

Alfredo Civita

RICERCHE FILOSOFICHE SULLA PSICHIATRIA

Appendice di Luca Zendri
L'isteria da Freud a Lacan

1990

INDICE

4 PREMESSA

1. Filosofia della psicologia – 2. La nozione di spazio fondazionale – 3. L'influenza della filosofia sulla psichiatria – 4. Filosofia, normalità e patologia

7 Capitolo primo

FILOSOFIA E PSICOPATOLOGIA

1. Il sesso nell'isteria e la percezione della sessualità – 2. Il pluralismo nella psicopatologia – 3. Problemi fondazionali e problemi filosofici – 4. Il *Mind-Body Problem* – 5. Generalizzazione *versus* Individuazione – 6. Costruzione e narrazione nella storia clinica

21 Capitolo secondo

L'EREDITÀ DEL POSITIVISMO: CHARCOT E KRAEPELIN

1. Filosofia, scienza e psicologia nel positivismo – 2. Le neuroscienze nel XIX secolo – 3. La psicologia nel positivismo – 4. I presupposti filosofici impliciti nella psicologia del positivismo – 5. La concezione anatomico-clinica della malattia e la sua influenza sulla psichiatria alla fine del XIX secolo – 6. Jean-Martin Charcot: dalle malattie neurologiche all'isteria – 7. Analisi di una lezione clinica di J.-M. Charcot – 8. Osservazioni conclusive sull'impostazione di Charcot – 9. Emil Kraepelin – 10. Il metodo clinico kraepeliniano: analisi di esempi e conclusioni

39 Capitolo terzo

UNIVERSI DEL SENSO: FREUD E BINSWANGER

1. La malattia e la vita – 2. Freud: il caso Dora – 3. La costruzione del caso clinico di Dora. Analisi di un esempio – 4. Osservazioni conclusive sulla prospettiva freudiana – 5. Ludwig Binswanger tra psichiatria e filosofia – 6. Binswanger: il caso Ellen West – 7. Analisi di un esempio: la morte di Ellen West – 8. Freud e Binswanger: breve comparazione filosofica

58 APPENDICE

L'isteria da Freud a Lacan, di Luca Zendri

67 Bibliografia

PREMESSA

1. *Filosofia della psicologia*

La ricerca che svolgeremo si colloca nell'ambito di una filosofia della psicologia. Possiamo intendere questa espressione come il titolo generale di un vasto programma di ricerche filosofiche che hanno per oggetto le discipline psicologiche. Il presupposto di questo programma è che le discipline psicologiche presentino effettivamente un interesse filosofico e siano inoltre suscettibili di una trattazione che, senza mai trasformarsi in un'indagine psicologica vera e propria, conservi in ogni caso le peculiarità teoriche e metodologiche di un approccio puramente filosofico.

A nostro parere esistono nel campo della psicologia almeno tre livelli di interesse per la filosofia. Ma prima di illustrarli opereremo anzitutto una restrizione: nell'universo sconfinato della scienza psicologica noi prenderemo in considerazione soltanto il gruppo particolare delle discipline che si occupano a vario titolo delle malattie psichiche e più in generale dei disturbi psichici. D'ora in avanti ci riferiremo dunque quasi esclusivamente alla sfera della psicopatologia. I discorsi che svilupperemo potrebbero tuttavia essere ripensati e rielaborati anche in funzione di altri settori della scienza psicologica.

2. *La nozione di spazio fondazionale*

Il primo livello di interesse è il più importante e complesso ed è anche quello a cui dedicheremo la maggior parte del tempo. Si tratta di questo: nella dottrina e anche nella pratica delle diverse scuole psichiatriche vi sono degli spazi di azione che chiameremo *fondazionali*. La nozione di «spazio fondazionale» indica la presenza nel campo di azione della psichiatria di problemi e di ostacoli che possiedono alcune caratteristiche del tutto particolari: 1) Non sono problemi aggredibili e risolvibili con gli strumenti e i metodi propri della scienza. 2) Sono problemi inevitabili, problemi che occorre necessariamente risolvere per poter andare avanti – gli spazi fondazionali sono dunque spazi obbligati. 3) A partire da questi problemi entrano in gioco opzioni di natura prescientifica. Vale a dire: attraverso gli spazi fondazionali si inseriscono e si incorporano nella disciplina concetti e orientamenti che non hanno né possono ricevere un'autentica giustificazione scientifica – il che naturalmente non toglie che spesso e volentieri essi possano assumere l'aspetto esterno di rigorose acquisizioni della scienza. 4) Gli spazi fondazionali non sono soltanto inevitabili ma sono anche, per l'appunto, spazi di fondazione: le soluzioni che vengono adottate in questi spazi si ripercuotono sull'intero orizzonte teorico e pratico della disciplina, svolgendo pertanto una funzione tipicamente fondazionale.

Questo primo livello è molto complesso. In seguito le cose si dovranno chiarire. Ma per dare fin d'ora un'idea più precisa della nostra problematica, basterà introdurre qualche esempio. Il primo riguarda il problema che denomineremo «generalizzazione vs individuazione» (d'ora in poi indicato con la sigla *GvsI*) e che possiamo riassumere così: quali aspetti della malattia mentale sono generalizzabili e sussumibili sotto concetti e leggi generali, e quali invece sono specifici e irripetibili, e non sono sradicabili dalla vita del singolo individuo ammalato? Questo problema costituirà il filo conduttore della nostra ricerca e ci renderemo conto con piena evidenza che esso configura un autentico spazio fondazionale. Noi lo affronteremo da una prospettiva particolare: la prospettiva del caso clinico, ossia di come viene costruita e narrata la storia di una malattia. Studieremo questo tema fa-

cendo riferimento a quattro grandi figure della psichiatria moderna: Charcot, Kraepelin, Freud e Binswanger. Incontreremo impostazioni completamente diverse e vedremo che le operazioni sensoriali e intellettuali con cui viene messa a punto in ciascun caso la storia clinica, sono profondamente, anche se spesso inconsapevolmente, condizionate da opzioni fondazionali prescientifiche.

