

Scuola Universitaria della Svizzera Italiana  
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

---

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis  
di  
Grasso Sheila

**Come la medicina narrativa amplia la comprensione del paziente in una persona  
in formazione?  
Analisi esemplare del “Diario di una schizofrenica” di M. A. Sechehaye**

Manno, 15.01.2016

Anno accademico 2015 – 2016

Direttrice di tesi  
Guenda Bernegger

“Solo coloro che hanno perduto la realtà ed hanno vissuto per anni nel paese inumano e crudele della *Luce*, possono veramente apprezzare la gioia della vita e comprendere il valore inestimabile della comunicazione umana.”

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. *Diario di una schizofrenica*. Pag. 104)

## Sommario

<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>6</b>
Motivazione della scelta dell'argomento.....	6
Breve presentazione dell'argomento.....	6
Obiettivi del lavoro di tesi .....	7
Metodologia e contenuti trattati .....	7
<b>La medicina narrativa e i paradigmi affini .....</b>	<b>9</b>
Introduzione.....	9
Il pensiero narrativo al cuore della medicina narrativa.....	9
Il pensiero narrativo al cuore delle medical humanities .....	10
L'integrazione del pensiero narrativo nella medicina: la medicina narrativa .....	10
Illness.....	11
Disease.....	11
Sickness.....	12
Salute.....	12
Il pensiero narrativo e la prospettiva fenomenologica.....	12
Il concetto fenomenologico-ermeneutico.....	13
La prospettiva soggettiva: la medicina dell'analisi esistenziale e la costituzione fondamentale dell'esserci.....	13
<b>La schizofrenia.....</b>	<b>15</b>
Eziologia.....	15
Sintomi .....	16
<i>Sintomi positivi</i> .....	17
Deliri.....	17
Allucinazioni.....	17
Disorganizzazione .....	17
<i>Sintomi negativi</i> .....	18
Diagnosi.....	18
Esordio .....	18
<i>Fase prodromica</i> .....	18
<i>Fase acuta</i> .....	19
Decorso .....	19
<b>Una narrazione esemplare: il "Diario di una schizofrenica" di M. A. Sechehaye .....</b>	<b>21</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>21</b>
Le parole di Renée .....	22
Sezione 1.....	22
Sezione 2.....	22
Sezione 3.....	24
Sezione 4.....	25
Sezione 5.....	26
La versione cinematografica del "Diario di una schizofrenica" (Regia di Nelo Risi, 1968, Italia) .....	27
Come si relaziona Renée con il mondo esterno? .....	28
Come si svolge la relazione tra Renée e la sua malattia? .....	29
Quali sono le questioni principali, su cui viene posto l'accento, nel racconto della storia di malattia di Renée? .....	32
<b>Esperienza personale del "Diario di una schizofrenica".....</b>	<b>38</b>
<b>Discussione .....</b>	<b>42</b>

<b>Conclusioni</b> .....	<b>46</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>47</b>
Articoli.....	47
Letteratura grigia.....	48
Libri.....	48
Materiale audiovisivo .....	49
Sitografia .....	49
<b>Allegati</b> .....	<b>50</b>
Allegato 1.....	50
<i>Tabella della sezione 1</i> .....	50
<i>Tabella della sezione 2</i> .....	51
<i>Tabella della sezione 3</i> .....	52
<i>Tabella della sezione 4</i> .....	53
<i>Tabella della sezione 5</i> .....	54
Allegato 2.....	55
<i>Tabella della versione cinematografica</i> .....	55
Allegato 3.....	57
<i>Strumento tabella</i> .....	57
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>59</b>

## **Abstract**

Il seguente lavoro di tesi affronta la tematica della medicina narrativa e le sue modalità di accogliere il vissuto di malattia del paziente schizofrenico, facendo riferimento ad un testo autobiografico, ovvero il “Diario di una schizofrenica” di M. A. Sechehaye.

L’obiettivo principale di questo lavoro di tesi è di comprendere in che modo, la medicina narrativa ed i paradigmi affini ad essa, aumentino la comprensione in una persona in formazione come me del vissuto di malattia di un paziente schizofrenico, a partire dal suo racconto. In sostanza capire con quali strumenti, messi a disposizione dalla medicina narrativa, mi è possibile approfondire la sua esperienza di malattia e comprenderla maggiormente.

Questo lavoro di tesi è uno studio di un caso di schizofrenia, preso dal “Diario di una schizofrenica” di M. A. Sechehaye del 1955, un libro autobiografico redatto da Renée, una ragazza schizofrenica, in cui espone la sua esperienza di malattia. Oltre a questa fonte è stata visionata anche la versione cinematografica, per la regia di Nelo Risi del 1968, per mettere a confronto le due visioni: la prima quella soggettiva e personale di Renée, la seconda una riproposizione della sua esperienza di malattia.

Il metodo, studio di un caso, ha permesso di concentrarsi sull’esperienza di malattia di Renée, evidenziandone la realtà da lei vissuta ed espressa senza intermediari. Questo ha permesso di osservare il vissuto di malattia andando oltre le sole informazioni teoriche le quali permettono di comprendere la malattia in generale, ma non la complessità e singolarità di ogni caso.

La prima parte di questo lavoro di tesi, che è a sfondo teorico, espone il tema della medicina narrativa ed i paradigmi affini ad essa e della patologia schizofrenica, in modo da permettere una comprensione generale degli argomenti presi in causa. In seguito vi è un’analisi basata su cinque sezioni selezionate dal racconto di Renée e da scene estrapolate dalla versione cinematografica, con il sostegno del quadro teorico, al fine di comprendere maggiormente la sua esperienza di malattia.

Attraverso questo lavoro di tesi è stato possibile entrare nel merito delle parole di Renée ed osservare la sua esperienza di malattia sotto aspetti che hanno permesso di comprendere l’esperienza di malattia vissuta. Grazie agli strumenti messi a disposizione dalla medicina narrativa è stato possibile andare oltre alla semplice nosografia della malattia, ed entrare nel mondo schizofrenico di Renée, comprendendo come, nel suo caso singolare, la malattia si ponesse nella sua quotidianità e come è stata vissuta.

# Introduzione

## Motivazione della scelta dell'argomento

La mia decisione di affrontare l'argomento della medicina narrativa è avvenuta in due momenti distinti.

Dapprima mi sono interessata all'argomento durante i corsi intrapresi a scuola, in parte anche a causa della mia grande passione per la lettura e dunque per i racconti, sebbene non comprendessi ancora però appieno la sua attuazione ed utilità nell'ambito lavorativo.

In seguito, ho potuto afferrare maggiormente la sua forza e la sua importanza durante il mio ultimo stage lavorativo in psichiatria. L'interazione e la comunicazione con i pazienti mi donava giorno dopo giorno informazioni nuove ed importanti sulla loro persona, sui loro bisogni ma soprattutto sui loro vissuti e su come queste esperienze abbiano modificato le loro vite; informazioni che non avrei mai potuto comprendere solamente basandomi sul loro stato di salute trascritto in cartella e sulle conoscenze teoriche e nosografiche acquisite durante lo studio. Ogni parola poteva essere uno spunto, ogni frase trasudava emozione e nell'ascolto si creava automaticamente un rapporto di fiducia che poteva solo giovare ai fini terapeutici per la persona in cura, e giovare a me stessa nel corso del mio apprendimento.

La decisione di utilizzare la medicina narrativa come approccio per comprendere meglio l'esperienza di malattia nell'ambito della schizofrenia è dovuta al fatto che durante il periodo di pratica in psichiatria ho avuto saltuariamente a che fare con persone affette da tale patologia e sentire le loro parole apriva un varco che permetteva di osservare e di cercare di relazionarmi con un mondo accessibile solo a loro stessi; di entrare in contatto con un mondo di cui io da persona esterna ero all'oscuro.

Per questi motivi ho deciso di lavorare sul testo "Diario di una schizofrenica" di Marguerite A. Sechehaye scritto nel 1955.

Nel testo Renée, ovvero la protagonista che ha scritto la propria storia, racconta i suoi vissuti a partire dai primi ricordi che ha legati alla malattia, le prime manifestazioni di cui ha memoria. Nel proseguimento della storia, spiega come la sua situazione legata alla malattia evolva nel corso del tempo, parla dei trattamenti e di come questi abbiano influito sulla sua esperienza. Tutto il suo racconto porta infine al punto in cui Renée riesce a trovare un equilibrio nel mondo reale, sentendosi finalmente anche parte di quella realtà.

Esso racchiude le vere parole di questa donna e della sua malattia, i suoi ricordi espressi attraverso le sue sensazioni e le sue percezioni, le sue impressioni e le sue emozioni.

Sul piano professionale la mia scelta, oltre che essere motivata dalla mia ultima esperienza lavorativa, è spinta anche dal desiderio di dotarmi di strumenti in più per poter conoscere il paziente al di là della sua cartella, della sua diagnosi, il poter comprendere, dalla sua visione soggettiva, cosa e come vive lo stato di malattia e lo stato di salute, perché dietro ogni persona ci sono una storia e un mondo, e costruire insieme la storia – come si vedrà più avanti – può diventare terapia.

## Breve presentazione dell'argomento

La medicina narrativa ed i paradigmi ad essa correlati permettono di osservare l'esperienza di malattia della persona sotto più aspetti al fine di comprendere il suo vissuto soggettivo. In questo lavoro di tesi verranno osservati attraverso l'analisi del racconto biografico di una ragazza schizofrenica, Renée, protagonista e autrice del "Diario di una schizofrenica", al fine di riuscire ad intendere come essi possano ampliare

la conoscenza e la comprensione del paziente affetto da schizofrenia, in una persona in formazione come me.

### **Obiettivi del lavoro di tesi**

L'obiettivo di questo lavoro di tesi è di comprendere cosa, ad una persona in formazione, in questo caso me medesima, possa donare la medicina narrativa, quali strumenti possa fornire per comprendere appieno la situazione e il vissuto del paziente, il suo rapporto con la malattia e con la vita nella malattia, la sua storia e visione che si celano dietro le sue parole. In sostanza, si tratta di collaudare gli strumenti della medicina narrativa per valutare quali arricchimenti può dare alla mia conoscenza della storia del paziente ed alla mia persona stessa come futura professionista della salute nelle mie relazioni terapeutiche. Quello che si può capire da questa analisi esemplare può insegnare qualcosa, nell'area delle competenze che la medicina narrativa permette di sviluppare, di applicabile anche ad altri ambiti, estranei alla psichiatria, ovvero il valore aggiunto dell'ascolto della parola del paziente.

### **Metodologia e contenuti trattati**

Il lavoro di tesi è basato sull'analisi di uno studio di un caso, attraverso l'utilizzo di un testo autobiografico di una paziente schizofrenica, Renée, scritto nel 1955. L'analisi di questo testo è stata limitata a cinque sezioni che ho proceduto a selezionare, favorendo quelli che ho ritenuto più d'impatto e fiorenti di informazioni, dal testo completo, che saranno oggetto d'analisi, ed alla versione cinematografica che è stata prodotta nel 1968 la quale riprende l'esperienza di Renée. Allo studio del caso sono state affiancate nozioni di medicina narrativa e paradigmi affini, al fine di capire in che modo essi amplino la conoscenza, in una persona in formazione, del vissuto del paziente e della sua patologia in questo caso la schizofrenia.

Per dare forma ad un quadro teorico sulla medicina narrativa e sulla schizofrenia ho iniziato raccogliendo dapprima tutte le informazioni sugli argomenti della schizofrenia e della medicina narrativa ottenute durante i moduli scolastici degli scorsi anni per iniziare a creare una base delle mie conoscenze.

A seguito di ciò mi sono rivolta alla letteratura presente nella biblioteca scolastica, dapprima ricercando qualsiasi opera letteraria che riguardasse gli argomenti, senza escludere autori od opere a priori, mentre in seguito, dopo le prime veloci letture, ho chiesto dei consigli alla mia direttrice di tesi per rivolgermi ad autori più esperti o più rinomati del settore. Durante queste ricerche tra gli scaffali ho deciso di leggere anche "Diario di una schizofrenica" inizialmente per una pura curiosità personale e per un piacere personale di lettura. La lettura di tale biografia mi ha appassionata e perciò il mio lavoro di tesi si è rivolto all'analisi, attraverso i principi della medicina narrativa, del racconto di questa donna a proposito della sua stessa malattia. Oltre al testo autobiografico ho deciso di prendere in considerazione anche la versione riproposta in chiave cinematografica del 1968 di Nelo Risi.

Dopo aver raccolto le informazioni da queste fonti ho iniziato a rivolgermi alla ricerca nelle banche dati. Ho utilizzato UpToDate attraverso le parole chiave "schizofrenia", "schizophrenia" e "DSM 5", anche combinate tra di loro, per integrare i risultati ottenuti con le informazioni precedentemente estrapolate. Mentre per le informazioni relative alla medicina narrativa ed argomenti ad essa correlati mi sono rivolta in particolar modo alla rivista *Comprendere*.

Non ho attinto a documenti a pagamento non tanto come criterio di esclusione o per una mia decisione, ma piuttosto perché non ho avuto necessità di utilizzarli. Ho raccolto le informazioni, gli articoli, che erano disponibili gratuitamente in quanto già sufficientemente esaustivi per raggiungere il mio scopo.

Le informazioni raccolte sono state poi utilizzate per analizzare l'esperienza di Renée al fine di poter rispondere al mio quesito di ricerca, ovvero comprendere come potessero ampliare la mia comprensione del suo vissuto.

Per aiutarmi nell'analisi della storia di Renée ho attinto all'articolo "Narrative based medicine e medicina di genere" di Marcadelli (2011), in cui sono state prese in considerazione quattro narrazioni e sono state analizzate tutte secondo il seguente schema di sei punti che ho deciso di utilizzare come strumento per una parte di analisi della storia di Renée, che verrà visto in seguito, in quanto mi ha permesso di schematizzare in parte il suo vissuto e mettere in risalto i punti focali delle varie situazioni di cui racconta che ho deciso di elaborare in questo lavoro di tesi:

1. Orientamento della storia: ovvero su cosa la persona mette l'accento,
2. Ordine cronologico: ovvero a livello temporale, come è strutturato il racconto,
3. Contenuti/protagonisti: su chi si concentra la narrazione,
4. Contenuti/emozioni: quali emozioni o stati emotivi traspaiono dal racconto,
5. Contenuti/eventi: quali e quante situazioni racconta,
6. Analisi del processo informativo: in che modo viene esposta la storia da parte della persona, con che modalità racconta. (Marcadelli, 2011)

Attraverso questi punti specifici ho creato delle tabelle, le quali sono visibili negli allegati, in cui sono presenti le informazioni sintetizzate delle sezioni scelte della storia di Renée e della versione cinematografica.

Nel corso del lavoro di tesi verranno affrontati dapprima l'argomento della medicina narrativa ed il pensiero narrativo ed in seguito vi sarà una visione generale sulla schizofrenia.



## **La medicina narrativa e i paradigmi affini**

### **Introduzione**

In questo capitolo verranno affrontati diversi approcci che si affiancano alla medicina narrativa.

Il pensiero narrativo riporta ad una concretezza di ciò che viene esposto dalla persona e diventa quindi una forma di sostegno nel dare significato alla sua esperienza di malattia. A questo si collegano le medical humanities che, sottostando ad un paradigma di tipo narrativo, sono atte a permettere la comprensione dell'essere umano nell'esperienza di malattia soffermandosi sull'unicità del soggetto. Verrà inoltre esposta la prospettiva fenomenologica in quanto l'approccio narrativo permette di esercitare uno sguardo fenomenologico; essa infatti pone l'attenzione sul senso che viene dato e sulla conoscenza e permette di cogliere la parte soggettiva dell'esperienza vissuta da parte della persona, la quale a seguito dell'atto conoscitivo si porrà di fronte all'atto di interpretare ciò che avviene attorno a lei, diventando quindi una prospettiva fenomenologico-ermeneutica. Oltre a questi paradigmi vi sono anche i concetti che aiutano a comprendere come l'essere umano si rapporta con il mondo esterno e con la sua stessa patologia o attraverso di essa, ovvero la medicina dell'analisi esistenziale, la costituzione fondamentale dell'esserci e la Daseinsanalyse.

Questi diversi approcci, o paradigmi, contribuiscono alla formazione del professionista della cura fornendo diversi strumenti ed ottiche per ampliare la conoscenza e la comprensione del vissuto del paziente a partire dal suo racconto di malattia. Infatti essi permettono di analizzare più punti di vista nell'esperienza di malattia.

### **Il pensiero narrativo al cuore della medicina narrativa**

Attraverso un approccio narrativo ci si concentra sulle emozioni che vengono suscitate nell'atto del raccontare la propria storia e della genuinità dell'esperienza vissuta che traspaiono dal racconto. (Masini, 2005)

Nel processo narrativo, come verrà accennato anche in seguito, ci si affaccia ad una co-costruzione della storia del paziente, questo avviene nel contesto di un approccio diretto di narrazione. Infatti chi racconta la propria storia non ha più importanza rispetto a chi la ascolta e viceversa. Entrambi lavorano nella costruzione del significato: da un lato, l'ascoltatore come soggetto conoscente, ovvero che ascolta e vuole conoscere la storia, e dall'altro il narratore come soggetto conosciuto, in quanto riporta la sua esperienza. Diventa quindi fondamentale cogliere il vissuto della persona attraverso una partecipazione attiva e sincera, attraverso l'ascolto attivo e non da ultimo mostrando l'accoglienza verso la persona ed il suo racconto sospendendo il proprio giudizio: sostanzialmente nella costruzione della storia di malattia e conseguentemente nella storia di cura vi è un importante esercizio empatico. (Marcadelli, 2011)

L'esercizio empatico si ripropone anche quando il racconto della storia di malattia del paziente è posto in forma scritta, in quanto esso permette di entrare nella sua ottica ed osservare l'esperienza di malattia dal suo punto di vista. (Zannini, 2008)

Si possono quindi osservare più modalità di accoglienza dell'esperienza di malattia della persona (forma scritta, forma orale); questo permette di accogliere, analizzare e comprendere le esperienze in più situazioni, che siano esse dirette con il paziente o indirette, a dipendenza della forma attraverso cui vengono comunicate.

