

PSICHIATRIA E IDEOLOGIA

L. DEL PISTOIA

I. IL PROBLEMA

Il convegno lucchese italo-tedesco su “Psichiatria e diritti umani” (5 febbraio 2000) riprendeva un tema sempre attuale intessendolo, nel caso specifico, con il doveroso omaggio alla memoria di Guglielmo Lippi-Francesconi che della difesa di codesti diritti è stato un nobile esempio. Direttore, infatti, del Manicomio di Lucca dal 1936 al 1944, pagava con la vita il suo rifiuto di redigere la lista dei ricoverati che la legge razziale allora in vigore destinava alla eliminazione.

Ma la documentazione dei colleghi tedeschi sulla torsione nazista della psichiatria e gli interventi di alcuni colleghi italiani di dichiarata inflessione antipsichiatrica sollevavano di fatto il problema epistemologico della costituzione del sapere psichiatrico e del suo rischio di ideologia; il che apriva il Convegno di Lucca su di una dimensione storico-epistemologica di inedito interesse. Un dilemma si delineava con precisa progressione: se cioè la psichiatria si validi in un suo riferimento di principio ad una ideologia “buona” – nella fattispecie quella socio-psichiatrica – (e, per converso, il suo riferirsi ad una ideologia “cattiva” – nella fattispecie il nazismo – ne determini la squalifica senza appello); oppure se codesta validità risieda in una intrinseca episteme psicopatologica che distingue la psichiatria, ed anzi la oppone a qualsiasi atteggiamento ideologico, buono o cattivo che ne sia il contenuto. Questo il tema emerso a Lucca, del quale è interessante riprendere in successione di chiarezza i motivi che in effetti si sono intrecciati in maniera polifonica.

II. CASI DI VITA E DI STUDIO

Va detto prima di tutto che le ricerche dei colleghi tedeschi su psichiatria e nazismo sono particolarmente meritorie per aver anche dovuto superare l’ostacolo di quella rimozione che ha notoriamente colpito, in Germania, molto di quanto attiene al periodo nazista.

Ciononostante, esse sono riuscite ad appurare dei fatti: in particolare, che da parte dei direttori tedeschi di Cliniche e Manicomi ci fu sostanziale acquiescenza verso le leggi razziali; e che i pochi casi di codesta acquiescenza approdati, dopo la guerra, in un’aula di tribunale, furono liquidati con condanne quasi simboliche e all’insegna di una fretta infastidita. Un comportamento che certo solleva ancora molte perplessità ma che non si può comunque liquidare – e a Lucca nessuno l’ha fatto – con la formula sbrigativa e risaputa: «che i tedeschi si vergognino per quello che hanno fatto». Non si può, sia perché molti, che abbiamo visti e sentiti negli anni impancarsi in quei termini a giudici e moralisti, proiettavano a loro volta l’ombra sinistra del manicomio politico; sia perché il problema è più generale e la psichiatria nazista ne è solo uno dei tanti esempi; ed è il problema del rischio ideologico della psichiatria stessa, che resta da capire attraverso tutte le sue differenti versioni che l’hanno funestata lungo il XX secolo; di cui restano soprattutto da capire gli indizi premonitori, come utile contributo alla prevenzione di una recidiva che rimane, forse, sempre in agguato.

Certo è che il chiarimento dell'impatto nazista sulla psichiatria, la grande cultura tedesca lo deve prima ancora a se stessa che al mondo civile, ancora, comunque, in attesa.

D'altra parte, codeste ricerche su psichiatria e nazismo sono una delle due tracce che hanno portato i colleghi tedeschi a scoprire la figura di Lippi-Francesconi. L'altra traccia, di inedita originalità, è stata una pista musicale tutta da ricordare. Si tratta della ninnananna "L'uccellino" che Giacomo Puccini scrisse per il figlio postumo del suo sfortunato amico dottor Memmo Lippi, morto di tifoide a venticinque anni, tre mesi dopo il matrimonio.

Quel figlio era Guglielmo Lippi-Francesconi, il futuro direttore del Manicomio di Lucca.

E così, da un ascolto radiofonico occasionale, da una vecchia passione per il Belcanto e da una ricerca storica programmata si arriva ad un incontro dei colleghi tedeschi con i Lippi-Francesconi, con Pier Luigi Lippi-Francesconi in particolare, anch'egli psichiatra. Un incontro dagli inizi comprensibilmente non facili per umori e dolori che esso torna a smuovere: ché i Lippi-Francesconi in quell'agosto 1944 persero non solo il padre ma anche un fratellino di 12 anni, ucciso da una pallottola vagante in braccio alla madre; e la madre rimase ferita.

D'altra parte, sui colleghi tedeschi si allungava l'ombra di quei misfatti a loro estranei certo per indole e cronologia, ma compiuti pur sempre da gente della loro lingua e cultura.

È bello comunque poter constatare che, essendosi trovate da una parte e dall'altra persone di buona volontà, esse hanno saputo sciogliere il groppo amaro dei dolori e dei rancori della memoria nella consolazione pacificata dell'amicizia.

Ma se questa è la conclusione bella e recente di quella lontana tragedia, restava da capire cosa essa insegnasse a proposito dell'asservimento ideologico della psichiatria, realtà appurata per quanto concerne il nazismo, dubbio ancora vagante per quel che riguarda altre e più recenti ideologie. Da capire in particolare se codesto asservimento sia stato occasionale, o se sia un rischio intrinseco alla psichiatria stessa. Il Convegno di Lucca diventava così l'occasione per rimeditare, in una prospettiva più distaccata, un problema che in Italia è ancora assai intriso di politica e di ideologia e che si tende per questo a porre in termini di contenuto delle ideologie stesse, per risolverlo con una distinzione elementare fra buoni e cattivi, usabile forse in un comizio politico, incompatibile certo con la riflessione del sapere scientifico. Quello che invece rimane da capire non è se la torsione ideologica della psichiatria avvenga in senso buono o in senso poco buono, ma in che cosa essa consista e se, una volta realizzata, si lasci dietro una psichiatria ancora degna di tal nome, in certi casi addirittura migliorata, o si lasci dietro solo le sue spettrali apparenze.

III. PSICHIATRIA E NAZISMO

Nel caso del Nazismo, codesta torsione non avviene – come ci si sarebbe potuto attendere – attraverso la brutale imposizione di un diktat politico di palese e urtante estraneità all'apparato concettuale e deontologico della psichiatria; ma avviene anzi attraverso l'infiltrazione¹ di questo stesso apparato per inflettere poi, e senza violenza apparente, la pratica che da esso deriva nel senso gradito al regime. Il suo punto d'impatto è l'idea – del resto antica e appartenente tanto alla psicopatologia quanto al comune buonsenso – che fra la follia e l'eredità genetica (la razza, la famiglia) esistano indubbi legami.

Codesta idea che prese, fra l'altro, nell'800 la forma della teoria francese della *dégénérescence* e, nel primo '900, quella di biotipologia e costituzionalismo, è – si sa – tuttora attuale e materia di studio della genetica delle malattie mentali.

Senza qui addentrarci nelle figure che essa disegna della trasmissibilità della follia – fra casualità e ineluttabilità – si può dire che essa "spiega" oggi solo alcuni aspetti delle malattie mentali, e li spiega a titolo di un'ipotesi fra molte altre. Per questo – interessa qui sottolinearlo – nessuno si sognerebbe di attribuirle un *potere omniexplicativo*.

¹ F. GIACANELLI: "Tracce e percorsi del razzismo nella psichiatria italiana della prima metà del Novecento". In: "Nel nome della razza" a cura di A. Burgio, Bologna, 1999.

Il farla invece assurgere a codesto livello omnesplicative è la torsione deformante che le imprime il nazismo ed è il primo passaggio chiave della trasformazione ideologica della psichiatria che esso attua. Tale torsione, benché localizzata all'apparato concettuale della psichiatria, non vi rimane però circoscritta ma, della psichiatria, scuote e sovverte tutto l'impianto: teorico, operativo, deontologico.