Un altro esempio di spazio fondazionale, un esempio certamente più familiare agli studiosi di filosofia, riguarda il rapporto mente-corpo. Nell'ambito della psichiatria il *Mind-body problem* (d'ora in poi *MBP*) si manifesta essenzialmente in questa forma: il nucleo generatore della malattia mentale si trova nel corpo, e in particolare nel cervello, oppure nella psiche? È evidente che non si può fare psichiatria senza avere un'opinione su questo punto, ed è altrettanto evidente che questa opinione si distenderà come un'onda sull'intero territorio dottrinale e clinico della disciplina. Ho parlato di *opinioni* e non l'ho fatto a caso. Il *MBP* esige infatti in ultima analisi un'attivazione di opinioni che non sono suscettibili di ricevere una corroborazione scientifico-sperimentale e che tuttavia sono indispensabili per procedere nel lavoro scientifico.

Qual è il compito della filosofia rispetto a questo primo livello? Il mio punto di vista che ricavo liberamente da Wittgenstein – è il seguente: il compito della filosofia non è assolutamente quello di produrre la soluzione definitiva e superlativa che metta le cose a posto una volta per tutte. La prospettiva che propongo è radicalmente antifondazionale. La funzione fondazionale appartiene integralmente al lavoro delle singole scienze. Alla filosofia rimane il compito di analizzare ed esibire il denso concettuale dei problemi di fondazione. Che cosa questo significhi lo capiremo soltanto in seguito. Qui possiamo semplicemente anticipare il risultato principale a cui perverremo relativamente al problema *GvsI*: verificheremo che la molteplicità degli orientamenti possibili non costituisce un'aberrazione, ma una condizione normale e tipica che è posta in essere dalle caratteristiche concettuali del problema. In breve: è il problema stesso a non ammettere per sua natura una soluzione univoca.

3. L'influenza della filosofia sulla psichiatria

Il secondo livello di interesse filosofico che è rinvenibile nella sfera della psicopatologia è in parte – ma soltanto in parte – una conseguenza del primo livello. Si tratta dell'influenza che la filosofia e più in generale la cultura di un'epoca o di una comunità esercitano nei modi più diversi sul pensiero psichiatrico. In tutti gli autori a cui faremo riferimento si può individuare la presenza di una concezione filosofica. Charcot e Kraepelin per esempio si situano entrambi nell'ambito della filosofia e della cultura positivista. Sarà interessante vedere come i principi generali della filosofia positivista si specificano e si concretizzano, in modi peraltro differenti, in rapporto alle esigenze particolari della loro attività teorica e soprattutto clinica.

La presenza della filosofia è nettissima poi nel pensiero di Binswanger: i riferimenti filosofici riguardano la fenomenologia di Husserl, ma soprattutto l'*analitica esistenziale* di Heidegger, elaborata in *Essere e tempo* (1927). Anche qui sarà istruttivo vedere come una costruzione filosofica si declini in una costruzione scientifica. Il rapporto filosofia-scienza non solleva in questo caso nessuna difficoltà: a differenza di Charcot e di Kraepelin, che erano medici puri, senza particolari ambizioni o inclinazioni speculative, Binswanger, nonché psichiatra, era anche filosofo. La filosofia viene incorporata nelle sue dottrine psichiatriche in modo del tutto preciso e consapevole. È lui stesso per esempio a caratterizzare con grande competenza il rapporto con Heidegger: egli presenta la propria concezione psichiatrica come un'elaborazione sul piano *ontico* (antropologico) dell'*ontologia* di *Essere e tempo*.

Con Freud le cose, come sempre, si complicano ed è molto difficile dire quale ascendenza filosofica prevalga nella sua impostazione. Le influenze, anche esplicite, sono varie e spesso sono contradd-

dittorie almeno in apparenza: si sovrappongono, per esempio, elementi positivisti ed elementi irrazionalisti. Ci imatteremo in questo intreccio che non potremo tuttavia approfondire come meriterebbe.

Notavamo prima che questo secondo livello di interesse filosofico della psichiatria è in parte una conseguenza del primo. Questo significa due cose: 1) Da un lato la filosofia di un'epoca influenza il pensiero psichiatrico in rapporto alla visione generale del mondo che in modo più o meno appariscente fa da cornice alla costruzione psichiatrica vera e propria. Da questo lato non esiste un rapporto intrinseco tra i due livelli. 2) Dall'altro lato le concezioni filosofiche dominanti possono entrare nelle costruzioni psichiatriche attraverso quelli che abbiamo chiamato *spazi fondazionali*. Il rapporto in questo caso è interno: le opinioni filosofiche possono contribuire alla costituzione del sapere psichiatrico propriamente detto, come accade per esempio in maniera eclatante in Binswanger.

4. Filosofia, normalità e patologia

Veniamo al terzo livello. Possiamo presentarlo attraverso un'idea molto semplice e classica: la comprensione della patologia può offrire una prospettiva privilegiata per la comprensione della normalità. È una prospettiva privilegiata in questo senso: perché l'attenzione alla patologia porta ad acquistare o almeno a raffinare la consapevolezza di condizioni e di nessi che caratterizzano la natura umana in generale, ma che tendono a passare inosservati fin quando non si presentino in un contesto irregolare che elude le abitudini e le attese più consolidate. Per esempio la nozione del possibile, la nozione di ciò che può capitare in sorte agli esseri umani, si amplia in modo sorprendente se viene elaborata anche alla luce delle situazioni patologiche.

Questo terzo livello riveste, a nostro avviso, il massimo interesse per la riflessione filosofica. Tuttavia nella presente ricerca noi non avremo lo spazio e forse neanche la forza per esplorarlo con la cura che richiederebbe. Più che altro dovremo lasciare che gli spunti si formino da soli, quasi incidentalmente. Vale peraltro la pena di notare che proprio in relazione ai presupposti e alle operazioni che intervengono spesso oscuramente nella costruzione delle storie cliniche, il rapporto tra patologia e normalità appare particolarmente evidente e interessante: il problema delle modalità di elaborazione di una storia clinica sfocia infatti direttamente nella domanda che chiede cosa significhi in generale narrare la storia di un'esistenza, l'esistenza di un altro o anche la propria.

