

IL PARADIGMA PSICOPATOLOGICO E LA LEGITTIMAZIONE DELLA PSICHIATRIA

LUCIANO DEL PISTOIA

Per questi scritti in memoria di Giovanni Gozzetti ho scelto l'argomento del paradigma psicopatologico perché, essendo un tema per così dire colto, a quella persona colta che era Gozzetti avrebbe di certo fatto piacere.

I. UNA DEFINIZIONE DEL PARADIGMA PSICOPATOLOGICO

Il paradigma psicopatologico è notoriamente quella concezione della follia che una cultura di volta in volta produce e adotta e che la psichiatria, entrando con essa per così dire in “risonanza”, traduce nei termini tecnici di teoria psicopatologica, in base alla quale informa e legittima il suo fare terapeutico e organizza le istituzioni che le sono affidate.

Ma c'è subito da dire che quest'affermazione vera in teoria richiede sul piano pratico almeno due precisazioni che la relativizzano.

La prima è che il potere normativo del paradigma psicopatologico appare storicamente tutt'altro che totalizzante sulla pratica psichiatrica. La storia della psichiatria è infatti tutto un mostrare come la psichiatria divenga spesso “altra” da come era stata pensata, nel suo obbligato passare attraverso i filtri e le secche di leggi, regolamenti, risorse materiali e anche attraverso il livello culturale e professionale dei suoi rappresentanti.

È anche però vero che codesto paradigma, pur quando sia disatteso o tradito, rimane un modello di riferimento non solo concettuale ma anche etico e civico; rimane cioè una specie di dover-essere rispetto al quale la realtà della psichiatria può essere, di volta in volta, e *legittimamente*, giustificata, criticata, migliorata o anche rifiutata.

La seconda osservazione per dire che, pur essendo il paradigma psicopatologico una dimensione ineludibile, in quanto *strutturante*, della psichiatria, non sempre la sua presenza è nella psichiatria di un'evidenza immediata. Esso ha infatti due modi molto diversi di apparirvi: il più spesso vi appare in maniera implicita e sottaciuta, più raramente in maniera esplicita e dichiarata. Questi due modi sono ricorrenti nella storia della psichiatria e corrispondono ciascuno a momenti diversi della psichiatria stessa: quello della crisi e della ricerca da un lato, quello della *routine* e dell'ovvietà consolidata dall'altro; e a cui val la pena di apporre qualche parola di chiarimento.

Nei momenti di crisi (terapeutica, istituzionale, ideologica...), quando ci si interroga sul *sensu del fare psichiatrico*, il problema del paradigma ritorna in primo piano per un ripensamento critico che di solito va dalla revisione al rifiuto, più raramente alla conferma: ed esempi in proposito non ne mancano certo.

Un esempio di revisione – anche fortemente critica – sono le correnti di pensiero psicodinamica e fenomenologica del primo '900 che, pur con le loro differenze, concordano nel rifiuto dell'organo-meccanicismo determinista della psichiatria neurologizzante di fine '800 che allora dominava. È vero che un forte residuo di codesto determinismo rimane nella concezione psicoanalitica, ma c'è da dire che esso vi appare modificato da una rilettura psicologica che lo apre all'alea dell'intreccio verbale della terapia.

L'atteggiamento fenomenologico, invece, appare meno zavorrato da codesto determinismo con la sua concezione della follia come espressione dell'intenzionalità della coscienza e come costruzione di mondi umani *sui generis*. Ma, a parte le loro differenze, comune è la ricordata insofferenza di psicoanalisi e fenomenologia per una neuropsichiatria invecchiata nel suo positivismo e ormai incapace per questo di dare alla follia un senso nuovo, al gusto di tempi cambiati¹.

¹ Da notare *en passant* che il punto dove queste due correnti di pensiero portano il loro attacco alla neuropsichiatria è il *paradigma* che la fonda e che pretende di equiparare la follia alla disfunzione di una meccanica cerebrale, del resto, per quanto riguarda le funzioni psichiche, pressoché sconosciuta. Certo, ci sarebbe voluto ben altro per scalzare le posizioni di potere che codesta neuropsichiatria s'era fatte in circa mezzo secolo di dominio e sulle quali, infastidita da questi attacchi, s'era

Un esempio, invece, di rifiuto totale del paradigma psicopatologico di matrice medica può essere quello degli antipsichiatri di fine '900, che rigettarono come *borghese* e *classista* tale paradigma e la lettura della follia ad esso correlata in termini di malattie, per asserire in sua vece un paradigma – che veramente era solo uno slogan di tipo politico-ideologico – a pretendere le malattie mentali come un artificio della repressione capitalista sul proletariato. Un'affermazione che vale per quello che vale, ma che conferma il ruolo fondante del paradigma che vado sostenendo, visto che anche qui il paradigma veniva indicato come il punto dove si porta l'attacco quando si vuole distruggere una psichiatria. Cosa che ben sapevano le due o tre teste pensanti di quel movimento.

Questi esempi, dunque, a illustrare cosa siano i momenti di crisi e di ricerca della psichiatria; nei momenti, invece della *routine* e dell'*ovvietà consolidata*, la psichiatria non ha ragione di mettere in discussione il suo paradigma psicopatologico, almeno finché esso non cessa di dare l'ebbrezza della scoperta e della rilettura – in sintonia con i tempi nuovi – di vecchie ovvietà ormai non più convincenti.

Va tuttavia fatto notare che codesto *silenzio epistemico* appartiene solo alle psichiatrie incolte e irrigidite sul loro dogmatismo, mentre nella psichiatria colta, l'unica cioè degna di fregiarsi di questo nome, la discussione sul paradigma non tace mai; e questo sia per la sensibilità, che le è connaturale, agli stimoli filosofici e antropologici, sia per la sua attenzione alla dignità del malato, ambedue queste ragioni portandola a tenere aperto il problema del *fare terapeutico e istituzionale*.

A illustrare queste affermazioni, non correnti negli scritti di psichiatri, ricordo due esempi, l'uno sul beneficio della vigilanza epistemica che sveglia la psichiatria dal sonno dogmatico ridandole vita, l'altro sull'assenza di questa vigilanza che lascia la psichiatria al suo sonno e agli incubi che si lascia dietro dopo il risveglio.

Il primo lo traggio dalla psichiatria francese anche a titolo di omaggio a due personaggi che l'hanno onorata dandole lustro, che ho cono-

anche irrigidita col piglio di un atteggiamento dogmatico. Atteggiamento che è sempre disdicevole per chi si richiama alla scienza; e che ancor più disdicevole era nel caso specifico per la sua intenzione di squalificare psicoanalisi e fenomenologia come esercizi di "gaia scienza" di nessun peso rispetto al fondamento anatomico-clinico ch'essa vantava, di additarli come orpelli culturali di clinici colti ma ormai disimpegnati. Tuttavia, questi nuovi paradigmi psicopatologici riusciranno alla lunga a prevalere, visto che ispireranno le leggi dell'attuale psichiatria del territorio e liquideranno nel contempo il manicomio che della neuropsichiatria era una specie di sinistro simbolo e bastione.

sciuti e stimati e che mi sono stati cari: Georges Daumezon (1912-1979) e Lucien Bonnafé².

Erano due “*fringants*”³ ufficiali medici quando, nel 1944 se li vide apparire davanti M.lle Mammelet, Direttore Generale al Ministero degli Interni per la salute mentale, venuti a sostenere, con argomenti e con passione, che il manicomio era un’istituzione non più ammissibile anche per i suoi tratti carcerari che ora risaltavano in modo ancor più sinistro alla luce delle notizie sui Lager nazisti, che arrivavano sempre più certe e precise. E, come provvedimento, chiedevano l’abolizione della legge sui manicomi – che in Francia risale al 1838. «Al che – ricordava M.lle Mammelet – io li presi per pazzi», dato che in Francia le leggi son poche, finanziate⁴ e durature. Ma capì il ben fondato della proposta di quei due giovani medici, il loro progetto e l’onore che esso faceva al Paese, per cui si mise ad appoggiarli presso i ministri che si susseguirono. Così, fin dalla fine della guerra, si cominciò a parlare dell’idea di “settore”; la quale prese poi a diffondersi e a concretizzarsi per iniziative sperimentali personali finché, assai radicata e ben vagliata nella realtà, fu ufficializzata dal ministro Poniatowski nel 1969; da notare: non con una legge ma con una *circolare* in cui lasciava liberi gli psichiatri di adottarla o meno in alternativa al manicomio, ma riconoscendo un aumento di retribuzione a chi si fosse addossato il sovraccarico di lavoro⁵ per attuarla. Ce n’era voluto di tempo, ma quell’idea inaugurò un nuovo stile di fare psichiatria e, senza abolire il manicomio, cominciò col devitalizzarlo per asfissia⁶. Questo, grazie anche all’aiuto degli psi-

² Bonnafé è coetaneo ed è morto ultra ottantenne. Daumezon morì in un incidente d’auto. Era il maestro di Georges Lanteri-Laura, che alla sua scuola fece la sua formazione di semeiologo fine.

³ Espressione che M.lle Mammelet usò alla commemorazione funebre di Daumezon.

⁴ La Corte dei Conti francese non si limita a fare auspici sulle leggi prive di finanziamento ma fa sapere al Parlamento che, finché non finanzia la legge, le sue deliberazioni sono chiacchiere. Da notare che queste alte istituzioni francesi sono zeppe di gente proveniente dall’ENA o da NormalSup e non di galoppini di partito incolti e possibilmente corrotti.

⁵ Un modo per convincere anche scettici e renitenti. All’epoca, trovandomi ancora in Francia, ho avuto l’onore di assistere a questa riforma come riforma di un Servizio pubblico nell’interesse dei cittadini e del Paese. Di lì a poco doveti tornare in Italia, dove mi fu dato di assistere alla retorica della distruzione del manicomio come caso particolare della distruzione rivoluzionaria della società borghese. Insomma...

⁶ Il manicomio fu abolito un dieci anni più tardi, ma lasciando alcuni dei suoi vecchi reparti disponibili come “strutture intermedie” per quei malati giovani in via di cronicizzazione, che in Italia sono finiti “ricoverati” in famiglia o fanno la “porta girevole” negli SPDC. Ad un convegno – mi pare ad Arezzo – suggerii a Basaglia

cofarmaci (che sono, come si sa, una scoperta francese), che ufficializzarono la loro esistenza nel 1953 con l'RP 4560 (il noto Largactil).

