di stereotipi negativi.

Su questi temi, si veda G. Bechelloni, *Televisione come cultura. I media italiani tra identità e mercato*, Napoli, Liguori, 1995; A. Klin, D. Lemish, *Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences*. “Journal of Health Communication”, 2008, pp. 434-449.

¹³ Department of Health and Human Service - U.S. Public Health Service, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999, p. 6. [<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>].

collettività si è creata nei confronti di chi è malato e di chi cura la malattia, il Report mi sembra sottolinei implicitamente che (soprattutto) chi lavora con la “salute mentale” deve compiere un duplice sforzo interpretativo: *esterno*, in quanto deve saper cogliere i segni e i sintomi che danno valore alla sofferenza psichica, confrontandosi costantemente con l'imprevedibilità delle trame esistenziali e l'affascinante plasticità umana (intesa in termini bio-psico-socio-educativi); *interno*, in quanto deve capire come le rappresentazioni collettive influenzano il proprio rapporto e la propria comunicazione con il malato, direzionando così strategie operative, reazioni comportamentali ed espressioni (verbali e non)¹⁴. Ciò che va continuamente fatto, insomma, nel momento in cui vogliamo parlare di malattia mentale, è sforzarci di mostrare sia la ‘storicità’ dei soggetti “malati” (le ragnatele di significati sono in buona parte tessute localmente, cioè a partire dagli individui), sia quella dei soggetti “normali”, di chi cioè li rappresenta (futuri professionisti della salute in primis).

Rispetto a questo ultimo punto, l'industria cinematografica, nel mostrare un notevole interesse per la medicina e soprattutto per la psichiatria, costituisce (da sempre) un serbatoio carico di stereotipi attraverso cui rappresentare la malattia mentale. E' interessante evidenziare come questo rapporto cinema-psichiatria, nel suo costituirsi e progredire nel tempo, si sia alimentato di una continua relazione bidirezionale: da una parte infatti c'è la psichiatria, che ha fornito al cinema un'enorme materiale, senza il quale probabilmente la settima arte non sarebbe diventata un potente strumento di comunicazione mediatica; dall'altra parte c'è il cinema, che ha consentito alla psichiatria (e più in generale alla psicoanalisi, alla psicoterapia e alla psicopatologia) di farsi conoscere dal grande pubblico, influenzando, come detto, anche la visione sociale della stessa malattia mentale.

Il risultato, come vedremo, molte volte è una sorta di *ibrido* che unisce «le fantasie del pubblico con la [...] ricerca del profitto in modi talvolta ammirevoli, ma più spesso deludenti»¹⁵.

4. *Le rappresentazioni e le decostruzioni sociali dello stigma*

La malattia mentale rientra tra quelle malattie che, nello stereotipo sociale e nell'immaginario collettivo, implicano una sorta di responsabilità personale, una colpa e che sono legate all'incomprensibilità, all'imprevedibilità e soprattutto alla violenza.

¹⁴ Nell'agire sociale molti modi di operare e molte procedure sono attuati in modo meccanico e derivano da una *conoscenza tacita*, ovvero implicita. Da un punto di vista formativo, la questione è particolarmente rilevante perché il soggetto non sempre è in grado di riconoscere in modo cosciente le conoscenze di questo tipo, anche se in base ad esse compie molte attività quotidiane. Si veda, a tal proposito, oltre la parte di Valerio Ferro Allodola in questo contributo (Parte Seconda), J.-P. Pourtois, H. Desmet, *L'educazione implicita. Socializzazione e costruzione dell'identità*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2006.

¹⁵ I. Shneider, *Premessa*, in G.O. Gabbard, K. Gabbard, *Cinema e psichiatria*, cit., p.1.

Il cinema hollywoodiano, nel dare sostanza a queste rappresentazioni, ha prodotto un corposo numero di pellicole che sembrano appartenere più o meno ufficialmente alla psichiatria, permettendo così di “pensare” non solo come la malattia mentale e le figure professionali impegnate nella cura di essa sono state rappresentate nel tempo, ma anche di interrogarsi sull’uso di alcuni stereotipi che riguardano le stesse strutture psichiatriche, le terapie adottate, nonché le diverse patologie indicate¹⁶.