È tutto un modo di fare e di ragionare che viene così stravolto: non più, infatti, il risalire dai fatti della clinica alle ipotesi che meglio li spieghino, ma il discendere da una certezza apodittica a *tutti* i fatti clinici che ora possono solo confermarla tautologicamente; non più il metodo induttivo della scienza, ma il metodo deduttivo della scolastica; non più la polimorfa, e per questo tollerante, incertezza delle ipotesi, ma la intollerante e perentoria certezza del dogma.

A questo punto, la clinica non ha più senso; quello che essa di solito cerca, qui lo si sa già: i matti sono degenerati razziali.

E distinguere fra di loro paranoico, depresso e schizofrenico... diventa del tutto superfluo.

L'esercizio della diagnosi si riduce ad un elementare esercizio digitale: si-no. Lo specialista deve solo dire se gli individui portati alla sua osservazione rientrano o non rientrano nella categoria in questione. La diagnosi differenziale – fondamento dell'impresa terapeutica – diviene esercizio del tutto inutile. Così, i pazzi-degenerati seguiranno d'ora in poi il destino della razza perché è la categoria razziale – e non più la categoria clinica – la loro referenza caratterizzante.

Qui si coglie il secondo passaggio-chiave della trasformazione ideologica della psichiatria: *la negazione della specificità della follia*.

Solo attraverso codesta negazione, infatti, è possibile derubricare i matti (a degenerati, a casi socio-politici...) e aprire le porte a quella manipolazione, che la loro persistente appartenenza alla categoria del patologico renderebbe impossibile.

Eliminare dei malati in quanto tali, infatti, sarebbe stato arduo anche per il nazismo: sia per l'enormità del gesto in sé sia – nel caso di malati ariani – per la sua inconciliabilità con l'idea della difesa razziale.

Codesta eliminazione diventa invece possibile, legittima e anzi doverosa quando i malati non appaiono più come tali per effetto della derubricazione sopra ricordata e passano nella categoria dei degenerati che la legge impone di eliminare.

Un ariano ebefrenico grave o idiota profondo cessa di essere ariano e diventa un essere che ha dirazzato. Diventa, più esattamente, un essere che rivela finalmente, attraverso la tara che manifesta, la sua autentica appartenenza razziale e di cui il semblante ariano era solo la ingannevole maschera. Egli è ora qualcosa di equivalente a ebreo, zingaro, negro.

Per questo il sostenere, come a noi pare ovvio, che i nazisti hanno eliminato dei malati mentali non è, a rigore di termini, esatto; ma è piuttosto un nostro errore di giudizio dovuto ad uno sfalsamento di prospettiva. La categoria del patologico mentale per noi infatti ineludibile, per il nazismo non ha più, in quei casi, senso veruno.

Ma c'è qui modo di cogliere per un altro verso il significato di codesta distorsione della psichiatria; di coglierlo, per la precisione, attraverso un confronto con la teoria francese della *dégénérescence* che i riferimenti alla gerarchia delle razze finiscono per evocare e che è del resto ritenuta – a torto a mio avviso – l'antecedente logico e cronologico del razzismo nazista. È infatti il diverso statuto che la *dégénérescence* conferisce all'idea razziale che impedisce questa identificazione.

Due, i punti della differenza.

Da un lato, non esiste, per la *dégénérescence*, razza umana al riparo del rischio degenerativo. Non c'è qui l'idea nazista della razza pura e superiore e che tale si mantiene purché tenuta al riparo degli incroci con le razze inferiori. Per Morel², che della *dégénérescence* è il primo e principale teorico, il rischio degenerativo è equiparato – Morel è cattolico – alla fragilità che Adamo contrasse con la caduta e che ha lasciata in eredità ai suoi discendenti; cioè, a *tutto* il genere umano.

² MOREL B. A.: "Traité des dégénérescences". Paris, 1857.

Analoga convinzione nell'altro grande teorico della *dégénérescence*, Valentin Magnan³, seppure, nel suo caso, in un'ottica totalmente laica.

«Nessuno ha mai visitato il primo progenitore», ironizzava Magnan; mentre le notizie anamnestiche e l'esperienza diretta – diceva in sostanza – consentono al clinico di constatare lo scarto degenerativo fra le generazioni di cui ha esperienza. E questa esperienza insegna che il nipote schizofrenico o lo zio paranoico possono far la loro inopinata apparizione nelle famiglie in apparenza meglio titolate dal punto di vista razziale.

D'altra parte, è vero che la *dégénérescence* teorizza un'igiene razziale; ma è anche vero che codesta igiene è centrata tutt'altro che sull'eliminazione dei degenerati. Essa ha al contrario di mira la tutela delle categorie più sfavorite di lavoratori, ne denuncia le orribili condizioni di vita e il loro inevitabile antidoto alcolico e sfocia in atteggiamenti riformatori di tipo saint-simoniano.

Ma ha anche il capitolo per le classi abbienti, il cui rischio degenerativo si annida non nell'abbruttimento alcolico del massacrante lavoro, ma nelle pieghe profumate delle transazioni fra patrimonio e blasone. Il cespite o il titolo – ammonisce in particolare Ulysse Trélat⁴ con orribili esempi che trae dalla clinica – sono a volte il dono velenoso di un'ereditaria tara nascosta che distrugge poi, rivelandosi, la discendenza di disinvolti borghesi rampanti in mal di blasone o di vecchie casate sfiancate voglio se di ridarsi lustro e denaro.

La nozione di *rigenerazione intercorrente* che è l'altra faccia – poco nota in verità della *dégénérescence* – denota un ottimismo di fondo che smentisce il pessimismo da molti attribuito a questa teoria.

L'altro aspetto della *dégénérescence*, che la distingue radicalmente dal razzismo nazista, è d'essere sempre rimasta un'attività clinica, articolata in diagnosi e prognosi e finalizzata alla terapia. Per gli alienisti della *dégénérescence* il discorso sul paziente non si chiude – a differenza di quanto succede per il razzismo nazista – con la formulazione della diagnosi. Al contrario, è lì che esso si apre. Quei clinici illustri spesero infatti il loro tempo di vita a cercare, nell'ambito della *dégénérescence*, differenze, gradi, ritmi, durate. E questo, per poter formulare, attraverso la diagnosi, prognosi diversificate e precise; per poter dire, ad esempio, che nella *bouffée délirante* (il termine non a caso è di Magnan) il paziente è al riparo dalla cronicità anche se non dalla recidiva, mentre purtroppo così non è nella demenza precoce (il termine non a caso è di Morel). A differenza cioè del razzismo, che nella clinica cercava solo la sua tautologica convalida, i clinici della *dégénérescence* nella clinica cercavano piuttosto quello che oggi si chiamerebbe la *falsificazione* della loro teoria. Era per loro un punto d'onore arrivare a cogliere i segni che smentissero l'evoluzione, in teoria fatale, del male e indicassero lo stadio a cui poteva arrestarsi.

E neppure dal punto di vista terapeutico essi si arresero, e puntarono su quella soluzione manicomiale che, ricollocata nel suo contesto, apparirà forse alla storiografia del 2050 in modo diverso da come essa è apparsa alla pubblicistica antipsichiatrica degli anni '70 del '900.

L'“operazione manicomio” era infatti qualcosa di più, se non altro dal punto di vista culturale, che quel disegno repressivo di una sottocommissione di sbirri che è apparso agli antipsichiatri. Apparteneva infatti alla risposta che l'ideologia vittoriana della indiscussa superiorità occidentale dava alle tre categorie di esseri umani, che parevano invalidare il suo modello di razionalità e che ponevano un problema di educazione e integrazione: i bambini, i matti e i selvaggi. La pubblica istruzione venne così a educare i bambini, le colonie a civilizzare i selvaggi, mentre il manicomio funziona come una colonia interna alla madrepatria tesa a recuperare quelle persone con l'aspetto fisico del bianco civilizzato, ma con la mentalità atavica del negro o dell'aborigeno – che sono i matti. E, per l'intanto, esso svolge quella funzione di “*ambulance sociale*” – come la chiamavano gli alienisti – che per quanto paternalista e urtante possa oggi apparire, all'epoca rappresenta uno dei primi passi nella direzione della futura sicurezza sociale: l'affermazione cioè del diritto di esser curati indipendentemente dal censo e dalla classe di appartenenza.

