

CORPO, INTERNAMENTO E ALIENAZIONE NELLA STORIA DELLA PSICOPATOLOGIA DEL XX SECOLO

ANNA CAPRIATI

I. INTRODUZIONE ALLA STORIA DELLA PSICOPATOLOGIA MODERNA: PINEL, ESQUIROL E FOUCAULT SU INTERNAMENTO E ALIENAZIONE MENTALE

In questa parte iniziale cercheremo di analizzare, nel dettaglio, alcuni aspetti del libro *Psicopatologia, un'introduzione storica* di Civita¹, in cui l'autore già dal capitolo iniziale non mira ad un'unica interpretazione dello statuto epistemologico, storico e sociale intorno al concetto di psicopatologia. Civita, infatti, non vuole ricostruire la storia della psicopatologia attraverso strumenti d'indagine affini ad un solo solido corpo di conoscenze, appartenente ad una sola comunità scientifica. Come si noterà, l'autore ha davanti a sé diverse posizioni riguardanti i differenti ambiti e obiettivi instaurati nella ricerca psicopatologica che, data la molteplicità di sfondo, definisce *disciplina pluralistica* (p. 11). In questo senso, rimarcheremo alcuni criteri e scelte condivisibili che l'autore ci offre, partendo dalla differenziazione iniziale in tre aree: i sintomi psichici, le malattie mentali e la nosografia delle problematiche psichiche, o meglio, la loro classificazione.

¹ Il libro è stato suggerito dal professor Dibattista, e sarà la base di quest'analisi. Alfredo Civita (psicologo) insegna Epistemologia delle scienze umane presso l'Università di Milano, ed è membro dell'Associazione di Studi Psicoanalitici.

Chiedersi il “che cosa” sia un sintomo psichico – scrive Civita – è il presupposto di tutti gli studi sui “vissuti psicopatologici” e “comportamenti psicopatologici” che si manifestano, talvolta, con una sofferenza organica. In tal senso, in questa sede, prenderemo in considerazione un’area specifica, per la complessità e l’impossibilità riassuntiva, che richiama al «corpo psichico, vissuto, il corpo in quanto è esposto a ciò che accade nella nostra mente» (p. 12): dunque le malattie psichiche formano degli insiemi di sintomi psichici. D’altra parte, anche questo campo d’indagine individua diverse problematiche, spesso convergenti, di estrema difficoltà teorica, pratica e storica.

Civita pone la questione della vastità di questa scelta programmata e distingue quali sono le *dimensioni* della ricerca psicopatologica, affidate ad un particolare “atteggiamento conoscitivo”. La distinzione, che occorre riportare è la seguente: da un lato la dimensione *descrittiva* della psicopatologia, dall’altra la *dimensione strutturale* (p. 13)². Ovviamente, il termine *descrittiva* funge alla pura descrizione dei fatti psicologici, un ambito teorico e limitativo, ritenuto insufficiente e incapace di andare «al di là dei fenomeni cui accede». Invece la psicopatologia “strutturale” – seguendo Civita – deriva da una “esigenza di oltrepassare” il raggruppamento dei fenomeni manifesti, dunque non una chiara e distinta descrizione dei fatti ma invece una costante ricerca, còlta ad individuare i sintomi, le malattie psichiche e quindi le loro strutture. L’indagine psicoanalitica, ad esempio, studia quei processi che toccano i parametri dell’inconscio, al cui interno sono racchiusi i conflitti psichici del paziente (memorie, sogni, repressioni, istinti primordiali, e – in termini lacaniani³ – desideri e linguaggio). Consideriamo poi anche la psicopatologia fenomenologica, da Jaspers in poi, in cui s’intende la “complessiva forma di vita” e la psicopatologia cognitiva riguardante le disfunzioni cognitive e altro. Civita trova un elemento comune in tutti questi campi d’indagine che consiste nel portare «l’esplorazione psicopatologica oltre la superficie dei fatti per ricercare ciò che fonda e organizza la patologia psichica» (p. 14), detto altrimenti, alla profondità della vita.

² Civita spiega questa differenziazione “formale”, data la difficile comprensione dei diversi fatti psicopatologici che oltrepassa i livelli fenomenici (così come ci appaiono nella realtà), nelle sue diverse modalità d’osservazione.