Un’analisi di queste rappresentazioni, come ricordato, sebbene effettuata tramite la verifica di specifici film, evidenzia quanto già altrove indicato dagli stessi professionisti della cura, che tendono infatti a considerare «*il paziente con disturbi psichiatrici [...] un muro invalicabile, stigmatizzato nella sua malattia e talvolta ‘instupidito’ dai farmaci*»¹⁷.

4.1 La categoria della “pericolosità”

Comunemente, nei film cui qui si discute, la rappresentazione della malattia mentale è spesso guidata da alcuni stereotipi ricorrenti.

Da una parte infatti, si tende a tipicizzare le persone affette da una qualche malattia mentale come imprevedibili e soprattutto estremamente pericolose, specialmente se donne,

“La pazzia, non so perché, è un pò meno sinistra nell’uomo di quanto lo sia nella donna. Ho voluto farle incominciare dal peggio.”

(La dottoressa Brice mostra all’aspirante infermiere Vincent il reparto femminile del manicomio, in *Lilith, la dea dell’amore*, 1964)

dall’altra, a riconoscere che il disturbo psichiatrico debba avere sempre e comunque un significato ed una causa¹⁸, molto spesso rintracciabile in genitori cattivi (e violenti),

“Se i figli non riescono a correggere i demoni dentro di loro, incapaci di fronteggiare e battere il terrore, diventano il terrore.”

(Un medico descrive il serial killer Mowat, in *Unspeakable*, 2004)

per cui la guarigione, quando presente, avviene nel momento in cui il paziente-figlio riesce ad incolparli e a dimenticarli¹⁹.

¹⁶ Su questi temi, si veda G.S. Cape, *Addiction, stigma and movies*, “Acta Psychiatr Scand”, 2003, 107, pp. 163-169; M.C. Angermeyer, B. Scultze, *Reducing the stigma of Schizophrenia: understanding the process and options for interventions*, “Epidemiol & Psych Soc”, 2001, 10, pp. 1-7.

¹⁷ C. Orefice, *Costruire la consapevolezza dei modi di ‘stare al mondo’*, in P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla “cura”. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2011, p. 131-132.

¹⁸ S. Wessely, *Mental illness as metaphor, yet again*. BMJ 1997, 314, p. 153.

¹⁹ *Entity* [1981], *Frances* [1982], *Pazza* [1987], *Il principe delle maree* [1991], *Mai con uno sconosciuto* [1995], *Will Hunting – Genio ribelle* [1997], *Spider* [2002], *Unspeakable* [2004].

“Mia madre avrebbe dovuto allevare cobra e non figli.”
(Tom, ormai adulto, ricorda sua madre, in *Il principe delle maree*, 1991)

Sembra insomma, come sostengono gli stessi fratelli Gabbard²⁰, che molti autori hollywoodiani – disattendendo quanto già lo stesso Freud aveva evidenziato nel suo lavoro embrionale *Studi sull'isteria* (1895) quando sosteneva che la semplice rievocazione di un ricordo traumatico rimosso di fatto non curava – abbiano letto poco (e male) le opere del padre della psicoanalisi. Come vedremo inoltre, questo continuo affidarsi ad un “metodo catartico” che libera il paziente dalle ingombranti figure genitoriali, tende a rappresentare la malattia mentale non come un complesso intreccio tra fattori biologici, intrapsichici e ambientali, ma appunto come un “qualcosa” di statico, di fisso, e su cui i pazienti non hanno nessuna responsabilità.