Con questo esempio ho illustrato in breve uno degli effetti della “vigilanza epistemica” che porta ad una revisione del paradigma psicopatologico in quel momento in auge e alla sua sostituzione con un altro paradigma, più rispondente allo spirito del tempo. Questa revisione non è a partenza puramente teoretica ma si caratterizza per un doppio ingresso: da un lato, la motivazione deontologica e civica di un alto sentire, dall'altro una motivazione tecnica che inaugurerà col settore un modo del tutto diverso di fare psichiatria (il ritorno del malato alla “città”, i suoi diritti di cittadino, il rigetto dell'isolamento manicomiale, il significato del rapporto psicoterapico...).

Ora porterò l'esempio di un sonno dogmatico della ragione epistemica e degli incubi che può vivere e anche lasciarsi dietro; esempio che traggio dalla psichiatria italiana degli anni 50 del '900. Questa psichiatria ha un grosso limite, che non è tanto quello di essere ancora a quel momento una neuropsichiatria di stile ottocentesco (il che è più che legittimo), quanto di essersi irrigidita dogmaticamente su questo paradigma, determinista e demenzialista alla Morel-Magnan⁷; e ciò, da un lato, per quella sufficienza di ogni incultura che guarda con sarcasmo e con diffidenza a ciò che non quadra col proprio radicato pregiudizio e, dall'altro, con l'idea che per i malati c'era poco da fare finché non si fosse riusciti a fare qualcosa per la malattia.

Correlativamente i malati erano visti come dementi, cosa che sanciva del resto la legge stessa (la 36 del 1904) che, appunto come tali, li privava dei diritti politici e civili una volta che al manicomio fossero stati “associati”; e questo, vista la situazione dei manicomi, senza che a nessuno passasse per capo che fossero cittadini come gli altri, con la sola “colpa” di esser malati di una malattia, che non abrogava però i loro diritti fondamentali come quel rispetto della persona, che il manicomio spesso ignorava se non addirittura calpestava.

Un metro della sensibilità di codesta psichiatria dell'epoca può essere l'articolo che scrisse (mi pare per il Corriere e ne distribuiva le fotocopie) un suo alto e potente esponente, a tempesta basagliana ormai scatenata, col dire che lui *l'aveva detto* da tempo che i manicomi andavano cambiati. I quali manicomi avevano però continuato ad essere, per lui come per gli altri “baroni”, il comodo “scarico” dei malati della Clinica che si avviavano alla cronicità e il feudo della Clinica dove veniva

una soluzione del genere, mi guardò come se avessi bestemmiato la Madonna in presenza del Padreterno.

⁷ Come dire che aveva quasi un secolo di ritardo.

piazzato come direttore l'allievo che avesse scelta questa carriera o l'aiuto trombato al concorso a cattedra e con quella Direzione consolato. Segni questi, se si vuole anche poco onorevoli, di un sonno dogmatico (tanto epistemico quanto, c'è da aggiungere, etico e civico) da cui la psichiatria italiana dell'epoca non accennava a svegliarsi. Da questo sonno fu però, e come è noto, malamente ridestata dalla politica⁸, che ebbe così buon gioco a rinfacciarle la vergogna del manicomio e al tempo stesso il manicomio a scipparla⁹, mettendo così la propria ipoteca sui servizi territoriali che dal disfarsi del manicomio sarebbero nati. E le conseguenze son cronaca d'oggi.

Correlativamente, dal lato epistemico, la neuropsichiatria italiana rivelava tutta quella indigenza, che ne ha fatto la conquista facile di un DSM che col suo proclamarsi "ateoretico" era di fatto un suo omologo. L'aver infatti come riferimento nessun paradigma o avere un paradigma morto è zuppa e pan bagnato.

Così, con i nostri esempi, pensiamo di aver dato un'idea di cosa sia il paradigma psicopatologico e come funzioni, il che abbiamo cercato d'illustrare sia in positivo che in negativo. E questo è stato il discorso d'inquadramento generale del problema. Vediamo ora un esempio concreto di paradigma, dato che sono gli esempi – come ricorda il metodo fenomenologico – a far capire i concetti, col toglierli dalla loro astrattezza e mostrandoli come concrete strutture di senso del mondo. A questo fine ho scelto la *Dégénérescence* di Morel, sia per un legame affettivo, essendo stata il primo tema di studio su cui mi indirizzò Georges Lanteri-Laura quando arrivai a Strasburgo come suo ricercatore al CNRS¹⁰ (era il 1967), sia perché – a quanto ne so – è uno degli esempi più chiari ed esaustivi di cosa sia un paradigma psicopatologico, della sua capacità effettuale e anche della sua capacità a durare, che nel caso

⁸ Che lanciò la stampa su tre casi scelti per la loro emblematicità e per la distribuzione territoriale: il Collegno di Torino, i Celestini di Prato e il Don Uva di Bisceglie.

Ma in quello stesso torno di tempo comparve anche il Libro bianco della psichiatria che rivelava cosa, almeno a quel che pareva, prevalessesse negli interessi dei Baroni. Fra l'altro, la svista per cui dimenticavano di versare all'Università la quota di spettanza di vari proventi (laboratori, eeg...). Ci fu un processo da cui codesti Baroni uscirono piuttosto male.

⁹ Teorizzando la preminenza del "sociale" e realizzandola d'imperio.

¹⁰ Centre National de la Recherche Scientifique, l'equivalente del CNR italiano, ma con una differenza che almeno a quell'epoca esisteva e che imparai a mia spese: e cioè che al CNRS si entrava per merito.

specifico arriva fino a noi nel travestimento sociologista, che volentieri ricordo, del DSM.

II. UN ESEMPIO DI PARADIGMA PSICOPATOLOGICO: LA DÉGÉNÉRESCENCE DI MOREL E MAGNAN

Questo paradigma va sotto i nomi di Bénédicte Augustin Morel¹¹ e di Valentin Magnan¹² per una semplificazione quasi giornalistica, che illustrerò più avanti anche spiegando quale contributo vi abbia dato ciascuno dei due Autori. In effetti, era Morel a possedere una cultura filosofica capace di renderlo sensibile al movimento delle idee e a dargli la capacità di farne un'elaborazione attinente alla follia. Così egli adottò quell'idea della degenerazione in atto e progressiva della razza umana che all'epoca (metà '800) era nell'aria, fra l'altro come ricaduta tardiva del pessimismo romantico e che aveva trovato la sua espressione trattatistica nell'*Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853-1855) del conte de Gobineau (1816-1882). Il quale sosteneva che la specie umana era in stato di degenerazione avanzata per essersi incrociate più e più volte le razze pure originarie che la compongono e cioè: la bianca (intelligente e spirituale), la gialla (pratica e commerciante) e la nera (sensuale e istintiva).

Questo libro è diventato poi, com'è noto, una specie di Bibbia del razzismo, anche se – pare – a torto, perché per Gobineau il meticcio delle tre razze primigenie era ormai spinto così avanti da render l'idea che il parlare di una razza pura fosse poco meno che utopico-onirico.

Morel fece dunque sua quest'idea della tendenza progressivamente degenerativa della specie umana, ne fece l'asse di senso della follia e fece dei malati mentali una tipica illustrazione di essa, sia in senso intellettuale che in quello fisico e morale. L'espressione clinica più evidente e compendiaria di essa era per lui l'idiotia mostruosa e sterile che nei manicomî giaceva "all'alga", privo del linguaggio, ridotto ad una mera istintualità e tale fin dalla nascita; ma ancor più espressivo in merito era quell'adolescente che pur avendo esordito in famiglia e negli studi in modo anche brillante, si riduceva nel giro di pochi anni in una condizione che, mostruosità fisiche a parte, a quella dell'idiotia molto

¹¹ Bénédicte Augustin Morel (1809-1873). I suoi testi che fecero scuola sono il *Traité des dégénérescences intellectuelles, physiques et morales de l'espèce humaine* (1857) e il *Traité des maladies mentales* (1860).

¹² Valentin Magnan (1835-1916); cfr. *Recherches sur les centres nerveux, Le délire chronique à évolution systématique et progressive, Les dégénérés, L'alcoolisme, Les perversions sexuelles*.

somigliava; un malato che non a caso fu proprio Morel a battezzare come “Demente Precoce”¹³. Ma significativo anche il caso del professionista o dell’intellettuale trenta-quarantenne che la paralisi progressiva, di cui ancora si ignorava l’origine infettiva, riduceva in pochi anni ad uno straccio demenziale.

Per Morel, dunque: i malati mentali come illustrazione concreta della tendenza a degenerare della specie umana, fino a fare di questi malati una razza *sui generis*. Un’espressione, questa, che vale un rapido commento, anche per non offendere Morel con un’accusa di razzismo che assolutamente non merita. E non la merita per la semplice ragione che egli vedeva la causa della *Dégénérescence* nel peccato originale, facendo così di essa un appannaggio di tutti i figli di Eva e non appannaggio di sole razze inferiori, dal quale sarebbe stata esente solo una presunta razza superiore. Nel suo pensiero non ci sono distinzioni razziste né ci sono le premesse per sostenerle. Al contrario, c’è semmai una polemica almeno larvata contro le idee alla de Gobineau, come vi è polemica nei confronti del pensiero evoluzionista¹⁴, che con Darwin stava affermandosi in quel torno di tempo. In effetti, la *Dégénérescence* è una specie di evoluzionismo alla rovescia, una specie di involuzione, consonante, nella Francia dell’epoca, con tempi che ancora accusano il colpo della fine dell’epopea napoleonica e della perdita della razionalità e dell’ottimismo degli illuministi.

Abbiamo dunque visto il principale fondamento del paradigma degenerativo, un fondamento *antropologico-filosofico* di natura teologica: il principale, ma non il solo. Altri due ve ne sono, che vediamo rapidamente per completare il profilo del problema.

Il primo dei due è il riferimento alla *zootecnia* da cui Morel ricava un modello che ritiene legittimo trasferire alla specie umana. Gli allevatori di animali, egli ricorda, sanno bene come certi incroci, tanto spontanei che voluti, diano origine ad una prole, e a volte anche a tutta una discendenza, tarata, poco adatta a sopravvivere e a riprodursi, salvo a generare anche esemplari mostruosi e sterili.