CAPITOLO PRIMO

FILOSOFIA E PSICOPATOLOGIA

Attraverso gli spazi fondazionali entrano nell'orizzonte della psichiatria idee e posizioni di ordine prescientifico. Molto spesso questo processo è inconsapevole. A causa di resistenze personali o di abitudini profondamente radicate nella comunità scientifica di appartenenza, lo psichiatra non si rende conto di mettere in gioco opinioni e non certezze scientifiche. Sono queste dinamiche a rendere la psichiatria così intensamente permeabile sia dagli atteggiamenti personali sia dalle ideologie e dai valori morali del tempo. Analizzando adesso alcuni esempi, cominceremo a precisare le modalità e il significato di una ricerca filosofica sulla psicopatologia.

1. Il sesso nell'isteria e la percezione della sessualità

Il primo esempio, che ci porta già nel merito del nostro discorso, riguarda l'opinione che l'isteria sia una malattia esclusivamente femminile. Fino alla metà del secolo scorso questa era una convinzione del tutto ineccepibile. Negli ultimi decenni del secolo le cose sono cambiate, e con la scuola di Charcot e in seguito con Freud l'isteria è divenuta una malattia senza esclusione di sesso. In che cosa è consistito esattamente questo cambiamento? È forse stato determinato da nuovi riscontri e da nuove prove scientifiche inoppugnabili? Nient'affatto: semplicemente si è, per così dire, deciso di cercare l'isteria anche tra i maschi, e naturalmente la si è trovata. Prima, seguendo una tradizione di millenni che risale addirittura sino a Ippocrate (1869, p. 262 e sgg.), il quale individuava l'isteria in una malattia dell'utero (*hystère*), si dava passivamente per scontato che i disturbi isterici fossero appannaggio della donna, senza peraltro più condividere l'eziologia del tutto fantasiosa da cui Ippocrate aveva preso le mosse. In seguito questo orientamento passivo è stato tematizzato e posto in discussione, e l'isteria si è trasformata in una malattia universale, sia pure ancora a prevalenza femminile.

Dove si trova in questo caso lo spazio fondazionale che apre la strada a posizioni tanto diverse? Questo è un punto estremamente complesso e importante rispetto al quale siamo però agevolati dal fatto che esiste ormai in proposito un notevole consenso da parte degli studiosi. Si tratta di questo: i sistemi classificatori delle malattie mentali – le *nosografie* psichiatriche – non possono aspirare a un fondamento ontologico univoco e necessario, perché essi sorgono da un'interazione fra i fatti clinici e l'orientamento soggettivo dell'osservatore. La storia della psichiatria, dagli antichi fino ai giorni nostri, ci fornisce innumerevoli conferme. Si constata una continua sovrapposizione e anche una continua confusione tra sistemi classificatori differenti, una confusione che, per inciso, è oggi più intensa che mai. Il problema dell'isteria come malattia femminile oppure universale è precisamente un effetto di questa situazione concettuale. Ciò che permise a Charcot di fare dell'isteria una malattia universale fu in ultima analisi la volontà di presumerla e quindi di trovarla anche nell'uomo. Egli rielaborò il quadro tradizionale dell'isteria in modo che potesse essere applicato anche all'uomo. Scoprendo l'isteria maschile, trovava dunque qualcosa che egli stesso aveva prodotto. Più avanti vedremo questo procedimento più in dettaglio. Ma può essere utile una breve anticipazione.

Uno dei segni caratteristici dell'isteria femminile era la presenza nel corpo di zone *isterogene*, ca-

paci, se eccitate, di scatenare un attacco di tipo isterico. La zona isterogena più classica era la regione ovarica, la cui stimolazione era in grado sia di precipitare sia di arrestare l'attacco. Ora quando Charcot cominciò a occuparsi di isteria maschile, un passo decisivo fu questo: decretare che esistessero anche nel maschio delle zone isterogene. Charcot le localizzò soprattutto nei testicoli, nei capezzoli e nella regione dell'osso iliaco. La diagnosi d'isteria diventava assolutamente sicura se il paziente, lungamente stimolato in queste zone dai medici e dagli infermieri, si produceva finalmente in una crisi di tipo isterico. E fin troppo facile sospettare che in questi casi Charcot e i suoi collaboratori non facessero altro che trovare sintomi che proprio loro, con l'azione e la suggestione, avevano indotto.

Anche la storia successiva dell'isteria ci offre indicazioni interessanti. Dopo che Freud ebbe a costruire la psicoanalisi proprio a partire dalla *grande isteria* descritta da Charcot, questa isteria di Charcot è andata gradualmente dissolvendosi e oggi ricompare di rado, occasionalmente, per lo più in una chiave rivendicativa in soggetti socialmente disagiati (Petrella, De Martis, 1977). Qui ci si può chiedere: ma sono cambiate le cose e oggi non ci si ammala più dell'isteria di Charcot, oppure sono cambiate le categorie nosografiche e ciò che in passato veniva qualificato come isteria riceve oggi un altro nome? Probabilmente sono vere ambedue le cose. Ma soprattutto le due cose sono necessariamente intrecciate. Quello che è certo, e che solo apparentemente è paradossale, è che ci si può ammalare soltanto di malattie già previste, per le quali esistano già nomi e concetti. L'aspetto più significativo di questa situazione si trova sicuramente nell'influenza profonda che i concetti nosografici esercitano su tutte le fasi del lavoro psichiatrico a partire dal momento dell'osservazione e dell'organizzazione dei dati clinici. Il sistema struttura lo sguardo clinico decidendo preliminarmente cosa cercare e cosa trascurare.

Nel confrontare l'approccio di Charcot con quello di Freud all'isteria, noi toccheremo con mano queste dinamiche in rapporto alla presenza di significati sessuali nelle manifestazioni isteriche. A differenza di Charcot che non dava alla sessualità la minima importanza, Freud, come è noto, vedeva la sessualità dappertutto. Questo vedere dovunque significati sessuali e libidici, non è un vedere puramente passivo e ricettivo che semplicemente prende atto di qualcosa di autoevidente, è al contrario un vedere strutturante, un vedere che anima e in certo modo costruisce ciò che vede. Analogamente il disconoscimento della sessualità da parte di Charcot non è il risultato di una mera disattenzione o di una scarsa sensibilità umana verso queste cose. Sulla presenza della sessualità alla Salpêtrière, ai tempi di Charcot, la letteratura si è abbondantemente dilungata. Solo che questa sessualità rimaneva muta, senza parole. Non trovava accesso nel discorso della scienza e della medicina. Non si trattava di un passivo non vedere bensì di un attivo non conferimento di dignità scientifica.