Nella narrazione, ciò che viene riportato, viene considerato come la rappresentazione che il soggetto, attraverso il suo pensiero e il suo credo, ha estrapolato dall'esperienza, come se fosse una sorta di riflesso dell'evento. (Zannini, 2008)

Attraverso il pensiero narrativo gli eventi raccontati vengono riportati esprimendo il loro sviluppo nel corso del tempo, con un certo ordine preciso, a partire dal contesto in cui origina la situazione. In questa forma di pensiero l'individuo stesso come anche le azioni che esso compie sono fortemente considerati, soprattutto perché attraverso l'atteggiamento il soggetto stesso va ad apportare dei cambiamenti negli eventi. Una narrazione per essere completa e buona è generalmente composta da cinque fondamenti: l'attore, cioè il soggetto stesso; l'azione, ciò che egli compie; lo scopo, che lo ha portato a compiere una determinata azione; la scena, cioè il contesto in cui è inserito l'evento riportato; e lo strumento, cioè la modalità. (Zannini, 2008)

Oltre a questo, nel raccontare un'esperienza attraverso il pensiero narrativo, emerge una caratteristica sostanziale: le informazioni che vengono riportate possono essere comprese e chiare ai fini terapeutici solo se inserite nel giusto contesto. In altre parole, se non vengono anzitutto spiegate la trama ed il contesto della situazione non si è in grado di comprendere le motivazioni delle azioni svolte dal soggetto e il loro conseguente sviluppo nella storia. (Zannini, 2008)

Il pensiero narrativo è quindi formato da quella che può essere definita una concretezza, di ciò che viene riportato dal soggetto, la specificità delle informazioni che vengono raccontate di una determinata situazione e/o dell'atto svolto ed inoltre da un filo di connessione legato al tempo raccontando appunto lo sviluppo della situazione nel tempo. Tutto ciò in sostanza diventa un sostegno nel ritrovare dei significati nelle esperienze che vengono vissute dai soggetti. (Zannini, 2008)

### **Il pensiero narrativo al cuore delle medical humanities**

Le medical humanities sottostanno generalmente ad un paradigma di tipo narrativo, e per questo sono accomunate con le storie di malattia, condividendo lo stesso nucleo narrativo di fondo. Le medical humanities vengono definite come ciò che permette la comprensione dell'essere umano tramite le discipline che fanno parte delle cosiddette scienze umane: alcuni esempi, possono essere la psicologia, la filosofia, la storia, l'antropologia o la letteratura. A questo proposito le medical humanities possono essere definite come tutte le materie che sono incentrate sulla specificità del singolo soggetto e della sua unicità, senza generalizzare i fatti. (Zannini, 2008)

In altre parole, le medical humanities, possono essere intese come i paradigmi che permettono di mettere l'accento sull'unicità del soggetto, raccogliendo ed interpretando le esperienze dell'essere umano. Questa modalità porta a riconoscere la conoscenza dei fatti stessi come se fosse un processo, atto a creare ed attribuire dei significati, quindi interpretare le esperienze. (Zannini, 2008)

Asserendo che le medical humanities sono un insieme di discipline caratterizzate da un paradigma di tipo narrativo, i racconti hanno più funzioni: da un lato sono l'oggetto stesso di studio (come ad esempio avviene nel campo della letteratura in cui la storia stessa viene analizzata), dall'altro sono identificabili come lo strumento di ricerca utilizzato per comprendere (come ad esempio nel campo dell'antropologia per comprendere le motivazioni degli atti). (Zannini, 2008)

### **L'integrazione del pensiero narrativo nella medicina: la medicina narrativa**

La medicina narrativa apre le porte della medicina convenzionale ad altri ambiti di scienza, come la psicologia o l'antropologia che con il passare del tempo sono passati più in secondo piano, rendendo la medicina una scienza più dura e particolarmente obiettiva, pratica che può mettere a rischio il rapporto con il paziente. (Virzi et al., 2011)

Nelle relazioni medico-paziente la comunicazione e lo scambio vengono spesso resi rapidi ai fini di ottenere il più rapidamente possibile le informazioni più pratiche sullo stato di salute e malattia del paziente riducendo la narrazione della persona ai minimi termini. Fatto non sconosciuto anche nell'ambito infermieristico, che però si ritrova in una situazione di vantaggio relazionale nei confronti del paziente, dato il fatto che facilmente un paziente tenda a raccontarsi maggiormente con il personale infermieristico. (Marcadelli, 2011)

Attraverso l'integrazione del paradigma narrativo nella medicina, gli operatori dell'ambito sanitario hanno l'opportunità di accogliere la narrazione del paziente ed ampliare le loro capacità dell'ascolto empatico, andando oltre la storia clinica. L'approccio narrativo è applicabile a più campi: a partire dall'anamnesi del paziente rispetto al vissuto della sua malattia ed alla sua relazione con essa; al contempo permette ad entrambi, medico e paziente, di partecipare alla costruzione del significato di malattia. (Virzì et al., 2011)

Nelle situazioni di malattia la persona tende a rimanere ferma ad una narrazione unica; le narrazioni infatti variano a seconda del contesto in cui si trova il paziente come anche in rapporto al tempo e al suo stato emotivo. Proprio per questo il supporto al paziente aiuta a dare alla persona nuove prospettive da conoscere per creare altre narrazioni di sé; trasformando così la storia di malattia in storie di cura nella co-costruzione. (Marcadelli, 2011)

Infatti nella narrazione di una storia di malattia il paziente ricostruisce intorno al racconto il proprio mondo e ne riforma il senso. Proprio per questo la medicina narrativa dona strumenti maggiori aiutando a conoscere la storia della persona, il suo vissuto, le sue percezioni ed emozioni ed i significati che essa attribuisce al suo stato di salute; aiutando così gli esperti del settore sanitario ad entrare maggiormente nella prospettiva del prendersi cura della persona nella sua totalità e non solo della sua patologia (*disease*), ma permettendo un'indagine dell'esperienza esistenziale in relazione alla malattia. (Marcadelli, 2011)

La suddivisione dei concetti di malattia: *illness*, *disease* e *sickness*, è dovuta ad Arthur Kleinman. (Kleinman, 1988)

La medicina narrativa, andando a concentrarsi sul vissuto del paziente, costituisce una via privilegiata per comprendere la *illness* che rimane invece ai margini nel discorso medico.

### ***Illness***

Con il termine *illness* s'intende una sensazione, una percezione, un'esperienza di non sentirsi in salute che la persona avverte; è una sensazione puramente personale. Spesso la *illness* è correlata alla presenza di una patologia o di *disease*, anche in situazioni in cui non si conosce ancora il disturbo che affligge la persona, mentre in altri casi può essere presente anche senza malattia in cui il paziente manifesta il proprio stare male senza però che la medicina possa dare una spiegazione ad esso; in inglese viene definito *illness-in-the-absence-of-disease*. (Boyd, 2000)

Se la *illness* rimane marginale nel discorso medico, la *disease* è invece un concetto fondamentale.

### ***Disease***

Attraverso il termine *disease* viene identificato uno stato o un processo patologico, nella maggioranza dei casi, riferito al fisico stesso. Sta a determinare una deviazione, o un'anormalità, nel consueto funzionamento biologico del soggetto, questa può essere infatti misurata, definita e classificata attraverso l'ottica della medicina convenzionale, è obiettiva ed identificata attraverso metodi scientifici. (Boyd, 2000)

### **Sickness**

Il termine *sickness* sta ad indicare il ruolo, la posizione sociale della persona malata attraverso la quale viene riconosciuto, sostenuto ed accreditato come tale: il malato. L'essere riconosciuto come malato, *sickness*, può essere correlato ai termini di *disease* ed *illness*, per quanto la loro correlazione può rendere più difficoltosa l'attribuzione del ruolo sociale della persona (ad esempio se correlato con *illness*). (Boyd, 2000)

### **Salute**

Descrivere i concetti di *disease*, *illness* e *sickness* aiuta a comprendere che vi sono più dimensioni della malattia, ed è quindi doveroso dare anche un'altra spiegazione, e cioè cos'è la salute.

È spesso stato difficoltoso trovare una definizione che spieghi cosa viene inteso per salute; a questo proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita come uno stato di benessere fisico ma anche mentale e sociale. Attraverso questa definizione afferma quindi che lo stato di salute non è determinato solo dall'assenza di malattia; ad esempio una persona affetta da una patologia (*disease*) non necessariamente si sente malata o avverte malessere, oppure in sua assenza (*illness*) possono ugualmente non sentirsi bene ed avvertire disturbi. (Boyd, 2000)

Anche Masini segue il pensiero e l'ideologia di come la medicina narrativa stessa vada a suscitare più questioni (citate in precedenza) come ad esempio l'importanza del vissuto della persona in relazione alla malattia, sia come malattia stessa che come malessere; questo attiva e permette il processo di costruzione, o meglio, di "co-costruzione" del significato della malattia (come citato in precedenza da Virzì et al., 2011) da parte del medico e del paziente. (Masini in Virzì et al., 2011)

Ciò che emerge attraverso la narrazione come anche la narrazione stessa infatti è il risultato co-costruito tra chi racconta la propria esperienza e chi la ascolta in quanto hanno pari importanza. (Marcadelli, 2011)

### **Il pensiero narrativo e la prospettiva fenomenologica**

La prospettiva fenomenologica determina un metodo nuovo nella conoscenza della realtà stessa; quello del significato, il quale è inscindibile dall'esperienza vissuta dal singolo individuo ma strettamente collegato ad esso. (Zannini, 2008)

Il processo conoscitivo, attraverso l'ottica fenomenologica, è fondato nell'atto di volgersi verso le cose e questioni che il mondo mostra (atto intenzionale), ciò consta nell'atto del dare un senso a quello che coglie, o che semplicemente si trova, all'attenzione dell'individuo conoscente. Il senso, che viene dato, va a fondarne la conoscenza da parte del soggetto attraverso l'atto della sperimentazione del significato; ciò viene precisata, dai fenomenologi, come esperienza vissuta. (Zannini, 2008)

L'approccio fenomenologico dona ai professionisti della cura strumenti e conoscenze che permettono di andare a cogliere la parte soggettiva di malattia e di cura favorendo la relazione interpersonale terapeutica; cosa che, semplicemente attraverso l'ottica della scienza medica che si fonda sull'oggettività del corpo e della malattia, non permette. (Bruzzone, 2014)

A questo metodo del "dare un significato" agli eventi è strettamente correlato un altro concetto; il concetto dell'ermeneutica. (Zannini, 2008)

## **Il concetto fenomenologico-ermeneutico**

Il concetto di ermeneutica, come citato in precedenza, è legato all'atto di dare significato alle situazioni ed eventi.

Gadamer, il quale è considerato il padre della filosofia ermeneutica contemporanea, sostiene infatti che l'essere umano è qualcosa che si muove e sposta nel suo "essere mondo", che tutto ciò che deve conoscere è in un modo o nell'altro già conosciuto o precompreso. Per comprendere determinate questioni o situazioni, infatti, il soggetto parte da una serie d'idee, di esperienze e di vissuti su tale fatto: la precomprensione dei fatti e fenomeni. Gadamer parla di quello che ha identificato come "circolo ermeneutico", ovvero il processo conoscitivo che, nell'intento di comprendere una situazione, attiva un gioco di rimandi tra il soggetto e il fenomeno che si vuole interpretare; entrambi infatti si influenzano costantemente l'uno con l'altro. (Zannini, 2008)

Gadamer afferma che l'interpretazione è data dall'incontro di due visioni differenti, due orizzonti di comprensione: l'autore e l'ascoltatore che nel tentativo di interpretare una storia non può escludere le proprie precomprensioni (come citato in precedenza) come anche i suoi pregiudizi. (Zannini, 2008)

## **La prospettiva soggettiva: la medicina dell'analisi esistenziale e la costituzione fondamentale dell'esserci**

La medicina dell'analisi esistenziale osserva i concetti dello spiegare e di comprendere la persona oltre ai fenomeni puramente fisiopatologici nell'ambito della medicina. Infatti, attraverso questa visione, il soggetto diventa quindi un argomento indispensabile nella pratica medica, come anche per il paziente e il personale sanitario stesso. (Von Weizsäcker 1956 in Von Engelhardt, 2012)

Von Weizsäcker (1956) viene citato in questo articolo in quanto egli sosteneva un comprendere "transiettivo"; ovvero una comprensione dell'altro attraverso l'atto del trasferirsi all'interno delle rappresentazioni e dei sentimenti dell'altra persona. Il soggetto principale è quindi l'essere dell'altra persona, l'io del paziente. Questa modalità di comprensione, oltre che stimolare ed implementare l'empatia soggettiva, permette di ottenere una visione oggettiva all'interno della coscienza soggettiva del paziente. Questa comprensione è quindi possibile prendendo in considerazione la sofferenza della persona in cinque dimensioni: volere, dovere, potere, essere forzato, avere il permesso. (Von Weizsäcker 1956 in Von Engelhardt, 2012)

Heidegger parla di una visione, da parte del soggetto, dell'essere, del mondo, in cui il soggetto si relazione non solo con le realtà culturali, naturali e sociali che lo compongono ma anche dell'esistenza stessa del soggetto che è già portatore d'interpretazioni del senso dell'essere umano, della sua storia e di tutte le realtà con cui si confronterà nella quotidianità. Infatti il soggetto nasce e si sviluppa in una determinata visione del mondo esterna e con una determinata visione di esso, in quanto viene influenzato dalla sua storia personale, dalle sue esperienze e convinzioni. (Romera, 1998)

A partire da questi presupposti Heidegger crea la domanda fondamentale, ovvero cosa sia l'essere e come sia possibile una comprensione di esso; andando quindi a ricercare il senso dell'essere in generale. La ricerca del senso dell'essere riporta anche alla comprensione dell'essere ed alla modalità di essere dell'umano. In pratica vi è l'essere solo se è presente anche la comprensione dell'essere ovvero il concetto di esserci. Secondo Heidegger, il senso dell'esserci è dato dal tempo, dalla temporalità, in quanto esso è la prospettiva che ne permette la comprensione, come uno strumento. L'essere

può quindi essere compreso attraverso dei criteri temporali, in base alla sua assenza e alla sua presenza (essere presente). (Romera, 1998)

La comprensione dell'essere, nell'analitica esistenziale, si prefissa di chiarire le fondamentali strutturali dell'esserci sia singolarmente sia nella loro complessità. Tutto ciò è basato su due criteri primari: da un lato l'esistenza come modo di essere, non semplicemente di presenza, in quanto nell'esistenza, nell'esserci, vi è in gioco l'essere stesso. Da un altro lato vi è l'essere nel mondo dell'esserci, ovvero l'essere umano è un esserci inserito in un contesto prestabilito con cui si rapporta e nel quale ha relazioni con altri uomini; le decisioni del suo esserci avvengono in funzione di esso. L'essere diventa quindi un poter essere, uno sviluppo, un diventare in relazione al contesto che viene coinvolto e a sé stesso. In tutto questo progetta il suo essere, nel progettarsi rientra quindi la tematica del tempo, nel guardare al proprio essere in un ambito futuro. Nel fare questo l'essere si mostra presente insieme alle sue scelte e decisioni creando anche il suo spazio nel presente, ciò da cui è determinato l'essere e le sue progettazioni rimandano all'esserci del passato, dove esso si è costituito. (Romera, 1998)

Un altro aspetto fenomenologico che aiuta a comprendere la relazione della persona, soprattutto del paziente schizofrenico, con l'esterno è la *Daseinsanalyse*.

La *Daseinsanalyse* rappresenta la prova di comprendere l'incontro con un altro essere umano tenendo in considerazione la totalità del suo essere e del suo sentirsi vivere nel presente, come anche il suo vissuto passato e del suo comportamento in prospettiva futura, quindi un suo sviluppo. Questo permette alla persona di "invaderci" con la sua storia ed il suo mondo. La *Daseinsanalyse* permette attraverso la spazializzazione del racconto, la temporalizzazione (ovvero la sua modalità di esporre la propria esperienza e le tempistiche) e la mondanizzazione (ovvero il suo mondo), di far risaltare le relazioni della persona con il mondo che la circonda. Nel paziente schizofrenico questo metodo fenomenologico permette di comprendere in maniera precisa le sue relazioni ed i suoi pensieri. (Blankenburg, 1983)

Nella persona schizofrenica lo statuto del *Dasein*, quindi del suo essere, viene riconsiderato, in quanto il suo modo di essere risulta ininterrottamente in difficoltà a causa della patologia. Nell'incontro con il paziente psicotico, si osserva quindi una persona che vive all'interno di una spazialità, corporeità e temporalità continuamente alterati. (Cappellari, 2014)

Attraverso quest'ottica, che osserva la struttura globale, la persona viene presa maggiormente alla lettera; questo permette di ottenere informazioni che corrispondono in maggior misura al pensiero ed al rapporto con l'esterno del paziente schizofrenico. (Blankenburg, 1983).

## **La schizofrenia**

Le malattie psichiatriche, sono viste come una comunicazione ed interazione fallimentari dal soggetto verso l'esterno. Infatti, la persona affetta viene in parte compresa e al contempo non compresa dai medici, trasformando così l'atto stesso di comunicare nel sintomo del disturbo della persona. (Von Engelhardt, 2012)

Vi sono diverse tipologie di psicosi che sono suddivise in categorie a seconda delle loro caratteristiche e cause. (Bolzani, 2014)

In generale i disturbi mentali che riportano caratteristiche spesso molto eterogenee, che progrediscono nel tempo diventando croniche le quali vanno a compromettere il giudizio della realtà da parte della persona, ovvero le psicosi, vengono spesso identificate attraverso il termine schizofrenia. (Fassino et al., 2007)

Attraverso il termine di schizofrenia vengono identificati dei disturbi psichiatrici che modificano il comportamento di una persona come anche le percezioni che essa ha di ciò che la circonda, altera i suoi pensieri ed i suoi affetti. (National collaborating centre for mental health, 2003)

La schizofrenia è un disturbo psicotico in quanto la persona non è più nelle facoltà di individuare i limiti della sua identità, del Sé, come uno sviluppo incompleto o assente dell'Io; infatti nello sviluppo la persona riscontra complicazioni nel comprendere e distinguere gli stimoli di vario genere. (Fassino et al., 2007)

Quello che permette alla schizofrenia di differenziarsi da altri tipi di psicosi è la dissociazione mentale. Con questo termine viene intesa una divisione nelle funzioni psichiche: si dissociano idee e stati affettivi come anche pensieri e condotta della persona fino al punto di rendere indecifrabile la comunicazione del paziente verbale e fisica. Le scissioni nel processo del pensiero, nella volontà come anche nell'affettività sono gli elementi che a livello psicopatologico causano nella persona schizofrenica l'incapacità di percepire sé stessa nello spazio e nel tempo come unità, come soggetto nei confronti del mondo esterno. (Fassino et al., 2007)

Queste scissioni si mostrano anche quando la persona si esprime nel linguaggio, attraverso la forma, e nel pensiero (contenuto del pensiero), impossibilitandola a creare mentalmente o parlando pensieri comprensibili in quanto assenti di nessi associativi a causa delle spaccature. Non da ultimo anche nell'ambito affettivo della persona appaiono dissociate parole e pensieri rispetto alla manifestazione degli stessi. Tutto questo va a causare difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali come se vi fosse una disorganizzazione nei rapporti ma anche della persona interna (causandole ad esempio paure, angoscia). Spesso la persona rigetta relazioni e realtà che vive come minacciose o ingestibili o che le causano angosce ed ansie. (Fassino et al., 2007)

Le modalità attraverso cui si manifesta la malattia e come essa procede nel tempo variano a seconda di diversi fattori fra cui il contesto di vita della persona, gli avvenimenti e i fatti con cui si è ritrovata a confrontarsi e non da ultimo le sue relazioni sociali. (Pancheri, 2007)

## **Eziologia**

Sul piano fisiologico vi sono indicazioni che attribuirebbero la causa del disturbo ad una patologia a carico delle cellule neuronali e si suppone che essa abbia origini già in età prenatale. Nella schizofrenia vi sarebbe infatti una diminuzione delle connessioni tra le reti neuronali se non addirittura una perdita delle stesse. Questo causerebbe quindi un disturbo generale e non attribuibile esclusivamente ad alcune zone del sistema nervoso centrale. (Pancheri, 2007)

Alcune teorie hanno posto l'accento su una possibile disfunzione chimica legata al neurotrasmettitore dopamina, identificando il disturbo come l'espressione di una produzione spropositata di tale sostanza o ad una particolare sensibilità a livello dei recettori della stessa. (National collaborating centre for mental health, 2003)

A questo proposito si potrebbe dunque parlare di una predisposizione genetica, ipotesi che è stata sostenuta dalla frequenza della malattia in famiglie di persone affette dal disturbo, anche se non ne è chiara la modalità di trasmissione. All'interno di questa ipotesi vengono presi in considerazione inoltre i fattori esterni o ambientali che possono essere suddivisi in due categorie: precoci e tardivi. (Bolzani, 2014)

Non è esaustivo definire la schizofrenia esclusivamente in base alla sua patofisiologia. Essendo essa un disturbo mentale la sua espressione è caratterizzata anche dai vissuti della persona e dalle difficoltà che ha incontrato, questo anche e soprattutto a livello delle interazioni sociali. (Pancheri, 2007)

Per quanto riguarda i fattori esterni o ambientali precoci vengono intese le complicanze durante la gravidanza, quali infezioni virali di virus influenzali tra il quarto ed il sesto mese, o durante il parto. Oltre a questi fattori di rischio nelle primissime fasi di vita della persona, anche nel corso della crescita possibili anomalie dello sviluppo a livello neuronale possono favorire l'insorgenza della malattia. (Bolzani, 2014)

Tra i fattori tardivi, diversamente, figurano l'uso di sostanze, quali la cannabis, come anche difficoltà legato allo stress psico-sociale. (Bolzani, 2014)

Nonostante nel corso del tempo si sia cercato di definire l'influenza di fattori di stress come l'appartenenza ad una classe sociale piuttosto che un'altra o i conflitti interpersonali, rimane a tutt'oggi di difficile comprensione la chiara eziologia del disturbo schizofrenico. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Tutti questi fattori tra di loro concorrono, insieme alla predisposizione genetica vista come una vulnerabilità, per lo sviluppo della malattia. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Il modello che attualmente esplica maggiormente l'eziologia della malattia è infatti legato alla connessione tra fattori di stress e vulnerabilità, proprio perché riesce ad incorporare le varie supposizioni di ordine sociale, psicologico e biologico implicate nello sviluppo del disturbo. A seconda di questo modello, o di questo paradigma, viene sottolineata la differenza del livello di vulnerabilità nei soggetti e di come questi livelli e la vulnerabilità stessa siano influenzati, o siano un effettivo fattore di rischio, se combinati con i fattori di stress esterni di diversa intensità. Ad esempio, se la vulnerabilità della persona è lieve, ma i livelli di stress ambientali sono molto importanti, il rischio di incorrere nello sviluppo della patologia è considerevole. (National collaborating centre for mental health, 2003)