Ma l’interesse di quest’analogia non è tanto nei dati di fatto che allega, quanto nel ragionamento di tipo tomistico che vi sottintende e che è quello di tutta la *Dégénérescence*: e cioè che le tare affioranti nei prodotti di codesti incroci sono contenute *in potenza* nei genitori dove si manifestano per segni anche minimi, che gli allevatori conoscono, e di

¹³ *Traité des Maladies mentales*, p. 566.

¹⁴ Il libro di Lamarck che inaugura codesto pensiero, *Philosophie zoologique*, è del 1809; quello di Darwin, *L’origine della specie per mezzo della selezione naturale*, è del 1859.

cui egli contribuirà a fare la semeiotica per quanto riguarda il genere umano¹⁵.

Ultimo punto di reperi concettuale della *Dégénérescence* è di essere concepita come una *malattia della famiglia*, con l'idea che gli individui ne esprimono solo un aspetto e un momento evolutivo. Per cui il quadro completo della malattia stessa non emerge solo dall'osservazione del caso singolo, ma da quest'osservazione e dall'analisi retrospettiva di esso, in chiave di anamnesi e di catamnesi sia personale che familiare.

Dopo questo colpo d'occhio sui fondamenti teorici della *Dégénérescence*, vediamo quale sia la casistica più significativa che Morel allega per darne un'illustrazione e una conferma; una casistica di duplice provenienza, dal manicomio da un lato, dalla professione privata (son soprattutto casi di esordio) dall'altro.

Morel ha lavorato in due manicomi: prima a Maréville, nei pressi di Nancy (Meurthe), poi a St. Yon, vicino a Rouen (Seine inférieure) partendo dai quali fece anche inchieste sui territori circostanti che rifornivano i suoi Reparti: sul gozzo a Maréville, sulle intossicazioni degli operai delle manifatture di Rouen a St. Yon. Ma non erano ovviamente solo questi i degenti dei suoi reparti. V'era anche il fondo d'ospizio che si ritroverà in tutti i manicomi; il quale, con i suoi casi di oligofrenie gravi e di demenze vesaniche e non vesaniche¹⁶, ben illustrava stadi avanzati se non terminali del processo degenerativo; ma che del processo non poteva documentare l'autenticità attraverso la sua evoluzione essendo questi casi ormai arrivati al capolinea ed essendo d'altronde spesso arduo avere al loro proposito notizie anamnestiche sia personali che familiari¹⁷.

Più significativi invece i casi dei campagnoli sani, inurbati come manodopera dell'industria in piena espansione e che si ammalavano per le malsane condizioni di lavoro e di abitazione, per l'alimentazione insufficiente e monotona o per le malattie sia carenziali (la pellagra) che infettive (la tbc, il reumatismo, la sifilide); o per l'alcool, di cui percorrevano la via, da iniziale sostegno di una fatica improba ad ultimo rifugio abbruttente di una vita senza più prospettive. Questi casi documentavano la *Dégénérescence* sia a livello personale con il decadimento fisico, intellettuale e morale che in quei disperati, malati e alcolizzati, faceva affiorare la bestia potenzialmente contenuta nell'uomo e che ormai sfuggiva al controllo di una ragione deteriorata; sia con la loro di-

¹⁵ E non fu il solo. Si pensi all'opera di Lombroso.

¹⁶ Le demenze non vesaniche sono quelle che anche oggi consideriamo tali; quelle vesaniche accompagnavano invece e concludevano le grandi sindromi deliranti.

¹⁷ Per questo non occorre del resto risalire ai tempi di Morel. Anche nei reparti che ebbi nel 1974 c'erano dei pazienti della cui famiglia si erano perse le tracce.

scendenza immediata mal concepita, mal allevata e priva spesso di qualsiasi educazione. Non a caso del resto la borghesia al potere dava a queste plebi il nome di *classes dangereuses*, memore dei loro sollevamenti del '30, del '48 e, soprattutto, del '70.

La casistica proveniente invece, almeno nelle sue manifestazioni iniziali, dalla professione privata, riguardava le classi agiate e aveva tre ingressi: il vizio, ma anche lo zelo lavorativo e gli interessi della famiglia.

L'espressione tipica del degenerato vizioso era il figlio di papà che si dà alla *débauche*, che si abbrutisce sempre più e che diventa clinicamente ancor più emblematico quando l'evoluzione "paralitica" di una sifilide contratta nei suoi festini lo conduca alla demenza, tappa finale e "verità" della *Dégénérescence*, nel giro di pochi o pochissimi anni, cogliendolo nel pieno della giovinezza; ma non meno significativo il notevole quarantenne trascinato per la stessa via dal vizio segreto sotteso alla sua pubblica virtù.

L'ingresso "virtuoso" della *Dégénérescence* era rappresentato da quei giovani che si accaniscono nel lavoro – ma più spesso nello studio – in maniera sempre più inconcludente, coltivando eventualmente in parallelo una masturbazione sfrenata, e che finiscono rapidamente in un'apatia scontrosa più o meno smagliata dalle esplosioni di un iroso e passivo pretendere. Si tratta con molta probabilità di casi di schizofrenia dove all'epoca si prendevano gli effetti del male per le sue cause.

Gli interessi familiari giocano infine come stimolo della *Dégénérescence*, in particolare attraverso i matrimoni d'interesse, che non sono più tanto quelli dei tradizionali interessi dinastici e patrimoniali dell'aristocrazia¹⁸ quanto quelli, tipici dei tempi mutati, fra la figlia di una famiglia aristocratica rovinata dal susseguirsi di espropri rivoluzionari e il figlio di una famiglia borghese arricchitasi trafficando fra rivoluzione e restaurazione; e dove la famiglia aristocratica mira a "*rédorer son blason*", mentre la famiglia borghese tenta in quel modo di ripulire nello stile i soldi ammassati. E dove ovviamente uno o tutti e due i nubendi han già dato segni di squilibrio mentale, che promettono male per la discendenza (e per la conservazione del patrimonio), segni sui quali le famiglie hanno apposto il sigillo del più stretto riserbo.

Ulysse Trélat illustrò gli inconvenienti spesso drammatici di siffatti matrimoni in una piccola e densa monografia¹⁹, che ebbe a suo tempo notevole successo e nella quale sosteneva come rimedio a codesta jattura la più radicale astensione.

¹⁸ Che avevan dato il loro notorio e secolare contributo alla *Dégénérescence*.

¹⁹ *La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société* (1861).

Morel invece, più ottimista e convinto d'altronde della possibilità della "rigenerazione intercorrente", suggeriva di lasciare a codesti giovani tarati la possibilità di sposarsi, ma incanalando diversamente la loro scelta, e cioè: invece di far sposare al ricco ragazzo psicopatico la ragazza blasonata un po' deficiente e isterica, fargli sposare la figlia del fattore che, se non portava in dote palazzi, poderi e contante, portava però il bene impagabile della salute e la speranza di una discendenza che bloccasse, se non addirittura invertisse, la tendenza degenerativa apparsa nella famiglia.

Così, con l'esempio della *Dégénérescence* che abbiamo largamente descritto, pensiamo di aver dato un'idea di cosa sia in concreto il paradigma psicopatologico; ricordiamone due tratti essenziali a meglio fissarne il profilo.

Un primo tratto è d'apparire come la traduzione tecnica di quella certa idea della follia che viene prodotta e legittimata dalla cultura del tempo. Nel caso specifico della *Dégénérescence*, è l'idea di un destino umano sventurato²⁰, votato alla demenza finale, idea maturata nell'ambito di un sentimentalismo tardo-romantico, intrecciata ad un assunto biblico-cattolico ugualmente colorato di pessimismo.

Il secondo tratto è la sua *tipica discontinuità* rispetto al paradigma che l'ha preceduto, discontinuità che la *Dégénérescence* mostra in modo icastico rispetto appunto al precedente paradigma pineliano. Una soprattutto la sua differenza rispetto a questo: e cioè che, mentre l'*Aliénation mentale* di Pinel è un modo di declinarsi della *biografia del soggetto che non perde per questo la sua continuità*, la follia degenerativa rappresenta invece di questa biografia una *frattura* e indica il suo proseguire per una *via diversa* all'insegna di una (per noi) incomprendibilità dal *conio demenziale o di regressione atavica*. Non è difficile trovar qui la matrice dell'idea di "processo" di Jaspers (1913)²¹.

²⁰ Si ricordino i versi del Foscolo (A Zacinto): «Per cui bello di fama e di sventura / baciò la sua petrosa Itaca Ulisse».

²¹ Questa idea avrà lungo seguito visto che evoca la nozione di "processo" di Jaspers, pur avendola il processo ritrascritta nell'ambito di un progetto inteso a superarla verso la comprensione del delirio. Ma, come dice il grande Tatossian (*Phénoménologie des Psychoses*, 1979), Jaspers non ha portato l'affondo fenomenologico sul nucleo del delirio e si è limitato ad eroderne i contorni. Ciò non gli toglie tuttavia il merito tutto suo d'aver introdotto nella psichiatria quel metodo fenomenologico che l'ha portata con i suoi sviluppi al rinnovamento che tutti sappiamo.

Aggiungo altri tre esempi dove si ritrova l'impronta della *Dégénérescence* di Morel.

Il primo è l'idea della *regressione atavica* alla cui insegna Tanzi scrisse i suoi due famosi articoli sulla Paranoia insieme a Riva (RIV. DI PAT. NERV. E MENT., 1884-1886). L'idea insomma che il bianco paranoico, del bianco civilizzato ha so-

Abbiamo dunque illustrato il paradigma psicopatologico e i suoi tratti strutturali salienti con l'esempio concreto della *Dégénérescence* di Morel; il quale, oltre a mostrarci il paradigma come traduzione di una certa idea in quel momento corrente e convincente della follia, ci ha anche mostrato come l'effetto paradigma possa essere duraturo, nella fattispecie in quell'idea deficitaria della follia che è arrivata sino ad oggi, seppure modificata o mascherata. Cerchiamo ora, sempre con l'aiuto di codesto esempio, di mostrarne, per l'ancor più completa comprensione della sua realtà effettuale, le ricadute pratiche che appaiono attraverso la prognosi, la terapia e l'istituzione manicomiale che esso ispira.