A questo proposito abbiamo una preziosa testimonianza dello stesso Freud:

Durante una delle serate in cui Charcot riceveva, mi trovai accanto al venerato maestro, proprio nel momento in cui egli stava raccontando a Brouardel una storia molto interessante tratta dalla sua pratica del giorno. Non udii bene l'inizio, ma gradualmente il racconto avvinse la mia attenzione. Una giovane coppia di sposi del lontano oriente, lei molto sofferente, l'uomo impotente o assai poco abile. «Tachez, donc, — sentii ripetere Charcot — je vous assure, vous y arriverez». Brouardel, che parlava a voce meno alta, deve poi aver espresso la propria meraviglia che in tali circostanze si vedessero sintomi come quelli della donna in questione, perché improvvisamente Charcot esclamò con grande animazione: «Mais dans ces cas pareils c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours». E ciò dicendo incrociò le mani sul ventre, saltellando varie volte su e giù con la vivacità che gli era propria. So che per un attimo caddi in preda a uno stupore quasi paralizzato dicendo a me stesso: «Ma se lo sa, perché non lo dice mai?». Ma presto l'impressione fu dimenticata; tutto il mio interesse fu assorbito dall'anatomia cerebrale e dalla riproduzione sperimentale di paralisi isteriche (Freud, 1914, p. 387).

Non ci interessa qui interrogarci su quanto vi sia di autentico e quanto di costruito in questo ricordo

aneddotico. È importante invece riflettere sulla sua affermazione: «Ma se lo sa, perché non lo dice mai!». Freud qui pretende veramente troppo da Charcot. A quei tempi la sessualità era oggetto di trattazione scientifica quasi esclusivamente come patologia sessuale. Al contrario, ciò che emergeva nell'isteria della Salpêtrière non era la patologia della sessualità, ma era semplicemente la dimensione sessuale della vita. Per Charcot e per i suoi contemporanei l'esplorazione scientifica di questa dimensione era una cosa non prevista e non tollerabile. Freud modificò in modo epocale questo atteggiamento e oggi gli viene riconosciuto universalmente il merito di aver incrinato l'ipocrisia vittoriana nei confronti del sesso. L'accusa di ipocrisia si applicava a pennello proprio a Charcot che era uno studioso originale e intraprendente e che tuttavia non diceva ciò che sapeva. Ma forse è più corretto sostenere che a essere ipocrita non era tanto Charcot in persona, quanto, più impersonalmente, l'orizzonte scientifico e culturale che preformava e quindi limitava le sue possibilità di azione.

È interessante osservare come lo stesso Freud non sia andato esente da accuse di ipocrisia di tipo analogo. L'accusa concerne un altro episodio cruciale e addirittura mitico della storia della psicoanalisi: il ripudio della teoria della seduzione. Fin verso al 1897 Freud riconduceva la genesi dell'isteria e di altre psiconevrosi a un trauma sessuale infantile. I suoi pazienti confermavano sistematicamente questa ipotesi con i loro ricordi che, rimasti inconsci per tanto tempo, riaffioravano precisi e intensi sotto la spinta del lavoro analitico. Ma ben presto Freud scoprì che i suoi pazienti lo ingannavano tanto quanto ingannavano se stessi. Le scene che si imponevano nel ricordo come accadimenti reali, erano costrutti della fantasia destinati a coprire un'attività sessuale precoce sottoposta a rimozione (Freud, 1968, p. 185 e sgg.). Freud fu così costretto a rivedere in profondità le sue concezioni e fu questo il primo passo verso la teoria della sessualità infantile.

Ora nel 1984 uno studioso autorevole come J.M. Masson ha messo in discussione l'intera vicenda sulla base di una ricchissima documentazione storica. Le conclusioni di Masson sono queste: Freud avrebbe abbandonato la teoria del trauma sessuale precoce a causa delle implicazioni sociali o morali estremamente sgradevoli che essa comportava nei confronti di genitori e tutori che venivano di fatto accusati di abusare sessualmente dei fanciulli. Secondo Masson, questa era un'idea troppo dura e troppo vera per poter essere tollerata dal grande pubblico, e allora Freud, che era assetato di riconoscimenti e di gloria, preferì lasciarla cadere e mettersi su un'altra strada (Masson, 1984).

Anche in questo caso non ci interessa entrare nel merito della vicenda e dei fatti storici. È interessante invece segnalare il problema fondazionale che è all'origine sia delle diverse posizioni freudiane sia delle diverse letture retrospettive di queste posizioni. A creare qui uno spazio fondazionale è proprio il concetto di ricordo che per sua natura lascia sempre aperta la possibilità del dubbio, del sospetto, e con essa anche la possibilità di interpretare in una chiave diversa tanto il contenuto quanto il fatto stesso del ricordare (Civita, 1987)

2. Il pluralismo nella psicopatologia

Abbiamo finora insistito sull'inserimento nella teoria e nella pratica della psichiatria di opzioni pre-scientifiche che si innestano a partire dagli spazi fondazionali. Un effetto appariscente di tutto ciò è rappresentato dalla grande e sconcertante frammentazione che si riscontra nel campo della psicopatologia e più in generale della psicologia. Nel 1894 Dilthey presentava lo scenario della psicologia come «una guerra di tutti contro tutti» (Dilthey, 1985). Le cose oggi stanno esattamente allo stesso modo e anzi le differenze e le rivalità si sono sicuramente incrementate in funzione dell'enorme sviluppo che le discipline psicologiche hanno trovato nel nostro secolo sia sul piano accademico sia sul piano sociale. Secondo S. Freni (Luborsky, 1989), soltanto in Italia si contano dalle 300 alle 700 scuole di psicoterapia. Ma al di là delle degenerazioni locali, la frammentazione nella psicopatologia costituisce in realtà la norma piuttosto che l'eccezione, e la storia della scienza nei regimi totalitari ci

insegna per esempio che laddove trionfa l'uniformità, questo trionfo è soltanto il frutto di imposizioni e di manipolazioni ideologiche.