## **Sintomi**

I sintomi della schizofrenia possono essere classificati in sintomi positivi o negativi. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Nonostante vi sia una classificazione dei sintomi, non per tutti saranno gli stessi; la loro manifestazione varia da soggetto a soggetto, rendendo la forma della sintomatologia personalizzata a seconda delle peculiarità del singolo e delle situazioni in cui si ritrova. (National collaborating centre for mental health, 2003)

La malattia non si manifesta esclusivamente a livello mentale, ma anche a livello motorio nella persona affetta, attraverso manierismi (bizzarrie limitate nel tempo), stereotipie (ripetizione dello stesso schema) o negativismo (comportamenti oppositivi): tutti e tre possono essere presenti anche a livello verbale. In alcuni casi si mostra un aumento dell'attività motoria, mostrando irrequietezza motoria, eccitamento fino a crisi



pantoclastiche; mentre in altri con un arresto, ovvero il movimento della persona rimane inibito per lunghi periodi di tempo non rispondendo agli stimoli ambientali sebbene vengano riconosciuti. (Fassino et al., 2007)

Il linguaggio nella persona schizofrenica viene anche intaccato: può essere infatti confuso, cupo, con parole alterate o neologismi, incoerente e sconnesso come pure il paziente può non esprimersi del tutto, fattore che può essere causato dai deliri come anche dal negativismo. (Fassino et al., 2007)

### **Sintomi positivi**

I sintomi positivi sono quelli che si presentano come la distorsione della realtà, infatti in questa categoria sono inclusi i deliri, le allucinazioni e la disorganizzazione comportamentale e nella forma del pensiero, questi sintomi in sostanza rappresentano una sorta di esagerazione dei normali processi della persona. (Fischer e Buchanan, 2015)

#### ***Deliri***

I deliri sono spesso presenti nelle diagnosi di schizofrenia, questo sintomo è molto forte in quanto rimane fisso nella mente della persona anche se viene chiaramente esplicitata l'inesistenza del suo contenuto. Questo avviene anche perché in molti casi le persone con un delirio hanno in mente una spiegazione ai sintomi positivi, anche se surreali, rendendo difficoltosa la presa di coscienza della malattia stessa. (Fischer e Buchanan, 2015)

I deliri possono essere definiti in due categorie: bizzarri o non bizzarri. Nel primo caso il delirio è palese, non hanno nessun fondamento ed a volte non è comprensibile ciò che viene espresso o viene espresso in maniera particolarmente insolita. (Fischer e Buchanan, 2015)

I deliri non-bizzarri diversamente da quelli bizzarri possono sembrare plausibili e veritieri agli occhi degli altri sebbene non siano reali. (Fischer e Buchanan, 2015)

Anche il contenuto stesso del delirio può essere suddiviso a seconda della tematica presente, si possono infatti distinguere le seguenti categorie: erotomanico, nichilistico, paranoico, delirio di grandezza o idea di riferimento. Alcune di queste forme di delirio possono interferire negativamente con la presa a carico della persona schizofrenica, come ad esempio il delirio paranoico, perché a causa dell'idea contenuta nel delirio la persona può rifiutare il sostegno e l'aiuto terapeutico. (Fischer e Buchanan, 2015)

#### ***Allucinazioni***

Le allucinazioni sono intese come una percezione che una persona ha anche se non vi è alcuno stimolo esterno; queste possono essere di vario genere come uditivo, le più comuni nella schizofrenia, portando la persona a sentire voci o qualsiasi altro genere di suono (ad esempio anche la musica) e rumore che possono provenire dalla testa del soggetto stesso o attribuite all'ambiente esterno; visivo, che possono mostrare figure perfettamente formate (ad esempio una persona) o informi (ad esempio lampi di colore); somatico, come la sensazione di essere toccati o la percezione di dolori senza una causa; olfattivo o gustativo che vengono riferite come la sensazioni di percepire gusti o odori strani. (Fischer e Buchanan, 2015)

#### ***Disorganizzazione***

La disorganizzazione può manifestarsi in due modalità: la prima, anche più evidente, appare nel comportamento della persona che appare strano ed anomalo. Nella seconda modalità la disorganizzazione appare a livello del pensiero, e quindi riconoscibile attraverso l'eloquio della persona, ove possono essere identificati

neologismi (ovvero parole inventate), l'atto di cambiare bruscamente l'argomento di conversazione, l'insalata di parole (ovvero l'espressione di tante parole che non hanno alcun senso). (Fischer e Buchanan, 2015)

### **Sintomi negativi**

Se i sintomi positivi sono un ampliamento dei normali processi della persona, quelli negativi sono invece una diminuzione se non addirittura una totale assenza degli stessi ed inoltre possono anch'essi essere suddivisi in categorie, cioè primari e secondari. (Fischer e Buchanan, 2015)

Parlando appunto di sintomi negativi vengono intesi quelli che portano ad una sorta di ritiro della persona, come verrà accennato più avanti nei prodromi, come ad esempio un eloquio ridotto, l'apatia, la perdita d'iniziativa, il ritiro sociale e l'incuria verso la propria persona. (National collaborating centre for mental health, 2003)

## **Diagnosi**

### **Esordio**

L'esordio, il decorso come anche la sua evoluzione nel corso del tempo sono individualizzati e diversi per ogni paziente in quante sono influenzati dagli aspetti psico-sociali della persona a differenza delle componenti biologiche del disturbo, le quali risultano invece generalizzabili. (Fassino et al., 2007)

La schizofrenia fa generalmente la sua apparizione tra la tarda adolescenza e l'inizio dell'età adulta. (World Health Organization, 2015)

Tendenzialmente appare più precocemente nella popolazione di sesso maschile rispetto a quella femminile, anche se non vi è un genere più colpito dell'altro. Risulta maggiormente presente nella classi sociali basse, con la probabilità che ciò avvenga a causa della deriva sociale a cui la malattia può portare la persona. (Fassino et al., 2007)

### **Fase prodromica**

L'esordio viene annunciato da quelli che vengono definiti i prodromi. I prodromi sono una serie di atteggiamenti che cambiano nella persona, essi si manifestano a seguito di avvenimenti stressanti per la persona, che sono ben chiari e individuabili ma che, generalmente, non sono fuori dalla norma. Riguardano, infatti, normali situazioni di vita nelle quali può incorrere chiunque; ad esempio un lutto, delle sessioni di esami, delle separazioni. (Bolzani, 2014)

In sintesi questi periodi prodromici sono una prima fase che mostra l'iniziale situazione di deterioramento del soggetto. (National collaborating centre for mental health, 2003)

I prodromi possono essere di tipologie diverse: dall'insonnia alla perdita d'interessi, da una diminuzione della cura della propria persona fino all'isolamento dalla società, diffidenza verso l'esterno o l'espressione della paura di divenire matto. (Bolzani, 2014)

Durante questo primo periodo del disturbo nelle persone vi è una percezione del mondo come diverso, modificato; cosa che porta a trovarsi in difficoltà con gli altri in quanto dalla visione esterna viene vista la persona come non più la solita, ma diversa essa stessa. Proprio a causa di queste modificazioni la persona può incorrere in più tipologie di difficoltà, relazionali come anche lavorative. (National collaborating centre for mental health, 2003)

### **Fase acuta**

La fase acuta è sostanzialmente caratterizzata da sintomi positivi quali deliri, allucinazioni e disturbi nel consueto comportamento della persona. Questa fase segue quella prodromica e la sua conclusione porta all'inizio di una sorta di terza fase che può avere più variabili. In questa terza fase, infatti, i sintomi positivi che sono emersi nella fase acuta diminuiscono o addirittura svaniscono lasciandosi dietro però possibili sintomi negativi come quelli presenti nei prodromi. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Questa fase non ha un andamento lineare, essendo che si protrae nel corso degli anni, può avere dei periodi in cui la fase acuta si ripresenta e di conseguenza per riportare la situazione ad un livello stabile sono necessari dei trattamenti. (National collaborating centre for mental health, 2003)

### **Decorso**

Il decorso della malattia è particolarmente mutabile da persona a persona. Sebbene la precedente descrizione possa rendere un'idea di come avanzi nel tempo il disturbo, in linea generale, non può essere generalizzato ed applicato alla lettera per ogni caso specifico. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Infatti non tutte le persone affette dalla schizofrenia attraversano la fase prodromica, bensì esordiscono con fasi acute e talvolta repentine. Alcuni pazienti soffrono di episodi di malattia occasionali per poi raggiungere uno stato di ripresa quasi totale; altre persone si ritrovano invece sovente confrontate con episodi acuti senza raggiungere un pieno recupero tra un evento acuto e l'altro. Per certi pazienti il disturbo schizofrenico non svanisce mai, ma diventa cronico ed i sintomi rimangono sempre presenti nella loro quotidianità divenendo più o meno importanti lungo il decorso. Proprio per queste grandi differenze e per la specificità dei casi non è possibile, come detto prima, applicare la stessa linea generale per il decorso. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Nonostante queste grandi differenze, una caratteristica generale del disturbo schizofrenico è la sua recidività; una buona parte dei casi infatti nell'arco del primo biennio dalla comparsa del disturbo necessita più volte di trattamenti a causa delle esacerbazioni della schizofrenia. Queste esacerbazioni non sono spontanee del disturbo ma spesso e volentieri vengono stimulate da difficoltà o da eventi stressanti nelle vite dei pazienti, siano esse di tipo relazionale come anche in ambito lavorativo. Nonostante queste difficoltà per molti pazienti, attraverso il sostegno e il supporto adeguato, è possibile godere di una qualità di vita buona sebbene perdurino le problematiche legate alla patologia senza un pieno recupero. (National collaborating centre for mental health, 2003)

Il recupero totale può avvenire a distanza di anni dall'esordio o comunque in qualsiasi momento del decorso della patologia; esso può essere inoltre agevolato dalla presa a carico della persona e del suo disturbo. Parallelamente una presa a carico tardiva, e quindi non all'interno delle prime fasi della malattia, può intralciare il recupero rallentandolo o rischiando di renderlo parziale ed inoltre favorendo delle possibili ricadute. Il recupero è influenzato da diversi fattori, non sono però tutt'ora conosciuti tutti ne tantomeno è chiaro come vadano ad influenzare i vari livelli di recupero. Uno dei fattori che va ad influenzare le modalità di recupero è il lato socio-economico della persona, la schizofrenia risulta infatti più diffusa nei paesi industrializzati nelle classi socio-economiche più basse, anche se questa affermazione è stata in parte confutata, osservando l'incidenza del disturbo nei paesi in via di sviluppo, mostrando una

complessità maggiore della correlazione del disturbo con le difficoltà socio-economiche. (Jablensky et al, 1992 in National collaborating centre for mental health, 2003)

La schizofrenia è spesso stata vista attraverso un'ottica negativa o pessimistica ritraendola come difficoltosa da trattare o addirittura impossibile e come la causa di un danneggiamento graduale per la persona. Questa visione prognostica sfavorevole nel corso del tempo non ha ritrovato voti a favore in alcuni studi effettuati su lungo termine, i quali, hanno invece osservato mutamenti dai risvolti positivi. Hanno appurato, infatti, che solamente nel 10% dei casi è osservabile un graduale deterioramento nella vita dei soggetti. (Bleuler, 1978a in National collaborating centre for mental health, 2003)

# Una narrazione esemplare: il “Diario di una schizofrenica” di M. A. Sechehaye

## Introduzione

“Diario di una schizofrenica”, è un libro scritto nel 1955 – edito per la prima volta in francese con il titolo “Journal d’une schizophrène” pubblicato da P.U.F. di Parigi (l’edizione da me usata in questo lavoro di tesi è del 2006 pubblicata da Giunti Editore S.p.A di Milano) –, che racconta la storia di Renée, una giovane ragazza affetta da schizofrenia, e della sua interazione, relazione e scoperta della malattia. Essendo il testo scritto proprio dalla stessa Renée, dal momento che ha raggiunto un equilibrio tra il mondo e la sua condizione patologica, ci può raccontare la sua esperienza nel dettaglio e con la sua visione soggettiva, mostrando il suo vissuto, celato dietro le manifestazioni sintomatiche della schizofrenia.

Nonostante nel titolo si parli di un diario, il testo non è strutturato come tale, bensì la ragazza, partendo dai primi ricordi che ha relativi alla schizofrenia, racconta di vari episodi specifici che vive nel corso del tempo e delle terapie (strutturandoli sotto forma di capitoli che rispecchiano lo stato della malattia), fino ad esporre il suo ritrovamento nella realtà.

Ho deciso di analizzare il “Diario di una schizofrenica” in quanto è un testo biografico scritto da Renée, una ragazza schizofrenica. Il poter leggere un racconto esposto dalla protagonista della vicenda, mi ha permesso di accedere in maniera privilegiata alla sua esperienza di malattia attraverso la sua visione soggettiva, quindi il suo vissuto specifico senza intermediari. Avendo di fronte a me il suo testo mi è stato possibile inoltre di ritornare più volte sulle sue parole, e di rileggere il suo vissuto secondo il mio desiderio o bisogno.

In base a quanto visto all’interno del quadro teorico, la patologia schizofrenica conduce la persona a comportamenti e visioni del mondo alterati che sono singolari per ogni caso. In questo il quadro teorico non può quindi indicarmi come ciò avvenga nel caso specifico di Renée, però, avendo un accesso privilegiato al suo racconto in soggettiva, mi può essere di aiuto nel comprendere meglio l’esperienza della *illness* così come il paziente la può vivere e la patologia stessa al di fuori delle conoscenze teoriche.

Prima di leggere il racconto di Renée mi sono posta alcune domande di carattere generale. Gli interrogativi che mi sono posta sono i seguenti:

- Come si relaziona Renée con il mondo esterno?
- Come si svolge la relazione tra Renée e la sua malattia?
- Quali sono le questioni principali, su cui viene posto l’accento, nel racconto della storia di malattia di Renée?

Le ho scelte basandomi sul fatto che avrei visionato la storia di una persona affetta da schizofrenia partendo da quanto imparato nel percorso di studi e da quanto imparato nella stesura del quadro teorico sulla patologia; conoscendo quindi, almeno a livello teorico, le difficoltà causate dalla patologia che le persone possono incontrare.

Mi sono posta queste domande in quanto, essendo il racconto scritto dalla paziente stessa, avevo l’occasione di “vedere con gli occhi di Renée” la sua esperienza personale di malattia, e scoprire quindi il suo mondo e le sue priorità. Nel corso di questa analisi vorrei riprendere queste domande generiche inserendo le informazioni

che ho ottenuto dalla lettura del suo racconto ed in particolare da alcune sezioni selezionate.

In questo lavoro di analisi ho proceduto a selezionare, dall'opera letteraria autobiografica "Diario di una schizofrenica", cinque sezioni; parti di capitoli in alcuni casi, mentre in altri si trattava del capitolo stesso, che ho ritenuto ricchi di informazioni e che mi hanno particolarmente posta di fronte ad interrogativi, o che mi hanno suscitato curiosità e svariate supposizioni. Nella scelta delle sezioni ho cercato di utilizzare parti che, anche se lette singolarmente, possono comunque permettere al lettore di comprendere in parte lo stato di Renée. Al contempo ho inserito anche una presentazione della versione cinematografica della storia, in quanto ho ritenuto potesse essere un buon elemento di confronto, essendo creato anch'esso da un occhio esterno e non dalla stessa Renée, una sorta di interpretazione delle sue parole.

## **Le parole di Renée**

### **Sezione 1**

Mi ricordo chiaramente del giorno in cui questo accadde. Eravamo in villeggiatura ed ero andata come altre volte a passeggiare sola in campagna. D'un tratto si udì un canto in lingua tedesca proveniente dalla scuola davanti a cui passavo in quel momento: erano bambini che avevano la loro lezione di canto. Mi fermai per ascoltare e fu in quell'istante che un sentimento bizzarro si fece strada in me, un sentimento difficile da analizzare, ma che assomigliava a tutti quelli che dovevo provare più tardi: l'irrealtà. Mi sembrava di non riconoscere più la scuola; era diventata grande come una caserma ed i bambini che cantavano mi pareva fossero dei prigionieri obbligati a cantare. Era come se la scuola e il canto dei fanciulli fossero stati separati dal resto del mondo. In quel momento scorsi un campo di grano di cui non vedevo i limiti; e questa immensità dorata, luminosa sotto il sole, legata al canto dei bimbi-prigionieri nella scuola-caserma di pietra liscia mi diede una tale angoscia che scoppiai in singhiozzi. Poi tornai di corsa nel nostro giardino e mi misi subito a giocare "affinché le cose tornassero ad essere come ogni giorno", cioè per rientrare nella realtà. Fu la prima volta che percepii quegli elementi che più tardi dovevano sempre essere presenti nel mio sentimento di irrealtà: lo spazio senza limiti, la luce abbagliante ed il nitido, il liscio della materia. Non mi spiego come ciò accadde, ma fu in quel periodo che venni a sapere che mio padre aveva un'amica e che faceva piangere mia madre. Questa scoperta mi sconvolse perché avevo sentito mia madre dichiarare che si sarebbe uccisa se mio padre l'avesse abbandonata.

(Marguerite A. Sechehaye. *Op. cit.* Capitolo 1: Apparizione dei primi sentimenti d'irrealtà. Pp. 9-10)

### **Sezione 2**

Un giorno, durante la ricreazione, giocavamo a saltare la corda. Due bambine tenevano i capi di una lunga corda facendola girare, e nello stesso tempo due bambine saltavano entrando ognuna dalla parte opposta per incontrarsi nel gioco incrociandosi. Quando venne il mio turno e giunsi a metà strada fui presa dal panico poiché non riconoscevo più la compagna che mi veniva incontro saltellando per incrociarmi, eppure la riconoscevo chiaramente, eppure non era lei. L'avevo intuita più piccola all'altra estremità della corda e a mano a mano che ci avvicinavamo l'una all'altra la vedevo ingrandire, ingrandire... "Fermati, Alice, sembri un leone, ho paura!" gridai. L'angoscia che doveva trasparire dalle mie parole e che tentavo di nascondere sotto un'apparenza scherzosa, fece subito arrestare il gioco.

Le bambine mi guardarono meravigliate dicendomi: "Ma sei proprio matta: Alice un leone? Non sai quello che dici".

Poi il gioco ricominciò e di nuovo si operò la strana trasformazione della mia compagna: in un riso eccitato gridavo ripetutamente: "Fermati Alice, ho paura, sei un leone!".

Ma non vedevo affatto un leone, era un'immagine per esprimere la percezione di ingrandimento della mia compagna e la sensazione di non riuscire più a riconoscerla. D'un tratto mi accorsi della similitudine che esisteva fra questo fenomeno e quello dell'incubo dell'Ago nel fieno.

Era un sogno che facevo spesso, specialmente quando avevo la febbre e che mi dava un'angoscia indescrivibile. Più tardi ho sempre associato a questo sogno le mie sensazioni di irrealtà. Nel sogno vedevo un fienile illuminato elettricamente da una luce accecante e le pareti sbiancate erano brillanti e lisce. In questo spazio immenso vi era un ago lungo, fine, brillante sotto la luce, e questo ago in tanto vuoto mi dava una paura atroce. Poi, un mucchio di fieno riempiva quel vuoto e assorbiva l'ago. Il mucchio di fieno, dapprima piccolo, diveniva sempre più grande, sempre più grande, e nel centro vi era l'ago che possedeva un'enorme tensione elettrica e la comunicava al fieno. La tensione, l'invasione del fieno e la luce accecante aumentavano la mia angoscia al parossismo, finché riuscivo a svegliarmi gridando: "L'ago, l'ago!". Le stesse cose erano accadute mentre saltavo la corda con la mia compagna: la tensione, l'ingigantirsi di qualche cosa e l'angoscia.

Dopo questo fatto il sentimento d'irrealtà si ripeté sovente a scuola durante le ricreazioni. Mi appoggiavo alla cancellata, come una prigioniera, e osservavo le alunne che correvano qua e là per il cortile gridando. Mi parevano formiche sotto una luce scintillante, la scuola diveniva immensa, liscia, irreale ed un'angoscia inesprimibile mi afferrava. Immaginavo che le persone dalla strada dovessero crederci tutte prigioniere, esattamente come lo ero io che desideravo tanto evadere. Altre volte mi aggrappavo alle sbarre scuotendole come se non ci fosse stata altra via di uscita; come una folle, pensavo, che volesse rientrare nella realtà.

Difatti la strada mi sembrava reale, vivente, gaia, e le persone che vi circolavano erano esseri vivi e concreti; sentivo invece tutto ciò che era limitato dal recinto illimitato, irreale, meccanico e senza alcun senso: era l'incubo dell'ago nel fieno.

Queste sensazioni non mi coglievano in classe ma solo nel cortile e ne soffrivo molto e non sapevo come uscirne.

Il gioco, la conversazione, la lettura, nulla riusciva a spezzare il cerchio d'irrealtà in cui mi sentivo rinchiusa.