³ MAGNAN V.: “Les dégénérés”. Paris, 1895.

⁴ TRÉLAT U.: “La folie lucide”. Paris, 1861.

Concludiamo così questa prima parte del nostro discorso riguardante psichiatria e nazismo col dire che il nazismo stravolge ed uccide la psichiatria: e che codesto stravolgimento è indipendente dai contenuti della sua ideologia ma avviene attraverso le due operazioni formali che abbiamo illustrate e che qui riassumiamo:

- 1) La trasformazione del *sapere psichiatrico* da clinico induttivo in *dogmatico*-deduttivo;
- 2) il *misconoscimento della specificità della follia* con sussunzione del malato mentale in altra categoria generica e impropria della quale seguirà, da quel punto, il destino e la logica.

III. PSICHIATRIA E ANTIPSICHIATRIA

La via d'accesso dell'antipsichiatria alla psichiatria è aperta da un'operazione ardita ma che, nel suo ardimento innovativo, rimane d'una totale correttezza scientifica, grazie ai suoi riferimenti fenomenologici.

Si tratta dell'arrovesciamento della concezione manicomiale del malato mentale, che il primo Basaglia⁵ sostiene e pratica e che consiste nel mettere momentaneamente *fra parentesi* il suo aspetto delirante per mettere in primo piano, al fine di modificarla, la sua condizione di ricoverato di manicomio.

Questa condizione, nel manicomio di allora (primi anni '60), punto di arrivo di anni di abbandono e di incattivimento, si era caricata di forti connotazioni carcerarie, in un intreccio di rapporti di sorda violenza e diffidenza reciproche fra personale e malati, il tutto intriso in un orribile afrore di stallatico umano.

La mia generazione ha fatto ancora in tempo a sentire quell'afrore e a veder indicare i malati col loro delirio allo stesso modo in cui, nei penitenziari, venivano un tempo indicati gli ergastolani col delitto del lontano passato che li aveva perduti per sempre.

Per lasciare la sua presa sul malato, il manicomio esigeva la garanzia di quella "guarigione", che la sua annosa esperienza della prevalente evoluzione della follia in cronicità relegava nel cielo delle utopie: uno scetticismo sul cui altare aveva anche immolato la speranza sollevata, all'inizio, dagli psicofarmaci.

Così, nella sua attesa millenarista del farmaco risolutore, il Leviatano manicomiale divorava sempre nuove vittime, ingrossandosi e perpetuando il suo stile carcerario. Il quale stile veniva spacciato per una ovvia – seppure sgradevole – necessità della custodia dei matti, ignorando che era invece il dono avvelenato che l'Italia di Giolitti aveva fatto alla psichiatria. La legge 36/1904 istituiva sì, finalmente, il manicomio pubblico ma lasciava alla discrezione irritata delle Provincie la determinazione dei parametri del personale. Era la contropartita che Giolitti dava loro per alleggerire lo sgradito fardello⁶ che con la sua legge metteva loro sul collo. E non a caso subito si levò alta la delusa indignazione degli psichiatri dell'epoca⁷. Al contrario, la trasformazione comunitaria e terapeutica del manicomio, che Basaglia importava in Italia, mirava intanto a ricondurre i malati, dalla loro passività diffidente e dolente di reclusi, ad una attiva cointeressenza per il loro luogo di residenza e di convivenza; e puntava poi sulla realizzazione di dimissioni fondate su premesse diverse da quelle tradizionali del manicomio. Dimissioni cioè che, superato

⁵ BASAGLIA F.: "Scritti". Einaudi, 2 vol., 1981-1982.

⁶ Cf.: "Legge sui manicomi e gli alienati 14.02.1904 n° 36 corredata del testo completo di tutti i lavori parlamentari". Napoli, Pietrocola, 1 vol., 1912.

La soluzione compromissoria di GIOLITTI era del resto l'unico modo per uscire da una situazione che egli stesso caratterizzava con l'involontario umorismo dello zelo sicuramente sincero del suo intervento al Senato: «Signori Senatori. È già decorso un quarto di secolo da quando, per la prima volta, fu fatta presente al Parlamento l'urgente necessità di una legge sui manicomi e sugli alienati».

GIOLITTI ebbe inoltre durante il dibattito a parare le critiche al suo DDL col dirlo provvisorio e assicurando che di lì a sei mesi ne avrebbe presentato un altro. La "36", come si sa, durerà 74 anni.

⁷ GIORDANO G. B.: "Sorprensenti voci di modernità di vecchi psichiatri". La Provincia di Lucca, 1972, n° 1, pagg. 26-48.

l'*impasse* dell'impossibile "guarigione" del delirio, prevedessero col delirio una convivenza ed una specie di compromesso che la sordina psicofarmacologica rendeva credibile e che nuove provvidenze da mettere in atto sul territorio (assistenza, sussidi, strutture...) promettevano realizzabile.

Ma, avviato così a risoluzione il problema assistenziale, tornava in primo piano l'aspetto delirante dei malati, anche se non vi tornava più nei termini dell'assoluto manicomiale, che all'unica dimensione del delirio coartava tutto il malato, cancellandone storia e relazioni; ma vi tornava come polo clinico-terapeutico d'una dialettica nuova avente all'altro polo, appunto, l'assistenza.

Tornava cioè il delirio in primo piano, sia per ovvie necessità pratiche, sia per l'imperativo fenomenologico che impone di togliere tutte le parentesi, tutte le epochè messe in atto nel corso della ricerca; pena, in caso contrario, di approdare ad una conoscenza dell'oggetto incompleta o di storta. Un imperativo che Basaglia, da buon fenomenologo, conosceva – è ovvio – alla perfezione.

Il che nella pratica riveniva a sottolineare la necessità delle specifiche provvidenze da mettere in atto per reinserire nella società codesti diseredati di manicomio; i quali se, per certi aspetti, erano assimilabili alle tante altre categorie di diseredati e di esclusi, era altrettanto vero che l'esclusione non esauriva la loro "essenza", ma che questa si esprimeva ancor più per l'altro loro precipuo attributo: appunto, il delirio.

Ma se il Basaglia – almeno quello prima maniera – è rimasto coerente su queste posizioni, non così quegli antipsichiatri che a lui più o meno arbitrariamente si son richiamati e la cui mossa è consistita nel fare della *esclusione* la nuova verità *omniesplicitiva* della follia. Essi irrigidivano cioè ad *ideologia* e assolutizzavano a *dogma* quello che l'apertura fenomenologica aveva indicato come uno degli aspetti dialettici della condizione di essere pazzo.

Emblematica di questa distorsione, e anche del suo sinistro lampeggiare settario-politico, la nuova definizione che codesti antipsichiatri davano del malato mentale: il malato mentale – essi dicevano – è una contraddizione socio-politica, occultata dalla repressione in camice bianco funzionale alla società capitalista che la stipendia.

Una definizione che, come si vede, calpesta fino in fondo la specificità del malato mentale, ma che, a giudizio di quegli antipsichiatri, era l'unico tramite per reinserire codesto malato-escluso nel movimento rivoluzionario del riscatto proletario e per aprirgli un orizzonte di giustizia col liberarlo dal carcere borghese del manicomio in cui l'aveva esiliato la repressione capitalista.

IV. IDEOLOGIE A CONFRONTO: CONTENUTI E STRUTTURE

Se si confrontano ora codesti enunciati con quelli dell'ideologia nazista, la distanza che li separa appare astrale.

La psichiatria nazista, infatti, rinnegava il malato mentale, gli imputava una diversità irrecuperabile, lo avviava per questo ad un deliberato destino di morte.

L'antipsichiatria invece, insorge contro lo stigma della diversità, recupera il malato alla comune umanità attraverso il denominatore sociale dell'esclusione, lo avvia a quel destino di riscatto che la repressione dei camici bianchi gli avrebbe falsificato a delirio.