È difficile del resto immaginare che le cose in futuro possano cambiare e si possa pervenire a una reale unificazione della scienza psicologica. La scienza psicologica sembra essere predestinata al pluralismo dalla sua stessa natura. Senza voler entrare nel merito dell'argomento, appare però chiaro che nulla del genere si riscontra nelle scienze fisiche e matematiche. Certo è ben noto, grazie soprattutto al lavoro dell'epistemologia contemporanea, che anche all'interno delle scienze più agguerrite e consolidate, come la chimica e la fisica, esistono presupposti extrascientifici a partire dai quali si delineano posizioni scientifiche contrapposte. Ma qui le opzioni e le differenze si situano generalmente a un altro livello, sono molto più circoscritte e non si riverberano sull'intera articolazione della disciplina, dai primi principi fino alla routine quotidiana, come accade invece in psicologia. In altre parole e molto schematicamente: la chimica, la fisica e perfino la biologia (che pure è attraversata da importanti differenziazioni) sono sostanzialmente uguali per tutti i ricercatori, anche se possono essere usate in modo diverso e caratterizzate in modo diverso dal punto di vista etico e politico. Esiste qui un consenso che abbraccia un ampio corpo di conoscenze, di metodi e di tecniche. In psicologia non esiste nessun consenso del genere, e se da un manuale di psicologia cognitiva passate a un manuale di psicoanalisi o di psicologia della forma, l'impressione è quella di passare da un mondo a un altro mondo.

3. *Problemi fondazionali e problemi filosofici*

Esiste un'analogia tra i problemi fondazionali che emergono nella psicopatologia e i problemi filosofici della tradizione? Per rispondere in modo soddisfacente dovremmo chiarire le nostre idee sulla natura dei problemi filosofici e questo ci porterebbe decisamente troppo lontano. Tuttavia mettendo a fuoco adesso le caratteristiche dei problemi fondazionali emergeranno alcune osservazioni interessanti anche sul rapporto con i problemi classicamente filosofici.

Proprio la prima caratteristica dei problemi fondazionali si presta assai bene a essere descritta con un linguaggio tipicamente filosofico. I problemi fondazionali *non* sono falsi problemi. Non sono, per dirla con Wittgenstein (1953, 1989), problemi che sorgono da un fraintendimento del linguaggio e rispetto ai quali il compito della filosofia si configura come un far uscire la mosca dalla bottiglia, interrompendo il corto circuito linguistico-concettuale che ha generato il fraintendimento. Per inciso: molti problemi della filosofia classica hanno precisamente questo carattere di problemi apparenti, che richiedono soltanto di lavorare sulla struttura profonda del linguaggio. Ma non è questo il nostro caso. I problemi fondazionali sono assolutamente autentici e inoltre, come già abbiamo notato, non sono affatto problemi accademici che in concreto non condizionano il lavoro della scienza. Sono problemi decisivi e non si può realizzare una psichiatria senza aver adottato una soluzione, o almeno senza che una soluzione si sia incorporata tacitamente nel quadro della disciplina.

Un'altra caratteristica, anche questa già segnalata, è legata al fatto che i problemi fondazionali non ammettono un'unica soluzione, ma una varietà di soluzioni alternative. Ciò significa che il problema più che una soluzione esige una scelta, una presa di posizione. Con un'immagine, potremmo rappresentare questo tipo di problemi come incroci: giunti all'incrocio bisogna seguire una strada e lasciare le altre (a meno di non andare avanti e indietro col rischio di perdere l'orientamento).

Questo ci porta a ribadire che il compito della filosofia non è quello di cercare una soluzione definitiva che non esiste. Usando un'espressione un po' enigmatica noi abbiamo detto che il compito è quello di esibire il senso concettuale del problema. Adesso dobbiamo cominciare a chiarire questa formula. In termini astratti essa significa essenzialmente due cose: 1) Localizzare il luogo di origine del problema: il livello dell'esperienza sul quale il problema si forma e si impone originariamente. 2)

Mostrare le caratteristiche concettuali che danno origine al problema fondazionale e fanno sì che esso si sottragga a una considerazione strettamente scientifico-sperimentale e si prospetti al contrario come un problema intrinsecamente aperto a una varietà di soluzioni. Una varietà non infinita naturalmente, e alla riflessione filosofica spetta anche il compito di delineare le forme possibili di soluzione.

Ci domandavamo prima se esista un'analogia tra i problemi fondazionali e i problemi filosofici classici. Ebbene, accanto a un'importante differenza è emersa un'importante somiglianza: diversamente dai problemi filosofici della tradizione, i problemi fondazionali sono problemi reali che esigono soluzioni reali; ma in analogia con i problemi filosofici, anch'essi scaturiscono da una situazione concettuale, anch'essi dunque richiedono alla filosofia di riflettere sul funzionamento dei concetti che sono incastrati nel nostro linguaggio. Ma è inutile continuare a parlare in astratto. Per concretizzare il discorso analizzeremo con molta rapidità e a titolo esemplificativo il *MBP*. Questo ci consentirà anche di acquisire nozioni che utilizzeremo in seguito.