Questa oscillazione, che nel cinema americano ha creato e fa perdurare il mito del malato mentale dividendolo in “buono” e “cattivo” (analogo discorso, come vedremo, vale per la figura dello psichiatra), porta a privilegiare nella narrazione alcune “forme psicopatologiche”: le psicosi (con maggior risalto al gruppo delle schizofrenie), le psicosi maniaco-depressive, i disturbi dissociativi di personalità, le depressioni maggiori, le dipendenze patologiche, alcuni disturbi di personalità, le nevrosi ecc. Anche se alcune pellicole offrono descrizioni dei disturbi mentali complesse e realistiche (al punto da poter essere utilizzate efficacemente come casi clinici nella didattica psichiatrica)²¹, la sensazione di fondo è che una maggiore accuratezza venga destinata alla raffigurazione di disturbi relativamente poco gravi, mentre quelli più gravi appaiono spesso tanto spettacolari quanto poco realistici²². Eppure, sono proprio questi ultimi, visto il loro grado di complessità, che andrebbero restituiti nella loro interezza, senza definire invece chi è malato e chi cura la malattia secondo rappresentazioni statiche e ripetitive.

Se si scende nel dettaglio, per esempio, vediamo come la filmografia relativa ai disturbi da *abuso o da dipendenza da sostanze* preveda un ricorso massiccio agli stereotipi, tanto da permettere il riconoscimento di alcune figure caratteristiche che ritroviamo, puntualmente, in numerosi film. *L'eroe tragico* è da sempre in lotta con il desiderio di assunzione di alcol o di stupefacenti²³,

²⁰ G.O. Gabbard, K. Gabbard, *Cinema e psichiatria*, cit., p. 51.

²¹ H.A. Bhagar, *Should cinema be used for medical student education in psychiatry?*, “Med Educ”, 2005, 39, pp. 972-973.

²² A tal proposito, si veda D. Bhugra, *Mad tales from Hollywood: the impact of social, political, and economic climate on the portrayal of mental illness in Hindi films*. “Acta Psychiatr Scand”, 2005, 112, pp. 250-256; A. Rosen, G. Walter, *Way out of tune: lessons from Shine and its exposé*. “Aust N Z J Psychiatry”, 2000, 34, pp. 237-244; A. Rosen, G. Walter, T. Politis, M. Shortland, *From shunned to shining: doctors, madness and psychiatry in Australian and New Zealand cinema*. “Med J Aust”, 1997, 167, pp. 640-644.

²³ *Sotto il vulcano* [1984], *Ironweed* [1987], *Via da Las Vegas* [1995], *Blackout* [1997], *Requiem for a dream* [2000].

il *ribelle* rifiuta le norme dettate da una repressiva società e fa delle varie sostanze un uso più “ricreativo” (la maggior parte delle volte è il protagonista di commedie irriverenti e dissacratorie)²⁴, il *maniacco omicida* infine (solitamente di genere maschile) è incapace di controllare i suoi impulsi e mette in scena comportamenti distruttivi e violenti²⁵. In tutti questi personaggi, registi e sceneggiatori non sembrano inoltre scavare a fondo nell’anima dei vari protagonisti, presentandoceli il più delle volte come completamente sbronzi o drogati mentre freneticano ad alta voce o svengono improvvisamente sul letto.

I *disturbi dissociativi* invece, probabilmente in virtù del loro potenziale melodrammatico, hanno sempre destato notevole interesse a Hollywood²⁶. Nell’offrire, in termini di trama, grandi risorse, propongono il più delle volte protagonisti dalla doppia personalità (in maggioranza sempre maschi) figli del Dottor Jekyll, a volte soggetti ad una guarigione repentina e completa, spesso accompagnata con piccoli artifici stilistici o con un enfatico commento sonoro in sottofondo.

I *disturbi di personalità* sono invece abbastanza frequenti sullo schermo, e nella maggior parte dei casi vengono descritti pazienti che, più o meno realisticamente, mettono in atto degli stili di comportamento antisociali, paranoici, persecutori e deliranti, senza mai ricercare l’aiuto dello psichiatra²⁷.