Ma, al di là di codeste enunciazioni della diversità, cominciano a farsi strada le strutture d'una profonda identità.

La prima indicazione in questo senso viene dalla cancellazione del malato, che sia il nazismo che l'antipsichiatria mettono in atto, seppure per vie e con modi diversi.

Per il nazismo il malato – s'è visto – si trasforma in degenerato: è la razza che ormai lo include e lo "spiega".

Per l'antipsichiatria, la trasformazione che essa ne fa in "portatore di una contraddizione socio-politica occultata" equivale, più che ad una trasformazione, ad un'autentica cancellazione. Questo

malato, infatti, della persona⁸ e dell'individuo non ha più neppure lo statuto degradato e semi umano che ancora gli concedeva il nazismo. Egli è solo un *modus* della massa proletaria ovvero uno dei tanti "significanti" che esprimono la lotta di classe.

Questa spersonalizzazione è tanto vera che susciterà delle reazioni all'interno dell'antipsichiatria stessa, e precisamente da parte di quelle sue componenti cattoliche per le quali la persona rimane un valore inalienabile. Esse indicheranno allora la *sofferenza* – concetto antropo-religioso – e non più l'*esclusione* – concetto socio-politico – come il comune denominatore della riscoperta identità di sani e malati. Il che permetterà loro di confermare tale identità salvaguardando però quell'individualità dell'ammalato che la nozione di esclusione affogava nella massificazione. Se la sofferenza infatti tutti unisce – sani e malati – nel pellegrinaggio terreno verso il Cristo, portando ciascuno la propria croce, ciascuno ha però, in codesto pellegrinaggio, il suo irripetibile e personale percorso, enigma di anima di cui solo Dio conosce la chiave.

La seconda indicazione d'identità strutturale fra psichiatria nazista e antipsichiatria viene ugualmente dalla sopra ricordata definizione antipsichiatrica del malato mentale. Anche qui funziona l'irrigidimento a dogma d'un aspetto parziale dell'apparato concettuale della psichiatria. E vale anche la pena di far notare come in questo caso tale irrigidimento sia ancor più gratuito di quanto non fosse nella psichiatria nazista, essendo privo anche di quel tenue filo metonimico dell'*ereditarietà*, che in quella collegava la razza alla follia. Qui, l'assolutizzazione del lato assistenziale è più vicina alla gratuità della metafora politica.

In sintesi, nella distorsione antipsichiatrica della psichiatria ritroviamo gli stessi procedimenti che ci ha fatti conoscere il razzismo nazista e cioè – non stanchiamoci di ripeterlo –: il *misconoscimento* della specificità della follia da un lato, con la conseguente sussunzione del malato mentale in altra categoria (là razziale, qui socio-politica); e, dall'altro, la trasformazione della psichiatria in *ideologia* col far assurgere un'*ipotesi* settoriale del suo apparato concettuale a verità esplicativa di *tutto* il suo campo di pertinenza.

L'antipsichiatria anzi – e per paradossale che ciò possa sembrare – è molto più radicale del nazismo in codesta deformazione.

Il nazismo, infatti, aveva conservato la tappa intermedia tecnico-specialistica fra la enunciazione ideologica del razzismo e il concreto riconoscimento dei degenerati razziali. Riconoscimento del quale era lo psichiatra a rimanere il tecnico competente; a lui riveniva il compito di sceverare dai malati i degenerati profondi che la legge destinava all'eliminazione. Tanto è vero che, per fare un esempio, le SS di Lucca non pensarono neanche lontanamente a sostituirsi come tecnici al Direttore Lippi-Francesconi quando questi si defilò.

Invece, la riduzione socio-politica del malato operata dall'antipsichiatria elimina di colpo e per principio la pertinenza di qualsiasi competenza specialistica in proposito. I malati mentali diventano un aspetto particolare di quel riscatto rivoluzionario di massa, che appartiene ovviamente alla politica e che solo nei termini della politica si può nominare e "gestire". In effetti, con l'antipsichiatria irruperono nei manicomi degli interlocutori (giovani i più) che si impancavano a giudici e a dirigenti, l'unico loro titolo a ciò essendo gli *slogans* imparati nelle assemblee del giorno prima: in quelle di fabbrica (pochi), o in quelle di facoltà (tanti). Per converso, fra i medici antipsichiatri era tutta una corsa a chi fosse più svelto a buttare alle ortiche il camice bianco per ripudiare così anche simbolicamente un sapere e un saper fare ormai squalificati e anzi vergognosi e rifarsi una verginità culturale e scientifica nell'unico modo possibile: quello, cioè, della politica.

Non c'è così da stupirsi – ed è anzi una riprova forte dell'identità che abbiamo messo in evidenza – che tanto nel caso del razzismo nazista quanto in quello dell'antipsichiatria i malati mentali siano andati incontro ad un destino analogo e che non è propriamente quello che una società civile riserva a chi è indifeso e malato. E ci sono andati per esser stati – nell'un caso come nell'altro –

⁸ La nozione di persona come fondamento della psichiatria è stata riaffermata in una sintesi illuminante da GASPARE VELLA proprio al Convegno di cui è qui questione.

ugualmente misconosciuti nella loro specificità di folli e assegnati a categorie non pertinenti con conseguenze che era anche troppo facile poter prevedere.

Di come si preparasse codesto destino, molto indicativa è la definizione che della dimissione dal manicomio del malato mentale davano gli antipsichiatri, che di codesto malato davano la già ricordata definizione socio-politica.

La dimissione – essi dicevano – è la restituzione al contesto di provenienza della contraddizione di cui il malato è portatore, perché essa vi *esplosa* e riveli il suo vero volto di repressione classista.

E anche dicevano: il malato mentale ha la funzione di “detonatore sociale”.

Questo riviene a dire che le vittime dell’antipsichiatria non sono state dei malaugurati “incidenti di percorso” – come un intreccio di censura ed ipocrisia ha imposto per anni di credere; ma sono state la logica e ineluttabile conseguenza del misconoscimento ideologico della loro specificità.

Codeste vittime sono la tragica conferma che gli *esclusi* dell’antipsichiatria non solo erano *anche* pazzi, ma erano *soprattutto* dei pazzi. E quando l’essere-al-mondo è improntato al delirio, i suoi aspetti socio-politici non sono il suo cuore di senso, ma ne sono solo delle lontane e sbiadite connotazioni.

Ci si potrebbe obiettare che quelle da noi ricordate sono state le versioni esasperate e anzi, tanto per rimanere in tema, *degenerate* dell’antipsichiatria; che Basaglia per primo non ci si riconoscebbe; e che proprio per la loro esasperazione han fatto i danni che han fatti. Ma questo ragionamento confonde forma e contenuto e par quasi voler graduare quella su questo.

Il fatto si è che la trasformazione della psichiatria in ideologia è una questione qualitativa, che funziona secondo la legge del “tutto o niente” ed è una questione formale.

Le conseguenze di questa trasformazione formale saranno sempre con essa e ad essa coerenti.

Sono invece la loro estensione ed intensità che varieranno a seconda delle circostanze, a seconda cioè, se queste saranno favorevoli o contrarie all’espansione del credo ideologico.

Così, se la scia di lutti e dolori che la psichiatria nazista ha lasciato dietro di sé è di ben diversi spessore e lunghezza di quella che ha lasciata l’antipsichiatria, ciò è dipeso dalle circostanze: è dipeso cioè dalla differenza che corre fra l’aver come mentore lo stato tedesco, e in versione totalitaria per giunta e l’averci invece i partiti al potere in qualche amministrazione locale italiana, dove, a volte, l’opposizione riusciva anche a farsi sentire.

Il problema quindi non è “buona ideologia antipsichiatrica” *versus* “cattiva ideologia nazista”; non è, cioè, un problema di contenuti. Il problema, lo ripetiamo, è un problema di forma, è un problema strutturale. E, da un punto di vista strutturale, la torsione che l’antipsichiatria impone alla psichiatria mostra gli stessi procedimenti che ci ha fatti conoscere la trasformazione nazista. A questo punto par di capire che codesto denominatore, che unisce le due ideologie, non è una loro esclusiva, ma è probabilmente il denominatore che tutte le ideologie accomuna nel loro impatto distorto sulla psichiatria; e questo al di là dei principi e verità che esse, ogni volta, professino o affiggano.