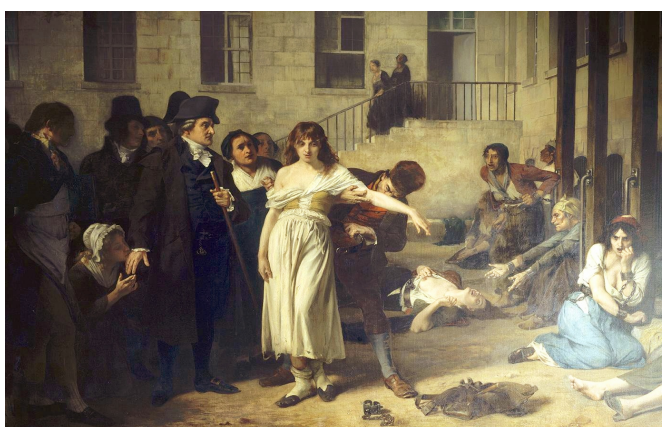
³ Il riferimento è alle teorie dello psicoanalista Jacques Lacan (1901-1981) mirate al “ritorno a Freud”; nella formulazione dei suoi *Scritti* del 1966, scrive: «L’inconscio parla perché soffre. L’inconscio è quel capitolo della mia storia che è marcato da un bianco e occupato da una menzogna; ed è il capitolo censurato. Ma la verità può essere ritrovata; il più spesso è già scritta altrove». Si richiama il capitolo *Lacan* fornito dal manuale *Storia della filosofia*, vol. 6 (2006).

Ora, è bene precisare che la psicopatologia non fonda l'intera conoscenza del sintomo, non stabilisce parametri terapeutici, ma reca una precisa chiarezza degli obiettivi clinici, a cominciare dalla diagnosi. Nel testo introduttivo di Civita, è già presente il ruolo fondamentale della psicopatologia e, infatti, appare ovvio – egli nota – che per diagnosticare un disturbo psichico «è necessario disporre di conoscenze psicopatologiche». Potremmo definire la psicopatologia come un pretesto teorico della diagnosi medica o, in altre parole, un sapere iniziale a tutte le discipline che hanno a che fare con le teorie cliniche negli ambienti della psichiatria, della psicologia clinica e della neuropsichiatria infantile. Queste discipline – spiega l'autore – si occupano del trattamento della malattia mentale nel quale sono preclusi i trattamenti di natura fisica come la prescrizione farmacologica effettuata dal medico. Interessante è proprio il ruolo della conoscenza psicopatologica come “cognizione di causa” e “trattamento supportivo e farmacologico” (p. 15), al fine di illuminare alcune complessità del paziente oltre le capacità esaminatrici del medico. In gioco, in questa difficoltà di scelta, la necessità di porsi delle domande riguardanti la storia della psicopatologia, in che modo ovvero concepire i concetti al fine di costruire un punto di partenza alla scelta stessa. Civita definisce questa scelta “fondazionale”, vale a dire il fondamento istituito all'orizzonte della ricerca psicopatologica.

Per ritornare ai temi indicati dal titolo, bisognerà anche qui fare una scelta, e tra le tematiche avanzate dallo psicologo Civita (avendo sott'occhio il testo qui in esame) appare il “fenomeno del grande internamento”. Nella nota numero 24 del capitolo *La psicopatologia antica*, come riferimento alle suddivisioni delle ricerche è riportato – un consiglio di Civita – un interessante approfondimento circa le profondità umane rispecchiate nelle radici storiche del pensiero e della *pratica psichiatrica* dimostrate dalle diverse opere di Foucault, di carattere filosofico, etico e politico. Ancor prima, il passaggio dalla psicopatologia medievale alla psicopatologia moderna è segnato dallo psichiatra francese Philippe Pinel (1745-1826), che potremmo definire vero fautore della “rivoluzione copernicana” nel contesto medico-psichiatrico. Assistendo nella sua opera di medico a un continuo affronto violento nei confronti dei malati, visti nella società illuministica francese come “alienati”, Pinel compose vari saggi per la composizione di “terapie morali” nel tentativo di liberarli dalle catene manicomiali, a favore ovvero di un'attenzione terapeutica al malato mentale. Paradossalmente, questo isolamento curativo ha portato – come sappiamo – a una reclusione esterna al sistema sociale, ma tuttavia il contributo di Pinel rappresenta una spinta liberatoria al sistema repressivo del mondo asilare.

Su un altro piano, dal punto di vista politico, Foucault iniziò negli anni Sessanta a mettere in dubbio il progresso salvifico e rivoluzionario di Pinel, che svaluterebbe il potenziale di verità intrinseco nella follia (interpretazione dell'autore). In ogni caso "il rispetto alla dignità umana" del malato è la formulazione che Civita riporta da un passo dell'*Introduzione al Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale o la mania* (1800) e che, in qualche modo, teorizza il primo approccio formale alla psicoterapia⁴:

E ancora bisogna armarsi di coraggio e di costanza contro un ostacolo di altro genere: ovvero l'umore ombroso e l'estrema diffidenza degli alienati per tutto ciò che li circonda; il che li conduce spesso a dissimulare o a condannarsi a una taciturnità che non si riesce a vincere.



Tony Robert Fleury: *Philippe Pinel Releasing Lunatics from Their Chains at the Salpêtrière Asylum in Paris in 1795*

Il senso moralistico – escludendo/includendo i processi scientifici, le espressioni biologiche e le classificazioni dei sintomi mentali del *Trattato* – è espresso in chiare lettere.