III. LE RICADUTE PRATICHE DEL PARADIGMA DEGENERATIVO:

1. PROGNOSI E TERAPIA

Questo argomento mostra ancora una volta come il paradigma psicopatologico non sia un contrappunto erudito alla clinica ma la radice, spesso sottaciuta, del fare psichiatrico, a cui dà un *sensu* e una *legittimità*. Vediamo dunque come questo suo effetto appare nella prognosi e nella terapia quando il paradigma sia quello degenerativo.

Nell'ottica della *Dégénérescence*, la prognosi non può essere ovviamente che pessimistica, ciò derivando dall'assunto antropologico del peccato originale che la fonda e che conferisce all'esistenza umana, in particolare alla salute e all'intelligenza dell'uomo, ma anche alle sue istituzioni civili e politiche, un senso di precarietà che le mette in una luce di rischio sistematico di deterioramento e di rovina. Ne favorisce la

lo l'aspetto somatico mentre dal lato mentale ragiona come un aborigeno australiano animista, come rivelano le paralogie con cui vuol sostenere a rigor di logica le sue affermazioni deliranti.

Ma a mio avviso un residuo degenerativo-demenzialista si trova anche nella concezione daseinsanalitica di Binswanger e appare attraverso i suoi casi di schizofrenia. Quei casi sembrano infatti evolvere in modo infausto per un loro intrinseco potenziale maligno degno della *Dégénérescence* di Morel; ma nella loro valutazione non si fa parola della incredibile pressione familiare, censitaria, affettiva, ideologica da cui quei malati sono circondati e schiacciati. Codesta pressione è data invece come un'ovvietà fuori discussione e presentata per giunta dal lato formale con uno stile svizzero-tedesco.

Se poi si vuole spendere una parola su quel residuo moreliano che è il parametro "rendimento lavorativo" della griglia del DSM, c'è da notare che il "deficit" a cui rimanda non è quell'assoluto che sembra dire il DSM stesso, ma è relativo all'ideologia del lavoro e del denaro di una società a forte connotazione calvinista, ideologia che ovviamente non viene nemmeno menzionata.

comprensione la sua differenza radicale rispetto all'atteggiamento di Pinel che, nella sua visione illuministica dell'uomo, era portato all'ottimismo anche prognostico correlato ad un'idea della società che, lungi dall'andare verso la sua decadenza, si riteneva si avviasse invece verso un futuro ricco di speranza e di conquiste e con un'idea della storia che aveva abbandonato la concezione escatologica, per aprirsi sull'orizzonte di un tempo infinito e di progresso.

Per la migliore comprensione del modo di pensare di Morel e della sua diffusione, bisogna tener conto anche del ben mutato clima politico della Francia dell'epoca, non più animato dall'epopea rivoluzionario-napoleonica e dalle sue vittorie, ma intriso d'incertezza nelle tensioni fra un'aristocrazia non ancora vinta, una borghesia non ancora vincitrice e sicura della sua presa di potere e un proletariato che reclamava (come nel 1830, nel 1848, nel 1870) la ricompensa del suo contributo alla rivoluzione; intriso dall'umiliazione della "sconfitta" (da Waterloo a Sedan) e dal revanchismo che doveva mordere il freno (si rifarà solo nel 1914). E tener conto della durata media della vita che aveva raggiunto appena i 30-35 anni ma con notevoli disparità fra classi lavoratrici e classi abbienti, salvo il livellamento dovuto a malattie come la tubercolosi che non distingueva fra ricchi e poveri; come non distinguevano per es. l'appendicite (all'epoca e per anni ancora spesso mortale) e le infezioni puerperali.

Tuttavia, gli alienisti della *Dégénérescence*, se mostrarono il pessimismo della ragione nella prognosi della malattia mentale, non vi si rassegnarono affatto e vi reagirono con l'ottimismo della volontà. E dato che le risorse farmaco-terapiche²² erano all'epoca pressoché inesistenti, si rivolsero alla prevenzione centrata sulle condizioni di vita e di lavoro della popolazione. Morel in particolare si occupò della classe lavoratrice per stornare o almeno contenere quei fattori che scatenavano la *Dégénérescence*; e questo fece sia per vocazione personale sia per la sua appartenenza al socialismo riformista saint-simoniano. Nel suo *Trattato delle malattie mentali* riferisce, con un'evidente soddisfazione, di aver convinto il re di Danimarca Cristiano IX a proibire le bevande alcoliche nell'intento di arginare un alcolismo che era un flagello.

Per concludere questo capitolo, una notazione alla prognosi di questi alienisti in chiave di *semeiotica*; notazione interessante anche dal punto di vista della storia della psichiatria. Pel fatto che la *Dégénérescence*

²² Si trattava in sostanza di sedativi: il vecchio oppio tebaico, di cui si preparavano varie tinture, o sedativi più recenti come il Cloralio (1869). La Paralaldeide (1882) e i barbiturici (1879) sono ancora un po' lontani e prima di vedere terapie specifiche (ESK 1938), il Largactil (RP 4560), dovrà passare quasi un secolo.

torni a ragionare, dopo le malattie mentali di Esquirol, nei termini della psicosi unica alla Pinel, l'ha fatta sospettare di un disinteresse semiologico, lo scopo del suo diagnosticare, si diceva, non essendo quello di distinguere varie malattie fra loro ma solo quello di distinguere fra alienazione sì/alienazione no. In effetti la *Dégénérescence* non ha portato quell'appiattimento semiologico, che fra l'altro tanto temeva ed esecrava Georges Lanteri-Laura per vederlo attuato dagli antipsichiatri di fine '900, ma ha anzi portato ad un notevole arricchimento del *thesaurus* dei segni, tanto che molto della semeiotica che oggi usiamo viene dalle loro osservazioni di malati²³. Questo si capisce se si tien conto che quello che si richiedeva loro era una *prognosi* per sapere se il processo degenerativo si stesse annunciando (e questo specie in presenza delle turbe di comportamento adolescenziali) o se la forma in cui s'era dichiarato tendesse a evolvere o no. E per rispondere a queste domande la semeiotica bisogna conoscerla molto bene, specie in una prospettiva comparativa.

IV. LE RICADUTE DEL PARADIGMA:

2. L'ISTITUZIONE MANICOMIALE

Qualche notizia in proposito, anche come contributo alla storia del Manicomio che, in Italia, credo sia tuttora aduggiata da un pregiudizio ideologico vagamente marxista. In effetti, la storia del manicomio fatta un po' più seriamente ce lo mostra come qualcosa di diverso da una galera borghese ad uso di una manodopera proletaria ormai usurata, ma pur sempre molesta se non minacciosa e da controllare sotto la presunta decenza di una finzione medica. Qui comunque non mi voglio addentrare in un'analisi del manicomio ma mi limito a considerarlo, in consonanza col discorso che sto facendo, nei suoi tratti generali d'intreccio fra la rappresentazione della follia, che la cultura del tempo accredita, e l'elaborazione tecnico-medica istituzionale di questa rappresentazione al fine dichiarato del confronto laico e garantista²⁴ con la follia nell'ottica dell'ideologia borghese.

²³ Anche se è una semeiotica in grande prevalenza manicomiale, molti dei suoi segni – come le stereotipie e i manierismi – sono rimasti anche nella nostra semeiotica del territorio, che è relazionale; ed è anzi interessante vedere le nuove connotazioni e sfumature che essi prendono.

²⁴ Le cose in pratica si sa che vanno spesso se non sempre “altrimenti”. Però il paradigma che di volta in volta ispira la psichiatria rimane, come s'è detto all'inizio di questo discorso, un “dover essere” che la realtà della psichiatria permette *legittimamente* di giudicare.

Vediamo ora l'esempio concreto del manicomio della *Dégénérescence*, cercando di capire con quale forma e modo di funzionare si accrediti e si caratterizzi, al qual fine ci aiuterà anche un richiamo al manicomio di Pinel. Partiamo anzi da questo, che si differenzia a sbalzo dal manicomio di Morel per quella concezione della follia del tutto diversa, che s'è ricordata, e per ben diverse idee a proposito della prognosi e del trattamento.

Anche Pinel ragiona, come ho già detto, sulla follia in termini di psicosi unica – l'*Aliénation mentale* – e riduce, con una mossa decisamente innovativa, ad aspetti, ad espressioni di essa le malattie mentali, che una tradizione medica plurisecolare aveva consacrate, operando a distinguerle fra loro fino a farne delle "entità" diverse (mania, melancolia, idiozia e demenza)²⁵. E ragiona inoltre sugli aspetti intercambiabili, che possono succedersi senza regola prestabilita e che d'altronde non hanno una *connotazione temporale* anch'essa prestabilita, ma possono, ciascuno e nel loro insieme, durare poco o molto tempo. In altre parole, la nosografia di Pinel è una psicosi unica che non ha forme aprioristicamente acute o croniche, come le ha invece la nostra di derivazione kräpeliniana, che fa per es. di ipomaniacale sinonimo di acuto e di paranoico sinonimo di cronico.

D'altra parte, nell'ottica di Pinel, la follia è della stessa essenza della vita e rappresenta un suo modo di continuare senza segnare né una frattura né una deviazione nel percorso biografico del malato.

Ultimo tratto caratteristico infine, il manicomio di Pinel è pensato, nella sua ottica *sensista* ispirata alle idee di Condillac²⁶, come *realmente terapeutico* per essere un ambiente *dosato* in sensazioni, emozioni ed idee, atto a far recuperare al paziente l'equilibrio psichico che gli hanno sconvolto emozioni troppo forti da lui patite nel "mondo di fuori", in particolare quelle legate al tumulto e al disordine della Rivoluzione²⁷. Per cui la durata della degenza non può essere pronosticata *a priori* ma solo constatata *a posteriori*; questo sullo sfondo dell'ottimismo illuminista di Pinel che ha imperniato la sua impresa di fondatore della psi-

²⁵ Tenendo presente che questi termini sono iperinclusivi rispetto agli omonimi attuali.

²⁶ 1715-1780; cfr. *Trattato sulle sensazioni*, 1754.

²⁷ Queste affermazioni contenute nel libro di Pinel furono scritte, a quanto egli dice, già nel 1793, ma furono pubblicate solo nel 1801, e questo per comprensibili ragioni di sicurezza personale. Fanno parte della sua polemica col Chiarugi, il cui libro uscì nel 1793-1795 (Ed. Carli di Firenze), a proposito della priorità nella fondazione della psichiatria moderna.

chiatria moderna sull'idea della curabilità della follia. Dal suo manicomio in linea di massima si esce facilmente²⁸.