V. LA CULTURA PSICOPATOLOGICA COME GARANZIA DELLA PSICHIATRIA E COME ANTIDOTO CONTRO L’IDEOLOGIA

Val la pena di chiedersi a questo punto se la distorsione ideologica della psichiatria di cui abbiamo visto gli esempi nazista e antipsichiatrico risulti da una forzatura esterna o se sia invece il risultato d’una propensione interna alla psichiatria stessa, che la forzatura esterna rende esplicita ed estremizza.

Il fatto, sopra ricordato, che l’ideologia agisca per infiltrazione e non faccia all’inizio che accentuare un aspetto dell’apparato teorico della psichiatria, ci fa propendere per la seconda ipotesi.

Ma questo dubbio si muta in certezza quando si guardi un po’ più da vicino la struttura di codesto apparato, se ne conoscano gli aspetti essenziali e il rapporto che corre fra loro. Ci si può allora rendere conto non solo che il rischio di ideologia è implicito nella psichiatria, ma anche del

fatto che questo rischio diviene reale pericolo solo quando una preliminare abdicazione culturale della psichiatria stessa abbia aperto la strada alla distorsione ideologizzante. Ché una psichiatria colta, cioè forte e consapevole sul piano psicopatologico e antropologico, pratica una specie di autoterapia di codesto suo male oscuro, rispondendo alla provocazione dogmatica di esso con l'incessante vaglio clinico dei nuovi significati della follia, che esso provocatoriamente le lancia.

La psichiatria, infatti, come le altre branche della medicina, ma in modo ancor più accentuato, risente del suo doppio statuto di un sapere tecnico da un lato e di "vulgata" della follia dall'altro.

Il sapere tecnico è quanto la fonda come specialità. Solo gli specialisti, infatti, sanno riconoscere malattie diverse là dove il profano vede solo e genericamente la follia. E sanno fare fra le une e le altre quella distinzione differenziante⁹ correlativa delle tecniche diversificate necessarie per affrontare ciascuna di esse.

Questa conoscenza dei *segni* è un sapere che risale assai indietro nel tempo e un suo tratto essenziale è di essere *cumulativo*. Per convincersi di codesta importante caratteristica basterebbe prendere l'esame psichico d'un qualsiasi malato mentale redatto da un qualsiasi psichiatra di oggi e mettere accanto a ciascuno dei segni che esso elenca la sua data di apparizione. Si vedrebbero così dei segni risalenti ad Ippocrate – come l'umor nero dei melanconici – convivere con segni non più vecchi di ottant'anni come l'automatismo mentale di de Clérambault. Gli è che la conoscenza semiologica delle malattie mentali si precisa gradualmente e ogni generazione vi apporta, quando può e quando sa, il suo contributo.

Ma codesto sapere non dà sulla follia che una conoscenza di tipo sindromico. Esso consente cioè al massimo di dire attraverso le ricorrenti *figure* che tracciano, combinandosi, i segni se, a un dipresso, l'incipiente follia si concluda ad episodio o si di spieghi a destino. Nulla invece riesce a farci sapere su cosa significhi l'esistenza folle ai fini della conoscenza dell'uomo.

Un tale significato, invece, è sempre scritto nella "vulgata", che della follia ogni epoca si dà, secondo il suo modo di vivere i pazzi e secondo i suoi gusti e convinzioni in materia di folle e di assennato. E di questo sapere uno dei tratti caratterizzanti è quello di essere *discontinuo* così come invece continuo e cumulativo è il sapere clinico sopra ricordato. È un sapere che procede per asserzioni successive, che non solo non sono in rapporto di derivazione l'una dall'altra, ma che sono piuttosto in un rapporto di polemica contrapposizione. La nuova concezione della follia cercherà cioè di liquidare la precedente come vecchia, obsoleta e ormai improponibile. Un atteggiamento di ripudio del tutto agli antipodi di quello della semeiotica clinica, ben contenta invece di far proprio e di continuare ad usare quanto il passato le ha lasciato in retaggio.

Codesta "vulgata" ha preso nel tempo forme diverse e risapute: dalla possessione diabolica alla tara ereditaria, dall'inconscio conflitto patogeno fino a quell'alterazione biochimica del cervello curabile con gli psicofarmaci oggi tanto di moda.

Nell'opinione corrente codesto significato è tanto radicato a certezza quanto è gratuito in astrattezza. La certezza è esperienza di tutti: chiunque sa dire cosa sia un matto. L'astrattezza, meno evidente, può però rivelarla un fatto di conoscenza comune: il fatto cioè che tutti si sentono in grado di interloquire sul matto, ma pochi son quelli che conoscono i matti davvero. In altre parole, quando parla del matto, la gente è convinta di parlare del matto reale mentre parla solo, e senza rendersene conto, di quell'astratta idea di matto che le trasmette la cultura di appartenenza; e si illude semmai di dar corpo a codesto fantasma con l'aggiungervi qualche sentito dire personale o qualche aneddotta da barzelletta.

Ebbene, codesto insieme di pregiudizi che tien della moda e della cultura, codesta "vulgata" della follia ha, nella sua chiarezza apodittica, qualcosa dell'astratta ideologia.

È tuttavia da codesta vulgata che la psichiatria mutuava obbligatoriamente il significato esistenziale della follia che le è necessario per interloquire nella conoscenza dell'uomo; e che la sua empiria clinica è incapace, come si è detto, di darle. Un'incapacità derivante in linea diretta dalla natura stessa del metodo che tale empiria guida e anima: *analitico* e *atomizzante*, il suo impatto

⁹ G. LANTÉRI-LAURA: "La connaissance clinique: histoire et structure en médecine et psychiatrie". *Evol. Psychiat.*, 2, 1982.

sull'esistenza folle fa subito esplodere questa in una miriade di segni e relative figure, che la rendono maneggevole come *malattie mentali*, ma di cui smarrisce nel contempo la figura globale: la figura appunto, d'esistenza.

Questo prestito di significato comporta tuttavia il rischio di contagio ideologico, che abbiamo ricordato.

Si tratta allora di vedere come la psichiatria possa rimanere se stessa pur correndo questo rischio per lei inevitabile.

La necessità di un suo "commercio" con la vulgata della follia appare ovvia. Una psichiatria avulsa da, o indifferente a, tale "vulgata" susciterebbe ben presto il sospetto di uno strano esoterismo di cui i sacerdoti officianti – fra Mabuse e Frankenstein – finirebbero un giorno o l'altro nell'auto – da – fé d'un popolo spaventato ed adirato.

D'altra parte, la cronaca e il cinema ci mostrano spesso gli psichiatri non solo in veste di periti di tribunale, ma anche in veste di esperti, da cui la pubblica opinione esige un parere illuminante e rassicurante su orribili aberrazioni, sul suicidio dei giovani o su fatti di puro costume; con l'idea che un'annosa frequentazione della pazzia deve aver rivelato loro più d'un "segreto" della psiche e del suo funzionamento.

Codesta attività tuttavia non da tutti gli psichiatri è vista di buon occhio, proprio per quelle sue caratteristiche di socio-psicologismo un po' generico e a rischio, per questo, di scivolare in una tautologica ripetizione della ideologia che la interroga. Ma un fatto preciso, da tale ripetizione, la differenzia e la salva: l'esperienza clinica. Lo psichiatra non parla mai genericamente di suicidio, di sadismo o di erotomania, ma ne parla generalizzando dalla sua precisa conoscenza dei casi clinici; e ne parla in modo tanto più attendibile e convincente quanto più ricca è la sua galleria di volti e ricordi di ammalati.

Si comincia così a vedere come l'autentica struttura del sapere psichiatrico sia una garanzia antiideologica: un rimando cioè fra la conoscenza clinica da un lato e la vulgata della follia dall'altro.