⁴ Il collegamento all'opera di Pinel, con gli opportuni riferimenti a passi, citazioni e fonti storiche, è sempre garantito dal lavoro di Alfredo Civita, nel capitolo *Psicopatologia moderna. Il XIX secolo*, pp. 65-71, oltre ad essere curatore del *Trattato* (Pinel, 1987). Inoltre questo saggio è solo una prova orientativa – di impianto teoretico – in modo tale da suscitare un particolare interesse al lettore o, si spera, una futura ricerca di tesi triennale. I caratteri in corsivo non sono dell'autore ma evidenziazioni scelte e significativi ai temi proposti in questo breve saggio.

E ancora (Civita, p. 68):

Se si vogliono tracciare e descrivere i fenomeni dell'alienazione mentale, ovvero di una qualunque lesione nelle facoltà intellettuali e affettive, se ne ricava solo confusione e disordine; si colgono solo degli aspetti fuggevoli, che ci illuminano per un momento e ci lasciano poi in una ancor più profonda oscurità, se non si assume come solido punto di partenza l'analisi delle funzioni dell'intelletto umano.

Tralasciando l'accurata distinzione in cinque "specie di alienazione" operata da Pinel (mania, delirio, demenza, idiotismo, malinconia), esiste una forma nuova di pensare al singolo sintomo psichico; infatti – come ben denota Civita – «i sintomi ci dicono qualcosa, ma a patto di essere disposti ad ascoltare e capire». Dunque, questa straordinaria "terapia morale" serve al medico per superare le barriere dei fenomeni apparenti e – seguendo l'orientamento prospettico di Civita – per svelare attraverso uno sguardo interiore "il segreto della follia" (p. 67)⁵.

Questa attenzione verso il tema delle passioni e del trattamento morale, sarà parte integrante, pur rinnovata, del fondatore della clinica psichiatrica moderna, Etienne Esquirol (1772-1840). Non si tratta qui più del solo ascolto del paziente ma di una diagnosi sempre più concreta, "pragmatica" rispetto all'utopia rivoluzionaria di Pinel, che rende quindi più ricca la modalità espositiva della clinica psichiatrica. Per *penetrare il segreto*⁶, Esquirol esamina i sintomi come una costellazione di sensibilità; infatti – Civita sembra toccar con mano la svolta emotiva e complessa della figura di Esquirol – in un passo dedicato alla *malinconia* si può leggere⁷:

L'immobilità del corpo, la fissità dei tratti del volto, il silenzio ostinato tradiscono la costrizione dolorosa dell'intelligenza e de-

⁵ Inoltre, come è noto ed esplicitato dalle letture critiche di Civita, Pinel ha avuto i suoi limiti in campo psicologico e psicopatologico, una certa *ambiguità* nelle sue trattazioni, contestabili nella contemporaneità. In quel determinato periodo storico, però, nonostante la visibilità dei soggetti visibili (e leggendo il *Trattato* si possono riscontrare alcuni capitoli riguardanti "le femmine", i loro racconti e manie, spesso figlie abbandonate o mogli senza mariti con figli), Pinel ha dato basi e intuizioni a ciò che i suoi successori chiameranno *psicopatologia descrittiva moderna*.

⁶ Espressione trovata in una delle citazioni di Pinel, riferita allo stato mentale del paziente.

⁷ Tratto dalla descrizione della mania in *Des hallucinations e Des illusions chez les aliénés* di Esquirol, 1838.

gli affetti. Non è più un dolore che si agita, si commiserà, che urla, piange, è un dolore che tace, che non ha lacrime, impassibile. Nello stato di esaltazione dolorosa della sensibilità [...] un abisso, essi dicono, li separa dal mondo esterno. Io sento, vedo, tocco dicono [...] ma non sono come prima; gli oggetti non arrivano fino a me, non si identificano con il mio essere; una nube spessa, un velo cambia il colore e l'aspetto dei corpi.

Il corpo assume un significato, anzi cambia di senso nello sfiorar l'oscurità, l'abisso del dolore che inquieta e stordisce le immagini della realtà. In sintesi, Pinel ed Esquirol cercano di sostituire l'isolamento e la contenzione, con strategie volte a ricercare una qualche forma di comunicazione con i malati. Gli alienati e le alienate ricevevano cure, assistenza e ascolto, svolgevano attività artistiche come la pittura, la scultura e la musica⁸.