Vediamo ora per differenza il manicomio di Morel. Questo manicomio prende a configurarsi come la Casa dei matti, il luogo cioè dove il malato ha buone probabilità di passare tutta la vita, dato che la follia degenerativa è per definizione cronica – è un destino – e che una volta il processo avviatosi, non si può pensare ad una sua guarigione. L'aforisma di Magnan sulla Bouffée délirante²⁹ («Sans conséquences sinon sans landemain») esprime in modo icastico il pessimismo prognostico dell'epoca attraverso questa forma acuta che sembra, almeno fino alla terza recidiva, di poter guarire. Tutto quello che si può sperare è che il processo si arresti, che non si aggravi né, soprattutto, che si acceleri in modo rovinoso verso il suo fatale epilogo demenziale.

Infatti, sebbene anche della Dégénérescence si possa ragionare in termini di psicosi unica, i vari aspetti di essa non hanno la disposizione aperta, orizzontale e ciclica, dell'*Aliénation mentale* di Pinel, ma sono per definizione organizzati in senso verticale su di un asse nosodromico di fatale, irreversibile ingravescenza, che va dagli innocui tics nervosi alla più disperante demenza, passando per le psicopatie e poi per i disturbi deliranti. Va d'altronde da sé che codesto processo degenerativo implica la ricordata frattura nella biografia del paziente, avviandola verso i sentieri per noi incomprensibili della demenza o, come diceva Jaspers, per la via, altrettanto incomprensibile, del processo. E non a caso, e come ho più volte detto, è dallo stampo della Dégénérescence di Morel che esce l'idea del processo di Jaspers.

Dal punto di vista della cura, date le convinzioni su cui si basa, al manicomio di Morel non può attribuirsi un autentico valore terapeutico: *la degenerazione è incurabile* e l'impostazione dell'ambiente manicomiale mira al massimo ad eliminare gli stimoli che irritino il processo e scatenino la sua potenzialità evolutiva.

Tuttavia, per i degenerati che nel manicomio sempre più si ammassano, occorre ben fare qualcosa di più che il semplice custodirli con l'obbligo sottinteso di alloggiarli, vestirli e nutrirli. Il manicomio prende così un indirizzo *pedagogico* che arriva a regolare anche i momenti d'intrattenimento, in particolare le attività di canto e di musica, che per-

²⁸ È il figlio, Scipion Pinel, anch'egli alienista, che racconta nel suo libro (*Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, 1836) la storia dei malati che suo padre fece uscire da Bicêtre; una storia scritta non senza un sottofondo polemico.

²⁹ Tenendo presente che il nome completo di questa forma clinica è non per caso: "Bouffée délirante des dégénérés", che Magnan studiò insieme al suo allievo Maurice Legrain.

sonaggi come Falret³⁰ organizzano in cori o in bande musicali di un buon livello amatoriale. Ma nell'attività pedagogica non c'è solo questo, c'è altro, c'è di più.

Un aspetto rilevante di codesta attività è l'alfabetizzazione dei malati, della cui importanza ci si rende conto tenendo presente il tasso di analfabetismo dell'epoca, che per es. nelle regioni meridionali e insulari dell'Italia raggiunge livelli dell'80 per cento e anche di più. Da notare che questa attività reca beneficio anche agli infermieri, come G.B. Giordano³¹ ha documentato per il manicomio di Lucca (aperto nel 1773), mostrando come tutta la popolazione gravitante su di esso abbia finito col presentare alla lunga un tasso di acculturazione, ma anche di affinamento dei modi, che la distingueva dagli abitanti delle zone limitrofe rimaste alla tradizionale cultura villico-analfabeta.

Ma il nerbo dell'attività pedagogica manicomiale è il *lavoro* attraverso la sua polivalenza semantica che ne fa al tempo stesso una *ricaduta ideologica*, uno *strumento terapeutico* e una *necessità istituzionale*.

L'ideologia del lavoro è il riferimento sul quale la borghesia *legittimava* la sua presa del potere mentre il lavoro in sé – e il suo sfruttamento – erano i mezzi con cui al potere era ascesa e contava di mantenersi. Così, nel manicomio dei “borghesi conquistatori”³², anche i matti dovevano imparare che il lavoro è il titolo fondamentale di cittadinanza nella nuova società nata dalla Rivoluzione; nella quale i nullafacenti con pretesa di viver di rendita non eran più da onorare come signori ma erano da disprezzare come parassiti se non erano addirittura, secondo certe opinioni politiche, da ghigliottinare.

Dal lato diciamo terapeutico, il lavoro è uno strumento necessario per mantenere i ricoverati in un certo contatto con l'attività della vita e per salvarli da quella noia che è il male perverso dei reclusori e che i manicomi hanno ben conosciuta, matrice qualche volta di disperazione suicidaria, incentivo sempre al tipico impoverimento manicomiale della personalità.

Terzo aspetto, infine, del lavoro in manicomio, la necessità di far contribuire i ricoverati – che in manicomio stazionano ormai una vita – al loro mantenimento in quella entità economica sempre più costosa e che per sostenersi tendeva per certi aspetti ad un'autosufficienza da *curtis* medioevale. Si ricorderanno le Colonie agricole che da un lato, con i prodotti cerealicoli, fornivano anche il forno interno per il pane di

³⁰ 1794-1870; cfr. *Des maladies mentales et des asiles des aliénés*, 1864.

³¹ Comunicazione personale.

³² L'espressione è di Charles Morazé, *Les bourgeois conquérants*, Armand-Colin, 1957.

diversi Reparti e che, dall'altro, con i prodotti del cortile e della stalla, fornivano alla mensa dei Reparti un'aggiunta di latticini, di uova e di carne.

Abbiamo dunque visto i tratti salienti del manicomio della Dégénérescence messi ancor più in rilievo dal confronto col manicomio di Pinel. Ambedue sono considerati da quegli alienisti lo strumento "terapeutico" principale di cui possan disporre in quelle condizioni di lavoro obbligate e con una terapia farmacologica ancora al palo. Tuttavia si percepisce la differenza enorme che corre fra i due: come tecnica, come atmosfera, come atteggiamento del personale, come speranze e come significato del malato e della malattia. E ciò a illustrazione dei due diversi paradigmi psicopatologici che, ciascuno in consonanza con la cultura della propria stagione, li ha organizzati e legittimati. E, se mi è concesso ripeterlo, a illustrazione dell'ineludibile e fondamentale *effetto organizzatore del paradigma in psichiatria*.

V. LE RICADUTE DEL PARADIGMA:

3. L'EFFETTO NOSOGRAFICO DELLA DÉGÉNÉRESCENCE

Vi ho già accennato di sfuggita e cercherò ora di precisarne il contorno.

In sostanza è la riorganizzazione della nosografia di Esquirol, allora dominante, in un senso "verticale" e nosodromico. Esquirol aveva fatto un enorme lavoro di approfondimento semeiologico nel campo di cui il suo maestro aveva, da pioniere, segnato i confini, ma che dal lato della semeiotica aveva lasciato poco più che allo stato di abbozzo trovato. Esquirol, per parte sua, con le differenze sia semeiotiche che di decorso messe in risalto con la sua osservazione prolungata dei malati, si era convinto ad abbandonare l'idea della psicosi unica³³ del suo maestro e a pensare la follia come una molteplicità di malattie diverse l'una dall'altra. Però, abbandonando l'*Aliénation mentale*, aveva anche abbandonato il paradigma che alla follia dà un senso e che ne fonda e legittima il trattamento. La sua pratica terapeutica in effetti è solo un'eco lontana del "*traitement moral*" di Pinel e l'indirizzo autoritario che esso aveva in Pinel prende con lui la piega del paternalismo³⁴. Non a caso il

³³ Nei confronti della quale mostra il suo aperto dissenso. *Des Maladies mentales*, pag. 12.

³⁴ Pinel non è "paterno" con i malati ma è piuttosto l'autorevole Direttore che li sprona a ritrovare la dignità e la responsabilità della ragione. Ma è soprattutto il suo, si direbbe oggi, capo-infermiere Poussin ad applicare le sue direttive, del resto anticipate da lui a base di buon senso, di esperienza e di umanità. Poussin era un ex-ricoverato di Bicêtre, dove rimase dopo la dimissione col ruolo di guardiano dei

momento culminante del suo fare terapeutico è l'ammissione del paziente alla tavola del Direttore, dove se ne perfezionerà la cura con le regole di quel luogo solenne e dell'autentico rito che vi si svolge e dove del paziente verrà anche fatto un ultimo vaglio in vista della sua dimissione.

In questi termini, e sganciata da un paradigma psicopatologico chiaro, la psichiatria di Esquirol, se vive ancora dello slancio e del credito che alla psichiatria ha dato Pinel³⁵, si è di fatto spostata su di un piano empirico dove non ci si preoccupa del senso antropologico e psicopatologico della follia, né di quella sua ricaduta primaria che è la legittimazione del fare terapeutico. Il materiale semiologico raccolto da Esquirol è un oggetto in istanza di significato.

Questo appare evidente in sede medico-legale, dove Esquirol non riesce a dimostrare l'appartenenza al patologico delle sue monomanie, in particolare quelle, come la piromania o la monomania omicida, il cui delirio non è delle idee ma, come si diceva allora, è un delirio degli atti; e dove il paziente appare lucido e ragionante e, rispetto all'atto che ha commesso, sa solo dire di non capacitarsene, di essere stato preso da un impulso irrefrenabile. Esquirol è convinto che codeste persone siano degli ammalati, in base all'idea che la loro incomprendibilità delle regole della convivenza civile li indica come dementi. Ma la sua asserzione non adduce prove evidenti a sostegno e per questo non riuscirà convincente in sede peritale, avendo anzi diritto alle critiche non scevre di sarcasmo degli avvocati e ancor più dei giornalisti che, in sintonia con l'opinione pubblica, squalificheranno le monomanie come banali tautologie: «Ha la monomania omicida perché ammazza e ammazza perché ha la monomania omicida».

malati, che esplicava insieme alla moglie. Pinel si giovò parecchio di un suo brogliaccio dove aveva notato quali malati, e quando, si possono liberare dalla catena a cui erano allora legati. Pinel lo fece poi laureare in medicina, e Poussin andò ad esercitarla in Belgio.