4. *Il Mind-Body Problem (MBP)*

Il *MBP* concerne la relazione strutturale, l'interazione e la cooperazione tra le attività mentali nel loro complesso, intese nel senso più lato, e il sostrato materiale, organico di queste attività. Il *MBP* abbraccia in realtà un insieme estremamente vasto di problematiche differenti e variamente imparentate tra loro. Alcune di queste problematiche sono di carattere strettamente scientifico e almeno fino a un certo punto non manifestano implicazioni di ordine filosofico-concettuale. Si pensi a tale proposito alle innumerevoli tematiche di stretta pertinenza scientifica che sono oggetto delle cosiddette *neuroscienze*, per esempio lo studio delle strutture anatomiche e dei processi neurofisiologici che costituiscono la base materiale delle attività sensoriali. Nella visione l'impulso nervoso viene attivato dalla stimolazione delle cellule fotosensibili della retina e, percorrendo i nervi ottici e altre strutture cerebrali intermedie, giunge a un'area specifica della corteccia cerebrale (l'area visiva) dove viene ricevuto ed elaborato da cellule altamente specializzate. Negli ultimi anni è stato possibile individuare gli strati della corteccia visiva e addirittura i gruppi di cellule che sono adibiti alle varie funzioni anche in rapporto alla natura dell'impulso ottico. Ora in queste ricerche il rapporto mente-corpo può essere indagato senza che lo studioso debba necessariamente misurarsi con le questioni fondazionali. Altri esempi significativi in questo senso provengono dalla neurologia clinica: l'osservazione di correlazioni costanti tra sintomi neurologici e lesioni cerebrali ben circoscritte ha consentito nel corso del '900 di localizzare con alta precisione le aree cerebrali il cui danneggiamento provoca l'alterazione di importanti funzioni motorie, sensoriali o intellettuali. Certo è naturale che anche in questi contesti di ricerca i problemi fondazionali facciano a un certo punto capolino. Basterà ricordare a questo proposito il ricorso massiccio e spesso decisamente ingenuo a modelli informatici che caratterizza numerosi settori delle odierne neuroscienze. Quanto alla neurologia clinica si pensi soltanto alla disputa iniziata nel XIX secolo e tuttora in corso tra concezioni localizzazioniste e concezioni olistiche del cervello (Hecaen, Lanteri-Laura, 1977). Tuttavia è chiaro che al di là di queste estensioni fondazionali, il cui senso positivo è quello di aprire audacemente la strada a nuove direzioni di ricerca, esiste in questi campi un livello dell'indagine che può essere sottratto alle questioni di principio ed esplorato in termini scientifico-sperimentali.

Peraltro come esistono aspetti strettamente scientifici nel *MBP*, allo stesso modo esistono aspetti che emergono tipicamente sul piano della pura riflessione filosofica in assenza di connessioni dirette con la ricerca scientifica. Un classico esempio è il problema dell'immortalità dell'anima che ha assillato per secoli i filosofi del passato e che sussiste tuttora seppure in forme rinnovate. Un altro esempio classico è il problema dell'identità dell'io così come è venuto a configurarsi a partire da Hume

(1739) nella tradizione empirista e analitica soprattutto di area anglosassone. Esiste dunque anche una dimensione specificamente filosofica del problema (Moravia, 1986). Ma a noi interessa adesso gettare uno sguardo sul modo altrettanto specifico in cui il problema si presenta nell'ambito della psicopatologia.

Come si è già notato, la domanda essenziale è se il nucleo generatore della psicosi si trovi nel corpo oppure nella sfera psicologica e comportamentale. La nostra tesi è che questo problema tollera in realtà ambedue le soluzioni, ognuna delle quali ammetterà inoltre numerose varianti. Dallo stato attuale della psichiatria ricaviamo una testimonianza oltremodo eloquente circa questa intrinseca apertura del problema. Incontriamo infatti un radicale dualismo, che si estende a tutti i livelli fino a condizionare i contenuti e le stesse finalità del trattamento terapeutico, tra una psichiatria biologica, che in sostanza assimila le malattie mentali alle malattie organiche, e un fronte a sua volta molto frastagliato di orientamenti che al contrario privilegiano le dinamiche psicologiche, familiari, sociali e così via. L'importanza e la drammaticità delle implicazioni pratiche di questo contrasto non hanno bisogno di essere enfatizzate. È nostro compito invece chiarire l'intreccio concettuale che le determina.

Possiamo partire da una differenza concettuale che è per noi fondamentale e di cui faremo largo uso anche in seguito. La desumiamo dallo psichiatra tedesco Kurt Schneider (1980) il quale distingue tra *Dasein* (esserci) e *Sosein* (essere così e così) di una psicosi. Ora mentre questa distinzione risulta difficilmente utilizzabile in rapporto alle psicosi nel loro complesso, si dimostra invece particolarmente efficace rispetto ai sintomi particolari con cui la psicosi si presenta e che la costituiscono sia soggettivamente che oggettivamente. Di ogni sintomo (allucinazione, delirio, malinconia, aggressività, ecc.) diremo che esso ha un *esserci* e ha un *così e così*. L'esserci indica il fatto che il sintomo c'è. Per esempio un paziente dice di sentire delle voci che lo ingiuriano e lo psichiatra conclude che ha delle allucinazioni uditive. In questo modo lo psichiatra ha individuato l'esserci del sintomo allucinatorio.

Ma oltre all'esserci il sintomo ha sempre anche un *così e così*. Il *così e così* è il modo specifico e dettagliato in cui il sintomo si presenta. Per esempio: che cosa dicono le voci, che tono hanno, se sono severe o beffarde, se sono persecutorie o se formano uno sfondo lontano, se sono note o ignote; e ancora: come vengono vissute, quali emozioni o reazioni suscitano, se provocano terrore o lasciano indifferenti, quasi ci si fosse abituati, e così via. Appare chiaro, dunque, che il *così e così* dell'allucinazione uditiva (ma vale lo stesso per ogni altro sintomo) è un'entità, se così la si può chiamare, che si presta a un'esplorazione ricchissima e in certo modo illimitata, giacché dall'interesse descrittivo può svilupparsi un interesse esplicativo o interpretativo che cerca connessioni, motivazioni, significati, in un lavoro potenzialmente infinito di approfondimento.

È importante cogliere l'aspetto logico-concettuale di questa distinzione. Il sintomo c'è attraverso il suo *così e così*. Non può esistere un'allucinazione senza uno specifico *così e così*. Questa è una necessità logica. Ciò che esiste in senso proprio – per esempio nel senso aristotelico del *tode ti* – è il *così e così* dell'allucinazione. D'altra parte il *così e così* esibisce anche una struttura, una *Gestalt*, più o meno definita. Il passaggio dal *così e così* all'esserci si fonda precisamente su questa struttura. L'uso di un termine sintomatologico generale come *allucinazione* scaturisce pertanto dall'esserci di un sintomo che possiede un irripetibile *così e così*, ma che possiede nello stesso tempo, in questo *così e così*, una struttura tipica o almeno tendenzialmente tipica. La tipicità del *così e così* costituisce la base di esperienza che giustifica e regola l'uso del termine generale. Per esempio, se vengo a sapere che Tizio soffre di allucinazioni uditive, mi faccio l'idea che egli è afflitto da un *tipo* ben determinato di fenomeno. Ugualmente se vengo a sapere che soffre di crisi di angoscia.