Queste crisi invece di diradare divennero sempre più frequenti. Una volta, mi trovavo al Patronato, vidi il salone improvvisamente immenso illuminato da una luce terribile, elettrica, che non dava ombre. Tutto era chiaro, liscio, artificiale, teso all'estremo. Le sedie e i tavoli sembravano caricature abbandonate qua e là; le allieve e le maestre, marionette che si agitavano senza ragione e senza scopo; non riconoscevo più nulla e nessuno. Era come se la realtà fosse fuggita, avesse abbandonato quegli oggetti e quelle persone. E, assalita da un'angoscia terribile, cercai disperatamente un soccorso, un aiuto qualsiasi. Ascoltavo le conversazioni, ma le parole erano senza senso e le voci mi sembravano metalliche senza timbro né colore. Ogni tanto una parola si distaccava dalle altre e si ripeteva, si scolpiva nel mio cervello, assurda. Quando una compagna si avvicinava, essa ingigantiva sempre più ai miei occhi come il mucchio di fieno.

Allora andai dall'assistente e cercai di esprimerle la mia paura: "Perché tutti hanno una testa di corvo, piccola piccola abbandonata sulla propria testa?". Mi sorrise gentilmente dicendomi qualcosa che ora non ricordo; e quel sorriso invece di tranquillizzarmi, aumentò la mia angoscia e il mio sgomento poiché avevo intravisto i suoi denti che scintillavano bianchi e regolari. E ben presto, nonostante li riconoscessi tali e quali erano nella realtà, essi occuparono tutta la mia visione come se tutta la sala non fosse che denti, denti sotto una luce implacabile. Di nuovo una paura atroce mi invase e quello che mi salvò quel giorno fu il movimento.

Infatti era l'ora della benedizione, e con le altre bambine mi misi in fila per raggiungere la cappella. Il moto, il cambiamento d'ambiente, il fare qualche cosa di preciso e di abituale mi aiutò molto. Ciò nonostante, benché attutito, il sentimento d'irrealtà mi seguì anche nella cappella. Quella sera ero sfinita dalla tensione e dalla fatica.

La cosa straordinaria è che quando rientravo nella realtà, non pensavo più a quei terribili momenti; non li dimenticavo ma non ci pensavo. Ciò nonostante essi si rinnovavano con grande frequenza invadendo periodi sempre più lunghi nella mia vita.  
(*Op. cit.* Dal capitolo 1: Apparizione dei primi sentimenti d'irrealtà. Pp. 10-13)

### Sezione 3

I primi due anni di analisi furono una lotta titanica e continua contro la paura ed il paese della Luce, come l'ho soprannominato, di fronte a cui mi sentivo debole e sgomenta. Nei primi tempi in cui soffrivo di paura e d'irrealtà ho pronunciato alcune volte queste incoscienti e terribili parole: "Potessi fuggire nella pazzia per non essere invasa dalla paura!". Ahimè! Non sapevo quello che dicevo! Nella mia ignoranza credevo che la follia fosse uno stato di insensibilità assoluta, senza gioia, senza dolore e soprattutto senza responsabilità.

Mai e poi mai mi ero raffigurata, anche solo per un istante, che cosa potesse essere "perdere la ragione". Ed ecco che ora lottavo disperatamente per non soccombere, per non essere sommersa dalla Luce. Durante il primo anno di analisi mi resi conto del pericolo che correvo. Ma per me la follia non costituiva uno stato patologico e non mi consideravo malata.

Per me, la follia era un regno opposto a quello della realtà, dominato da una luce implacabile, senza ombre, accecante. Era un'immensità senza limiti, desolata e squallida; un paese minerale, lunare, gelido come le steppe del nord. In questo paese tutto è immutabile, esanime e cristallizzato. Gli oggetti sono sparsi qua e là come cubi geometrici abbandonati o quinte di teatro private del loro scopo. Le persone si agitano in modo bizzarro facendo gesti, movimenti inutili; sono fantasmi che vagano in quella landa senza confini, sfiniti da una luce senza misericordia.

Io ero sperduta là dentro, isolata, fredda, nuda sotto la luce e senza scopo. Un muro metallico mi separava da tutto e da tutti. In tanta desolazione ero presa da uno sgomento indicibile ma nessuno mi porgeva il suo aiuto; ero insopportabilmente sola, la mia solitudine era totale.

Questo era il mondo della follia e la luce era la percezione dell'irrealtà. Follia significava essere perennemente nell'irrealtà più completa. Chiamavo la follia paese della Luce per l'illuminazione astrale, fredda, abbagliante e per lo stato di tensione estrema in cui si trovava ogni cosa, me compresa. Era come se una corrente elettrica di straordinaria potenza attraversasse tutte le cose e le tendesse all'estremo, fino a farle esplodere.

Per questo nell'analisi mi lamentavo del "filo di paglia" e non potevo disegnare il "piccolo personaggio" senza il "filo di paglia", cioè un leggero ago che gli attraversava il corpo, o meglio, l'anima, e che rappresentava la tensione dell'irrealtà. L'ho soprannominato "filo di paglia" poiché l'associavo all'incubo dell'ago nel fieno.

In quel silenzio profondo, in quell'immobilità tesa, avevo l'impressione che qualche cosa di terribile stesse per accadere per rompere il silenzio e che uno sconvolgimento atroce dovesse sopravvenire. Aspettavo trattenendo il respiro, sperduta nell'angoscia; ma nulla accadeva e l'immobilità diveniva ancora più immobile ed il silenzio più silenzioso. Gli oggetti e le persone con i loro gesti ed i loro suoni diventavano ancora più artificiali, staccati dal loro oggetto, senza vita, irreali. E la paura incalzava fino a divenire impossibile, indicibile, atroce.

Contro questa Luce lottavo con la mia analista, divenuta più tardi la Mamma. Solo vicino a lei mi sentivo sicura, soprattutto quando sedeva vicino a me sul divano e mi passava un braccio sulla spalla. Oh! Potere sentire la vita, il calore della realtà! Che felicità, che sollievo infinito!

Quando era finita la seduta e la lasciavo, contavo le ore e i minuti che mi separavano da lei: più di ventitré ore, più di ventidue e mezzo, più di diciotto ecc.

Ma, ahimè! Questo rifugio di realtà doveva ben presto essermi tolto poiché vedevo anche il viso della Mamma divenire irreali, insensibile, ritagliato quasi nel cartone. Nonostante il mio violento e sfrenato desiderio di sentirla, di avere un contatto con lei – oramai l'unico che mi restava – mi accorgevo che anche lei, poco a poco, andava partecipando alla



Luce. Allora le dicevo: “Si maschera per punirmi”. Alcune volte, grazie alle sue negazioni, al suo affetto, e soprattutto quando mi teneva stretta contro di sé, dicendomi: “Mamma è più forte della Luce, ed è sempre la stessa; guarda come ti può tenere stretta” la riconoscevo di nuovo; era lei, il mio rifugio, la mia vita, la preziosa oasi di realtà nel mondo desertico della mia anima.

(*Op.cit.* Dal capitolo 4: Incomincio il trattamento psicoanalitico e trovo una Mamma. Pp. 29-31)

#### Sezione 4

L'irrealtà andava aumentando a un punto tale che nemmeno la Mamma riusciva più a creare un contatto fra noi.

Da qualche tempo mi lamentavo di “essere presa in giro” dalle cose e ne soffrivo enormemente; benché esse non facessero nulla di speciale, non mi attaccassero direttamente e non mi parlassero nemmeno. Esse mi prendevano in giro con la loro presenza. Vedevo gli oggetti senza relazione fra loro, ritagliati e nitidi come minerali; e la loro luce, la loro tensione mi davano una paura intensa.

Se guardavo per esempio una sedia o un vaso, non pensavo alla funzione che giustificava la loro presenza; non era più un vaso per contenere l'acqua e una sedia per sedersi, no! Avevano perduto il loro nome, il loro significato, la loro funzione. Erano divenuti “cose”, incominciavano ad esistere come “cose” e questa loro esistenza mi atterriva. In questo scenario irreali, nel silenzio opaco della mia visione, d'un tratto le “cose” si animavano sotto i miei occhi: c'era quel vaso di creta a fiori blu, era lì innanzi a me e mi scherniva con la sua sola presenza, con la sua esistenza; evitando di guardarlo per avere meno paura i miei occhi incontravano una sedia, un tavolo, che erano lì manifestandomi la loro presenza, esistendo. Cercavo di sottrarmi al loro dominio pronunciando il loro nome: sedia, vaso tavolo. “Questa è una sedia”, ma la parola era un suono privo di senso, aveva abbandonato il suo oggetto, si era separata da lui in modo così totale che da una parte vi era “la cosa viva e beffarda” e dall'altra il suo nome, privo di senso come un guscio vuoto. Tentavo invano di riassocierli e rimanevo fra loro piena di angoscia e di spavento. Quando mi chiedevano delle spiegazioni come: “Questo vaso, questa sedia, li vedi viventi?”. “Sì, sono viventi”, rispondevo, e tutte le persone, compreso il medico, credevano che per me gli oggetti fossero come gli uomini e che li sentissi parlare; ma non era così, e la loro vita si limitava alla loro presenza, alla loro esistenza. Per evitarli nascondevo la testa fra le braccia o mi rifugiavo in un angolo. Fu quello un periodo di agitazione intensa.

Tutto si animava, esisteva, e si faceva beffe di me. Per strada mi sembrava che le persone fossero impazzite, che circolassero senza ragione incontrandosi fra loro e con le cose che mi sembravano diventate più reali di loro.

Nello stesso tempo il Sistema mi dava degli ordini; non li sentivo come voci, ma erano molto più imperiosi che se fossero stati pronunciati a voce alta. Così, mentre stavo scrivendo a macchina, improvvisamente e senza che me lo aspettassi, una forza, che sembrava più un comando che un impulso, mi ordinava di scottarmi la mano destra o anche di bruciare la casa in cui mi trovavo. Con tutte le forze mi opponevo a questi ordini e telefonavo alla Mamma avvertendola; la sua voce mi assicurava, mi diceva che era lei che dovevo ascoltare, non il Sistema, e che se diventava troppo insistente potevo ricorrere da lei. Questo mi tranquillizzava notevolmente, ma purtroppo solo per poco. Ben presto un'angoscia inesprimibile mi stringeva il cuore, e in nessun modo riuscivo a calmarmi perché rifiutando di obbedire mi sentivo colpevole e vile, e l'ordine allora diventava sempre più imperioso. Se invece mi avvicinavo al fuoco tendendo la mano per ubbidire, l'angoscia aumentava ugualmente e un sentimento intenso di colpa mi invadeva, come se anche l'ubbidienza fosse un male.

Devo aggiungere che in quest'ultima alternativa l'angoscia aumentava maggiormente poiché intuitivo che obbedendo all'ordine compivo un atto incancellabile e disgregatore della mia personalità. Inoltre in ambedue le alternative di obbedienza o disobbedienza avevo un'impressione di stonatura e di commedia.

Benché, a parte la Mamma, fossi la sola a conoscere la mia lotta, avevo questo sentimento di stonatura e di incoerenza per tutto il mio comportamento. In realtà non era così, perché ero profondamente sincera, ma se disobbedivo al Sistema per salvare l'integrità della mia persona mi sentivo incoerente poiché era come se non tenessi in considerazione i suoi ordini, e se gli obbedivo mi sentivo anche incoerente perché non ero d'accordo con lui. Soffrivo enormemente per quegli ordini e per il sentimento di incoerenza così contrario alla mia personalità.

Mentre lottavo con tutte le mie forze per non essere sommersa dalla Luce, mi sentivo derisa dagli oggetti intorno a me, che ironizzavano con aria minacciosa e nel mio capo ronzavano infaticabilmente frasi insulse.

Allora per sfuggire a tanta animazione che mi circondava e di cui ero il centro, chiudevo gli occhi ma non avevo pace, poiché ero assalita da immagini così orribili e viventi che ne provavo delle reali sensazioni fisiche. Non posso dire che le vedessi realmente e neppure che fossero delle rappresentazioni, erano piuttosto delle sensazioni.

Mi sentivo la bocca piena di uccelli che masticavo e che mi soffocavano con le piume, con le ossa spezzate e col sangue. Mi vedevo rinchiudere delle persone in scatole di conserva, e mangiarne i loro corpi putrefatti, o divorare la testa di un gatto che nello stesso tempo mi divorava internamente. Oh! Tutto questo era orribile.

(*Op. cit* Dal capitolo 6: Il Sistema mi dà degli ordini e le cose cominciano ad esistere. Pp. 39-41)

## Sezione 5

Fra tanti terrori e spaventi riuscivo ancora a compiere il mio lavoro di segretaria; ma a quale prezzo! Ben presto dei gridi stonati che mi perforavano il cervello si aggiunsero alle mie fantasie. Il loro assalto improvviso mi faceva sussultare e, benché li differenziassi nettamente dai gridi della realtà, ero costretta a turarmi le orecchie; li sentivo senza udirli, li percepivo interiormente e li localizzavo alla mia destra. Soffrivo intensamente del mio stato, poiché capivo che pian piano il Sistema mi assorbiva completamente e che stavo precipitando nel paese della Luce, o dei Comandi, come lo chiamavo. I miei soli momenti di pace erano le sedute di analisi, specialmente verso la fine dell'ora, quando potevo ritrovare un po' di contatto con la Mamma. La supplicavo di difendermi, di sottrarmi al dominio della Luce e all'esistenza delle "cose". Nonostante la sua buona volontà in quel momento era impotente contro il Sistema; fu già una grande vittoria che avesse saputo opporsi a lui e che io mi rifugiassi sempre da lei nei momenti di pericolo. Infine la disgrazia accadde.

Gli ordini incalzavano divenendo sempre più imperiosi ed esigenti: dovevo bruciarmi la mano destra, la mano del comando. Nel Sistema vigeva una complicatissima interdipendenza: avevo punito delle persone senza saperlo, e a mia volta dovevo essere punita. Le persone che erano state punite da me avevano il diritto di punire, ma per ogni punizione che davano ne ricevevano una. Quando compresi il meccanismo del Sistema di Punizione in cui ero inglobata, cessai di resistere ai suoi ordini.

Un giorno, tremando, appoggiai la parte esterna della mano sul braciere incandescente, e la tenni il più possibile. Mi incoraggiavo a sopportare il dolore pensando che compivo il mio dovere verso il Sistema e che così avrebbe cessato di mandarmi ordini e punizioni. In quel momento entrò improvvisamente il capo ufficio. Ritirai di scatto la mano e sembrandomi che non si fosse accorto di nulla, respirai di sollievo. Ma mi sbagliavo; infatti informò dell'accaduto il medico del "Consiglio di Sorveglianza degli alienati" che, per combinazione, era il mio medico curante. Dopo un consulto, comprendendo che volevano internarmi, parlai dell'esistenza beffarda degli oggetti e del Sistema che mi aveva assorbita, perché questi erano una sola cosa con me; non parlai invece della mia scottatura e degli ordini che ricevevo poiché non ero mai stata d'accordo con loro. Non fui ricoverata ufficialmente, ma questo bastò per obbligarmi ad entrare in una clinica pubblica.

(*Op. cit* Dal capitolo 6: Il Sistema mi dà degli ordini e le cose cominciano ad esistere. Pp. 42-43)

### **La versione cinematografica del “Diario di una schizofrenica” (Regia di Nelo Risi, 1968, Italia)**

Paradossalmente la versione cinematografica non viene raccontata dal punto di vista di Renée (nel film sotto il nome di Anna) come ci si potrebbe aspettare. Viene invece raccontata da parte della sua terapeuta, colei che nel corso della storia verrà identificata con il nome di Mamma. A livello strutturale il film è spiegato in buona parte dalla voce fuori campo della terapeuta che spiega l'evoluzione di Renée-Anna nel corso della storia e del suo processo terapeutico.

L'intera storia inizia ad essere raccontata dal momento del primo ricovero di Renée-Anna in clinica a causa della sua situazione non più sostenibile per l'ambiente casalingo, in quanto difficoltoso anche per il personale sanitario in clinica, per poi proseguire con la continuazione della terapia nel corso del tempo dal momento che incontrerà la Mamma. Raramente nel corso del film vengono mostrate alcune scene della sua infanzia; le poche mostrate sono strettamente correlate a comportamenti che Renée-Anna compie nel presente (stessi gesti o movimenti). Sostanzialmente l'intera storia è incentrata sulle modalità che la terapeuta, la quale è stata chiamata in aiuto da parte del padre di Renée-Anna, ingaggia per instaurare il contatto con lei e dello sviluppo delle stesse nel corso del tempo.

Nel corso delle prime sedute Renée-Anna non rivolge la parola alla terapeuta e viene mostrata in gesti e movimenti atti ad evitare il contatto con l'altra persona. Le visioni di Renée-Anna delle persone viste come fantocci, le cose ingrandite e le forti luci non vengono mostrate se non attraverso alcuni disegni eseguiti da lei che vengono analizzati dalla terapeuta e da una commissione medica che mostrano ciò che Renée-Anna vede nella sua irrealtà: il Sistema che la controlla. Viene invece mostrata nella difficoltà e nel rifiuto (almeno in una prima parte) del contatto vivo con gli altri: il padre, la madre, la terapeuta, il personale della clinica. Renée-Anna viene mostrata durante alcune crisi, nelle quali dice di avere le voci nella testa, di sentire il Sistema darle ordini e di come lei debba obbedire a tali ordini, delle punizioni verso sé stessa come non mangiare in quanto proibite dal Sistema. Non viene accennato più di questo riguardo alla sua visione distorta della realtà, ma il tutto viene concentrato sulla relazione terapeutica.

La terapeuta riconosce, rivolgendosi anche alla famiglia oltre che alla paziente, le difficoltà della ragazza. Comprende la regressione di Renée-Anna a livello infantile nonostante la sua età (tredici anni), e decide di ricostruire i primi passi dell'infanzia, dal nutrirla all'iniziare a darle coscienza del suo corpo, che risultano non essere stati soddisfatti da parte della madre nella crescita. Nel parlare con la madre riconosce la gelosia rivolta verso la sorellina nata due anni dopo la sua nascita, e dell'assenza dell'allattamento al seno da parte della madre: informazioni da cui inizia a lavorare.

La gelosia verso la sorellina minore viene rimostrata in seguito, dopo che la terapeuta crea un contatto stabile con Renée-Anna, lei arrivando allo studio la trova insieme ad un altro paziente dandosi alla fuga, questo avvenimento annulla parte del lavoro svolto in terapia come anche la relazione di fiducia creatasi tra le due.

Nello svolgimento del film viene illustrato come la decisione della terapeuta di accogliere Renée-Anna nella sua quotidianità e quindi di creare una sorta di terapia continua aiuterà la paziente ad ottenere una sua indipendenza e stabilità nel mondo che le permetteranno inoltre di tornare a vivere con la propria famiglia.

## **Come si relaziona Renée con il mondo esterno?**

Essendo a conoscenza che la protagonista ed autrice del testo è una ragazza schizofrenica e che, come visto all'interno del quadro teorico la patologia comporta svariati sintomi che portano la persona a rapportarsi con l'esterno attraverso di essi, come Renée, nel suo caso specifico, gestisce la quotidianità nel mondo attraverso la malattia?

La relazione di Renée con il mondo esterno e con le persone attorno a lei è influenzata dalla schizofrenia e dalla sintomatologia che essa comporta. Nel racconto della sua storia, Renée espone come lei viva il mondo, il rapporto con le persone ed il suo vissuto personale rispetto ad esso.

Prendendo la prima sezione del racconto di Renée, in cui ha i primi incontri con l'irrealtà, la sua relazione con l'esterno diventa un'esperienza negativa provocandole uno stato di angoscia.

Mi sembrava di non riconoscere più la scuola; era diventata grande come una caserma ed i bambini che cantavano mi pareva fossero dei prigionieri obbligati a cantare. Era come se la scuola e il canto dei fanciulli fossero stati separati dal resto del mondo. In quel momento scorsi un campo di grano di cui non vedevo i limiti; e questa immensità dorata, luminosa sotto il sole, legata al canto dei bimbi-prigionieri nella scuola-caserma di pietra liscia mi diede una tale angoscia che scoppiai in singhiozzi.

(*Op. cit.*, Pag. 9)

La relazione con l'esterno, siano essi persone, luoghi od oggetti, nei momenti in cui l'irrealtà prende il sopravvento trasforma il vissuto di Renée in esperienze di carattere negativo che le provocano paure ed angosce. Il mondo esterno viene nel corso del tempo sempre più dominato dalla malattia. Nella terza sezione del suo racconto emerge come il mondo esterno sia diventato l'oggetto della sua follia, in quanto esso è plasmato dalla sua visione distorta della realtà.