Infine, tra i vari film i cui protagonisti sono pazienti con *disturbo schizofrenico*²⁸, ritroviamo forme di esemplificazione la maggior parte delle volte riconducibili a semplici stati allucinatori, enfatizzati dal sapiente uso delle soggettive di macchina. Tra questi, *A Beautiful Mind* [2001] propone una schizofrenia di tipo paranoico, con intense manifestazioni deliranti e forti allucinazioni uditive. Nonostante alcune imprecisioni e inesattezze (la scelta di far apparire le allucinazioni uditive come visive e di definire le tematiche deliranti del protagonista con allucinazioni complesse), nel film vengono restituiti in maniera efficace alcuni degli aspetti che caratterizzano i sintomi e il decorso della schizofrenia²⁹, restituendone così una condizione ben poco “romantica” e, seppure in parte curabile, incompatibile con la creatività e la genialità.

4.2 La categoria della “onnipotenza”

Benchè siano poche le professioni che nel cinema siano rimaste immuni da processi di stereotipizzazione, gli psichiatri hanno attraversato tutti i ge-

²⁴ *Paura e delirio a Las Vegas* [1997].

²⁵ *Il cattivo tenente* [1992].

²⁶ *Vestito per uccidere* [1980], *Mai con uno sconosciuto* [1995].

²⁷ *Alice’s Restaurant* [1969], *Arancia meccanica* [1971], *Duel* [1971], *La conversazione* [1974], *In cerca di Mr. Goodbar* [1977], *American gigolo* [1980].

²⁸ *Lilith, la dea dell’amore* [1964], *I never promised you a rose garden* [1977], *A beautiful mind* [2001], *Session 9* [2001], *Spider* [2002].

²⁹ E. Goode, *A rare day: the movies get mental illness right (a conversation with Glen Gabbard)*. “The New York Times” 2002, February 5.

neri e tutte le decadi. Come anticipato, dal momento che uno degli stereotipi ricorrenti che guida la rappresentazione della malattia mentale nei film qui trattati vuole che il disturbo psichiatrico debba avere sempre e comunque un significato ed una causa e che il malato sia un soggetto sempre estremamente pericoloso, la presenza di questo professionista può facilitare il ricorso a confessioni inaspettate o a rivelazioni imprevedibili³⁰, portando così i protagonisti a comportarsi secondo motivazioni seppellite in un passato traumatico, o in una mente disturbata che deve solo “essere solo svelata”.

Questa figura, che ormai (soprattutto a Hollywood) è stata inserita in pellicole di generi tra loro molto differenti (dal melodramma al film poliziesco, dai film di fantascienza e dell'orrore fino a quelli di genere erotico), è carica di rappresentazioni cinematografiche pregiudizievole e stereotipate che hanno contribuito in maniera significativa a crearne, a livello sociale, una immagine fortemente condizionata. Si pensi alla figura professionale dello psichiatra che viene associata a colui che cura con la sua sola presenza, mostrandosi sempre efficace, scrupoloso, compassionevole e dal comportamento retto³¹, e la cui funzione sembra quasi esclusivamente quella di recuperare memorie infantili. Nel fare questo, tutti questi film lasciano passare (nemmeno troppo in sordina) l'idea che per curare il disturbo mentale serva solo l'amore: quello appunto fornito dallo psichiatra stesso. Ma si pensi anche al suo opposto, ovvero quando l'immagine sociale che si sceglie di fornirne è molto negativa, rappresentando questa figura professionale come corrotta, scorretta, manipolativa e vendicativa³², se non completamente “folle”³³.

Una serie di tipizzazioni emblematiche poi, che forse non sono centrali nella professione ma lo diventano fortemente nella rappresentazione che si ha delle medesime, sono quelle che riguardano la figura dello psichiatra donna. Senza voler qui banalizzare approcci complessi fondati sull'appartenenza di genere³⁴, si può sottolineare come a questa figura si aggiungano spesso una serie di attribuzioni legate, nell'immaginario collettivo, all'universo femminile (il senso materno, la fragilità, la cura di sé, la volubilità, la tenacia, ecc.)³⁵ che possono essere percepite in modo positivo o negativo, fino ad arrivare all'immagine del terapeuta donna che si innamora del proprio paziente maschio³⁶. In entrambi i casi, quello che qui appare rilevante,

³⁰ *Don't say a word* [2001].