Di questo rimando non abbiamo però visto che un primo aspetto: l'effetto temperante del sapere clinico sulla tendenza ideologica della vulgata, il suo richiamare la rappresentazione della follia alla realtà dei matti in carne ed ossa.

Ma di questo rimando esiste anche un secondo aspetto, simmetrico per così dire a quello appena descritto: il potere che possiamo chiamare *mutageno* della vulgata della follia sul sapere clinico. Questo non significa, ovviamente, che siano i sintomi clinici a dover cambiare, la loro invarianza transtemporale e transculturale essendo anzi l'acquisito fondamento della psichiatria; quello che sotto l'impatto della vulgata cambia è la loro struttura di senso e il loro ordine gerarchico. La vulgata della follia funziona cioè ogni volta come asse semantico intorno al quale essi prendono un assetto ogni volta diverso.

E non è un cambiamento di poco conto: esso porta a rivedere, fra l'altro, la prognosi, l'atteggiamento terapeutico, la struttura delle istituzioni psichiatriche.

È in questo doppio rimando che si struttura il sapere psichiatrico: da un lato, dalla clinica alla vulgata della follia dove la clinica funziona come istanza di concretezza attraverso la conoscenza dei matti, nei confronti di asserzioni altrimenti troppo rapide e disinvolute sulla "natura" della follia. Dall'altro, il rimando dalla vulgata alla clinica con l'obbligo, per questa, di rimeditare il suo sapere e di dargli una sistemazione comprensibile per la nuova vulgata della follia che lo interroga.

Ebbene, è questo impulso che la vulgata della follia esercita sul sapere dello psichiatra da un lato e, dall'altro, l'effetto temperante che codesto sapere esercita sulla vulgata che permettono alla psichiatria di rimanere agganciata alla conoscenza dell'uomo e di evitare di trasformarsi in ideologia. Questo comporta però la capacità dello psichiatra di rivisitare incessantemente la galleria dei malati da cui egli trae il proprio sapere e rimaneggiare l'ordine di senso che egli vi imprime tenendo conto della provocazione che la vulgata gli lancia.

La storia della psichiatria è una successione ininterrotta di esempi di questo dialogo fra la rappresentazione della follia che ogni epoca propone e il riassetto del sapere che il vaglio clinico di questa rappresentazione impone; ma nessuno è forse così emblematico come quello del passaggio dalla demenza precoce di Kraepelin alla schizofrenia di Bleuler.

L'interesse di codesto passaggio, che conviene ricordare ad illustrazione di quanto stiamo dicendo, è l'assoluta mancanza della "scoperta" che possa motivarlo: non il nuovo farmaco, non la nuova lesione, non la nuova spirocheta. E pure niente di nuovo sul piano dei segni, dove il materiale costitutivo dei due quadri clinici è totalmente sovrapponibile. Salvo il di più dell'autismo¹⁰ nella schizofrenia di Bleuler, che rimane però di marginale importanza nel decidere codesta trasformazione.

Quello che invece cambia radicalmente dalla Demenza precoce alla Schizofrenia è l'ottica psicopatologica e antropologica, cioè a dire il significato nuovo che la psichiatria conferisce a questo essere al mondo alienato, ai meccanismi che lo generano, al modo di poterlo curare.

La demenza precoce era vista infatti come una demenza autentica, cioè a dire un deterioramento mentale globale progressivo e irreversibile, che, dalle iniziali fissurazioni della capacità di giudizio (etico, critico, estetico, pratico), arrivava fino alla più grossolana insipienza.

La schizofrenia di Bleuler considera invece il *defekt* come risultato d'una organizzazione complessuale della psiche e dove il difetto di giudizio in particolare è attribuito a deviazioni o, meglio ancora, a blocchi dell'*interesse* per il giudicare. Blocchi che, in quanto dinamici e non lesionali possono essere totalmente rimossi o presentare spontanee e non meno sorprendenti risoluzioni. Gli psichiatri di manicomio ricordano bene l'inattesa sortita dello schizofrenico più autistico e "deteriorato" che rivelava invece, dietro il suo silenzio magari annoso, una persistente capacità di giudizio, non priva d'un certo sarcasmo nel suo puntuale osservare e ricordare.

In altre parole, Kraepelin (n. 1856) e Bleuler (n. 1857), benché coetanei, appartengono a due epoche differenti della stessa cultura. Kraepelin rimane un uomo di certezze ottocentesche, mentre nell'atteggiamento di Bleuler si è già infiltrata l'inquietudine novecentesca del doppio, che vi hanno istillata psicoanalisi e surrealismo.

Così il passaggio dalla demenza precoce alla schizofrenia appare come un esempio tipico di quell'incessante riassetto a cui il materiale clinico viene sottoposto in funzione della nuova vulgata della follia, che la cultura accredita di volta in volta.

Ed è in occasione di rimaneggiamenti di questo genere che la psichiatria corre il rischio di trasformazione ideologica che abbiamo ricordato; rischio che si fa danno reale a seconda di come si infletta tale rimaneggiamento.

Se esso prende la piega dell'esempio nazista o antipsichiatrico è allora sicura la torsione ideologica: la vulgata della follia diviene dogma e la clinica si appiattisce a sua tautologica conferma.

Rimaniamo invece sul terreno della psichiatria autentica ma rinnovata se codesta vulgata non viene imposta ai fatti della clinica ma viene confrontata con essi; e pur funzionando come nuovo asse di senso che li riorganizza, è da essi tuttavia che di questo senso attende la conferma. Ci si preoccupa in altre parole di sapere, in questo caso, se la nuova immagine della follia è compatibile con i matti reali o se è una mera astrazione politica o letteraria.

Nel passaggio sopra ricordato dalla demenza precoce di Kraepelin alla schizofrenia di Bleuler, è la nozione centrale di sintomo che cambia nel suo significato psicopatologico, trascinandosi dietro a cascata il significato della terapia e il senso delle istituzioni psichiatriche.

¹⁰ L'autismo infatti è un *Dasein*, un modo globale di essere al mondo, non equiparabile agli altri sintomi della semeiotica di BLEULER, che rimane analitica e atomistica come quella di KRAEPELIN. L'autismo è un'intuizione anticipatrice che solo più tardi sarà sviluppata – specialmente da MINKOWSKI e da BINSWANGER – avendo però come conseguenza lo spostamento dell'interpretazione della schizofrenia dal piano dei segni al piano delle strutture globali dell'essere-al-mondo.

Lesione demenziale e progressiva per Kraepelin, il sintomo prende con Bleuler le denotazioni dinamiche freudiane; il che rilancia il significato terapeutico della *relazione* con il paziente e mina la credibilità custodialistica del manicomio.

Come si vede, è un nuovo modo di intender la follia derivante da una cultura nuova che ruota intorno al postulato dell'inconscio. Il sintomo passa così da segno ottocentesco d'una ragione menomata a compromesso novecentesco fra una ragione ancor valida e fasci di desideri male integrati nell'io; passa inoltre da neoformazione patologica ignota alla psiche normale a parafrasi delle tappe maturative di questa stessa psiche. Esso perde cioè l'eteromorfismo demenzialista – che sottolineava in particolare l'inserimento treponemico della Paralisi Progressiva – per rivelare il suo profondo isomorfismo con la psiche normale: il che fa sì che la follia, da accidente di vita, divenga dimensione potenziale dell'umana esistenza.

Il correlativo cambiamento di prospettiva antropologica trasforma la rassicurante monosemia della certezza ottocentesca nell'inquietante polisemia dei valori del '900 con l'insinuazione dell'idea dell'essere-agito¹¹ là dove l'io ottocentesco aveva la più lucida ed etica convinzione di agire.

Ma se questa è la rappresentazione che della follia propone la cultura nuova del Novecento incipiente, non è detto che il modellarsi della clinica su di essa sia automatico ed immediato. Ciò richiede anzi un lungo lavoro che si intreccia da un lato con l'inerzia delle idee acquisite e, dall'altro, con la necessità di trovare il punto della clinica in cui le idee nuove diano una prima convincente prestazione di sé.