Per me, la follia era un regno opposto a quello della realtà, dominato da una luce implacabile, senza ombre, accecante. Era un'immensità senza limiti, desolata e squallida; un paese minerale, lunare, gelido come le steppe del nord. In questo paese tutto è immutabile, esanime e cristallizzato. Gli oggetti sono sparsi qua e là come cubi geometrici abbandonati o quinte di teatro private del loro scopo. Le persone si agitano in modo bizzarro facendo gesti, movimenti inutili; sono fantasmi che vagano in quella landa senza confini, sfiniti da una luce senza misericordia.

(*Op. cit.*, Pag. 29)

Renée è costretta a relazionarsi con l'esterno attraverso la visione che la schizofrenia le impone, escludendo brevi momenti, ad esempio quelli con la Mamma, in cui viene sostenuta nel ritrovare una relazione con la realtà.

Oh! Potere sentire la vita, il calore della realtà! Che felicità, che sollievo infinito!

(*Op. cit.*, Pag. 31)

A causa delle difficoltà imposte dalla patologia Renée, non riesce a rapportarsi con l'esterno serenamente. Nel cercare di ristabilire l'ordine tra lei stessa e l'esterno, come si può notare nella quarta sezione del testo, la malattia la impedisce.

Cercavo di sottrarmi al loro dominio pronunciando il loro nome: sedia, vaso tavolo. "Questa è una sedia", ma la parola era un suono privo di senso, aveva abbandonato il suo oggetto, si era separata da lui in modo così totale che da una parte vi era "la cosa viva e beffarda" e dall'altra il suo nome, privo di senso come un guscio vuoto.

(*Op. cit.*, Pag. 39)

Questo viene mostrato nella versione cinematografica, in cui si può vedere la ragazza nell'atto di rinominare ciò che la circonda (anche se nella pellicola non viene spiegata la motivazione dell'atto): l'esterno non è chiaro ai suoi occhi e non ricopre il senso che ha abitualmente. Viene mostrata la ragazza in più situazioni di relazione con l'esterno. Anche nel semplice atto di comunicare con i propri familiari non riesce ad intrattenere un dialogo ma rimane incarcerata in frasi ripetute senza poter sostenere la conversazione, come visto precedentemente in Von Engelhardt (2012).

Spesso nella pellicola sono le parole del Sistema ad essere pronunciate da Renée-Anna, e non è lei stessa che può sempre interagire con l'esterno, in questo ci si può riferire alla perdita dell'evidenza naturale di Blankenburg, (Muscatello et al., 2003) ovvero; nel paziente schizofrenico vi è un'alterazione basilare dell'esistenza, che porta ad una sorta di crisi del senso comune. Il senso comune, secondo Blankenburg è costituito da una logica naturale, ovvero la capacità di vedere le cose del mondo attraverso la giusta angolatura, in questo afferma quindi che nel paziente schizofrenico questa capacità va persa e cioè viene persa l'evidenza naturale. (Muscatello et al., 2003)

Riprendendo Heidegger, citato nell'articolo di Romera (1998), nella comprensione dell'essere vi sono i due criteri dell'esistenza e dell'essere nel mondo dell'esserci. Nel testo di Renée emerge come l'esterno muti il suo modo di esistere, gli oggetti invece di semplicemente essere presenti nel suo ambiente esistono e si relazionano con lei. L'essere nel mondo di Renée, essendo subordinato alla presenza della malattia, è inserito in un contesto di realtà alterata dalla schizofrenia. La realtà alterata che vive è specifica di Renée infatti, come spiegato a livello teorico, la modalità di presentazione della schizofrenia varia in ogni soggetto. Di conseguenza, i comportamenti e le decisioni della ragazza non sono semplicemente influenzati dal contesto in cui vive, ma dalla malattia che ne altera il contenuto e la visione e che con il passare del tempo, divenendo il Sistema, limita il suo poter essere nel mondo.

Il suo sviluppo nel tempo come essere inserito in un contesto viene sempre accompagnato dall'irrealtà a partire dal passato, ovvero i primi ricordi di cui parla che sono legati all'infanzia.

Se essere comporta essere liberi di vivere la propria storia di vita secondo le propria singolarità, nel paziente schizofrenico questo non è possibile. Riprendendo il concetto della Daseinsanalyse, nel paziente schizofrenico il suo *Dasein*, è posto in una situazione di difficoltà. Esso infatti, come nel caso di Renée, è ingabbiato nella malattia, impedendogli di approfondire la relazione con l'esterno, costringendolo sotto la forza della patologia che lo limita portandolo a rinunciare alle relazioni intersoggettive (quindi non decidere liberamente di e come fruirne). (Cappellari, 2014)

### **Come si svolge la relazione tra Renée e la sua malattia?**

Questo quesito è stato stimolato conseguentemente al primo che mi sono posta. Ovvero se il rapporto con il mondo esterno è influenzabile dalla schizofrenia, il rapporto della ragazza con la sua malattia come si svolge? Tenendo in considerazione quanto visto all'interno della teoria sulla sintomatologia della schizofrenia, vi sono svariati modi in cui essa si presenta, ma come la ragazza si relaziona con questi sintomi?

Sia nel racconto biografico di Renée che nella versione cinematografica, emergono a più riprese i suoi stati di sofferenza causati dagli ordini che le vengono dati dal Sistema,

con toni a suo dire imperiosi, e dalle immagini che lei stessa ha del mondo che la circonda.

Renée ha un potere relativo sulle proprie decisioni perché sempre in conflitto con la malattia che ha in sé più forza, portandola a confrontarsi e scontrarsi con le scelte della malattia.

Prendendo in considerazione la sezione numero quattro, Renée racconta della sua interazione con esso dove compaiono alcune delle cinque dimensioni: volere, dovere, potere, essere forzato ed avere il permesso definite da Von Weizsäcker in Von Engelhardt (2012).

Le cinque dimensioni, che fanno parte del pentagramma patico, di Von Weizsäcker non sono presenti solamente quando si parla di malattia, ma vi sono sempre nel corso dell'esistenza dell'essere umano. (Von Engelhardt, 2012)

Nel caso specifico di Renée, a causa della sua patologia schizofrenica, le cinque dimensioni assumono una forma particolare.

Non solo la sua malattia altera il suo vivere la realtà quotidiana, ma la governa. Renée si trova in conflitto nella gestione delle cinque dimensioni, in quanto nella sua malattia non è lei a poterle interamente controllare, ma una forza interna: il Sistema.

Gli ordini che nella mente di Renée finiscono col trasformarsi in comandi importanti, vanno a costituire stati di sofferenza sia fisica che mentale per la ragazza, ad esempio: devi farti del male bruciandoti la mano e bruciando la tua abitazione.

Nello stesso tempo il Sistema mi dava degli ordini; non li sentivo come voci, ma erano molto più imperiosi che se fossero stati pronunciati a voce alta. Così, mentre stavo scrivendo a macchina, improvvisamente e senza che me lo aspettassi, una forza, che sembrava più un comando che un impulso, mi ordinava di scottarmi la mano destra o anche di bruciare la casa in cui mi trovavo. Con tutte le forze mi opponevo a questi ordini e telefonavo alla Mamma avvertendola;...

(Op. cit., Pag. 40)

Attraverso le situazioni vissute dalla ragazza, si presentano in forma singolare le cinque dimensioni di Von Weizsäcker. Nel rifiutarsi di svolgere determinate azioni ordinate dal Sistema, Renée sviluppa un senso di colpa ritenendo di non avere il permesso di disobbedire agli ordini, che diventano sempre più imperiosi con il suo rifiuto, che la forzano ad azioni che lei stessa non condivide facendola sentire incoerente con il suo volere.

In questa situazione risulta essere alterata anche la dimensione del "volere", difatti Renée nei momenti in cui rifiuta gli ordini, e in cui quindi non vuole commettere l'azione fa rivalere la sua volontà: non vuole fare tale atto.

Ben presto un'angoscia inespriabile mi stringeva il cuore, e in nessun modo riuscivo a calmarmi perché rifiutando di obbedire mi sentivo colpevole e vile, e l'ordine allora diventava sempre più imperioso. Se invece mi avvicinavo al fuoco tendendo la mano per ubbidire, l'angoscia aumentava ugualmente e un sentimento intenso di colpa mi invadeva, come se anche l'ubbidienza fosse un male.

(Op. cit., Pag. 40)

Lo stato di sofferenza causato dalla sua rivalsa per affermare la propria integrità ricade nella percezione di uno stato d'incoerenza, in quanto non considerando gli ordini, non si sente bene con sé stessa.

La dimensione del "dovere", viene incoraggiata dalla Mamma, la terapeuta di Renée.

Con tutte le forze mi opponevo a questi ordini e telefonavo alla Mamma avvertendola; la sua voce mi rassicurava, mi diceva che era lei che dovevo ascoltare, non il Sistema, e che se diventava troppo insistente potevo ricorrere da lei.  
(*Op. cit.*, Pag. 40)

Nei momenti di grave difficoltà nella gestione del Sistema, la ragazza si rivolge alla Mamma ricercando il suo aiuto, la quale le intima di ascoltare lei e non il Sistema che cerca di farle del male e che le mette paura e che può dirigersi verso di lei in cerca di sostegno. In questa situazione la dimensione del “dovere” non parte dalla stessa Renée ma le viene intimato da una fonte esterna, per il suo bene. Infatti, la ragazza riferisce che il contatto con la terapeuta la tranquillizza, sapendo di poter rivolgersi a lei, anche se per brevi momenti.

Sempre nella stessa sezione si può osservare la dimensione del “potere”.

Allora per sfuggire a tanta animazione che mi circondava e di cui ero il centro, chiudevo gli occhi ma non avevo pace, poiché ero assalita da immagini così orribili e viventi che ne provavo delle reali sensazioni fisiche. Non posso dire che le vedessi realmente e neppure che fossero delle rappresentazioni, erano piuttosto delle sensazioni.  
(*Op. cit.*, Pag. 41)

Renée racconta dei vani tentativi di sfuggire dalla malattia, di fuggire alle immagini che le causano angoscia, ad esempio in questo caso chiudendo gli occhi. Sebbene Renée cerchi di allontanare le angosce e le derisioni causate dalla malattia non può farlo, qualsiasi cosa lei faccia tutte le percezioni negative si ripropongono.

La sua impossibilità di allontanarsi dalla malattia si ripropone nella terza sezione a partire dal quinto paragrafo. Renée spiega dell’irrealtà e della follia; identifica la follia come il paese della Luce a causa dell’enorme stato di tensione in cui tutto il mondo e lei si trovavano.

Per questo nell’analisi mi lamentavo del “filo di paglia” e non potevo disegnare il “piccolo personaggio” senza il “filo di paglia”, cioè un leggero ago che gli attraversava il corpo, o meglio, l’anima, e che rappresentava la tensione dell’irrealtà.  
(*Op. cit.*, Pag. 30)

Nel disegnare sé stessa in terapia, ovvero il piccolo personaggio, riferisce infatti di non poter evitare di raffigurare il filo di paglia che lo attraversa, che rappresentava per lei la tensione dell’irrealtà. Renée non può quindi scindere la sua persona dalla malattia e dalle sue conseguenze.

Le dimensioni “dell’aver il permesso” e del “potere” emergono in particolar modo nella versione cinematografica della storia di Renée riguardo l’alimentazione della ragazza. Nella pellicola viene mostrata la ragazza che “parla con la voce del Sistema” con toni sofferenti ripetendo che lei non può mangiare tutto il cibo, infatti viene identificato dalla Mamma, che può mangiare solo delle mele acerbe ancora appese all’albero (che verrà identificato dalla terapeuta come l’atto di nutrirsi dalla madre), o che non può mangiare del tutto. Parla del “periodo della grande fame” e rivolgendosi a sé stessa in terza persona afferma che deve morire per la fame. La negazione del cibo per la ragazza mette a rischio la sua salute, quindi ad una sofferenza fisica, costringendo il personale sanitario a nutrirla attraverso l’utilizzo di una sonda, questo perché Renée non ha il permesso di mangiare, non può alimentarsi secondo il suo bisogno o desiderio, infatti anche se ha fame non mangia perché è una punizione del Sistema. In questo subentra l’aiuto della sua terapeuta che scavando nel suo passato scopre appunto che in tenera età la ragazza non è stata allattata e partendo da questa informazione cerca una via di

contatto materno per aiutarla ad alimentarsi, permettendo a Renée, con questa modalità, di accettare il cibo che le viene offerto.

### **Quali sono le questioni principali, su cui viene posto l'accento, nel racconto della storia di malattia di Renée?**

Mi sono posta questo interrogativo in quanto mi incuriosiva sapere su cosa la ragazza, parlando della sua storia e della schizofrenia, si sarebbe concentrata, ovvero quali sono state le esperienze e gli avvenimenti che ha ritenuto importanti al punto da riportarli nel suo racconto biografico.

Per comprendere ed estrapolare i fatti e le questioni che più frequentemente appaiono nel racconto e su cui Renée mette l'accento ho costruito delle tabelle sulla base dell'articolo di Marcadelli (2011). Le ho sviluppate in quanto la nosografia, le cui informazioni si rivolgono ad un soggetto generico, non permette di conoscere quali siano le declinazioni singolari che la patologia presenta nel caso specifico di un singolo individuo.

Non mi permette di essere a conoscenza delle informazioni che Renée, nel suo caso specifico, ha ritenuto più importanti da riportare nella sua storia. Le tabelle sono presenti come allegato di questo lavoro.

Nel racconto di Renée vi sono argomenti che si ripresentano sovente nel corso della storia o che semplicemente sono sempre presenti sia nella sua storia completa come anche nelle sezioni scelte per questo lavoro di tesi. Utilizzando l'articolo di Marcadelli del 2011 è stato possibile evidenziare quali e quante volte si ripropongono nella storia specifici argomenti. Gli argomenti di cui Renée racconta su cui pone l'accento, ovvero che si presentano maggiormente nella sua storia di malattia sono molteplici e variati. Nella versione cinematografica, che viene esposta in maniera differente dal libro, emergono alcuni argomenti comuni con la storia scritta dalla ragazza, anche se esposti in maniera differente.

Uno degli argomenti che si ripete sono i soggetti principali del suo racconto, i quali non solo vengono ripresi ma subiscono delle mutazioni nel corso del tempo. Nelle cinque sezioni del racconto della ragazza i soggetti o comunque i protagonisti principali sono la stessa Renée e la schizofrenia come irrealità. La famiglia, i colleghi di lavoro, le persone della scuola e altri soggetti sono marginali nel racconto di Renée, che li cita talvolta per spiegare lo svolgimento degli avvenimenti collegati alla malattia della sua vita.

Questi due soggetti principali subiscono delle mutazioni nel corso del racconto, ovvero cambia l'importanza che ricoprono nella storia.

Nelle prime due sezioni scelte della storia, in cui vengono esplicate le prime sensazioni d'irrealità, l'accento è posto su Renée che si rapporta con il mondo esterno plasmato dall'irrealità.

Dopo questo fatto il sentimento d'irrealità si ripeté sovente a scuola durante le ricreazioni. Mi appoggiavo alla cancellata, come una prigioniera, e osservavo le alunne che correvano qua e là per il cortile gridando. Mi parevano formiche sotto una luce scintillante, la scuola diveniva immensa, liscia, irreal e un'angoscia inesprimibile mi afferrava. Immaginavo che le persone dalla strada dovessero crederci tutte prigioniere, esattamente come lo ero io che desideravo tanto evadere. Altre volte mi aggrappavo alle sbarre scuotendole come se non ci fosse stata altra via di uscita; come una folle, pensavo, che volesse rientrare nella realtà.

(Op. cit., Pag. 11)



In queste parti la ragazza espone la sua visione dell'esterno e la sua relazione con esso rese difficoltose dalla malattia che la affligge. È quindi lei che si muove in quel mondo surreale ed angosciante; nel raccontarsi parla di sé stessa come attore principale del momento: colei che vede, colei che osserva, colei che cerca risposte e soluzioni per tornare nella realtà, è lei che cerca di gestire il momento.

Nella terza sezione, che racconta l'inizio del trattamento psicoanalitico, Renée parla dell'irrealtà come follia, come malattia.

Per me, la follia era un regno opposto a quello della realtà, dominato da una luce implacabile, senza ombre, accecante. Era un'immensità senza limiti, desolata e squallida; un paese minerale, lunare, gelido come le steppe del nord. In questo paese tutto è immutabile, esanime e cristallizzato.

(*Op. cit.*, Pag. 29)

Definisce la sua follia, cosa essa rappresenti per lei, mantenendo quindi sé stessa nella posizione di soggetto principale che racconta del secondo attore principale: la malattia. A partire da questo momento apparirà, anche se solo per alcuni cenni che notificano comunque la sua importanza, la Mamma, la terapeuta di Renée, che diventa un sostegno importante per la sua battaglia ed un soggetto sempre presente.

Contro questa Luce lottavo con la mia analista, divenuta più tardi la Mamma. Solo vicino a lei mi sentivo sicura, soprattutto quando sedeva vicino a me sul divano e mi passava un braccio sulla spalla.

(*Op. cit.*, Pag. 31)

Nelle ultime due sezioni del racconto quest'ordine "gerarchico" cambia; Renée non è più la protagonista della sua storia, ma lo diventa la schizofrenia con i suoi sintomi che opprimono la ragazza.

Se guardavo per esempio una sedia o un vaso, non pensavo alla funzione che giustificava la loro presenza; non era più un vaso per contenere l'acqua e una sedia per sedersi, no! Avevano perduto il loro nome, il loro significato, la loro funzione. Erano divenuti "cose", incominciavano ad esistere come "cose" e questa loro esistenza mi atterriva. In questo scenario irreali, nel silenzio opaco della mia visione, d'un tratto le "cose" si animavano sotto i miei occhi: c'era quel vaso di creta a fiori blu, era lì innanzi a me e mi scherniva con la sua sola presenza, con la sua esistenza; evitando di guardarlo per avere meno paura i miei occhi incontravano una sedia, un tavolo, che erano lì manifestandomi la loro presenza, esistendo.

(*Op. cit.*, Pag. 39)

Per evitarli nascondevo la testa fra le braccia o mi rifugiavo in un angolo. Fu quello un periodo di agitazione intensa.

Tutto si animava, esisteva, e si faceva beffe di me. Per strada mi sembrava che le persone fossero impazzite, che circolassero senza ragione incontrandosi fra loro e con le cose che mi sembravano diventate più reali di loro.

(*Op. cit.*, Pag. 40)

Renée racconta minuziosamente di ciò che la circonda e di ciò che percepisce dando più spazio e peso nel testo al Sistema, agli oggetti "viventi" che la scherniscono, all'irrealtà piuttosto che a sé stessa; essi infatti ora prevaricano, anche nel testo, su di lei. Questo non significa che Renée non è più presente nel racconto ma che l'importanza data ai soggetti subisce un cambiamento, valorizzando nel testo maggiormente la malattia diventando la co-protagonista e non più il centro focale del racconto.

Permane il fatto che in tutto il suo racconto la malattia è sempre un elemento centrale, perennemente presente, anche se cambia nel corso del tempo il suo livello di importanza.

Nel corso della storia, l'irrealtà che vive, subisce dei cambiamenti e dei peggioramenti che vengono da lei raccontati attraverso la sua visione del mondo esterno.

Una volta, mi trovavo al Patronato, vidi il salone improvvisamente immenso illuminato da una luce terribile, elettrica, che non dava ombre. Tutto era chiaro, liscio, artificiale, teso all'estremo. Le sedie e i tavoli sembravano caricature abbandonate qua e là; le allieve e le maestre, marionette che si agitavano senza ragione e senza scopo; non riconoscevo più nulla e nessuno. Era come se la realtà fosse fuggita, avesse abbandonato quegli oggetti e quelle persone.

(*Op. cit.*, Pag. 12)

Ma, ahimè! Questo rifugio di realtà doveva ben presto essermi tolto poiché vedevo anche il viso della Mamma divenire irreali, insensibile, ritagliato quasi nel cartone.

(*Op. cit.*, Pag. 31)

All'inizio della suo racconto, l'irrealtà è descritta come luce, il liscio dei palazzi, i visi delle persone che sembrano essere ritagliati nel cartone, l'immensità dello spazio. Immagini che da un punto di vista nosografico sono identificate come chiari esempi di sintomi schizofrenici allucinatori visivi. La sintomatologia di Renée diventa più importante ed invalidante nel corso della sua storia: per quanto i sintomi rimangano gli stessi, le immagini non sono più le stesse.