³⁵ Pinel è in effetti più che altro un antropologo che affronta la follia da *idéologue*: con l'intento cioè di recuperare alla razionalità della medicina quella residua sacca di sacrale, dove le testimonianze deliranti e allucinatorie dell'Aldilà possono favorire un ritorno del sacrale. Esquirol è invece un clinico puro che con i malati quasi ci vive e il cui interesse preminente, per non dire assoluto, è la semeiotica. È per via semeiotica che rivede il campo della melanconia (all'epoca sinonimo di delirio monotematico, che include quindi anche ciò che noi chiamiamo paranoia, psicosi passionali e deliri paranoidi), scorporando il "delirio triste" della Melanconia (che ribattezza, come si sa, lipemia) e ribattezzandone le altre forme come monomanie, cioè appunto come deliri monotematici.

Il problema lo risolverà la *Dégénérescence* con due criteri: quello nosodromico di Morel, a cui si aggiungerà nei tardi anni 80 dell'800 quello "strutturale" di Magnan.

Per Morel le monomanie degli atti appartengono anch'esse al patologico in quanto fasi relativamente iniziali del processo che va fatalmente verso la ricordata demenza finale, la cui marca patologica è fuori discussione. Questo lo possono dimostrare i precedenti familiari e personali del malato (rarissimamente assenti) e il raffronto con malati simili di cui si sia conosciuta la saga familiare e, in via catamnastica, l'esito finale.

Magnan punta invece piuttosto sulle modalità dell'atto³⁶, facendo notare che da paziente a paziente esse si ripetono in modo stereotipato rivelando così un'attività psichica che funziona all'insegna di una meccanizzazione coatta, indice dei danni "demenziali" prodotti da un grave e già prolungato *déséquilibre* delle funzioni psichiche.

Fra l'altro, sono questi gli argomenti con cui Lasègue riuscì vincitore con la sua perizia nel caso dell'esibizionista della chiesa parigina³⁷ di S. Rocco, il primo esibizionista della storia della psichiatria. Interessante ricordare quanto egli disse in tribunale: e cioè che ad una prima visita era rimasto molto perplesso e non si era convinto che quel signore fosse un malato; ma che si era convinto del contrario dopo che ebbe conosciuta la teoria della *Dégénérescence*. Il perno della sua dimostrazione era di tipo strutturale alla Magnan e cioè le modalità stereotipiche dell'atto (la stessa chiesa, la stessa ora, lo stesso tipo di vittima, la stessa tecnica e, soprattutto, la lotta per resistere all'impulso, l'ansia crescente che accompagnava questa lotta e che, divenuta parossistica, intollerabile, imponeva la scarica liberatoria dell'atto). Ovviamente gli aspetti qui ricordati dell'esibizionismo potevano anche essere, in tutto o in parte, già noti³⁸, ma è solo la struttura di senso che conferisce loro il paradigma psicopatologico che può presentarli in modo convincente come malattia. Questo non poteva fare la psichiatria di Esquirol che,

³⁶ Nei confronti infatti del criterio ereditaristico di Morel, Magnan arrivò persino ad una critica aperta e non priva di ironia. Va bene – egli diceva – considerare la *Dégénérescence* come la deviazione dell'essere umano rispetto al "primo parente"; ma – aggiungeva – Adamo chi l'ha mai visitato? Per cui restringeva il criterio dell'ereditarietà alla devianza rispetto a genitori o progenitori, che l'alienista abbia visti e valutati, e privilegiando in sua *vece* quello appunto della struttura del vissuto patologico.

³⁷ È in questa chiesa che il Manzoni ebbe nell'agosto del 1810 l'intuizione che lo portò a convertirsi al cattolicesimo.

³⁸ Direi piuttosto in parte, dato che molte novità le portò l'osservazione prolungata e accurata degli alienisti della *Dégénérescence*.

essendo – come si direbbe oggi – “ateoretica”³⁹ e pratico-empirica, rinviava solo a sé stessa; e, per avvalorare la patologicità dei casi che descriveva, poteva contare solo sul senso comune per quanto riguarda la pazzia clamorosa o sull’autorevolezza di Esquirol stesso per i casi dubbi come quelli sopra ricordati. Era una psichiatria come quella attuale del DSM, con la differenza che in luogo dell’autorità di Esquirol questa si sostiene sul consenso di un certo numero di psichiatri sparsi pel mondo e collegati tra loro via internet.

VI. IL CONTRIBUTO DI MAGNAN

Come ho già ricordato, la *Dégénérescence* va sotto il nome di Morel e Magnan per una specie di semplificazione giornalistica che depenna le importanti differenze fra i contributi dei due Autori; differenze che sono invece importanti da conoscere come ulteriore chiave di comprensione di codesto paradigma.

Morel è il filosofo che la formula, Magnan è il clinico che la rilancia attraverso una ritrascrizione secondo il gusto dei tempi nuovi, quando cominciava ormai a dar segni di usura e a perdere di credibilità, questo avvenendo per due ragioni.

La prima, di natura psicopatologica, era il suo postulato antropologico fondante che, con la sua dichiarata provenienza dogmatico-religiosa, riusciva sempre meno accetto a quegli alienisti sempre più attestati sulle posizioni laiche della “scienza positiva”; l’altra, di natura clinica, era la difficoltà del suo criterio demenzialista a far rientrare nel patologico quegli psicopatici di cui ho appena parlato e che, ben lungi dal dimostrarsi dementi, si rivelavano anzi di buono, o anche notevole, livello intellettuale e di notevole capacità di giudizio, salvo a mostrare una burrascosa irregolarità in queste prestazioni; e nei quali d’altronde non sempre era possibile trovare dei precedenti anamnestici, soprattutto familiari, atti a farli individuare come degenerati.

La rilettura della *Dégénérescence* che fa Magnan, e che riesce così anche ad ovviare a codesti inconvenienti, si articola su tre punti: la reinterpretazione del suo meccanismo generatore; gli esempi a sostegno di

³⁹ Notava l’amico e maestro Georges Lanteri-Laura che il *Des maladies mentales* di Esquirol non è un trattato ma è una raccolta di articoli centrata sull’aneddotta semeiologica, mentre un trattato lo è invece il libro di Pinel (anche nel suo titolo: *Traité Médico-philosophique de l’aliénation mentale*) e la differenza fra l’uno e l’altro libro sta nella presenza, o meno, del paradigma psicopatologico che dà un senso alla follia.

tale reinterpretazione; e, infine, la fondazione organicista del disturbo psichico. Vediamo nell'ordine.

a) Quanto al meccanismo generatore, Magnan dice che pur rimanendo la follia sinonimo di demenza, questa demenza non si manifesta, specie agli inizi della malattia, con il deficit classico della capacità mnemonica e critica, ma si manifesta col deficit di un'altra funzione psichica la cui istanza è certa anche se il suo profilo rimane da precisare: quella che sinergizza ed equilibra le funzioni psichiche⁴⁰. Per Magnan, il meccanismo generatore dell'alienazione mentale non è dunque il deterioramento demenziale nella sua espressione classica, ma è il "déséquilibre"⁴¹ fra l'intelligenza, gli affetti, il comportamento, le emozioni, il giudizio.

Ovviamente, questo funzionamento sregolato della meccanica cerebrale non può durare indefinitamente ma finirà, a partire da un certo momento, per danneggiarne gli ingranaggi⁴², producendo l'espressione clinica delle funzioni psichiche logorate: l'inerzia nel comportamento, l'anaffettività nei sentimenti, il gelo emotivo e, soprattutto, il danno demenziale della ragione nell'errore delirante di giudizio prima (specie quello "lucido" e settoriale della paranoia), in quello diffuso della demenza vera e propria poi.

b) Quanto ai documenti clinici del déséquilibre, c'è da dire che se non li ho fin qui citati esponendo la teoria come un teorema è stato per facilitarne la comprensione; ma non così procede Magnan, che fa del suo percorso euristico un intreccio di teoria e di casi clinici in un rapporto di progressivo e reciproco chiarimento. Vista la teoria, vediamo allora questi casi, di cui tre ne sono i tipi che Magnan sceglie: i déséquilibrés, le ossessioni e il delirio cronico a evoluzione sistematica e progressiva.

⁴⁰ È stato un problema della psicologia delle funzioni psichiche quello di dover invocare un "io" che desse loro un coordinamento e una continuità biografica, inseguendo d'altronde il bisogno di un'improbabile localizzazione cerebrale di questo io.

⁴¹ Era Stranski, al principio del '900, a proporre la lettura della schizofrenia in termini di atassia intrapsichica. E anche altri a parafrasare a modo loro l'idea del déséquilibre avendo intuito la natura *sui generis* del disturbo generatore della psicosi. Sarà Bleuler a divenire l'arconte eponimo di codesta novità col suo concetto di dissociazione, grazie all'innesto che fece della dinamica di Freud sull'organo-meccanicismo della tradizione a cui tutti questi Autori appartenevano.

⁴² Queste metafore esprimono assai bene il modo di quegli alienisti di pensare il sistema nervoso e il suo funzionamento. Metafore che appartengono anche alla tradizione popolare delle "rotelle guaste".

Nei *déséquilibrés* si ritrovano gli psicopatici, in particolare quelli che oggi si chiamano “cas limites”⁴³ o “border-line” e vari tipi di perversi. Sono malati che Magnan studia a fondo, fino a farne una categoria clinica, per l’esattezza quella che esprime l’esordio del processo degenerativo; non a caso infatti li chiama anche “*dégénérés supérieurs*”. Due le loro caratteristiche che illustrano lo squilibrio delle funzioni psichiche.

La prima è la loro nota impulsività con atti spesso violenti etero e anche auto aggressivi; cosa che stona in modo particolare con la compostezza e la chiarezza ragionativa dei loro momenti di calma. Segno dello “squilibrio” di una ragione che presenta delle inspiegabili eclissi temporanee.

La seconda è la *Bouffée délirante*, che si ricorderà essere il loro modo tipico di delirare e che depone per il *déséquilibre* da un lato per essere un “*délire d’emblée*”, dall’altro per esprimere una tematica notoriamente cangiante e per così dire caleidoscopica⁴⁴. Il che, nell’ottica di Magnan, depone per una ragione che, funzionando per il suo squilibrio ad intermittenza, è in alcuni momenti capace di ragionare correttamente mentre in altri momenti, come quelli della *Bouffée*, è incapace di selezionare le idee che le si presentano e di dar loro un ordine narrativo. Cosa che riesce invece a fare anche il delirio cronico.