³¹ *David e Lisa* [1963], *Gente comune* [1980], *Will Hunting – Genio ribelle* [1997], *Antwone Fisher* [2002].

³² *Una splendida canaglia* [1966], *Frances* [1982], *The keeper* [1976].

³³ *Vestito per uccidere* [1980], *Il silenzio degli innocenti* [1991].

³⁴ Ho trattato questi aspetti in C. Orefice, *Riconoscere la diversità. La costruzione culturale del genere*, in G. Ceccatelli, A. Panerai, S. Tirini (a cura di), *Orizzonti di genere. Approcci disciplinari di un concetto in costante evoluzione*, Pisa, ETS, 2012, pp. 63-73.

³⁵ *Agnese di Dio* [1985], *Il principe delle maree* [1991], *Unspeakable* [2004].

³⁶ *Una ragazza da sedurre* [1965], *Una splendida canaglia* [1966], *Il principe delle maree* [1991], *Basic Instinct* [1992], *Mr. Jones* [1993], *L'esercito delle dodici scimmie* [1995], *Harry a pezzi* [1997].

è l'evidenziare la presenza di una sorta di "ideologia patriarcale" che sembra apparire dietro queste rappresentazioni, per cui le terapeute sono quasi sempre belle donne quando trattano un paziente maschio, mentre diventano zitelle e brutte, ma molto professionali, quando hanno a che fare invece con un paziente donna.

Ma c'è di più. In questo processo di tipizzazione, le altre figure professionali impegnate nella cura della malattia mentale (riabilitatori, personale infermieristico, assistenti sociali, educatori, ecc.) molte volte o fanno da sfondo, contribuendo così a rafforzare una rappresentazione mediatica dello psichiatra che viene identificato, *tout court*, con il disagio mentale³⁷, oppure non sono distinguibili da questo, che appare infatti avere un'attività non separabile dalle altre figure professionali impegnate nella cura. Questo processo, unitamente allo scarso peso narrativo già evidenziato in precedenza, si traduce in una marcata tendenza al didascalismo delle rappresentazioni della malattia, che si incardina a sua volta su alcune caratteristiche di base (estetiche, socio-culturali o valoriali) dei personaggi che se ne devono fare carico, limitandosi ad alcuni elementi di facile identificazione del loro ruolo.

Mi sembra dunque che questa incapacità di rappresentare la malattia mentale in un "ottica complessa", traducendola invece in pochi gesti o battute, anche se emblematici, implichi un evidente riduttivismo che rischia di schematizzare eccessivamente o di omettere completamente alcuni aspetti chiave delle professioni qui chiamate in causa. Se infatti, come detto, esistono alcuni aspetti che trovano una loro sovrarappresentazione o semplificazione costante per permettere una riconoscibilità più immediata e quindi una diffusione più ampia, si verifica anche l'effetto contrario, per cui certe dimensioni proprie delle professioni di cura sembrano non trovare praticamente alcuna visibilità, lasciando la sensazione che queste non siano particolarmente evocative e stimolanti per articolare narrazioni filmiche sulla malattia mentale: si pensi, a tal proposito, a dimensioni fondamentali come la progettazione delle politiche di intervento terapeutico, l'organizzazione del lavoro di "presa in carico" del paziente (individuale e d'équipe) o l'apprendimento della stessa professione (soprattutto nella concretezza delle prime esperienze lavorative, nel tirocinio e nella gestione dei primi casi).

Tutti questi momenti, nel trovare raramente una loro esplicitazione non stereotipata (quando presente) nelle rappresentazioni cinematografiche di cui stiamo trattando, ci confermano l'idea che nel proporre una sorta di "idealtipo" di psichiatra o di operatore che si occupa di salute mentale, si

³⁷ Diverso appare in tal senso il film *Qualcuno volò sul nido del cuculo* [1975], diventato per antonomasia il simbolo della lotta custodialistica e repressiva ai manicomi. Qui infatti la dimensione istituzionale ruota intorno alla figura di una algida e rigida caposala, mentre gli psichiatri compaiono solo qualche minuto e fungono da sfondo, più simili ad amministratori che a professionisti della cura. Anche il recupero degli ammalati, inoltre, non viene affidato a nessun specialista (basti ricordare la conduzione della terapia di gruppo), ma ruota sempre attorno alla glaciale e arcigna donna.

privano queste figure professionali del loro fondamentale carattere di multidimensionalità e di polisemia, incasellandole appunto in ruoli, compiti e responsabilità fissi.