Mi sentivo la bocca piena di uccelli che masticavo e che mi soffocavano con le piume, con le ossa spezzate e col sangue. Mi vedevo rinchiudere delle persone in scatole di conserva, e mangiarne i loro corpi putrefatti, o divorare la testa di un gatto che nello stesso tempo mi divorava internamente. Oh! Tutto questo era orribile.

(*Op. cit.*, Pag. 41)

Nel raccontare, Renée parla ad esempio della percezione di mangiare uccelli vivi; sono immagini più dure, più cruente ed angoscienti rispetto alle prime a cui accenna. Appoggiandosi solamente alla nosografia si può dire che la sintomatologia rimane la stessa (non cambia la tipologia del sintomo), ma nel racconto non è così, perché Renée sottolinea la durezza di queste immagini e di come fossero diventate più spaventose per lei.

Nella versione cinematografica, i soggetti principali sono sostanzialmente gli stessi: Renée, la Mamma e la malattia, anche se la loro presenza è proposta in modo diverso rispetto al racconto biografico della ragazza.

Essendo la storia in questo caso esposta dal punto di vista della terapeuta lei, insieme a Renée, diventa il fulcro principale della storia, è la terapeuta che si destreggia tra i sintomi della ragazza per stabilire un contatto. La malattia è presente fortemente in quanto è il motivo del loro incontro come anche la battaglia che insieme cercano di combattere, ma l'accento rimane posto nel rapporto terapeutico tra la ragazza e la Mamma.

I soggetti che nel racconto di Renée rimangono più marginali (ad esempio la famiglia), in questa versione sono presi maggiormente in considerazione da parte della terapeuta per spiegare allo spettatore il vissuto del passato della ragazza.

Nella storia, Renée, racconta di alcuni eventi vissuti, collegati alla malattia ed alla sua quotidianità; i momenti a scuola durante la ricreazione, nel cortile, sul luogo di lavoro ed

altre situazioni. Nelle cinque sezioni del racconto, gli eventi che vengono riproposti sono le sedute terapeutiche con la Mamma ed i contatti con lei.

Renée dalla terza sezione, ovvero dove parla dell'inizio del trattamento, accenna sempre ai contatti con la terapeuta, che fossero di persona durante le sedute o nelle richieste di aiuto. Quando Renée racconta del suo rapporto con la terapeuta e delle sedute, sottolinea come i momenti in cui le due donne sono in contatto le due donne siano gli unici in cui ritrova uno stato di tranquillità e di pace.

Solo vicino a lei mi sentivo sicura, soprattutto quando sedeva vicino a me sul divano e mi passava un braccio sulla spalla. Oh! Potere sentire la vita, il calore della realtà! Che felicità, che sollievo infinito!

(*Op. cit.*, Pag. 31)

Con tutte le forze mi opponevo a questi ordini e telefonavo alla Mamma avvertendola; la sua voce mi rassicurava, mi diceva che era lei che dovevo ascoltare, non il Sistema, e che se diventava troppo insistente potevo ricorrere da lei. Questo mi tranquillizzava notevolmente, ma purtroppo solo per poco.

(*Op. cit.*, Pag. 40)

I miei soli momenti di pace erano le sedute di analisi, specialmente verso la fine dell'ora, quando potevo ritrovare un po' di contatto con la Mamma. La supplicavo di difendermi, di sottrarmi al dominio della Luce e all'esistenza delle "cose".

(*Op. cit.*, Pag. 42)

Nel raccontare il vissuto delle sedute terapeutiche, l'accento è posto sulle sensazioni che la ragazza vive e di come la Mamma in quegli attimi riesca a stabilizzare la loro relazione attenuando le emozioni negative che opprimono la ragazza. Questi eventi vengono riproposti nel testo da Renée, nelle parti in cui parla delle difficoltà che le vengono imposte dalla malattia, attribuendone importanza come via di salvezza, ripresa del contatto umano e percezione del calore della realtà, ma anche come ancora di salvezza a cui richiede aiuto per combattere contro la malattia che grava su di lei.

Nella versione cinematografica le situazioni principali esposte, anche in questo caso, sono le sedute terapeutiche a cui partecipano le due donne; non solo le sedute che si svolgono presso lo studio della terapeuta, ma qualsiasi luogo d'incontro diventa occasione di una seduta terapeutica. La modalità di racconto nella pellicola è diversa rispetto alla versione letteraria, evidenziando maggiormente il vissuto della terapeuta nel processo di cura e sulle varie modalità che attua per riuscire a trovare un ponte di collegamento tra lei e Renée-Anna, mantenendo comunque l'importanza dei momenti terapeutici che vengono riproposti più volte e in più situazioni nel corso del tempo. In queste situazioni si può osservare lo sviluppo del loro rapporto e dei progressi della ragazza attraverso il trattamento.

Parlando quindi degli eventi presenti nella storia, emerge l'importanza degli incontri tra la paziente e la terapeuta, che vengono sempre sottolineati nelle varie parti del racconto. Al contempo sono un elemento fondamentale le emozioni, che vengono suscitate dalle varie situazioni vissute della ragazza, sia negli incontri con la Mamma sia in sua assenza.

Le emozioni sono continuamente sottolineate ed espresse nel corso del testo come anche nella versione cinematografica, in relazione alla malattia e nella relazione con soggetti esterni, in particolare le emozioni negative.

Come già spiegato in precedenza, nei momenti di analisi e quindi di contatto con la terapeuta, la ragazza sottolinea le sue sensazioni ed emozioni positive (la percezione

del calore umano, del tocco di un'altra persona,...) che le permettono di allontanarsi anche se per brevi momenti dall'irrealtà.

L'irrealtà, per contro, provoca nella ragazza una moltitudine di emozioni e sensazioni negative. Nelle cinque sezioni del testo di Renée, infatti, emergono in particolar modo l'angoscia e la paura, scatenate dall'irrealtà, dalle immagini e sensazioni che si presentano di fronte a lei nella sua vita.

Mi sorrise gentilmente dicendomi qualcosa che ora non ricordo; e quel sorriso invece di tranquillizzarmi, aumentò la mia angoscia e il mio sgomento poiché avevo intravisto i suoi denti che scintillavano bianchi e regolari. E ben presto, nonostante li riconoscessi tali e quali erano nella realtà, essi occuparono tutta la mia visione come se tutta la sala non fosse che denti, denti sotto una luce implacabile. Di nuovo una paura atroce mi invase e quello che mi salvò quel giorno fu il movimento.

(*Op. cit.*, Pag. 12)

Queste emozioni si fanno sempre più presenti col passare del tempo e con il peggioramento della sintomatologia.

Nello scorrere del testo si aggiungono altre sensazioni quali il senso di colpa, istigatole dal Sistema, ed il senso di incoerenza che si fa vivo in lei a seguito degli ordini del Sistema.

Ben presto un'angoscia inesprimibile mi stringeva il cuore, e in nessun modo riuscivo a calmarmi perché rifiutando di obbedire mi sentivo colpevole e vile, e l'ordine allora diventava sempre più imperioso. Se invece mi avvicinavo al fuoco tendendo la mano per ubbidire, l'angoscia aumentava ugualmente e un sentimento intenso di colpa mi invadeva, come se anche l'ubbidienza fosse un male.

Devo aggiungere che in quest'ultima alternativa l'angoscia aumentava maggiormente poiché intuivo che obbedendo all'ordine compivo un atto incancellabile e disgregatore della mia personalità. Inoltre in ambedue le alternative di obbedienza o disobbedienza avevo un'impressione di stonatura e di commedia.

(*Op. cit.*, Pag. 40)

Queste sensazioni ed emozioni della colpa emergono a partire dalla quarta sezione del suo racconto in concomitanza con la variazione della "gerarchia" dei protagonisti: la malattia prende il sopravvento su Renée, ricoprendo più importanza nel racconto.

Nella versione cinematografica le emozioni espresse sono principalmente quelle espresse e provate dalla sua terapeuta, la Mamma, che variano nel rapportarsi con la ragazza. Le sue emozioni sono espresse soprattutto in maniera verbale, grazie alla voce fuori campo, in cui racconta lo sviluppo e le difficoltà nel rapporto con Renée-Anna.

Le emozioni di Renée-Anna appaiono raramente; appare la sua diffidenza nel rapportarsi alle persone ed a volte la paura verso il mondo dell'irrealtà, emergono le sensazioni di piacere che prova nei momenti delle sedute con la Mamma.

Nel racconto di Renée il fattore temporale è relativo. Infatti nel corso del testo non fa chiari riferimenti a quanto tempo passa da un capitolo all'altro della sua storia o anche nel piccolo non specifica quanto tempo passa in compagnia della Mamma.

Un riferimento al tempo che però è importante nella sua storia si pone alla fine della seconda sezione.

La cosa straordinaria è che quando rientravo nella realtà, non pensavo più a quei terribili momenti; non li dimenticavo ma non ci pensavo. Ciò nonostante essi si rinnovavano con grande frequenza invadendo periodi sempre più lunghi nella mia vita.

(*Op. cit.*, Pag. 13)

Renée parla di una frequenza che aumenta nel corso del tempo parlando dell'irrealtà che progredendo l'assorbirà e la circonda sempre di più e sempre per più tempo. Nella versione cinematografica si può apporre parzialmente la stessa regola, solo saltuariamente si parla della durata dei periodi di degenza in clinica o di terapia. Viene fatto un chiaro riferimento temporale dal momento che Renée-Anna va a vivere con la Mamma (richiesta della terapeuta che desidera seguire la ragazza nella sua quotidianità) per diciotto mesi.

## **Esperienza personale del “Diario di una schizofrenica”**

L'accesso a quest'opera bibliografica ha agito su di me, che ero posta nella posizione di uno spettatore, aprendomi gli occhi sul mondo della schizofrenia di Renée. Sono rimasta sorpresa dal racconto della sua esperienza, perché mi ha mostrato quanto possa essere complessa la malattia nella quotidianità della persona affetta, in questo caso specifico, di Renée.

Ho potuto conoscere maggiormente il vissuto reale di un soggetto singolare, Renée, e della sua esperienza di malattia, in quanto è un caso esemplare, della patologia in questione, del vissuto dell'esperienza schizofrenica, attraverso gli strumenti della medicina narrativa rispetto al solo utilizzo delle informazioni nosografiche. Le informazioni nosografiche, infatti, mi hanno aiutata a delineare un quadro generale sul funzionamento della schizofrenia e sulla sua manifestazione. Il che mi ha permesso di farmi un'idea di come essa si possa presentare. Il racconto diretto e soggettivo di Renée mi ha fatto capire come questo si possa manifestare realmente in una persona affetta da tale patologia attraverso il suo caso specifico e di come possa, concretamente, interferire in azioni o momenti che in un'ottica esterna sembrano tanto semplici da affrontare.

Nella mia esperienza, di persona in formazione sono sempre stata particolarmente interessata a questa particolare problematica psichica. Durante il mio percorso formativo ho incontrato la patologia schizofrenica sotto diverse modalità. In primis attraverso l'apprendimento scolastico in cui ho iniziato a comprendere alcune basi generali e secondariamente tramite un confronto diretto durante l'esperienza lavorativa in psichiatria, momento in cui ho avuto saltuariamente occasione di relazionarmi con pazienti schizofrenici. Infine, attraverso l'esperienza soggettiva di Renée riportatami in versione di testo scritto e di film. Ognuna di queste modalità mi ha fornito degli insegnamenti, ma la possibilità di accedere così soggettivamente ad un'esperienza come il caso di Renée mi ha potuto mostrare, non solo cosa comporti convivere con una patologia di questo genere, ma ciò che realmente costituiva il suo vissuto in relazione ad essa. Mi ha mostrato che la malattia non è solo un insieme di sintomi e un decorso da seguire, ma che comporta una modalità di vivere la vita di tutti i giorni singolare ed adeguata alla situazione ed alla persona affetta.

Nell'incontro con la storia di Renée sono rimasta basita nello scoprire quanto possa essere difficile la convivenza con una malattia come la schizofrenia, e di come soprattutto fosse forte ed angosciante la sua espressione di essa. Le parole di Renée in questo senso mi hanno lasciata sbalordita; immaginare una visione della realtà come quella vissuta dalla ragazza mi ha trasmesso una sensazione di angoscia. L'idea di non poter sfuggire ad un mondo così antagonistico è spaventosa, e poterlo vedere nelle parole di Renée mi ha fatto capire che quanto il vivere nel mondo possa essere difficile.

Avendo l'opportunità di un accesso privilegiato alla storia di malattia di Renée, ovvero il suo racconto autobiografico, ho potuto rivolgermi ad esso rileggendolo più volte. Nel complesso ho infatti rivisitato il testo completo tre volte; oltre alla possibilità di cogliere ogni volta qualcosa in più dalle sue parole rispetto alla sua esperienza, mi ha appassionata leggere il suo modo di esporre la malattia. Questo soprattutto perché, rispetto ad un ottica teorica, mi ha mostrato una realtà che non posso comprendere basandomi solo sulle nozioni nosografiche, ma che ho potuto letteralmente scoprire in ogni passaggio. Il grande vantaggio di poter accedere alla sua storia tramite un testo, dal mio personale punto di vista, è stato il tempo; ovvero non avendo le tempistiche

scandite, ad esempio come in un'intervista, ho avuto la possibilità di prendermi tutto il tempo di cui necessitavo per osservare, con calma, la sua vita in quelle pagine.

Non essendoci intermediari nel racconto, ho accolto le sue parole così come Renée le ha espresse, questo in particolare mi ha colpito perché la sua storia è la sua esperienza ed è arrivata fino a me incontaminata permettendomi di entrare in quella che è la sua realtà senza freni.

Ho apprezzato molto il "Diario di una schizofrenica" di M. A. Secheyhayé perché mi ha mostrato un mondo di cui sono estranea, un mondo che per Renée però è reale. Mi ha ad esempio aiutato a comprendere come può essere complessa e variata un'allucinazione; nel caso di Renée le allucinazioni sono variegatae (dai visi delle persone, alle strutture attorno a lei,...).

Questo soprattutto per il fatto che il testo è stato elaborato al momento in cui Renée ha potuto trovare un equilibrio, e quindi il suo racconto è molto chiaro e delineato. Se avessi incontrato la storia di Renée nel momento della sua criticità non avrei potuto ottenere informazioni così dettagliate, proprio perché la stessa Renée non sarebbe stata in grado di espormi la sua esperienza in modo nitido. Come ad esempio si può osservare nel film l'interazione con la ragazza e quindi anche l'ottenimento d'informazioni su ciò che avviene nella sua mente è limitato dalla malattia stessa, che le impedisce un regolare contatto con le fonti esterne a lei.

Ad ogni rilettura del testo mi dava l'impressione di poter cogliere sempre di più le sue emozioni, perché invece di concentrarmi su cosa dicesse, avvenimenti o situazioni, man mano che veniva riletto mi soffermavo anche sulle sensazioni che riferiva dovute alla malattia. Ad una prima lettura mi soffermavo infatti su cosa avvenisse nella sua vita, come la scuola, il lavoro, il rapporto con le persone. Più che altro penso di averlo osservato in questo modo la prima volta per cercare di capire cosa facesse nella sua vita di tutti i giorni, vedendo la malattia come un elemento secondario. Nelle riletture seguenti, conoscendo già i fatti che avvengono, mi sono concentrata su come li esprimesse, ovvero che parole usava, quante informazioni sollecitava in ogni capitolo, i titoli stessi dei capitoli.

Un capitolo che mi ha colpito particolarmente, rispetto ad altri, è stato il quarto; il titolo riportato è "Incomincio il trattamento psicoanalitico e trovo una Mamma". Ne sono rimasta colpita perché dal titolo del suddetto capitolo credevo che avrebbe raccontato del trattamento, di come si svolgessero le sedute con la Mamma, invece è come se avesse fatto un salto nel tempo, iniziando col dire che i primi due anni di terapia sono stati difficili per lei per poi continuare spiegando del suo mondo della follia. In un certo senso mi aspettavo io stessa che raccontasse dal suo punto di vista cosa avvenisse nelle sedute e di come, secondo lei, si sentisse trattata di fronte a qualcuno che non è una persona di famiglia ma un curante. Dopo averci ragionato sopra, averlo riletto nuovamente ho pensato che, essendo io una persona in formazione, ovvero una futura professionista della salute, la mia aspettativa si era probabilmente costruita sul fatto che avrei voluto sapere come il paziente vede le azioni del processo di cura.

Sono state queste, ovvero le sue emozioni e modalità di spiegarsi, in realtà le informazioni che mi hanno permesso di entrare nel suo mondo e comprendere il suo vissuto, ma ad un primo colpo mi sono concentrata su eventi che sostanzialmente sono marginali al suo vissuto, in quanto sono il contorno dell'esperienza di malattia della ragazza, illudendomi che sapendo cosa facesse durante le giornate di scuola piuttosto che al lavoro avrei capito ciò che viveva. Nel racconto di Renée, la sua modalità di esposizione delle sue esperienze dell'irrealtà, mi ha permesso di riuscire quasi a

percepire i suoi stati emozionali legati ad alcune delle situazioni di irrealtà da lei esposte (come l'angoscia data dai visi irriconoscibili delle persone, o quella data dagli oggetti "viventi" attorno a lei), anche perché ho cercato di immaginare per quanto mi fosse possibile l'attimo.

Soffermarmi sulle emozioni riferite da Renée, in un certo senso è stato difficoltoso, non perché non fosse comprensibile la sua comunicazione nel testo, ma piuttosto perché creandomi delle immagini mentali di ciò che esprimeva, in alcuni momenti le mie emozioni entravano in contrasto con le sue.

Un esempio è presente nella seconda sezione del testo di Renée; quando lei riferisce dei momenti in cui l'irrealtà non la circondava, afferma di non dimenticarla ma che semplicemente non ci pensa. In questo le mie emozioni sono entrate in contrasto con le sue, che in quel frangente sembrano emozioni positive (non dimentica ma non ci pensa), perché nel mio piccolo non riuscivo a comprendere come potesse non pensarci perché personalmente avrei sentito un'ansia irrefrenabile all'idea di non sapere in che momento tutto sarebbe potuto ricominciare da capo. Questo esempio è stata un'impressione molto personale assolutamente non comparabile con l'esperienza reale di Renée, anche perché osservato dal mio punto di vista, di una persona non schizofrenica, e quindi il mio pensiero può essere semplicemente stato indotto dal mio modo di essere.

Personalmente ho una propensione ad apprezzare maggiormente la parola scritta piuttosto che le riproposizioni cinematografiche, indipendentemente dall'argomento, ma ho sempre preferito poter creare l'immagine di ciò che leggo piuttosto che accettare a priori quella che mi viene posta da un regista. In questo caso non vi è stata eccezione, soprattutto perché la vera Renée, la sua vera esperienza di malattia, il suo vissuto era nelle sue parole, perché personali.

Il racconto soggettivo di Renée mi ha permesso di comprendere la sua realtà, o meglio irrealtà, nel dettaglio, attraverso le sue parole e sensazioni dei vari momenti. Il contenuto della sua esperienza soggettiva mi è arrivato in maniera più forte e diretta rispetto al film, mostrandomi a parole il suo mondo della Luce che nella lettura prendeva forma nella mia mente.

La versione cinematografica della storia mi ha lasciato parzialmente perplessa, forse proprio per questo l'ho visionato solamente due volte.

Da futura professionista, ho apprezzato poter vedere la curante ed essere messa al corrente delle idee che creava per fondare un contatto stabile tra lei e Renée. In un certo senso però, dopo la lettura del testo, mi aspettavo (e speravo) che il film mostrasse il vero vissuto della ragazza la sua irrealtà (ad esempio immagini ricreate dal suo racconto del mondo irreali attorno a lei), che in questa versione invece viene solamente citata a parole, senza mostrare quanto angosciante il suo mondo irreali possa essere che invece emerge fortemente nel racconto soggettivo di Renée.

Questa versione, invece, mi ha mostrato come poteva essere vedere la ragazza muoversi nel mondo con la sua malattia, ma da un'ottica esterna, assente del suo personale vivere quel mondo. Ad esempio in alcune scene si vede Renée-Anna che vaga per la città o per il giardino, osservandole non mi era dato sapere cosa stesse pensando, immaginando o vedendo la ragazza stessa. Nonostante il fatto che avevo letto prima il libro, ed ero quindi a conoscenza dell'irrealtà di Renée, mi sono sentita dispersa nelle immagini che si susseguivano, potevo immaginare qualsiasi cosa di quei momenti (che si fosse persa, che non capisse dove si trovava, che non riconosceva i



luoghi,...), ma non mi veniva data una guida completa per comprendere il perché di determinati avvenimenti o comportamenti..