Le critiche successive a questo tipo di approccio asimmetrico medico-paziente solo attraverso lo sguardo (o l'osservazione dei corpi) e il dialogo – di impronta “relazionale” con il manicomio – saranno suggestive nell'avvento della psicoanalisi e in filosofi come Foucault. Partendo da queste premesse, in alcune pagine della *Nascita della clinica* del 1969, Foucault vede lo “sguardo del medico” settecentesco e otto-

⁸ In internet è possibile aver conto del testo formato e-book del *Trattato* di Pinel, con *Prefazione* e trad. di Costantino Vaghi, tipografia Orcesi, 1830. Nello scorrere le varie pagine, al capitolo VIII di *Mutazione di carattere morale nell'alienazione*, Pinel ad un certo punto argomenta: «Consultando in effetto i registri dell'ospizio degli alienati di Bicêtre, trovati inseriti molti preti e monaci, come pure uomini di campagna travati a motivo di un quadro spaventevole che loro presentava per l'avvenire; molti artisti, pittori, scultori o musicisti, alcuni poeti *all'estasi spinti per le loro produzioni*, un assai grande numero di avvocati o di procuratori, ma non vi si rinviene al coro degli uomini che “abituamente” esercitano le loro facoltà intellettuali; nessun naturalista, nessun abile fisico, nessun chimico, fa più forte ragione, nessun geometra». Altro passo interessantissimo, è un racconto letto nel II capitolo, *Lesioni della percezione degli obbiettivi esteriori nell'alienazione* (pp. 71-73): «Una giovane di ventidue anni, cui un amore infelice precipitò nel traviamiento della ragione, conserva ancora, tutta la *vivacità dello sguardo*, e passa colla rapidità del fulmine da un'idea ad un'altra affatto differente: qualche volta usa espressioni tenere e di decenza piene, poscia discorsi lordi, osceni, ed un aperto eccitamento ai piaceri, ed alle delizie dell'amore, un momento dopo è tutta gonfiezza di vanità, ed un tuono spiega di arroganza e di comando, ben tosto credesi regina, ed il di lei portamento è fiero e maestoso, e guarda con “sospetto” le sue compagne d'infortunio, ammonizioni, rimostranze, tutto è inutile, ella sembra intender nulla, e cedendo alle bramosie fugaci del momento, qualche fiata rapidamente corre, canta, grida, balla».

centesco inserito in un rapporto di potere con l'istituzione di appartenenza (l'ospedale psichiatrico), vale a dire che l'autorità del medico prevale sul folle. Uno sguardo sulla malattia – intende Foucault (cfr. 1969, pp. 20-35) – dovrebbe essere in linea di principio estraneo ad ogni *inclusione istituzionale*. Tornando indietro, Civita nota tratti distintivi del carattere suggestivo e coinvolgente di Foucault e la sua analisi sul grande internamento, sul suo significato etico e socio-economico dell'Europa del XVI e XVII secolo. Una spiegazione netta riguarda lo scorrere della storia delle sanguinose guerre e l'avvenimento del grande internamento come cinica conseguenza del potere di fronte a queste tragedie (internamento in grandi case di ricovero di mendicizia per invalidi, folli e poveri come la base su cui si fonda – come sappiamo – la teoria di Foucault sulla relazione tra follia e potere, tra follia e processi di soggettivazione).

Attraverso il passo presentato da Civita da *Storia della follia in età classica* (Foucault, 1963), è possibile comprendere l'esclusione del folle dal suo orizzonte sociale, esso infatti: «Non appare più come un essere umano, ancora accessibile alla ragione, ma come un essere irrimediabilmente diverso, un alienato». In questo universo dei *sommersi e salvati*⁹, i “subumani” dell'Illuminismo regnano nel trionfo di una *sragione scatenata*. Foucault – con un'originalità di per sé ancora attuale e terrificante – scrive sulla percezione dello straniero, del diverso misconosciuto dallo Stato di diritto che «nessuno riconosceva più»: il volto del moderno guardava il folle con la propria *volontà alienata* (Civita, pp. 55-56), creando tra sé e l'altro da sé uno “spazio d'internamento”.

Infine, Civita ci segnala una nota con il riferimento alla critica mosca dal filosofo Derrida (1971) al testo di *Storia della follia* di Foucault, alla quale lo stesso Foucault risponde nell'appendice delle edizioni successive al proprio libro (1973), ed è certamente curioso quanto scrive sul *senso dello scrivere un libro*:

Un libro si produce, avvenimento minuscolo, piccolo oggetto maneggevole. E da questo momento preso in un gioco senza posa di ripetizioni; i suoi doppi, attorno e lontano da lui, si moltiplicano; ciascun lettore gli dà, per un istante, un corpo impalpabile e unico; frammenti circolano, che sono fatti passare per lui, che si dice lo contengano quasi tutto e nei quali alla fine gli capita di

⁹ Cfr. P. Levi, *I sommersi e i salvati* (1996). Nella *Prefazione*, si fa riferimento ai malati mentali: «La consapevolezza dell'enormità, e quindi della non credibilità, di quanto avveniva nei Lager [...] e non solo nei Lager, ma nei ghetti, nelle retrovie del fronte orientale, nelle stazioni di polizia, negli asili per i minorati mentali».

trovar rifugio; i commenti lo raddoppiano: altri discorsi in cui deve infine apparire lui stesso, riconoscere le cose che ha rifiutato di dire, liberarsi di quel che, rumorosamente, fingeva di essere. La riedizione in un altro tempo, in un altro luogo, è daccapo uno di questi doppi: né completa illusione né completa identità.