4.3 La categoria della “segregazione”

Le raffigurazioni stereotipate degli psichiatri, e di quanti sono impegnati nella cura della malattia mentale, portano inevitabilmente a raffigurazioni stereotipate dei luoghi deputati alla cura e dei diversi orientamenti psicoterapici.

Nel primo caso, la rappresentazione cinematografica degli istituti psichiatrici³⁸ – siano essi ospedali psichiatrici, manicomi, manicomi criminali, riformatori o lussuose cliniche private – è molto simile a quella delle carceri, ovvero luoghi bui e oscuri, popolati da pazienti inebetiti, in camice di forza e/o legati a letto mediante contenzione meccanica. Nei film (soprattutto quelli degli anni Settanta e Ottanta di cui si discute) appaiono molte volte strutture psichiatriche che rimandano ad una psichiatria punitiva, che impiega terapie come l'elettroshock³⁹, la lobotomia⁴⁰ o lo shock insulinico per “correggere” comportamenti socialmente inappropriati, e la cui efficacia non è mai messa in dubbio:

“Volendo dimostrare non solo la semplicità ma la rapidità del processo, posso effettuare la lobotomia trans-orbitale su dieci pazienti, in meno di un'ora. A questi pazienti verrà somministrata una leggera dose di ESK, anche se devo sottolineare che il trattamento è assolutamente indolore. Io l'ho già eseguito con il paziente completamente sveglio. Oltretutto, direi che dal punto di vista clinico è affascinante osservare la trasformazione che avviene. Sappiamo già che la lobotomia funziona ma ora la possiamo applicare su una scala molto più vasta. La tecnica pre-frontale richiedeva giorni di lavoro ad un gruppo di chirurghi; con lo stesso tempo da solo posso operarne cinquanta. Il mio metodo non è costoso, è veloce ed è sicuro, solamente un pò più pericoloso di un'operazione per estirpare un dente cariato. In parole povere, cari colleghi, la mia tecnica, con questo strumento, recide i nervi portatori di sintomi alle idee. Come effetto di questa mia cura si ha una perdita dell'emotività o più esattamente si ha un appiattimento emotivo, con diminuzione della creatività e della fantasia. E noi sappiamo che proprio l'immaginazione e l'emozione sono il loro disturbo e questa nostra paziente potrà lasciar presto l'ospedale; la lobotomia la riporterà a casa”.

(Uno psichiatra loda i vantaggi della tecnica da lui perfezionata, *Frances*, 1982)

Nel fare questo, come hanno evidenziato anche i fratelli Gabbard, «questi film mostrano che i manicomi sono l'ultimo posto in cui andare se si desidera essere ‘curati’ per problemi emotivi. In questi film sono spesso centrali gli elementi più sensazionali del trattamento psichiatrico [...]. Anche quando

³⁸ *La morte dietro il cancello* [1972], *Birdy – Le ali della libertà* [1984], *L'esercito delle 12 scimmie* [1995], *Instinct – Istinto primordiale* [1999], *Ragazze interrotte* [1999].

³⁹ *Il corridoio della paura* [1963], *Qualcuno volò sul nido del cuculo* [1975], *A Beautiful Mind* [2001].

⁴⁰ *Una splendida canaglia* [1966], *Qualcuno volò sul nido del cuculo* [1975], *Frances* [1982].

[...] i pazienti non vengono sottoposti all'elettroshock o alla lobotomia, non riescono comunque a trarre beneficio dal loro internamento»⁴¹.