Le *ossessioni* sono un documento clinico ulteriore del *déséquilibre* delle funzioni psichiche. Esse depongono infatti per una sussistente integrità della ragione che critica l’idea “parassitaria”, che giudica ridicolo, come infatti lo è, il dover ripetere una parola senza alcuna utilità o insistere in un gesto banale fuori contesto; ma che è incapace di controllare tali manifestazioni e questo malgrado una partecipazione emotiva allo scacco che sa di sgomenta vergogna e di umiliazione. Questa incapacità di controllo è per Magnan la prima manifestazione di una ragione tarata che si avvia alla demenza, ma che di demente non ha per ora alcun segno tipico. E che mostrerà semmai il suo eventuale ulteriore avviarsi al deterioramento quando l’atto, che è incapace di controllare, non sarà più un’innocua ossessione ideativa o un tic nervoso, ma un passaggio all’atto di ben altro peso clinico e sociale. Come è il caso dei piromani o della monomania omicida o, in termini meno pesanti, il caso dell’esibizionista di Saint Germain l’Auxerrois che egli descrisse e che è il secondo esibizionista della storia della psichiatria moderna, il primo

⁴³ Mi sia permesso di ricordare questo francesismo in omaggio a Magnan.

⁴⁴ Magnan diceva che il paziente perseguitato il pomeriggio è ipocondriaco l’indomani al mattino e megalomane alla sera (NB: cito a memoria e non posso garantire l’esattezza della successione, ma quella del concetto sì).

essendo quello di St. Roch descritto un par d'anni prima da Charles Lasègue⁴⁵.

Quanto al *delirio cronico*, Magnan riprende la precedente e originaria descrizione di Lasègue e Falret integrandola con l'aggiungere alle sue due fasi (la persecuzione e la grandezza) la fase iniziale della "inquietudine" e quella finale della demenza. Com'è noto, la fase dell'inquietudine è caratterizzata da esperienze di depersonalizzazione, di influenzamento corporeo e da uno spaesamento da *Wahnstimmung* mentre alla fase finale, quella della demenza, non fu mai riconosciuta una specificità differenziale. Ma ciò che di codesto delirio qui interessa è quanto esso ci può dire a proposito dello squilibrio delle funzioni psichiche: il che Magnan esprime dicendo che in esso prevale la componente affettivo-emotivo-sensoriale della vita psichica su quella razionale. È un delirio che molto somiglia alla Psicosi allucinatoria cronica di Gilbert Ballet⁴⁶ e che, secondo le vedute di Magnan, si prospetta come la razionalizzazione di un'esperienza somatica e sensitiva-sensoriale che ha fatto un'irruzione incontrollata nella vita psichica del soggetto, il quale, con la sua ragione, non riesce a criticarla ma riesce solo a organizzarla in una trama narrativa. La quale sarà per anni di tipo persecutorio e passerà poi alla megalomania, anche questo attraverso una razionalizzazione ulteriore e cioè: il paziente dopo essersi sentito perseguitato per anni, arriva alla conclusione logica di essere un gran personaggio.

Da notare che questo delirio ha un ingresso del tutto opposto a quello della Bouffée dei *dégénérés* e tanto era quella *d'emblée* quanto questo entra invece lentamente e dopo una lunga fase di incubazione (le "inquietudini"); il che significa per Magnan che codesti soggetti hanno un cervello più sano, molto meno tarato di quello dei *dégénérés*, e la loro mente oppone una lunga resistenza all'infiltrazione del delirio, che anche per questo sarà sistematico e non caotico e caleidoscopico come

⁴⁵ Si tratta di uomini giovani che si esibiscono in chiesa a donne (religiose o laiche) raccolte in preghiera, aprendo d'un tratto il pastrano sul membro messo a nudo. Ciò che questi alienisti si sforzano di sottolineare nell'atto è la ricordata stereotipia (ora, modalità di esecuzione, vittima scelta...) da rituale coatto, che denuncia un avviarsi della ragione verso un funzionamento meccanico che lede la prima e nobile caratteristica della ragione umana: la sua libertà.

Charles Lasègue inizia come professore di filosofia al Liceo parigino Louis-le-Grand dove ha come allievo Baudelaire. Cl. Bernard lo introduce nella filiera alienistica tramite Falret. Lo illustrano i suoi studi sul delirio di persecuzione (con Falret) e sulla "folie à deux", quelli sul *Delirium tremens*, sull'anoressia e quello sul "primo esibizionista" ricordato. A suo nome anche il noto segno neurologico. Noto anche come colto umanista e come signorile nel tratto.

⁴⁶ 1853-1916. Il suo articolo sulla Psicosi allucinatoria cronica è apparso nel 1911 su L'ENCÉPHALE.

quello della Bouffée. Anch'esso sarà un indice di déséquilibre ma un déséquilibre più ordinato. Il déséquilibre sarebbe comunque l'espressione di un prevalere del cervello posteriore, dove affluiscono i vissuti viscerali e sensitivo-sensoriali, sul "cervello anteriore" dotato di capacità raziocinante.

c) Vediamo infine la mossa di Magnan intesa a portare su di un *fondamento organico* i disturbi psichici e a rilanciare così la Dégénérescence su basi "scientifiche" secondo il gusto del positivismo del tempo, togliendola da quel terreno "filosofico" moreliano sul quale la sua credibilità era ormai in via di esaurimento. Ciò che gli rese possibile questa mossa furono le incredibili scoperte dell'epoca sulle localizzazioni cerebrali e l'uso che egli seppe farne. Le quali localizzazioni, se sono per noi cosa ovvia, non lo furono affatto al loro comparire (1861, Broca), rappresentando una novità difficile da accettare specie per l'ostacolo ideologico che sollevavano: la localizzazione dell'anima. Problema che non si poneva finché l'encefalo era considerato un tutto omogeneo, problema invece scottante quando si precisò sempre di più la sua costituzione come mosaico di "centri" diversi e, soprattutto, con quella asimmetria destra/sinistra che i centri del linguaggio dimostravano. Se le cose stavano così, dove si incardina l'anima?, si chiedevano quegli alienisti. Da cui discussioni accese e a non finire alla Société Médico-Psychologique negli anni 1883-1885, che ovviamente non risolsero nulla, essendo – come diceva sorridendo Lanteri-Laura – puramente ideologiche.

Comunque i dati di Broca (1861), di Fritz e Hitzig (1870) e di Wernicke (1874) finirono per apparire inoppugnabili anche per il sostegno che vi apportavano nel frattempo i dati su cui Charcot stava mettendo il fondamento della neurologia quale oggi noi la intendiamo. Su questa base "scientifica", Magnan si sentì autorizzato ad affermazioni di questo genere: la onomatomania (la nota compulsione a pronunciare un nome) indica l'ipereccitamento di quel centro verbo-motore che nella afasia di Broca va distrutto; oppure: nel delirio cronico si rileva il già accennato ipereccitamento del "cervello posteriore" (quello situato all'indietro della scissura di Rolando), sede delle sensazioni e delle emozioni, sul "cervello anteriore" sede della ragione; ma ancora: nella erotomania di Esquirol è invece il cervello anteriore ad essere ipereccitato e capace così d'inibire il cervello posteriore, da cui l'oggetto della passione amorosa ridotto ad idea disincarnata⁴⁷; o ancora: nella satiriasi

⁴⁷ La presunta castità esaltata degli erotomani di Esquirol fu molto ridimensionata dalle osservazioni ulteriori.

e nella ninfomania è in questione l'ipereccitamento del centro spinale di Budge che la corteccia cerebrale non riesce più a controllare.

Che queste siano affermazioni scientifiche rimane ovviamente molto discutibile, e Magnan e soci lo sapevano molto bene; ma erano sicuri del loro buon fondamento, perché convinti che la loro conferma fosse ormai da misurare su tempi brevi se non brevissimi. Per il momento erano affermazioni fondate sulla quarta proporzionale.

Nel suo insieme, il contributo di Magnan alla *Dégénérescence* si caratterizza dunque per i seguenti punti:

- aver cercato di mettere il disturbo psichico su base organica, dando alla psichiatria credibilità scientifica secondo il criterio del positivismo allora imperante; una credibilità che la teoria “filosofica” di Morel stava perdendo;

- di avere così messo le basi della neuropsichiatria inaugurando un’“interpretazione” della follia che a tutt’oggi è lunga dall’essersi estinta;

- di aver lanciato una concezione del sintomo che, pur essendosi dimostrata caduca, ha lasciato segni importanti nelle psichiatrie successive. L’idea della corrispondenza biunivoca fra sintomo e lesione di un centro era troppo semplice per reggere; ma ne è rimasta l’idea dell’esistenza di una lesione organica originaria alla base della patologia psichica a partire dalla quale lesione la grande sintomatologia clinica è stata poi pensata come reazione. È l’idea, come si sarà subito capito, di Bleuler, il quale lasciava con i sintomi primari uno spazio alla manifestazione diretta della lesione dei centri nervosi. Idea analoga in Kurt Schneider e in Henri Ey, anche se danno a questo disturbo contenuti diversi;

- il suo organo-meccanicismo ha perso di credibilità per essersi, nei tardi *epigoni*, intrecciato con lo scandalo del manicomio, ma non si può per questo dire che sia morto. Una delle forme in cui ritroviamo oggi la teoria dei centri nervosi è la sua parafrasi in termini di neuromediatori e dei correlati gruppi di neuroni che li utilizzano.

- diciamo infine che la posizione di Magnan ha inaugurato il modo di fare psichiatria che consiste nel vedere nel malato il “portatore” della malattia e a quella mirare attraverso di lui, in qualche modo spersonalizzandolo. Un prezzo che quei positivisti pagarono volentieri per riscattare la scienza dalle secche del dogma e commisurandolo alla loro certezza di aver di lì a poco ragione della follia. Una certezza che non è stata poi confermata, rendendo così insostenibile il prezzo della neuropsichiatria.