In questo “riconoscere le cose” che questo saggio – scritto per un seminario – si pone e impara da sé i propri limiti, margini di errore in conflitto oppure non chiariti. Per concludere con il nostro caro Foucault:

L'onestà sarà questa. Non cerchiamo né di giustificare questo vecchio libro né di riscriverlo oggi; la serie di avvenimenti cui appartiene e che sono la sua vera legge, è tutt'altro che conclusa. Quanto alla novità non fingiamo di scoprirla come una riserva segreta, come una ricchezza al primo colpo non scorta: è fatta unicamente delle cose che sono state dette sul suo conto, e degli avvenimenti nei quali è stato coinvolto. (ivi, pp. 4-5)

II. PSICOANALISI E PSICOPATOLOGIA: CORPO, DESIDERIO, CURA DI SÉ E LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

Nel corso del Novecento gli orientamenti della psicopatologia, in contrasto alla psichiatria tradizionale, sono per lo più tre: l'orientamento psicoanalitico, quello fenomenologico e quello clinico-strutturale. Prenderemo qui in considerazione il primo aspetto, vale a dire come la psicoanalisi affronta i sintomi psichici, e aggiungeremo delle argomentazioni interessanti circa la posizione dell'analista per la “cura” del paziente e il complesso anima-corpo nella psicoterapia. Civita dedica un intero capitolo sull'interpretazione freudiana dei sintomi, estrapolando racconti clinici dall'*Introduzione alla psicoanalisi* come punto cruciale della base psicoanalitica. Scrive l'autore: «Laddove si arresta la psichiatria, lì prende avvio l'*esplorazione* analitica»¹⁰ e ci invita ad ascoltare le parole di Freud (il caso di una donna affetta da delirio di gelosia dopo l'innamoramento): «L'idea delirante non è più qualcosa di assurdo: è *dotata di senso*, è ben fondata, rientra nel contesto di un'*esperienza vissuta* con intensità affettiva dall'ammalata».

Il sintomo non assume più la funzione di singola anomalia ma diventa un fascio di relazioni psichiche, collegate in un duplice *senso*: nel

¹⁰ Civita richiama al senso soggettivo e relazionale delle varie analisi di Freud, senza dividerne necessariamente gli approcci (pp. 106-116).

“vissuto” del paziente (esperienze di vita, la quotidianità) e quindi nella parte nascosta che Freud chiama *inconscio*, ed è qui il ruolo dell’analista come s-copritore di un noumeno¹¹ (o se preferite di una *oscurità*) inspiegabile nel fenomenico. Lo psicologo Civita vuole dimostrare come la conoscenza psicoanalitica vede nel ruolo dell’analista, da Freud ad oggi, il senso della cura come *relazione personale* con il paziente (pp. 106-7). Il che potrebbe corrispondere alle parole del nostro caro Foucault quando in *L’ermeneutica del soggetto*¹² dimostra la relazione del sé con la dimensione cosmica in questi termini: «Esplorare i segreti del mondo invece di volgersi verso i segreti del mondo interiore: in tutto ciò consisterà la “virtù” dell’anima».

Esaminiamo ora due “patologie classiche”: l’isteria e la malinconia. Il modo in cui la psicoanalisi analizza la malattia mentale implica un’interpretazione delle cause e dei vari processi formativi della psicopatologia stessa. Freud si occupò molto di isteria e, in vari suoi trattati, descriveva i comportamenti delle sue pazienti (per di più donne isteriche) in modo dettagliato e pieno di parole ricche di vissuti: «Quando la paziente s’accostò al letto della sorella morta, affiorò per un attimo in lei un’idea che si potrebbe rendere all’incirca con le parole: ora è libero e può sposarmi¹³».

In termini psicoanalitici freudiani questo ricordo era stato *rimosso* dalla paziente, dato l’amore “incestuoso” verso il proprio cognato, provocandole dei gravi sintomi isterici. Dopo le sedute, risultò – secondo Freud – che lei aveva dimenticato questo impulso (inconscio) egoistico nei confronti della sorella e che quindi nella nuova consapevolezza dolorosa del gesto poté guarire. All’origine dell’isteria, e anche della nevrosi ossessiva, vi è quindi la rimozione imperfetta di un *desiderio* sessuale in un soggetto che, a partire dalla sua dotazione di personalità, non lo può tollerare. Il desiderio preme nell’Io e si apre nella coscienza che al tempo stesso resiste alla pulsione del desiderio sessuale. La *formazione sostitutiva* del desiderio è il sintomo isterico. Dunque il sintomo non è estraneo al processo psichico – dice sempre Civita – e tra il sintomo e il desiderio esiste una relazione simbolica, vale a dire il sintomo allude simbolicamente al complesso desiderio di cui è il sostituto

¹¹ Termine kantiano; nella *Critica della Ragion Pura* si parla (in breve) di una differenza sostanziale tra “la cosa in sé” e il “noumeno”, ovvero dei confini extra-fenomenici che non si possono conoscere razionalmente.