In generale tutto il film mi ha mantenuta in uno stato quasi di soggezione, non tanto per ciò che mostrava ma per come lo mostrava, tenendo in considerazione il fatto che è stato girato nel 1968. Essendo quindi un film abbastanza datato, le immagini sono dai colori spenti, i suoni e le voci hanno un lieve eco, di sottofondo è sempre presente il fruscio dei microfoni e le singole scene sono tendenzialmente molto lunghe (molte delle quali non erano dialogali e quindi lasciavano l'attenzione su tutte le altre particolarità). Proprio per queste caratteristiche percepivo quello strano stato di soggezione, soprattutto per le scene molto lunghe e silenziose che mostravano Renée che si guardava attorno, o che passeggiava, perché non mi dava spiegazioni nel momento ma mi lasciava sola nell'osservazione e con la presenza di suoni gracchianti ed echi, come se da un momento all'altro mi dovessi aspettare avvenimenti pericolosi o semplicemente inaspettati. Ripeto, queste percezioni non sarebbero state presenti probabilmente in un film più recente, in quanto dovute proprio alle particolarità del film originale.

Nel confrontarmi con l'esperienza di malattia di Renée, in entrambe le versioni, mi sono rivista, da persona in formazione, nelle difficoltà che avrei potuto incontrare nel relazionarmi con lei. Ovvero mi sono interrogata, man mano che andavo a conoscere il suo vissuto, su come avrei potuto io, studentessa in cure infermieristiche, interagire con la ragazza nel pieno della sua criticità. Mi sono posta questi interrogativi soprattutto perché a livello personale il suo racconto mi ha trasmesso un senso di angoscia e di soggezione colpendomi quindi in maniera molto forte, a tratti facendomi sentire impotente. Inoltre la sua malattia le mostrava le persone distorte, anch'esse angosciati ed irreali (anche la Mamma, cioè il curante), che rendeva difficoltoso il contatto anche da parte della sua terapeuta. Attraverso l'analisi ho compreso che le difficoltà non sono presenti solo nella persona in formazione come me, che si sente inesperta perché ancora in crescita. Nella versione cinematografica, ad esempio, si vede la Mamma, ovvero la terapeuta, che prova svariate strade e metodi (che paiono anche improvvisati a dipendenza del momento) per creare un ponte comunicativo con Renée, e riuscendo a mano a mano con più strategie ad aggirare la malattia per parlare con la ragazza.

## Discussione

Attraverso il racconto di Renée, il suo vissuto espresso, potendo usufruire di questo accesso privilegiato alla sua esperienza di malattia, ho potuto comprendere maggiormente la patologia schizofrenica, rispetto alle sole informazioni teoriche relative ad essa che sono molto generiche, e che non sono quindi in grado di aiutarmi a capire come si ponga la malattia in un caso specifico.

Tra le due versioni dell'esperienza di Renée, ovvero la sua autobiografia e la versione cinematografica ho appurato nel corso dell'analisi delle differenze.

Da un lato la versione cinematografica risulta complementare al racconto della ragazza, il quale è più incentrato su come si presenta la malattia e di come lei interagisca con essa e con il mondo. Il film per contro è più incentrato sulla terapeuta e sulle sue modalità e strategie per relazionarsi con Renée-Anna, mostrando la difficoltà di trovare un punto di incontro tra due orizzonti diversi: la terapeuta nella realtà e la ragazza nella sua irrealtà.

Le due versioni possono quindi, insieme, dare un quadro generale sulle vicende vissute dalla ragazza e del suo trattamento terapeutico. Una si sofferma maggiormente sull'esperienza soggettiva di Renée della malattia, sul reale vissuto, mentre la seconda si concentra sul processo terapeutico e relazionale con una persona schizofrenica.

Prese invece singolarmente mostrano due realtà differenti, quella della paziente e quella della terapeuta. In questo modo appoggiandosi esclusivamente ad una sola versione del racconto si ottengono meno informazioni dell'esperienza vissuta dalle due donne. Infatti nel racconto di Renée la terapia è importante in quanto le permette di ritrovare degli attimi di pace, però rimane marginale nel suo testo favorendo più spazio per la patologia.

Tenendo presente il fatto che la storia della ragazza è stata scritta dal momento che lei ha potuto trovare un equilibrio nel mondo, gli avvenimenti sono spiegati con molta chiarezza e, chiaramente, molta emotività nel riesumare momenti difficili della sua vita con la malattia. Non vi è quindi, oltre alle parole che costruiscono i ricordi di tali avvenimenti, un'espressione della Renée nella criticità della patologia. In questo, la versione cinematografica, compensa la mancanza del poter osservare il vissuto della ragazza nei momenti di criticità della sua malattia, dove ancora era assente il suo poter stare in equilibrio nel mondo, aiutando lo spettatore a comprendere le difficoltà relazionali di cui Renée parla e che cerca di far comprendere.

Nel testo scritto da Renée, non solo vi è la soggettività, ovvero il suo sguardo dall'interno della sua specifica esperienza, che aiuta a comprendere il suo vissuto in quanto visto da lei stessa, come citato da Bruzzone (2014) nell'ottica della fenomenologia, ma la modalità del racconto, la qualità della sua scrittura fornisce supplementi per comprendere la sua esperienza vissuta. Ad esempio nel parlare dei sintomi causati dalla schizofrenia, vi sono delle mutazioni nel testo che seguono anche il decorso della patologia. Ovvero dove si presenta un peggioramento della stessa, le parole di Renée diventano più dure e più cruente, non seguita semplicemente a parlare d'irrealtà, ma la definisce sotto ogni dettaglio e quindi anche seguendo la sua variazione ed intensificazione; se in principio espone avvenimenti della sua quotidianità ai quali si introduce l'interferenza della schizofrenia, nel corso del racconto Renée dona sempre più spazio e più parole al Sistema, alla patologia ed al suo modo di presentarsi, diminuendo lo spazio per eventi esterni ad esso.

Rispondendo alle domande che mi sono poste riguardo Renée nell'analisi, attraverso l'osservazione della sua storia tramite la medicina narrativa, mi è stato possibile comprendere la sua esperienza di malattia nella sua totalità, sotto diversi aspetti. Rispondendo ai quesiti ho potuto estrapolare il suo vissuto, aiutandomi a comprendere la complessità che comporta la patologia schizofrenica nella sua vita di tutti i giorni.

Da quanto emerso nel quadro teorico, la malattia è singolare per ogni caso, e si presenta con svariati tipi di sintomi come visto tramite le informazioni di Fischer e Buchanan (2015). Rispetto alle nozioni teoriche, quelle estrapolate dai testi consultati nella costruzione del quadro teorico, in cui non vengono esplicitate le modalità di presentazione di tale sintomatologia, il testo di Renée ha permesso di osservare come questi sintomi "prendessero forma", come erano strutturati e presenti nella vita della ragazza. Quindi se la teoria mi spiega che il paziente schizofrenico è vittima di una dissociazione mentale (Fassino et al., 2007), il racconto mi ha permesso di capire come ciò realmente avvenisse in Renée attraverso la sua malattia e come essa, almeno nel suo caso, potesse diventare invalidante nel vivere una realtà quotidiana. Questo è osservabile in entrambe le versioni della storia di Renée nella sua comunicazione con l'esterno; la sua modalità comunicativa è interferita dalla malattia, dal Sistema, non permettendo quindi ai soggetti esterni di comprendere il perché di certe parole o frasi espresse e di comunicare esclusivamente con Renée (ben espresso nella versione cinematografica), al contempo la ragazza sottolinea come l'interferenza della patologia la metta in difficoltà nel relazionarsi con l'esterno (l'immagine della compagna di scuola che "sembra un leone", la comunicazione interrotta a causa delle immagini angoscianti al momento che prova a chiedere spiegazioni ad un assistente).

All'interno del testo e della versione cinematografica si parla di guarigione; a questo proposito si può riprendere il concetto di salute di Boyd (2000) esposto precedentemente nel quadro teorico, che spiega come salute non sia assenza di malattia ma benessere. Infatti Renée, alla fine del suo percorso, rimane ugualmente una ragazza affetta da schizofrenia in quanto la *disease* è sempre presente, ma trova il suo equilibrio per stare bene nel mondo e con sé stessa, rispetto al concetto di *illness* presente nelle parti precedenti della sua storia.

Attraverso questo lavoro di ricerca ho potuto apprendere come la medicina narrativa, ed i paradigmi affini, possano dare strumenti per ampliare la comprensione del paziente in una persona in formazione come me; questo è stato possibile attraverso l'analisi esemplare, ovvero l'analisi di un caso tipico e rappresentativo di schizofrenia, della storia di Renée.

L'approccio nosografico permette di comprendere la visione generale della patologia schizofrenica come disturbo psicotico che altera la relazione ed il comportamento della persona con il mondo esterno come visto tramite le nozioni del National collaborating centre for mental health (2003)

Le nozioni della medicina narrativa hanno reso possibile comprendere il vissuto della persona, in questo caso specifico di Renée nell'esperienza della malattia schizofrenica nella sua globalità. Questo è stato possibile in quanto essa ed i paradigmi affini presi in considerazione, sono rivolti all'accoglienza della storia del paziente sottolineando l'importanza della sua soggettività, portando l'attenzione sulle parole, andando oltre alla semplice cartella clinica. Si rivolgono non solo alla malattia, ma al paziente nel suo mondo, in relazione a ciò che lo circonda e a come esso si relazioni con tutto ciò. L'approccio verso la persona non cambia a dipendenza della patologia che la affligge,

ma si concentra sull'unicità del soggetto e della sua esperienza vissuta con essa e con il mondo.

Rispondendo quindi alla mia domanda di ricerca si può affermare che attraverso gli strumenti che la medicina narrativa mette a disposizione è possibile andare oltre alla semplice diagnosi di malattia, e comprendere la persona nell'esperienza di malattia e la sua visione di essa, il suo vissuto, le emozioni, positive o negative, che emergono da essa.

In una persona in formazione come me, che nel corso degli studi tende a concentrarsi maggiormente su cosa sia una determinata patologia e come essa si presenti, la considerazione dell'approccio narrativo mi aiuta a comprendere che essendo solo a conoscenza di queste informazioni teoriche non sono in grado di riconoscere come la persona viva la malattia e di cosa comporti per lei nella sua specificità. La medicina narrativa mi aiuta ad ampliare la mia comprensione del paziente spostando la mia attenzione dalla sua patologia al suo vissuto soggettivo e singolare. Riprendendo Gadamer citato in Zannini (2008), io nei panni dell'ascoltatrice della storia non posso escludere le mie precomprensioni, che da persona in formazione sono soprattutto rivolte a ciò che ho appreso negli studi, rimango sempre cosciente delle nozioni già conosciute sulla patologia e delle mie esperienze precedenti con essa. Ma il mio orizzonte di comprensione viene ampliato dal potenziale della medicina narrativa, rendendomi attenta, come futura professionista della salute, sulla soggettività e singolarità di ogni caso che si può presentare ai miei occhi.

La medicina narrativa e l'approccio teorico hanno quindi potenzialità differenti; la nosografia mi dona le informazioni atte a comprendere cosa è la malattia e come intacca il paziente, la medicina narrativa mi dona gli strumenti per comprendere come è vissuta soggettivamente la malattia e tutto ciò che essa comporta, come visto precedentemente con Virzi et al. (2011).

Insieme mi permettono di poter accogliere il paziente ed il suo vissuto attraverso uno sguardo globale, non solo nella sua *disease* o nella sua *illness*, donandomi come futura professionista della salute un valore aggiunto nella relazione di cura.

Non solo la frequentazione del testo "Diario di una schizofrenica" mi ha permesso di comprendere il vissuto di Renée in relazione alla sua patologia psichiatrica, ma mi ha permesso di imparare molto di più rispetto alla sofferenza psichica.

Attraverso questa esperienza di malattia, ho potuto comprendere che la sofferenza psichica, parlandone in generale e quindi non specificamente del caso di Renée, è uno stato patologico complesso. Non ci si scontra con la sofferenza psichica solamente nell'alienazione della realtà, ma nella quotidianità, nella vita di tutti i giorni, nei gesti che possono sembrare i più semplici. Ho imparato e compreso come la sofferenza psichica non colpisca solo una parte della persona, ad esempio un arto, ma la sua globalità nello stare al mondo; non viene infatti invalidata su un fattore specifico ma è presente in ogni atto, in ogni pensiero, costringe la persona alla sua presenza.

La sofferenza psichica è complessa e onnipresente nella vita delle persone, non da ultimo è difficile comprendere dall'esterno la sua impetuosità, comprendere come possa invalidare una persona, perché non è tangibile per gli esterni, ma reale per la persona. Allo stesso tempo mi è stato possibile capire che anche per la persona, rinchiusa nella sua sofferenza psichica, è difficile far comprendere il proprio vissuto, le proprie difficoltà a coloro che la circondano, proprio perché lo stato di sofferenza la imprigiona e non può mostrare cosa realmente si riproduca nella sua mente.

Da persona in formazione comprendere questo è stato molto importante, al fine di evitare il rischio di sottovalutare l'importanza che questo tipo di sofferenza ricopre nella

vita di una persona, non potendo osservare dalla prospettiva esterna il problema così nel dettaglio e nel caso in cui una persona non riesca a esporre cosa realmente sta vivendo, perché questo non significa che non vi sia una reale sofferenza dietro ad un silenzio o poche informazioni.

Oltre a questo importante insegnamento, la frequentazione testo dell'esperienza di malattia di Renée, mi ha permesso di comprendere che il vissuto di malattia non è generalizzabile ma è contraddistinto fortemente dalla singolarità, singolarità di cui viene sottolineata l'importanza dalle medical humanities (Zannini, 2008).

La singolarità del vissuto di malattia non è intesa solamente per le patologie di carattere psichiatrico ma anche per quelle somatiche. L'esperienza di malattia è sempre singolare perché vissuta da soggetti che sono sempre diversi, con abitudini, realtà e vite differenti. Per quanto una stessa patologia possa presentarsi in più persone, non avrà lo stesso impatto su tutte. La stessa singolarità del soggetto, il suo modo di essere, porterà ad un determinato modo di interagire con la malattia, di qualunque carattere essa sia, e con il proprio stile di vita.

È necessario sottolineare che, confrontarsi con la malattia psichica, permette in maniera particolarmente evidente l'osservazione della singolarità del vissuto della *illness*. Questo perché l'esperienza della malattia psichica si mostra specifica e diversa per ogni persona che ne soffre, non è generalizzabile perché singolare per ogni caso. La *illness* che deriva da essa viene vissuta in maniera diversa in ogni persona, a seconda della tipologia del disturbo, di come esso si presenti ed interagisca nella vita della persona.

Per questi motivi permette, rispetto a narrazioni di esperienze di malattia di carattere somatico (ad esempio di dolore corporeo), di osservare in modo più nitido la singolarità del vissuto.

Proprio per questo, il confronto con la malattia psichica anche attraverso la frequentazione di un testo come quello preso in esame, diventa quindi una via privilegiata di formazione dell'attenzione verso la singolarità della persona. Soprattutto in una persona in formazione come me è di particolare importanza, in quanto come futura curante, l'attenzione nel lavoro con il paziente deve essere posta alla singolarità della sua esperienza di malattia. Il rapporto di cura si svolge con il paziente, con la persona, non solo con la sua malattia; porre l'attenzione alla sua singolarità significa quindi prendere a carico la persona *con* la sua malattia, la sua situazione specifica.

## Conclusioni

La conoscenza di questo testo, affiancato alla versione cinematografica, mi ha permesso di approfondire, nel caso specifico di Renée, la realtà schizofrenica; cosa che nei miei incontri precedenti con tale patologia non è stata possibile, in quanto non ho avuto l'opportunità di avere così tante informazioni soggettive sul vissuto della schizofrenia.

La ricerca delle informazioni, tramite l'uso delle banche dati, dei libri e degli articoli, mi ha permesso di approfondire gli argomenti trattati in questo lavoro di tesi e di comprenderne a fondo l'importanza, nella costruzione del quadro teorico, e la complessità che circonda la persona schizofrenica.

La comprensione di questi concetti ha reso possibile integrarli nell'analisi della storia di Renée, nell'analisi della sua esperienza di malattia. Usufruento delle nozioni di medicina narrativa, mi è stato possibile portare alla luce il suo vissuto nella quotidianità e nel mondo della schizofrenia, e quindi di comprenderne la soggettività nella sua esperienza di malattia.

Questo lavoro di tesi mi ha permesso in un certo senso di conoscere Renée, oltre alla sua malattia, e di sicuro la sua storia mi rimarrà sempre impressa, anche perché attraverso questo lavoro ho potuto comprenderla e scoprirla.

La difficoltà maggiore che ho riscontrato nella stesura di questo lavoro di tesi è stata quella di dover limitare l'analisi solamente ad alcune parti della storia di Renée in quanto tutto il suo racconto, per come ho potuto constatare dalla mia persona, è ricco di informazioni e nozioni che aiutano a comprendere meglio la sua esperienza. Selezionare i passaggi mi ha messa in difficoltà perché li ho ritenuti tutti importanti ai fini della conoscenza dell'esperienza di malattia di Renée, e sceglierne uno piuttosto che un altro era letteralmente come dover decidere di scegliere un momento della sua vita a discapito di altri.

Come possibile sviluppo di questo lavoro di ricerca, potrebbe essere interessante, riproporre l'approccio della medicina narrativa, invece che nell'analisi di un testo scritto (e in questo caso anche della versione cinematografica), all'interno di un confronto diretto con una persona affetta da schizofrenia, in maniera dialogale, attraverso degli incontri o delle interviste, o anche tramite un'esperienza lavorativa di stage in ambito psichiatrico. Credo che permetterebbe, l'incontro tra le due persone, di spaziare ancor più maggiormente nella conoscenza dell'esperienza di malattia, proprio perché nell'incontro diretto l'esperienza riportata non è già definita (ovvero nel testo scritto le informazioni sono quelle riportate e null'altro). Un'altra alternativa interessante sarebbe quella di mettere invece a confronto più storie di schizofrenia, per valutarne le differenze che ne emergono da un caso all'altro. Oltre a ciò può essere interessante uscire dall'ambito psichiatrico e riproporre l'approccio narrativo analizzando situazioni di malattia di altro genere (ad esempio di dolore fisico).

# Bibliografia

## Articoli

- Blankenburg, Wolfgang M. 1983. La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica. *Nervenarzt*. 54:144. Marburg.
- Blankenburg, W. 2005. Prospettività e delirio. *Comprendre*. 15: 7-32.
- Borgna, E. 2006-2007-2008. Fenomenologia e psichiatria in Arnaldo Ballerini. *Comprendre*. 16-17-18: 9-14. Lierna.
- Boyd, Kenneth M. 2000. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Med Ethics: Medical Humanities*. 26: 9-17. Edinburgh University Medical School and The Institute of Medical Ethics.
- Bruzzone, Daniele. 2014. Il “fattore umano” e l’approccio fenomenologico nella formazione al lavoro di cura. *Encyclopaideia*. 39: 9-20. Università Cattolica del Sacro Cuore. Milano.
- Cappellari, Ludovico. 2014. Lo scacco schizofrenico. *Comprendre*. 24: 23-37.
- D’Ippolito, B. M. 2002. La metafora come indice esistenziale in L. Binswanger. *Comprendre*. 12: 67-79.
- Fischer, Bernard A., Robert W., Buchanan. 2015. Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. February 24. Topic 6962. Version 19.0.  
[http://www.uptodate.com./contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search\\_result&search=schizofrenia&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com./contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=schizofrenia&selectedTitle=1~150)
- Fusilli, A., M. Rossi Monti. 2009. Repulsion. Ovvero della metamorfosi del patico e del pratico nel mondo di Carol Ledoux. Una riflessione analitico-fenomenologica su un film di Roman Polanski. *Comprendre*. 19: 171-184.
- Marcadelli, S. G. di Taranto. 2011. Narrative based medicine e medicina di genere. *Medicina Narrativa*. 1: 77-86.
- Muscatello, C. F., F. Boaron, A. Mosca, P. Scudellari. 2003. L’ora del vero sentire. Dalla perdita dell’evidenza naturale alla rivelazione delirante. *Comprendre*. 13: 121-133.
- Peloso, Paolo Francesco. 2014. Sulla soglia della schizofrenia. Esplorazioni nel campo delle psicosi subapofaniche. *Comprendre*. 24: 182-202.

- Romera, Luis. 1998. Questione dell'essere, problematicità dell'esistenza e religione. *Acta Philosophica*. 7: 267-297.
- Vetrugno, Laerte, Gilberto Di Petta, Alessandra Ambrosini, Giovanni Stanghellini. 2014. Fenomenologia del patico e gruppoanalisi dell'esserci. *Comprendre*. 24: 252-270.
- Virzì, A., O. Bianchini, S. Dipasquale, M. Genovese, G. Previti, M. S. Signorelli. 2011. Medicina Narrativa: cos'è?. *Medicina Narrativa*. 1: 9-13. Azienda Ospedaliero-Universitaria. Policlinico-Vittorio Emanuele P.O. Gaspare Rodolico. U.O.P.I. Psichiatria, Università di Catania.
- Von Engelhardt, D. 2012. *Spiegare e comprendere in medicina e psichiatria*. *Comprendre*. 22: 70-85.