La coppia *esserci-essere così e così* è fondamentale per un'indagine filosofica sulla psicopatologia. Noi la impiegheremo largamente in rapporto al problema *GvsI*. È infatti fin d'ora evidente che il *così e così* del sintomo rappresenta l'aspetto strettamente individuale del sintomo stesso e in generale della malattia, l'aspetto radicato nella storia individuale della malattia e dell'esistenza. Ogni sintomo

nel suo preciso così e così è un evento irripetibile e non generalizzabile. Il momento della generalizzazione pertiene invece all'esserci del sintomo, un esserci che viene istituito, come si è detto, sulla base delle tipicità del così e così. Nel caso dell'allucinazione la tipicità è molto netta. Potremmo dire che in questo caso il così e così esibisce una *Gestalt* altamente definita e riconoscibile.

In altri casi la *Gestalt* è assai meno evidente e si può perfino dubitare che ne esista una. Accennavo prima al termine *angoscia* di cui si fa un largo impiego soprattutto in psicoanalisi. Qui si può chiedere: esiste una *Gestalt*, ovvero una struttura fenomenologica tipica dell'angoscia? Se anche esiste, è evidente che essa non ha lo stesso carattere di riconoscibilità che constatiamo in altri casi, per esempio nell'allucinazione o nel delirio. Il problema è ulteriormente, ma forse non casualmente, complicato dal fatto che *angoscia* è una parola d'uso comune, che impieghiamo tutti. L'esperienza dell'angoscia è universale. Ci si può però chiedere perfidamente se a essere universale è veramente l'esperienza dell'angoscia o soltanto l'uso della parola *angoscia*. Rispetto all'angoscia patologica il discorso è analogo e su un altro piano si pone lo stesso dilemma. Il paziente dice al terapeuta di soffrire di crisi di angoscia, oppure è il terapeuta stesso a percepire direttamente l'angoscia nel suo comportamento. Ma qual è il fondamento di questo concetto, e come *funziona* il concetto, con quali regole? Non abbiamo certo la pretesa di rispondere a queste domande. Vogliamo solo far notare che, comunque si risolve il problema (e ancora una volta l'elenco delle soluzioni è molto lungo), emerge qui una netta differenza tra l'angoscia e altri sintomi. Il così e così a cui la parola *angoscia* si riferisce non è un'entità dotata di una struttura forte e definita, nettamente riconoscibile. Certo la sensazione è che un elemento esperienziale comune sia sicuramente presente, senza però essere ben determinato, e soprattutto senza essere rappresentabile in una descrizione obiettiva che incontri il consenso di tutti. Probabilmente non è un caso, come si accennava, che una situazione del genere si presenti con l'angoscia e con tutta un'altra serie fenomeni, come l'ansia, la malinconia, la rabbia, l'aggressività, la cui caratteristica comune sembra essere quella di appartenere all'esperienza universale e dunque anche al linguaggio universale degli esseri umani. Per inciso: per molti psichiatri, specialmente di lingua inglese, ansia e angoscia non costituiscono esperienze distinte.

Ma torniamo alla distinzione *esserci-essere così e così* e vediamo in che modo essa può esserci utile in rapporto al MBP. Possiamo rimanere sull'esempio dell'allucinazione, che ci libera da molte complicazioni. L'allucinazione non esiste dunque come entità generale; esiste come entità particolare, ossia come una sequenza di ben determinati eventi: udire determinate voci, con un determinato tono, che dicono cose determinate e così via, Ora questi eventi, che formano il così e così del sintomo, appartengono alla *corrente di coscienza* (James, 1890), al flusso ininterrotto della vita psichica, un flusso che ha sempre un *da dove* e un *verso dove* (Civita, 1982). Ogni vissuto ha uno sfondo motivazionale e fa parte esso stesso dello sfondo motivazionale dei vissuti e dei comportamenti che verranno dopo. La corrente di coscienza è percorsa dalla motivazione. Ma spesso i motivi sono oscuri. Lo sfondo è opaco: il da dove e il verso dove rimangono indeterminati e a volte ci si può chiedere se esistano veramente.

Ora è chiaro che nella patologia – e soprattutto in patologie gravissime come quelle caratterizzate da allucinazioni – l'opacità e l'enigmaticità degli sfondi motivazionali costituisce un'evenienza continua. *Da dove* vengono le voci che perseguitano lo schizofrenico? E dove vanno? Il da dove e il verso dove, e in una parola il *sensu* di ciò che accade, sembrano qui inafferrabili. Per molti psichiatri (per es. per Jaspers, 1913) l'incomprensibilità è un fatto oggettivo della vita psichica schizofrenica: è un limite della conoscenza che si presenta con modalità caratteristiche sia soggettivamente, dal lato del paziente, sia oggettivamente, dal lato di chi gli sta intorno e cerca di capirlo empaticamente. In Jaspers c'è il riconoscimento di un'alterità sostanziale della psicologia dello psicotico.

Per molti altri autori – per esempio per Freud e per Binswanger – le cose non stanno affatto così. In seguito indagheremo in dettaglio le loro posizioni che sono peraltro differenti. Qui possiamo anticipare che essi elaborano delle strategie conoscitive per riuscire a dare senso a qualcosa che si presenta in primo luogo come carente di senso. Per entrambi attribuire senso al sintomo significa assu-

merlo nel suo così e così, nel suo far parte di una corrente di esistenza, e spiegarlo con lo stesso tipo di categorie e di procedimenti con cui potremmo spiegare un vissuto o un comportamento normale. Dai suoi primi studi psicoanalitici (Freud, 1892-95) fino alle sue ultimissime produzioni (per es. Freud, 1937) Freud cerca il senso dei contenuti allucinatori nei materiali rimossi, ossia nell'inconscio. Non è attratto dall'esserci del sintomo, ma dal così e così, da ciò che le voci dicono. Ciò che le voci dicono – per esempio ingiurie, oscenità, accuse – si lascia spiegare, con l'aiuto dell'inconscio, come qualsiasi altro fenomeno. Se ci ingiuriano ci dovrà pur essere un motivo, ed è precisamente questo motivo che Freud ricerca nella sfera del rimosso. Per inciso: l'incomprensibilità sorge invece per Jaspers dall'impatto con l'esserci e con la forma del sintomo. Un sintomo che esibisce una simile forma è, per Jaspers, incomprensibile e impenetrabile. Per Freud, al contrario, la forma del sintomo non costituisce un ostacolo alla comprensione e diventa essa stessa comprensibile a partire dal contenuto, dal *così e così* del sintomo.