¹² Cfr. M. Foucault (1963, pp. 236-248). Riferimento particolare al saggio di Ottavio Marzocca *Un’ascesi senza ascetismo. L’ultimo Foucault tra cura di sé e temperanza*, pp. 116-117.

¹³ Freud S., *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909), il caso di Elisabeth von R.; in Civita, 1999, p. 108.

(1999, p. 109), non solo a livello psichico, però, ma anche corporeo. Infatti la relazione corpo-isteria – tra corpo e nevrosi – si instaura a partire dalla *sessualità*.

Civita conosce bene i limiti delle teorie freudiane ma preferisce soffermarsi sull'analisi dei sintomi nevrotici, prodotti da un'elaborazione psichica inconscia alla quale sono presenti più istanze (personalità): il desiderio sessuale, il senso morale e la necessità del reale. L'importanza di Freud – secondo l'autore – consiste nell'aver almeno *pensato* la sessualità come di origine biologica ma con espressione a molteplici livelli, nella sfera intrapsichica e nelle *relazioni interpersonali* (p. 111). Freud era contrastato dall'opinione pubblica e morale sulle sue considerazioni verso la sessualità femminile, contrasto dovuto anche alla sua appartenenza ad una cultura novecentesca ancora radicata in un sistema di tipo patriarcale e di potere dominato dalla figura maschile.

Tale rimozione sessuale come danno alla vita sociale e caos psicopatologico, comportò un mutamento della visione della sessualità. In accordo ad una mancanza, vi è la *malinconia*. Stando a Freud – e ai testi riportati dallo studio di Civita – il malinconico si *autoaccusa*, cioè si auto-rimprovera di fallimenti, mali morali e inquietudini da sé (nella sua *coscienza morale*), colpevolizzandosi della separazione dal suo oggetto d'amore. L'offesa patita provocherebbe una scissione/lacerazione all'interno dell'Io verso un processo maligno che il malinconico non riesce a ricucire. La teoria freudiana della malinconia, al di là delle discrepanze e insensatezze, è quella più eloquente come base della psicoanalisi contemporanea e ha rilievo nell'evoluzione di uno studio dell'umano più vivo di *passioni* e vissuti, leggendo i sintomi psichici come razionali e non informi o illogici. Il processo malinconico è riassumibile in due presupposti:

- Scelta oggettuale e narcisismo regressivo: il sé cercato nell'altro (soggetto/oggetto) d'amore;
- L'ambivalenza dell'investimento libidico, oggetto amato e odiato. Se amato, la perdita dell'oggetto è una perdita dell'Io. Se odiato, prevale l'accanimento di una personalità sull'altra. Freud appunto così spiega: «L'analisi della melanconia ci insegna che l'Io può uccidersi solo quando, grazie al ritorno dell'investimento oggettuale, riesce a trattare *sé stesso come un oggetto*» (Civita, 1999, p. 114).

In filosofia, il concetto di malinconia è espresso ulteriormente dalla cultura esistenzialista e, in particolar modo, S. Kierkegaard definì la malinconia come una concezione “paradossale” dell'esistenza, che non

può essere interpretata nei termini del razionalismo scientifico. Impressioni di malinconia risplendono lungo tutto il suo *Diario*: «La mia vita come tutto nella sfera a cui appartengo e per cui io lavoro è la sfera del paradosso; il positivo è riconoscibile dal negativo [...] la mia vita è continua malinconia come una notte» (1975, p. 346).

Il chiaroscuro dell'angoscia e della malinconia può essere rintracciato, tra gli altri, anche in un quadro di Francisco Goya (1812-1819) conosciuto come *La casa dei matti* o il *Manicomio*, opera che dà il senso della centralità nel pittore spagnolo della rappresentazione della follia e della denuncia sociale al maltrattamento terapeutico degli ospedali psichiatrici.



Per ricapitolare, la psicopatologia della psicoanalisi del XX secolo ha comunque raggiunto basi teoriche-scientifiche inviolabili:

1. *I sintomi che formano la malattia mentale sono provvisti di senso*¹⁴, un nucleo di forze e attività psichiche che operano in modo finalistico;
2. *L'inconscio è una dimensione costitutiva e preponderante della vita psichica normale o patologica.*

In tutto questo, che ruolo assume la filosofia nei confronti della psicopatologia?

¹⁴ In questo caso i riferimenti in corsivo sono di Freud.