### **Letteratura grigia**

- Bolzani, Lorenza. 2014. *Le psicosi*. Corso Supsi DSAN-DEASS. Modulo: Percorsi ad alta intensità e breve durata 4.

### **Libri**

- Blankenburg, Wolfgang. 1998. *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Di Petta, Gilberto. 2015. *Leila: Delirio e destino. Fenomenologia di un incontro*. Roma. Edizioni Universitarie Romane.
- Fassino, Secondo, Giovanni Abbate Daga, Paolo Leombruni. 2007. *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Pag. 217 – 247. Torino. Centro scientifico editore.
- Kleinman, Arthur. 1988. *Illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. United States of America. Basic Books.
- Masini, Vincenzo. 2005. *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Milano. Franco Angeli s.r.l.
- National collaborating centre for mental health. 2003. *La schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica*. Roman. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Pancheri, Paolo. 2007. *La schizofrenia*. Milano. Elsevier Masson S.r.l.
- Sechehayé, Marguerite A. 2006. *Diario di una schizofrenica*. Traduzione di Cecilia Bellingardi. Milano. Giunti Editore S.p.A.



- Zannini, Lucia. 2008. *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano. Raffaello Cortina Editore.

### **Materiale audiovisivo**

- Risi, Nelo, Fabio, Carpi. 1968. *Diario di una schizofrenica*. Regia di Nelo Risi. Italia.  
Visualizzato in formato digitale sulla piattaforma:  
<https://www.youtube.com/watch?v=1JEedg5oDxw>. Ultima data di accesso 11.12.2015

### **Sitografia**

- World Health Organization. 2015.  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/#](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/#). Ultima data di accesso 07.11.2015.

# Allegati

## Allegato 1

### Tabella della sezione 1

Queste tabelle sono state create come uno strumento per analizzare la storia scritta di Renée e per la versione cinematografica di Nelo Risi. Le tabelle sono state costruite, come anticipato nella metodologia, seguendo l'articolo *Narrative based medicine e medicina di genere* di Marcadelli (2011).

Orientamento della storia	Esponde i primi ricordi della realtà distorta sottolineando l'angoscia causata da essi, quindi si concentra sul suo vissuto di quell'esperienza.
Ordine cronologico	Episodio del passato, uno dei primi episodi di cui Renée ha memoria del disturbo della realtà. Anche se non specifica in quali momenti avvengono i primi sintomi e le difficoltà familiari e soprattutto se i sentimenti d'irrealtà precedono o meno l'evento familiare.
Contenuti/protagonisti	Sé stessa in relazione all'irrealtà per poi repentinamente concentrarsi sui genitori.
Contenuti/emozioni	Angoscia, dubbi, le emozioni di Renée sono rivolte allo sconvolgimento che l'evento causa nella sua vita e al suo desiderio di riavere tutto a posto come prima. Sottolinea che queste emozioni erano solamente all'inizio in quanto quei sentimenti d'irrealtà si sarebbero riproposti sempre nel futuro.
Contenuti/eventi	Focalizzata sui primi ricordi dell'irrealtà (specificando gli avvenimenti: la luce, lo spazio, il liscio) avvenuti in una situazione specifica per poi solo infine cambiare nettamente argomento rivolgendosi al rapporto difficoltoso dei suoi genitori.
Analisi del processo informativo	Renée espone questi avvenimenti sottolineando le sue emozioni e sensazioni negative. Racconta gli accaduti in maniera frenetica, dal primo sentimento d'irrealtà racconta tutti gli altri senza freni come fossero una cascata di informazioni, cerca di far capire al lettore la visione del mondo che lei ha in quel momento spiegando come fossero fatte le cose (era come se...era diventata...)

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica. Capitolo 1: Apparizione dei primi sentimenti d'irrealtà. Pag. 9 – 10)

## Tabella della sezione 2

Orientamento della storia	In questa sezione del racconto il tutto è incentrato sulle modalità in cui si presenta a lei l'irrealtà data dalla schizofrenia, spiega minuziosamente ciò che vede e che percepisce.
Ordine cronologico	Episodi del passato, anche in questo caso Renée non specifica quanto tempo distanzia gli avvenimenti (la ricreazione, il sogno, gli altri momenti in cui percepisce le sensazioni d'irrealtà). L'indicazione cronologica riguardo alle crisi, come da lei definite, sono identificate solamente con l'aumento della frequenza nel corso del tempo.
Contenuti/protagonisti	Tutta questa sezione di racconto è incentrata su Renée stessa nel suo rapporto con il mondo esterno (le compagne di scuola, il cortile,...), soffermandosi però su ciò che lei percepisce in questi atti.
Contenuti/emozioni	In questa sezione viene sottolineata la paura di Renée nel vedere la realtà distorta (la paura delle cose e persone che ingigantiscono a cui lei fa riferimento rispetto al sogno ricorrente dell'ago), come anche la sua ricerca del perché le cose che vede siano fatte in un determinato modo (correla gli avvenimenti al sogno e chiede alle persone perché tutto sia così strano, cercando rassicurazione che si trasforma invece in angoscia).
Contenuti/eventi	Gli eventi espressi sono molteplici, e rivolti verso le crisi d'irrealtà, si focalizza sulle situazioni e luoghi in cui si presentano i sintomi. Al tempo stesso spiega come l'evoluzione degli eventi interferissero con il sentimento d'irrealtà attutendolo (nell'ora della benedizione il modo e lo spostarsi nell'ambiente, lo svolgere un atto abituale).
Analisi del processo informativo	Cascata di informazioni a partire dalla crisi d'irrealtà a ricreazione, a partire da quell'evento esprime tutto ciò che ha correlato da quel punto in particolare, il racconto è frenetico, nel raccontare gli eventi appare più obiettiva che emotiva raccontando nel dettaglio ciò che vedeva

	e percepiva correlandolo al pensiero, questo non significa che non siano presenti emozioni anzi, le racconta spiegandone la sua sensazione nei vari momenti. Nel raccontare sottolinea come questi eventi siano stati particolarmente intensi (sfinita e stanca dalla fatica).
--	--

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica. Capitolo 1: Apparizione dei primi sentimenti d'irrealità. Pag. 10 – 13)

### Tabella della sezione 3

Orientamento della storia	Il tutto è incentrato sul mondo della follia che Renée vive con la sua malattia, nonostante l'introduca parlando dei primi due anni di terapia nel testo fa relativamente pochi riferimenti alle sedute terapeutiche ed allo svolgimento generale della terapia stessa. S'incentra sullo spiegare come lei identifica lo stato di follia.
Ordine cronologico	Questa sezione si concentra sul periodo di terapia con la Mamma (i primi due anni), anche se nella sezione non esplicita il decorso terapeutico ma piuttosto la sua relazione tra la malattia e la sensazione di sicurezza che le viene data dalla terapeuta.
Contenuti/protagonisti	La terapeuta di Renée, o la Mamma come lei la identifica nel corso della terapia, oltre alla stessa Renée. Emerge anche in questo frangente il suo concetto di malattia, la sua concezione della follia, anche se presente ( <i>disease</i> ) lei afferma di non considerarsi malata.
Contenuti/emozioni	Bisogno di sicurezza, esalta la paura istigata dalla Luce e dall'irrealità, la solitudine in cui si sente immersa. Al contempo si sofferma sulle sensazioni piacevoli date dal contatto umano con la terapeuta.
Contenuti/eventi	Emerge il confronto di Renée con la malattia, con la follia, è la prima occasione in cui parla di patologia anche se non la attribuisce alla sua situazione (Renée riferisce di non sentirsi malata, la sua idea di follia era diversa da come l'ha sempre immaginata). Identifica cosa è nella sua vita la follia, e di cosa esprime nelle sedute terapeutiche attraverso il disegno.

	Racconta della differenza nel rapporto con l'irrealtà nei momenti terapeutici, di come le parole e gli atteggiamenti della Mamma siano diventati un rifugio sicuro dall'irrealtà.
Analisi del processo informativo	Nell'esposizione di questa parte della sua storia il racconto è particolarmente ricco di emozioni (sia positive che negative a dipendenza dell'argomento che tratta). Emerge in particolar modo il suo desiderio di esporre la sua spiegazione della follia, e di come essa differisca dalla sua idea iniziale della stessa.

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica. Capitolo 4: Incomincio il trattamento psicoanalitico e trovo una Mamma. Pag. 29 – 31)

#### Tabella della sezione 4

Orientamento della storia	Renée parla del suo vissuto nell'aggravarsi della sintomatologia psicotica sia nei momenti in cui è da sola sia nei momenti in cui è per strada e osserva il resto della gente. Spiega i meccanismi di difesa che tenta di mettere in atto per sfuggire al Sistema che sono purtroppo vani (nascondere la testa fra le braccia, chiudere gli occhi)
Ordine cronologico	Non specifica in quale periodo questo aggravamento si situò, e tanto meno spiega quanto esso sia durato, il riferimento temporale che fa è presente nel momento in cui scrive che è da "qualche tempo" che si sente derisa dagli oggetti.
Contenuti/protagonisti	In questa sezione sono le cose, gli oggetti ad essere i protagonisti; Renée si sente presa in giro da essi in quanto "esistono" sono lì che si prendono gioco di lei. È quindi la sintomatologia che la opprime ad essere la protagonista. La Mamma viene citata come il suo rifugio di tranquillità che purtroppo dura poco tempo ma che comunque la rasserena al pensiero di avere una persona a cui rivolgersi in caso di bisogno.
Contenuti/emozioni	Renée sente un grande stato di incoerenza: questa incoerenza è data dal non sentirsi d'accordo con il Sistema, al contempo il Sistema le dà ordini che non condivide facendola sentire in colpa sia obbedendo (verso sé stessa) sia

	disobbedendo (verso il Sistema. Sottolinea l'angoscia legata agli ordini, le sensazioni spiacevoli date dal tentare di sfuggire (chiudendo gli occhi).
Contenuti/eventi	Renée parla di un aggravamento della sintomatologia tale da rendere difficoltoso anche il contatto da parte della terapeuta (l'unica persone che conosce la sua battaglia ma che comunque rimane parzialmente tagliata fuori a causa della malattia incalzante).
Analisi del processo informativo	Questa parte è caratterizzata dallo stato di sofferenza causato dai sintomi, dalla derisione, emerge il suo stato sofferente soprattutto legato ai tentativi di sfuggire alla sintomatologia, che sono purtroppo vani, espone il suo dolore.

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica. Capitolo 6: Il Sistema mi dà degli ordini e le cose cominciano ad esistere. Pag. 39 – 41)

### Tabella della sezione 5

Orientamento della storia	In questa parte Renée sottolinea le sue difficoltà lavorative a causa della patologia, sottolinea il suo stato di sofferenza in quegli attimi e di come il suo benessere si presenti solamente al momento delle sedute terapeutiche.
Ordine cronologico	Parla del suo periodo lavorativo, come segretaria, anche se non ne specifica la durata. Accenna ai momenti di tranquillità delle sedute terapeutiche, a cui in ogni caso non dà una posizione specifica nel corso del tempo.
Contenuti/protagonisti	Il protagonista è il Sistema, tutta la sezione è rivolta a come esso si rivolga a Renée e in che modo lei lo percepisce. Gli altri soggetti della sezione (la Mamma, il datore di lavoro) sono marginali.
Contenuti/emozioni	Renée parla di sentimenti di paura e di difficoltà a causa del Sistema che l'ha assorbita. Sottolinea la sua colpevolezza spiegando il funzionamento del Sistema (io ho punito qualcuno quindi sono colpevole e devo essere punita a mia volta). Emerge una speranza, ovvero un desiderio di cessare gli ordini del Sistema obbedendogli.
Contenuti/eventi	L'evento focale di questa sezione è la risposta di Renée al Sistema in cui

	obbedendo ai suoi ordini si fa del male ustionandosi una mano mentre lavora. A questo evento segue il ricovero in clinica della ragazza (che viene citato alla fine del testo ma di cui non fa approfondimenti in questa sezione), dopo il fatto Renée si apre e racconta della realtà che si presenta ai suoi occhi ma omettendo l'incidente della mano.
Analisi del processo informativo	In questa parte il racconto è esposto con particolare attenzione alle sensazioni negative provocate dal Sistema, emerge la speranza che esso cessi di torturarla. Sottolinea come il Sistema sia particolarmente invalidante per lei, ne parla sotto ogni dettaglio, ne approfondisce lo sviluppo. È un'esposizione particolarmente emotiva.

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica. Capitolo 6: Il Sistema mi dà degli ordini e le cose cominciano ad esistere. Pag. 42 – 43)

## Allegato 2

### Tabella della versione cinematografica

Di seguito vi è la tabella della versione cinematografica del “Diario di una schizofrenica” di Nelo Risi del 1968. Anche in questo caso la tabella è stata costruita, come anticipato nella metodologia, seguendo l'articolo *Narrative based medicine e medicina di genere* di Marcadelli (2011).

Orientamento della storia	L'intera storia è incentrata sulla relazione terapeutica intrapresa con Renée-Anna da parte della terapeuta. L'accento viene posto sulle difficoltà incontrate nel racconto della storia, non vi sono scene discorsive particolarmente lunghe, il più del racconto è posto sulla pura immagine della situazione con poche parole, lasciando il fruitore libero di osservare i dettagli invece che essere completamente guidato dai discorsi.
Ordine cronologico	La storia si sviluppa dal momento del primo ricovero in ospedale di Renée-Anna. Il tutto s'incentra su come dal momento dell'incontro con la terapeuta (Mamma) la paziente procede nella terapia ed inizia a trovare un equilibrio per rapportarsi con il mondo esterno e con le persone, senza però specificare le tempistiche di tutte le situazioni (solo del periodo in cui Renée-Anna va a vivere con

	la terapeuta). Gli avvenimenti del passato vengono solamente citati di tanto in tanto.
Contenuti/protagonisti	Sostanzialmente le protagoniste sono Renée-Anna, la terapeuta e la malattia. Gli altri soggetti sono poco considerati nello svolgimento della storia.
Contenuti/emozioni	Le emozioni sono principalmente quelle espresse dalla terapeuta a seconda delle difficoltà o dei progressi che ottiene con Renée-Anna. Saltuariamente vengono mostrate le emozioni della paziente come la paura, la diffidenza, il senso del piacere,...
Contenuti/eventi	Gli eventi principali sono le sedute terapeutiche in cui vengono mostrate le tecniche o soluzioni attuate per stabilire un contatto e mantenerlo stabile e la fiducia.
Analisi del processo informativo	Emergono nelle parole della terapeuta (soprattutto della voce fuori campo) la sua difficoltà, i suoi dubbi e ragionamenti sullo stato di salute della ragazza. Vengono espresse le emozioni ed i desideri di riuscire nel suo intento, il tutto in maniera affaticata, difficoltosa, per poi diventare sereno solo nei momenti in cui vengono ritrovati contatti o riscontrati risultati positivi.

(*Diario di una schizofrenica*. 1968. Regia di Nelo Risi)



### Allegato 3

#### Strumento tabella

La seguente tabella, sempre basata sull'articolo *Narrative based medicine e medicina di genere* di Marcadelli (2011), è stata costruita ed utilizzata come strumento di riassunto delle tabelle precedenti per evidenziare i punti focali delle sezioni del racconto di Renée e della versione cinematografica, permettendomi di avere una visione globale di tutte le parti prese in analisi in questo lavoro.

	Sezione 1	Sezione 2	Sezione 3
Orientamento nella storia	Primi ricordi, prima esperienza della realtà distorta.	Incentrato su come si presenta l'irrealtà.	Mondo della follia, la sua visione di essa. Poche parole sulla terapia.
Ordine cronologico	Passato. Non vengono specificate le tempistiche (irrealtà e rapporti familiari).	Passato. Non sono specificate le tempistiche. Riferito solo "aumento della frequenza nel tempo" dell'irrealtà.	Primi due anni di terapia, non è definito il tempo che passa con la terapeuta.
Contenuti/protagonisti	Sé stessa nel rapporto con l'irrealtà. Genitori marginali.	Sé stessa nel rapportarsi con l'esterno attraverso l'irrealtà.	Renée e la sua idea di follia e di malattia. La terapeuta/Mamma.
Contenuti/emozioni	Angoscia, dubbi, desiderio di normalità.	Paura, angoscia, cerca risposte e rassicurazione.	Bisogno di sicurezza, paura, solitudine, sensazioni piacevoli.
Contenuti/eventi	Situazione specifica dei primi ricordi: liscio, luce, spazio.	Diversi eventi, luoghi e situazioni ed evoluzione di essi che interferiscono con l'irrealtà.	Prima volta che parla di malattia. Difficoltà nei rapporti, rifugio dalla Mamma, atto del disegno in terapia.
Analisi del processo informativo	Sottolinea emozioni e sensazioni, cascata di informazioni, spiega come sono le cose attorno a lei.	Cascata di informazioni, racconto frenetico, intensità, racconta in maniera obiettiva le situazioni ma non omette le emozioni.	Ricco di emozioni positive e negative del suo vissuto. Emerge il desiderio di spiegare cosa sono per lei malattia e follia.

Sezione 4	Sezione 5	Versione cinematografica
<p>Aggravamento (da sola o in strada). Meccanismi di difesa vani.</p>	<p>Difficoltà lavorative a causa della malattia. Sofferenza. Benessere solo nelle sedute (alla fine).</p>	<p>Relazione terapeutica. Difficoltà della terapeuta col caso di Anna. Poco discorsivo.</p>
<p>Unico riferimento temporale "da qualche tempo".</p>	<p>Periodo lavorativo (non specificata la durata) e terapia.</p>	<p>Dal primo ricovero. Incontro con la terapeuta e procedimento della terapia in cui trova un equilibrio per rapportarsi con il mondo esterno, le tempistiche non sono sempre specificate. Il passato della ragazza viene solamente citato.</p>
<p>Cose/oggetti che "esistono", la sintomatologia che la opprime. La Mamma.</p>	<p>Il Sistema (come si rivolge a Renée e le sue percezioni). La Mamma ed il personale del lavoro sono marginali.</p>	<p>Renée-Anna, la malattia e la terapeuta. Gli altri soggetti sono marginali.</p>
<p>Senso di incoerenza, senso di colpa, angoscia, sensazioni spiacevoli (date dai tentativi di sfuggire).</p>	<p>Paura, difficoltà, senso di colpa, colpevolezza, speranza.</p>	<p>Emozioni della terapeuta sono centrali (nel suo lavorare con la ragazza). Emozioni della ragazza mostrate talvolta (paura, diffidenza, senso del piacere).</p>
<p>Aggravamento della malattia, difficoltà nel rapporto con Mamma.</p>	<p>Risposta di Renée al Sistema. Ricovero (solo citato). Si racconta dopo l'incidente ma omettendolo.</p>	<p>Sedute terapeutiche centrali (tecniche e idee per stabilire un contatto e fiducia e mantenerlo stabile.</p>
<p>Esposizione ricca di sofferenza e di dolore.</p>	<p>Sensazioni negative e speranza, esposizione molto emotiva. Il Sistema è invalidante.</p>	<p>Il tutto spiegato attraverso le difficoltà, i dubbi ed i ragionamenti della terapeuta. Esposizione ricca di emozioni e desideri (affaticata e difficoltosa a seconda dell'andamento della terapia. Evolve serenamente.</p>

(Marguerite A. Sechehaye. 2006. Diario di una schizofrenica.)

## Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare la mia famiglia e il mio compagno che mi hanno supportata in questo lavoro di tesi, hanno sacrificato del tempo per permettermi di lavorare e hanno saputo capire i miei stati d'animo.

Desidero ringraziare gli amici, che mi hanno sostenuta ma che sono anche stati in grado di comprendere l'importanza che questo lavoro ha avuto per me.

Un ringraziamento particolare va a Violetta e Giulia che mi hanno sostenuta ed aiutata con tutte le loro forze, aiuto che ho apprezzato dal profondo del cuore.

Desidero ringraziare la mia direttrice di tesi, Guenda Bernegger, che mi ha guidata nella stesura di questo lavoro e mi ha aiutata a trovare i giusti binari quando nel mezzo della ricerca rischiavo di deragliare.

In sostanza desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno sostenuta, incoraggiata, che mi hanno spinto a dare il massimo.

Grazie.

Di cuore.

A tutti.

Lavoro di tesi approvato in data:.....