VII. UN BILANCIO E UNA PROSPETTIVA

A questo punto ci si domanderà a cosa serve la conoscenza storico epistemologica del paradigma psicopatologico di cui abbiamo illustrato un esempio magistrale con la *Dégénérescence* e che abbiamo indicato come indispensabile per fare una psichiatria capace di costruirsi nella consapevolezza della propria struttura, del proprio operare e della legittimità di esso; una psichiatria insomma che non sia una semplice manovalanza al servizio più o meno ben remunerato del potentato economico o ideologico-politico di turno, ma che sia, secondo la sua natura, un operare medico nel campo di quel fenomeno umano particolare che è la follia e che implica non solo il corpo ma anche lo spirito e implica la libertà della persona e i diritti del cittadino.

Per rispondere alla domanda, vediamo prima di ricapitolare i tratti essenziali che caratterizzano il paradigma psicopatologico, per meglio valutare poi i suoi due effetti fondamentali che abbiamo qui messi in questione: la *strutturazione* del fare psichiatrico da un lato e, dall'altro, la *legittimazione* di esso. Alla luce di questi effetti vedremo anche di valutare *la struttura e la legittimità di certi modi attuali di fare psichiatria*.

Il paradigma, come abbiamo detto all'inizio, è quell'idea della follia che di volta in volta una cultura produce e accredita. Si deve aggiungere che questa idea ha la caratteristica fondamentale di essere *estrinseca alla clinica* perché proviene da un sapere *filosofico-antropologico*, che alla clinica è estraneo. Tuttavia il suo "innesto" nella clinica è essenziale, perché vi produce quella struttura di senso senza la quale sarebbe impossibile fondare e legittimare il fare terapeutico. La clinica è infatti in prima istanza un'attività semeiologica che nota e raccoglie delle *differenze*, come quella fra il sentire delle "voci" e il non sentirle, o quella fra il credere a un complotto persecutorio e il non crederci, e così via di seguito; ma non sa dirci se quelle "voci" o quel delirio di persecuzione sono la manifestazione avanzata di una demenza fatale, o l'espressione di un *déséquilibre* dei centri nervosi in qualche modo correggibile, o il risultato di un intreccio di difese psichiche inconsapevoli o il portato di una distorsione nella comunicazione o l'organizzazione di un mondo *sui generis* che vale quanto un qualsiasi altro mondo umano; e per conseguenza non sa dirci "per che verso pigliarli". *Questo per dire che nell'interno della semeiotica, per quanto vi si possa cercare e frugare, non si troverà mai un senso della follia e quindi mai vi si troverà la possibilità di fondare un fare terapeutico ragionato e coerente*. È in effetti solo il paradigma psicopatologico a darci una risposta in proposito e solo un tale paradigma permetterà di organizzare il fare terapeutico. Senza la "stella polare" del paradigma, la clinica non ha riferimenti per

pensare un uso ragionato dei suoi dati semeiologici, potendo al massimo costruire su di essi un fare terapeutico all'insegna di un empirismo tanto gratuito quanto fragile, nonché inquietante nella sua arbitrarietà.

Questo dunque un primo tratto caratterizzante del paradigma psicopatologico: la sua provenienza da una matrice antropologico-filosofica estranea alla conoscenza clinico-semeiologica e la sua necessità perché la clinica possa funzionare. Vediamone ora un secondo, beneficiando nel contempo di quanto questa disamina ci insegna sulla struttura effettiva della psichiatria medica⁴⁸.

Essendo come s'è visto il paradigma figlio della cultura del tempo, con essa nasce e di volta in volta con essa si estingue⁴⁹. Il che rivela l'altro suo tratto costitutivo e cioè la sua *discontinuità*.

Questo tratto si capisce meglio se lo si confronta con l'altra componente di fondo della psichiatria, quella semeiologica sopra ricordata. Tanto infatti il paradigma è un sapere *discontinuo e non cumulabile*, quanto il sapere semeiologico è al contrario storicamente continuo e cumulativo. Non a caso nel nostro *thesaurus semeiologicus* convivono in perfetta armonia segni che risalgono a Ippocrate, altri a Paracelso o al Cardano, altri ancora che provengono dall'osservazione degli alienisti dell'800 e così via discorrendo. Segni che, da notare, convivono senza che sorga fra loro incompatibilità di sorta, essendo anche ben disposti ad accogliere fra loro ogni nuovo arrivato.

Di tutt'altro genere invece il rapporto fra i paradigmi psicopatologici, il nuovo che arriva non solo non apprezzando quello che l'ha prece-

⁴⁸ [... psichiatria medica] che dizionari, enciclopedie e trattati definiscono come "la branca specializzata della medicina che si occupa delle malattie mentali". Ma non ci vuole una grande scienza epistemologica per accorgersi che codesta definizione implica le malattie mentali come dato ultimo e irriducibile di natura, cosa che ovviamente non è vera. Il dato ultimo irriducibile di natura sono infatti i matti e, nella prima loro categorizzazione verbale, la follia. È quando si "riduce" la follia nella prospettiva di un paradigma medico che compaiono le malattie mentali: operazione di assoluta legittimità ma anche di assoluta relatività. Altri paradigmi infatti sono stati o sono in campo per dare un senso alla follia: quello esistenziale, quello comunicativo, quello sociologicistico, fino a quello sacrale tuttora ben presente seppure nella sua semiclandestinità, per non parlare di quello a matrice politico-ideologica che ci propinarono gli antipsichiatri.

⁴⁹ Salvo talvolta a sopravvivere presso certi "pagani" di isolate e lontane periferie della cultura psicopatologica. Ricordo che quando arrivai a Lucca (1974), in fama e con intenzioni antimanicomiali, certi vecchi infermieri dei miei reparti cercarono (non senza un occhio preoccupato ai loro privilegi manicomiali che sentivano minacciati) di dissuadermi dai miei intenti, col dirmi che i malati *erano una razza a parte* (sic!) e non ci si poteva far nulla.

duto, ma di solito cercando di affermarsi in conflitto con esso e con l'intento di spodestarlo. In materia testimoniano gli attriti che ho ricordati, e del resto a tutti noti, fra l'organo-meccanicismo trionfante da un lato e, dall'altro, i paradigmi psicodinamico o fenomenologico, a suo tempo ultimi arrivati in cerca di un'affermazione.

Con queste considerazioni, penso d'aver dato un'idea più completa del paradigma e dei tratti che lo caratterizzano e cioè:

– che è un sapere *estrinseco* alla clinica, di natura filosofico-antropologica;

– che è prodotto dalla cultura del tempo: con essa si afferma e con essa si estingue. Da cui la sua natura *discontinua*, e questo a differenza del sapere semiologico, per sua natura intrinseco alla clinica e storicamente *continuo*;

– che benché estrinseco alla clinica, gioca nella clinica il ruolo essenziale di darle una struttura di senso che fonda *il fare terapeutico*;

– e che infine *legittima* codesto fare terapeutico e legittima anzi la psichiatria nel suo insieme (istituzioni, leggi).

Qualche considerazione, infine, su questo ultimo punto per meglio chiarire il fondamento della *legittimità del nostro fare*.

Dire infatti che è il paradigma psicopatologico a legittimare codesto fare può parere a prima vista non una spiegazione ma solo lo spostare un problema di dogmatismo da un fare empirico autogiustificantesi a un fare ispirato da una teoria altrettanto gratuita.

In effetti non c'è una ragione per preferire un indirizzo farmacologicista a quello psicodinamico o a quello antropo-fenomenologico o ad altri; i quali rimangono del resto tutti legittimi, il campo psicopatologico essendo per sua struttura polimorfo, nessuna teoria psicopatologica essendo mai riuscita ad eliminare del tutto le sue concorrenti ed essendo stata costretta ad una coabitazione, anche se in linea di principio tutt'altro che pacifica. Dove si fonda allora questa legittimità del paradigma psicopatologico?

Non certo sull'opposizione di verità ed errore col dire che il paradigma vero è stato annunciato allo psichiatra dalla voce (magari di qualche cattedratico) proveniente dal rovelto ardente e che gli altri, falsi, appaiono come incarnazioni di reietti alla sinistra del Padre nel Giudizio finale. In effetti un paradigma si legittima – e legittima il fare psichiatrico che ne discende – per due caratteristiche: *per essere una ricerca centrata sul Dasein umano e per rimanere questa ricerca sempre aperta*.

Centrata sul *Dasein* umano, significa che s'intreccia con l'interrogativo che tutti riguarda dell'essere al mondo⁵⁰ e con le dimensioni imprescindibili del rispetto dei diritti della persona e del cittadino⁵¹; dire che è una ricerca per definizione aperta significa che non si siede su di una verità definitiva ma che pone il paradigma in continua discussione, in un confronto con la riflessione antropologica e filosofica.

In una parola, è *un solido entroterra giuridico e filosofico che dà un senso alla follia inquadrandovi i diritti del cittadino ammalato ed è la continua rivisitazione* di codesto entroterra che fa la *legittimità* di un paradigma psicopatologico, facendo nel contempo la legittimità del fare terapeutico che ne discende. È solo con questo riferimento che la psichiatria, o una qualsiasi altra "pratica della follia", può conservare una sua legittima autonomia a difesa di sé stessa e dei pazienti.

Da qui la mia perplessità – o peggio – per psichiatriche che ignorino – o addirittura rifiutino – il riferimento ad un paradigma psicopatologico che legittimi il loro *fare* e si attestino, come nel caso della psichiatria del DSM, su di un piano empirico sostenuto in parte da una tradizione, in parte da una autoreferenzialità di tipo consensuale.

Questi fondamenti sono d'un'evidente fragilità ed espongono, ma, direi con più esattezza, destinano tali modi di fare psichiatria, e senza possibilità di replica e di difesa, all'influsso delle *lobbies* di turno. O anche delle ideologie, ricordando in merito il passato più – o meno – recente.

Bene, speriamo di essere riusciti a dare un'idea del paradigma psicopatologico e della sua funzione essenziale dell'organizzare e del legittimare il nostro fare di psichiatri. Un pensiero grato a Morel che con il suo esempio ci ha permesso di capirlo meglio, e un pensiero a Giovanni Gozzetti che con la sua cultura era capace di farlo capire.

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

Testo letto alla giornata in memoria di Giovanni Gozzetti tenutasi a Borgoricco (Pd) il 28 febbraio 2014.

⁵⁰ Erano certi medici romantici come Giusto Kerner ad ascoltare i pazzi come fonte di rivelazione del mistero del quale la nostra vita è intessuta (cfr. Werner Leibrand, *Medicina romantica*, trad. it., Laterza, 1939).

⁵¹ Si ricordi in merito l'iniziativa di Daumezon e Bonnafé che ho citata.