Seguendo quindi questo meccanismo volto alla spettacolarizzazione, il cinema americano, come anticipato, sembra non poter fare altro che presentare la maggior parte delle volte il metodo psicoterapico come qualcosa di estremamente rapido e catartico, inducendo guarigioni improvvise. Lo stesso atto – che spesso si compie nell'arco di pochi minuti o secondi – può facilmente manifestarsi in una intensa carica drammatica, non rintracciabile nemmeno nelle più eclatanti guarigioni dalle malattie non mentali.

Sembra dunque che l'enfasi rimanga sulla cura della parola, mentre raramente viene rappresentata la somministrazione effettiva di farmaci. Anche quando questo avviene, inoltre, il ricorso agli psicofarmaci appare (almeno fino agli anni Novanta) spropositato e spettacolare⁴², e la medicalizzazione del disagio diventa occasione per effettuare quelle "tecniche di governo" cui un autore come Foucault ci invitava a fare i conti criticamente⁴³.

In *Qualcosa è cambiato* per esempio, uno dei tanti film dove si mostrano le vicende di soggetti attanagliati dalla paura di contrarre malattie mettendone alla berlina fobie ed ossessioni⁴⁴, troviamo per la prima volta (almeno fino alla fine del 1990) l'idea che una terapia farmacologica, oltre che l'amore, possa avere efficacia per il paziente-protagonista (in questo caso affetto da un disturbo ossessivo-compulsivo).

“Diciamo che io ho forse un disturbo. Il mio dottore, uno psicoanalista dal quale andavo sempre, dice che nel cinquanta, sessanta per cento dei casi una pillola può aiutare molto. Io odio le pillole, roba molto pericolosa. Bada bene, le odio ed uso apposta la parola odio quando parlo di pillole. Il mio complimento è che quella sera che sei venuta da me e mi hai detto che...Beh, c'eri quella sera e sai quello che hai detto...Il mio complimento per te è che la mattina dopo ho cominciato a prendere le pillole. Mi fai venire voglia di essere un uomo migliore.”
(Il protagonista si rivolge alla cameriera con cui è riuscito a stabilire una relazione, *Qualcosa è cambiato*, 1997)

5. *I focus della ricerca: pensare e costruire rappresentazioni complesse delle nostre esistenze*

In questo lavoro, partendo da una prospettiva che vede strettamente interconnesso e interattivo il rapporto tra individuo, sistema sociale e sistema

⁴¹ G.O. Gabbard, K. Gabbard, *Cinema e psichiatria*, cit., p. 48.

⁴² *Pazza* [1987].

⁴³ Foucault M., *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, Milano, Raffaello Cortina, 2006. Per un'analisi sugli aspetti del pensiero di Foucault che più si prestano all'intersezione con le tematiche formative qui discusse, si veda anche A. Mariani, *Attraversare Foucault. La soggettività, il potere, l'educazione*, Milano, Unicopli, 1997.

⁴⁴ *Tutte le manie di Bob* [1991], *Qualcosa è cambiato* [1997], *Il genio della truffa* [2003], *The Aviator* [2005].

mediale, ho considerato – seppur sinteticamente – l’influenza che una certa cinematografia americana ha avuto nel produrre, a livello sociale, determinate rappresentazioni della sofferenza mentale, così come di quei professionisti che quotidianamente si confrontano e lavorano con essa e per essa. I vari interrogativi che ne sono nati non vogliono naturalmente ottenere risposte oggettive e univoche, ma piuttosto intendono stimolare e approfondire quanto da noi portato avanti all’interno del *Laboratorio di Medical Education*, ovvero una riflessione (seppure iniziale) sul rapporto esistente tra la dimensione dell’agire professionale e quella dell’apparire nelle rappresentazioni sociali.