Questo lavoro di rielaborazione fra l'empiria concreta ma cieca della clinica e la lucidità un po' apodittica e astratta delle nuove figure antropologiche della follia si chiama *Psicopatologia generale*. La quale non è – come spesso si crede – una teoria generale della psiche che, una volta completata, ci permetterebbe di conoscere e quindi di dominare il meccanismo generatore di ogni forma di pazzia; ma è una *mediazione* fra la clinica da un lato e la cultura di quel dato momento dall'altro.

La sua funzione – essenziale – non consiste solo nell'aggiornare ogni volta la clinica al gusto dello *Zeitgeist*, ma consiste anche nel neutralizzare quel rischio di torsione ideologica più volte ricordato cui la psichiatria va incontro ogni volta che subisce un riassetto.

Il lavoro psicopatologico porta infatti alla constatazione di un *residuo* ineludibile che rimane ad ogni nuovo rimaneggiamento della clinica. Non tutti i fatti della clinica cioè si organizzano intorno all'asse di senso che fornisce la nuova vulgata. E questo residuo fa sì che la eventuale pretesa omnesplicativa di tale vulgata si riduca al suo ruolo effettivo di ipotesi relativa.

Il lavoro psicopatologico è, in altre parole, l'anticorpo che la psichiatria produce contro il virus ideologico che la insidia. È bene anche aggiungere che questo lavoro richiede le credenziali del clinico colto.

E teniamo a sottolineare i due aspetti di queste credenziali: la cultura e l'esperienza clinica. Perché se la necessità della cultura (medica, storica, letteraria, filosofica), è fuori discussione, non altrettanto chiara è la nozione di esperienza clinica, spesso confusa riduttivamente, da psicopatologi dilettanti, col tirocinio necessario per imparare a distinguere maniacale, schizofrenico, depresso... e così via. In effetti, l'esperienza clinica autentica è tutt'altra cosa: essa è un flusso di anni e memoria, sostanziato di volti e di incontri, un magma di vita e di tecnica di cui maniacale, depresso, schizofrenico... sono le forme provvisorie e mutevoli che l'esperienza di volta in volta vi imprime e che un residuo baconiano irriducibile aduggia contemporaneamente di dissoluzione. Codesta esperienza sta alle figure nitide e per così dire didattiche di maniacale, depresso, schizofrenico come l'avvenimento complesso di vita sta alla foto ricordo, che lo semplifica ad immagine di Epinal.

¹¹ Emblematica, in materia, la rottura che si consumò fra HENRI EY e JULIEN ROUART dopo l'enunciazione della seconda topica freudiana. EY, cattolico, non poteva infatti ammettere quella struttura prevalentemente inconscia dell'io che la seconda topica proclama e che rendeva incerta la nozione di consapevolezza del peccato e di imputazione della colpa. Adamo, alla luce della seconda topica, diventa un soggetto più agito che agente, più da divano che da Inferi.

VI. CONCLUSIONE

Il rapporto fra ideologia e psichiatria non è un tema difficile, l'abbiamo visto; è, semmai, un tema censurato. Il nostro contributo alla sua conoscenza è di aver superato tali censure, un'iniziativa che – sia detto *en passant* – può forse ancora procurare in Italia noie e fastidi, che in un passato non tanto remoto era capace di procurarne.

Ma il problema non è questo, questa ne è solo una conseguenza. Il problema è di sapere il *perché* di questa ricorrente e apparentemente incontenibile propensione della psichiatria alla sua distorsione in ideologia. Un problema però così vasto che qui si può solo lasciare nei termini di interrogativo in cui l'abbiamo posto.

Di codesta distorsione, però, abbiamo voluto indicare i meccanismi: e cioè il *misconoscimento* della specificità della follia e l'*assolutizzazione dogmatica ed omnesplicativa* d'una delle tante ipotesi settoriali del sapere psichiatrico.

Abbiamo anche visto che questo è l'effetto di ogni ideologia quali che siano i suoi contenuti, quali che siano le "verità" che essa affigge e proclama. Non vi sono cioè ideologie "buone" che garantirebbero la psichiatria e ideologie "cattive" che la squalificano: strutturalmente, s'è visto che qualsiasi innesto ideologico è, per la psichiatria, esiziale.

Il piano di clivaggio non passa quindi fra ideologie buone e ideologie cattive, ma passa fra ideologia da un lato e psicopatologia dall'altro.

La psicopatologia, come s'è detto, è l'antidoto antiideologico che la psichiatria produce dal suo stesso seno. Essa non consiste in una chimerica teoria generale della psiche malata, ma in una mediazione fra la "vulgata" della follia che un'epoca accredita e i fatti concreti che la clinica da secoli accumula. È solo attraverso codesta mediazione, attraverso codesto confronto che la vulgata della follia non si irrealizza ad ideologia ma, incarnandosi per così dire nella clinica e, lì cimentandosi, può emergere come psicopatologia, e come tale entrare, a pieno titolo, nel dibattito culturale sulla conoscenza dell'uomo.

L'impoverimento o l'eclisse della riflessione psicopatologica aprono per contro la strada alle semplificazioni dell'ideologia. L'atteggiamento colto e tollerante dello psicopatologo lascia allora il posto alla rigidità dogmatica ed aggressiva dell'ideologo, e la scuola di psichiatria alla setta di fanatici in camice bianco.

Non ci illudiamo ovviamente che queste note impediscano in futuro un nuovo assalto ideologico a danno della psichiatria, ma speriamo che possano aiutare i più colti – e coraggiosi – a riconoscerlo per tempo e a farvi fronte, ricordando magari, come *esempio eidetico* delle possibili conseguenze di esso, il caso del Direttore del Maggiano di Lucca, Guglielmo Lippi-Francesconi.

NOTA SULLA LEGGE 180

La Legge 180 dovrebbe essere in teoria il punto d'approdo e l'emblema della vittoria di tutto il movimento dell'antipsichiatria e i macroscopici disservizi a cui ha dato origine vengono considerati dai suoi sostenitori il frutto di quel tradimento che colpisce ogni vittoria che si rispetti. In effetti codesti disservizi sono un portato stesso della 180 e più precisamente di quella sua matrice culturale che ha misconosciuto la specificità della follia e non si è curata di costituire una nuova cultura psicopatologica che fosse funzionale al territorio, ma si è limitata a rifiutare la vecchia psicopatologia a matrice manicomiale come emblema della psicopatologia *tout court*.

Per capire però l'esempio di psichiatria mancata che rappresenta la 180 occorre che sia prima chiaro cosa la 180 realmente è, quale il suo autentico significato: ché, in materia, corre una versione mediatica, popolare quindi e semplicistica, buona solo a creare contrasti e malintesi.

La 180, dice in sostanza questa versione, è la legge che ha chiuso i manicomi. Ebbene questa, per paradossale che possa sembrare, è solo una mezza verità basata sull'effetto più vistoso della legge stessa. La 180 in verità è una legge molto più ambiziosa e radicale d'un semplice decreto di chiusura del manicomio; essa infatti il manicomio non lo voleva semplicemente chiudere ma voleva cancellare la ragione stessa della sua esistenza, il suo fondamento concettuale. Non è infatti una legge riformista come lo era stata la 431 del

1968 che volle trasformare il lager manicomiale in un autentico ospedale elevandolo alla dignità d'un ospedale civile, sia come funzionamento che come rapporto numerico fra ricoverati da un lato, infermieri e medici dall'altro. La 431 del manicomio negava lo stile, ma non ne negava certo la legittimità: la pertinenza di esso in materia di follia era fuori discussione così come fuori discussione rimaneva il suo statuto di *spazio speciale*, di spazio "altro", di spazio in particolare distinto e separato dallo spazio della città.

La 180 è invece proprio a codesta legittimità che porta il proprio attacco ed è lo statuto di *spazio-altro* del manicomio che essa nega. La 180 cioè nega quella distinzione di spazio che del manicomio era stato il fondamento concettuale e legittimizzante: spazio della follia distinto dallo spazio della città. È su questa diversità spaziale che il manicomio si impernia e senza la quale esso diventa un non-pensabile e che in epoca di 180 faceva della sua esistenza di fatto, ereditata dal passato, una mostruosità concettuale e giuridica che occorre liquidare nel più breve tempo possibile.