Sarà quindi l'orientamento fenomenologico-esistenziale della storia della psicopatologia novecentesca, che vede Karl Jaspers suo fondatore, a darci una risposta. L'opera principale che dà avvio alla ricerca è – come sappiamo – la *Psicopatologia generale*¹⁵ del 1913, in cui la filosofia assume due metodi: quello fenomenologico di Husserl e quello della distinzione spiegare/comprendere di W. Dilthey (1883).

Ad un certo punto Civita, i cui passi stiamo qui seguendo, si focalizza sull'affermazione più discussa di Jaspers, e cioè che la vita psichica *schizofrenica* (vissuti *incomprensibili* del malato) è inaccessibile all'immedesimazione e quindi alla comprensione. La schizofrenia – secondo Jaspers – comporta una radicale *alienazione*: la psiche schizofrenica può essere solo *spiegata* dall'*esterno*, attraverso fatti biologici. Nonostante le modalità diverse (cfr. Civita, 1999, p. 127), la psicopatologia fenomenologica e quella psicoanalitica compiono una medesima operazione epistemologica, il loro sforzo va infatti nel non isolare la malattia e invece collegarla alla complessità dei vissuti del soggetto, facendole assumere un carattere intelligibile, cioè dotato di senso.

Jaspers, inoltre, chiarisce nel capitolo *Del compito terapeutico* a proposito della psicoterapia: «Psicoterapie si chiamano tutti i *metodi di cura sull'anima* o sul *corpo* con mezzi che sempre si rivolgono all'anima. Richiedono tutti la *cooperazione volontaria* dei malati¹⁶».

E nei vari metodi descritti, Jaspers, ad un certo punto, si pone una domanda:

Il medico vuole aiutare il malato a diventare trasparente a sé stesso. [...] Chi può osare di illuminare un'anima fino alle sue profondità, se non è sicuro che l'uomo possa far forza su sé stesso e possa vivere sul proprio fondo originario, quando questo sia stato messo a nudo, oppure di fronte alla impotenza umana possono essere di pronto ausilio e siano i benvenuti i mezzi della grazia di una istanza oggettiva?

Così si risponde:

Qui, dove guida la ragione filosofica, tutto dipende dalla personalità dello psichiatra e della sua visione del mondo. Possono tal-

¹⁵ In questa sede, l'opera è stata studiata in alcuni capitoli dell'edizione del 1964, trad. prof. Dott. Romolo Priori, Il pensiero scientifico editore, Roma. Civita dedica un intero capitolo all'analisi di quest'opera e dei suoi successori ma non riguarderà questo lavoro.

¹⁶ Parte dell'opera intitolata *Appendice*, ovvero lo studio sulla relazione medico-paziente, pp. 887-895.

volta sorgere tali difficoltà e tali conflitti, che ogni medico potrà prendere le sue decisioni solo in base a convinzioni intuitive e non per motivi scientifici.

Jaspers (cfr. 1964, p. 888) spiega la “dura verità” del medico con un pezzo dell’opera *Macbeth* di William Shakespeare:

Macbeth chiede al dottore di Lady Macbeth: «Come sta la malata, Dottore?»

Medico: «Non tanto malata, Signore, quanto tormentata da violente fantasie, che le tolgono la pace».

Macbeth: «Scacciale: Non sei capace di guarire un animo sofferente, di sradicare il significato del profondo dolore, di cancellare la preoccupazione segnata nel cervello, di liberare il petto oppresso da un pesante peso, che le schiaccia il cuore?»

Medico: «In questo caso il malato deve saper guarire sé stesso».

Sembra qui ritornare l’importanza della *cura di sé* dettata all’inizio, e non solo. Jaspers che dedica una sezione proprio sull’*internamento e il trattamento ospedaliero*, così scrive:

L’internamento avviene spesso contro la volontà del malato e già per questo lo psichiatra si viene a trovare di fronte ai propri malati in una posizione diversa da quella di altri medici. [...] Nei tempi recenti i malati mentali sono occupati per quanto è possibile in lavori, specialmente agricoli e manuali. [...] possono avere un’esistenza sopportabile e anche utile.

E sul lavoro, quando possibile, aggiunge (pp. 890-891):

Si suole dire che il lavoro con il miraggio di uno scopo nel mondo otterrebbe un sentimento di impegno, e rafforzerebbe il sentimento di sé; dirigerebbe l’impulso irrequieto dei malati in vie ordinate, porrebbe le inibizioni necessarie e proteggerebbe contro il fissarsi nei propri stati d’animo (Nietzsche)¹⁷.

Jaspers sembrerebbe perplesso da questa visione moderna, infatti successivamente scrive che i *manicomi* sono “un mondo a sé” e il loro

¹⁷ Nietzsche citato dallo stesso Jaspers.