Come ho anticipato, l’attitudine pubblica nei confronti delle malattie mentali appare pesantemente influenzata più dalla loro rappresentazione da parte della comunicazione di massa, cinema *in primis*, che da un contatto reale con il malato mentale (per gli studenti, questo vale almeno fino a che non cominciano il tirocinio). La varietà delle rappresentazioni proposte infatti, l’esigua presenza di psichiatri-donna e la frequente ambientazione horror, noir o thriller della psichiatria (legata a quell’idea di “pericolosità sociale” precedentemente discussa), sembrano tutti elementi destinati a svolgere un ruolo fondamentale, più in negativo che in positivo, sull’immaginario e sulle aspettative delle persone, rappresentando così chi è malato e chi cura la malattia secondo rappresentazione statiche⁴⁵.

Nel fare questo, lo stigma appare dunque come una sorta di “*seconda malattia*”, in quanto non solo influenza negativamente il tentativo di reinserimento sociale e lavorativo della persona, ma a volte ostacola anche le cure più appropriate in tutte le fasi della malattia stessa perché gli individui (o le loro famiglie) vivono sentimenti di vergogna, colpa, inferiorità, ecc. Questa spirale di desocializzazione e di rinforzo del pregiudizio, a sua volta non fa altro che peggiorare la malattia, impedendone a volte anche la diagnosi, così come interventi precoci.

Appare dunque sempre più necessario, soprattutto nei confronti dei futuri operatori della salute mentale con cui come docenti interagiamo, promuovere un intenso lavoro di ascolto, decodifica, interpretazione ed elaborazione delle *proprie* rappresentazioni, in modo che essi possano imparare a ricostruire equilibri bio-psico-socio-educativi con le personalità sofferenti con cui entrano in contatto, senza necessariamente cadere in stereotipi o mettendo in atto differenti meccanismi di difesa (la svalutazione, l’isolamento emotivo, ecc.).

Mi sembra quindi che lavorare per la riduzione e l’abolizione dei pregiudizi e dello stigma significhi sottolineare, con forza, che la malattia mentale non deve essere discriminazione, dimenticanza e indifferenza, ma al contrario, diritto di partecipazione alla vita sociale, diritto di scelte personali e di coinvolgimento nei percorsi di cura.

⁴⁵ Nel prendere in rassegna i film indicati, è significativo notare come gli assassini vengano quasi sempre impersonati da soggetti con disturbi mentali, per i quali si utilizzano termini come “pazzo”, “folle”, “mostro”, “maniaco”, o il prefisso “psico”.

Rimane una domanda, tra le tante, che questo lavoro e i dibattiti che ne sono seguiti pone: le rappresentazioni della psichiatria offerte nei film qui indicati sono accurate? Sinceramente non credo sia questo il punto importante da evidenziare.

Anche se infatti è sempre bene evitare parallelismi che appaiono a volte ambigui e scivolosi, e anche se i tratti caratteristici della pratica tipica della salute mentale sono altamente soggettivi, come detto la questione di fondo è un'altra. La maggior parte degli "spettatori" che vedono e hanno visto questi film, studenti compresi, sono poco informati o non hanno avuto contatto con la malattia mentale nella loro pratica quotidiana o professionale, per cui il rischio concreto che queste rappresentazioni celano è che quel malato diventi *il* malato, quello psichiatra *lo* psichiatra, e che quell'idea di malattia *la* malattia.

Naturalmente registi e sceneggiatori hanno tutto il diritto di rappresentare la malattia mentale come meglio credono, ma quello che qui stiamo discutendo è quanto tali rappresentazioni influenzino o meno i futuri operatori della salute mentale con i quali, come formatori, ci troviamo in contatto e nei confronti dei quali ci assumiamo delle responsabilità educative. L'impatto su questi, così come sui pazienti e le loro famiglie, nonché sugli stessi trattamenti, può essere di ampia portata e va quindi affrontato e discusso, anche attraverso i linguaggi mediali.

È questo il valore, e la messa in pratica, di quel "disambiguare" categorie interpretative cui Mariani⁴⁶ faceva riferimento nell'introduzione a questo mio lavoro e che appare, sempre più, necessario quando ci si avvicina all'insondabile dolore che da sempre accompagna la malattia mentale.

⁴⁶ A. Mariani, *La decostruzione in pedagogia. Una frontiera teorico-educativa della postmodernità*, cit.