Così la chiusura dei manicomi, cui la vulgata mediatica riduce l'essenza della 180, è, come si vede, una ben povera semplificazione. La 180 esprime in effetti una vera e propria rivoluzione che, sotto le parvenze di un ritorno al passato, pone la sfida niente meno che d'un ripensamento del significato della follia e il problema d'un nuovo rapporto con essa.

Il ritorno al passato è la restituzione che la 180 fa del diritto di cittadinanza ai folli; ovvero, nei termini spazial-strutturali sopra ricordati, è la reintegrazione di spazio della follia e di spazio della città, l'abolizione della loro distinzione costitutiva. Con la 180 i folli tornano nella città e la "città" torna ad essere il loro spazio di vita come lo era stato prima della divisione spaziale illuministica che fonda il manicomio.

In questo spazio cittadino i folli erano un tempo accolti secondo i modi d'un rapporto sacrale che all'interno della credenza in una trascendenza condivisa vedeva la follia come epifania del sovrannaturale: il probabile profetare, nel fabulare enigmatico e allusivo dello schizofrenico, il probabile diabolico nel seduttivo seminar zizzania dell'isterica. Del sacro appunto i tratti di codesto rapporto: fascino ed orrore; salvo, saltuariamente ed in particolari circostanze, il rituale sacrificale anche violento e cruento.

Codesto rapporto sacrale con la follia non si è mai estinto del tutto e ben lo sanno gli psichiatri usi a vedere un certo numero dei loro pazienti – gli schizofrenici giovani in via di cronicizzazione in particolare – fare una specie di pendolarismo fra il loro ambulatorio e il gabinetto dell'esorcista. Ma si tratta di una sub-cultura che sopravvive in una marginalità fra semincredula e semiclandestina. Era comunque impensabile che codesta cultura potesse essere ufficializzata da una legge come la 180, legge sanitaria d'uno stato moderno dell'occidente civilizzato.

Ma la scommessa autentica della 180 si giocava proprio su questo punto: trovare cioè con la follia di nuovo re introdotta nella città un rapporto consono alle ideologie d'una società largamente desacralizzata e che si dice tecnologica e post-industriale. Codesta ricerca implicava uno sforzo culturale d'ampio respiro dato che, a parte il modello sacrale ovviamente improponibile, anche gli altri modelli della moderna rappresentazione della follia erano in declino, quello psicodinamico in particolare; mentre il tentativo d'una vulgata tecno-farmacologica era già così usurato da poter essere bersaglio d'un sottile sarcasmo demolitore¹². Qui stava il fascino un po' inquietante della 180: l'apertura appunto d'una ricerca e la donazione di senso ad un rapporto – il rapporto fra la città e la follia – che i suoi sostenitori avevano fra l'altro già anticipato come stato di fatto col dimettere i malati dai manicomi prima che le strutture territoriali fossero state realizzate. Codesta ricerca consisteva sì, come anche in passato, nel dare un significato alla follia come essere-al-mondo, ma tenendo presente gli inediti parametri della situazione attuale: da un lato, cioè, che l'interlocutore folle riusciva ora, attraverso il filtro ombreggiante degli psicofarmaci, a proporre su di un piano verbale – lontano cioè dal folclore somatico tarantolico d'un tempo – la realtà virtuale del suo delirio; e d'altra parte, l'interlocutore normale si proiettava verso la realtà virtuale del suo spazio cibernetico partendo proprio dalla sostituzione del linguaggio usuale con i linguaggi informatici. Inoltre codesta apertura cibernetica dava all'interlocutore normale una tale plasticità comunicativa da risparmiare alla follia lo spigolo duro ed esacerbante della "normalità" canonizzante d'un tempo. Tanto per dire, l'offerta sessuale dell'ebefrenica ventenne gridata a corpo nudo dal balcone del primo piano, se era una lapidea certezza di scandalo per il dirimpettaio cavalier Rossi di ieri, ci si può chiedere cosa possa significare per il giovane *manager* dottor Bianchi di oggi, anch'egli dirimpettaio, ma per il quale quel corpo e quegli inviti si intrecciano e confondono con i corpi e gli inviti che emanano dal suo *computer*. E d'altra parte al neologizzare enigmatico della schizofrenica di fronte fanno eco con il loro ben articolato, ma altrettanto enigmatico eloquio arabo o cinese, le bellezze che dal ciberspazio fanno chiara offerta di sé.

¹² DALLE LUCHE R.: "Due apologhi sulla fine della psiche". Viareggio, Baroni, 1994.

Ma la capacità culturale del confronto fra la follia e la città è mancata alla 180; la legge si è notoriamente minimalizzata sul sociologismo assistenzialista elevato a verbo dai suoi mentori e cultori e si è sfiancata sulla loro strana pretesa che la follia si accomodasse nel banalizzante letto di Procuste dei bisogni. Una specie di proibizionismo ha così impedito il normale “commercio con la follia” suscitando la reazione che ogni proibizionismo suscita: il contrabbando. La follia è stata così contrabbandata sotto le vesti sociali.

L'unico spicchio di senso proprio che le è stato *concesso* è quello dell'acuzie: difficile, clamorosa e spesso violenta, è stato necessario anche per la 180 farle la concessione specifica dei Servizi di Diagnosi e Cura.

Invece alla cronicità più o meno recente – e ancora virulenta – la legge ha negato, per bocca dei suoi ideologi e mentori, lo statuto proprio che le spetta, e che è diverso sia da quello dell'acuzie che torna in guarigione, che da quello della cronicità placata in rassegnazione.

Incontenibile nelle maglie delle *provvidenze sociali* – e ci vuole infatti ben altro – si è preteso allora negarla come *acuzie recidivante* e passarla per competenza agli SPDC e ai loro tempi corti. Sono i malati della tipica *sindrome della porta girevole*. Entrano (quando c'è posto) ed escono e, dopo una settimana, tornano tal quali erano entrati là dove vivono ed imperversano. Sempre più sotto il dominio del delirio, delle sue stravaganze ed impulsi, vivono il dramma di un'esistenza che si sfalda ad enigma, al tempo stesso vittime ed attori d'un alieno volere.

Son questi i malati a finire fra i barboni e fra i tossici, nell'AIDS o nelle galere oppure al manicomio giudiziario. Nelle famiglie – quelle che ancora li reggono – trasforman la vita in calvario. Codesti cronici giovani sono in effetti i ricoverati di quel *manicomio virtuale*¹³ che ha una parte dei suoi reparti nelle case private e una parte in mezzo alla strada.

È per questa mancanza di cultura psicopatologica specifica e per il suo ripiegamento sulla banalizzazione sociale della follia che la 180 ha fallito il suo scopo: e se tradimento c'è stato, è quello culturale dei suoi chierici ed officianti.

Lo spazio della città non è così riuscito a diventare il luogo di quel confronto moderno fra ragione e follia che implica la sottolineatura delle differenze; ma è diventato uno spazio confusivo dalle multiple interpretazioni dove sull'aspetto rassicurante dei volti e dei luoghi noti e familiari, guizzano i folgoranti sussulti della estraneità, e dove l'irriducibile originalità dell'interlocutore folle si disperde nell'aneddotica della violenza come risposta al suo misconoscimento.

Continua intanto – *absit iniuria verbis* – l'affare delle Case di riposo che ospitano i pazzi tranquilli convenzionate con le ASL, e l'affare della speculazione immobiliare sulle richiestissime aree territoriali ex manicomiali.

Concludiamo col dire che non è esatto qualificare la 180 come cattiva legge, perché a ben guardare questa non è una legge, ma è solo la metà d'una legge. Speriamo che la Corte Europea obblighi l'Italia a completarla con la parte di competenza della cronicità psichiatrica.

Dott. Luciano Del Pistoia
Via Verdina, 28
I-55041 Camaiore (LU)

¹³ MARCELLO VENEZIANI, lo dice invece (Il Giornale del 28 giugno 2000) “Manicomio portatile che si chiama oblio”.