“spirito” è determinato dall’atteggiamento del direttore e dei medici e dalla tradizione culturale:

L’ambiente del manicomio crea un mondo. L’ordine che vi regna determina il quadro che assumono le malattie. [...] Resta il fatto fondamentale della costrizione. È considerato decisivo il passo di Pinel quando “liberò i pazzi dalle catene”. L’evoluzione del trattamento degli ospedali nel XIX secolo ha potuto abolire i quadri ripugnanti, ma le catene furono sostituite dalle iniezioni di scopolamina e dai bagni permanenti né si poté fare completamente a meno dei letti a cassa e delle celle di isolamento. Si abolì il vecchio ciarpame dei mezzi di tortura, lo spirito delle cliniche si modificò, ma il principio fondamentale della costrizione non poté essere abolito.

Quindi Jaspers, intendendo per “spirito” di chi comanda l’“ordine” a sé della psichiatria manicomiale, ha anticipato quello di cui Foucault parlerà nel 1963 in *Nascita della clinica: un’archeologia dello sguardo clinico* sullo “sguardo del medico” mescolato agli interessi di potere?

Ne *Le nuove immagini dell’esclusione* (1973), un saggio di Robert Castel, uno dei più importanti collaboratori di Franco Basaglia e di PSICHIATRIA DEMOCRATICA, il discorso sulla reclusione dei malati mentali nei manicomi in Italia è esposto dai quadri drammatici e intensi di Gino Covili¹⁸. Egli afferma che l’esclusione (dopo la legge 180 di Basaglia e la chiusura definitiva dei manicomi in Italia) è ancora un fenomeno attuale, declinato in forme diverse (basti pensare alle politiche conservatrici o ai movimenti di pensiero inclini al protezionismo sfrenato). L’*escluso* è brutalmente riferito al *diverso*, allo *straniero*, come concetti naturali privi di fondatezza.

In paesi che si dicono democratici, restano così degli spazi che ricordano i campi di concentramento e i gulag. Come mostra anche il sociologo Erving Goffman nel suo libro *Asylum*, i manicomi sono delle “istituzioni totali o totalitarie”. Una *spersonalizzazione* questa che non riguarda solo la malattia psichica, ma l’alienazione dal corpo, la sottomissione, la riduzione ad un oggetto lacerato in sé, il soggetto “stigmatizzato sociale” come direbbe Basaglia (cfr. Castel, pp. 45-46).

Oggi osserviamo fenomeni di esclusione sociale fare anche vittime, nelle condizioni misere dei braccianti nei ghetti, nei lavori di sfrutta-

¹⁸ Un ringraziamento speciale al professore Ottavio Marzocca, docente di etico-politica presso l’Università degli studi di Bari “Aldo Moro”, per avermi consigliato il testo *Gli esclusi* di Gino Covili.

mento e nel continuo fenomeno di immigrazione non controllato. Attraverso una vigilanza attenta, politiche di assistenza comunitaria e inserimento – osserva Castel – è possibile il re-integrando delle popolazioni in modo preventivo. Questi esclusi possono sempre esprimersi, non subiscono solo il destino di essere esposti come corpi vulnerabili, ma sono invece anche plasmatori di segni, lettere, pittura e ascolto. Questo silenzio assordante è la loro follia piena di parole.

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano N., Fornero G. (a cura di) (2006): *Storia della filosofia*, vol. 6: *Il pensiero contemporaneo: dagli sviluppi del Marxismo allo Strutturalismo*. ed. L'Espresso, Roma
- Basaglia F. (1968): *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino
- Castel R. (1973): *Le nuovi immagini dell'esclusione*, in Covili G., 2007
- Civita A. (1999): *Psicopatologia: un'introduzione storica*. Edizione Carocci
- Covili G. (2007): *Gli esclusi 1973-1977*. Quodlibet, Macerata
- Foucault M. (1963): *Naissance de la clinique*. Tr. it.: *Nascita della clinica, Un'archeologia dello sguardo clinico*. Einaudi, Torino
- ... (1972): *Mon corps, ce papier, ce feu*, in *Histoire de la folie*. Gallimard, Paris, 1973. Tr. it.: *Il mio corpo, questo foglio, questo fuoco*, trad. di Franco Ferrucci, prefazione e appendici tradotte da Emilio Renzi e Vittore Vezzoli. R.C.S. Rizzoli, B.U.R., 1976
- Jaspers K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. Tr. it.: *Psicopatologia generale*. UTET, 1964
- Kierkegaard S. (1834-1842): *Diario*, edizione italiana ridotta su licenza Ed. Morcelliana. BUR, 1975
- Levi P. (1986): *I sommersi e i salvati*. Einaudi, Torino, 1996
- Marzocca O. (2008): *Un'ascesi senza ascetismo. L'ultimo Foucault tra cura di sé e temperanza*, in Manfredi M. (a cura di): *Variazioni sulla cura*. Editore Guerini e associati, Milano
- Pinel Ph. (1801): *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*. Tr. it. di C. Vaghi.: *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale o la mania*. ETS, 1985

Anna Capriati
Via Mayer 19/B
I-70123 Bari
(annacapriati60@gmail.com)