Binswanger usa nozioni e metodi completamente diversi da quelli di Freud, ma sul piano concettuale (e soltanto su questo) il risultato è analogo: dare senso ai vissuti allucinatori. A questo fine egli costruisce intorno al paziente un mondo interamente nuovo; o piuttosto ricostruisce l'universo esistenziale profondo al cui interno le allucinazioni e i deliri non appaiono più come eventi incomprensibili, come eventi *sic et simpliciter* patologici, bensì come eventi dotati di ragione e di senso. Ciò non significa naturalmente sdrammatizzare la durezza del sintomo. A ricevere senso è anche la sofferenza grandissima che in esso è racchiusa.

Ma l'atteggiamento concettuale di fronte al sintomo può essere un altro: si può cercare la causa materiale del sintomo. L'universo da esplorare sarà in tal caso il corpo del paziente, in particolare il suo cervello e il suo sistema nervoso. Supponiamo ora che l'origine organica dei sintomi schizofrenici sia stata individuata in un'anomalia nel sistema di trasmissione della dopamina cerebrale. Sottolineo che questa non è altro che una supposizione, perché allo stato delle conoscenze non esistono ipotesi eziologiche di questo tipo supportate da risultati sperimentali e statistici sufficienti, e non vi è attualmente nessun consenso significativo neanche tra i fautori dell'impostazione biologica. L'ipotesi dopaminergica è però tra le più accreditate e può vantare alcune importanti prove indirette ricavate soprattutto da studi sugli effetti di farmaci agonisti o antagonisti della dopamina. Ma prescindiamo da tutto questo e supponiamo, per far andare avanti il ragionamento, che l'ipotesi in questione sia stata dimostrata con ragionevole sicurezza. Si è dunque accertato che in un quadro schizofrenico l'allucinazione uditiva è generata da un'anomalia nella circolazione della dopamina in alcune aree ben precise del sistema nervoso centrale. Qual è l'esatto contenuto di questa conoscenza, di quale aspetto del sintomo conosciamo ora la causa? E chiaro: la dopamina spiega l'esserci dell'allucinazione, ma ci fornisce la causa esclusivamente di questa dimensione del sintomo. Non spiega invece – e come potrebbe? – i contenuti percettivi ed emozionali specifici dell'allucinazione. La causa organica investe l'esserci e al più la *Gestalt* del sintomo, ma non ne raggiunge la dimensione contenutistica. È concettualmente impossibile collegare in un rapporto di causa ed effetto un'anomalia biochimica e il fatto di sentire una o più voci, voci maschili o voci femminili, voci fredde o sghignazzanti, per non parlare di ciò che le voci dicono, delle parole che scelgono e così via. Sarebbe irragionevole istituire qui una qualsiasi connessione causale. E sarebbe irragionevole anche il pensare che con i progressi delle neuroscienze questo un giorno diverrà possibile. A togliere ogni speranza è la natura puramente concettuale dell'ostacolo che abbiamo individuato.

Ci imbattiamo così nell'intreccio concettuale in cui trova origine in psichiatria il MBP. Vi è qui probabilmente una sorta di dualismo categoriale: le categorie con le quali conosciamo l'organismo raggiungono l'esserci e al massimo la forma del sintomo, ma non sono in grado di superare questa soglia e di penetrare nell'universo del così e così, nell'universo della corrente dell'esistenza che appare dovunque dominata dal senso. Per contro se applichiamo ai fenomeni organici le categorie utilizzabili nella sfera del senso, esse si dimostrano inefficaci, o meglio si dimostrano prive della forza esplicativa di cui dispongono le categorie organicistiche. Su questo punto occorre essere molto cauti.

Non stiamo dicendo che le situazioni mentali e sociali non possono esercitare un'azione patogena sull'organismo. Le malattie psicosomatiche e la stessa isteria, di cui parleremo, stanno a dimostrarci il contrario. E dimostrano il contrario, in una misura ancora tutta da determinare, anche le ipotesi più recenti relative alle connessioni che sussisterebbero tra stati psichici e difese immunitarie. Noi stiamo semplicemente affermando che nel momento in cui assumiamo una condizione organica nella sfera del senso, nella sfera individualmente determinata dei motivi e degli scopi, questa condizione per ciò stesso si sottrae alla possibilità di costituire l'oggetto di generalizzazioni legali e di predizioni ben fondate sul piano probabilistico. In breve: se da un lato le categorie organicistiche non penetrano fino all'individualità, dall'altro lato le categorie del senso e del *così e così* non possono essere portate oltre i limiti dell'individualità. Se lo sconfinamento, in ambedue le direzioni, non viene attuato con la consapevolezza di ciò che implica a livello concettuale ed epistemologico, allora esso va fatalmente incontro al rischio di far degenerare il discorso in una speculazione del tutto arbitraria. Ma ora chiudiamo questo inciso forse eccessivamente speculativo, a sua volta, e torniamo sui nostri passi.

Abbiamo schematicamente identificato l'intreccio concettuale che è all'origine del MBP in psichiatria e dal quale scaturiscono i diversi orientamenti, a partire dall'opposizione fondamentale tra partigiani e avversari di una psicobiologia. È interessante osservare come nel corso del nostro secolo abbia cominciato ad affermarsi un punto di vista, che oggi almeno a parole è condiviso quasi da tutti, secondo il quale la malattia psichica dipende da un concorso di fattori, genetici, biologici, psicologici, familiari, sociali, a ognuno dei quali viene attribuita una piena dignità scientifica. Questo punto di vista *plurifattoriale* è il prodotto di un'importante maturazione critica e scientifica, ma esso non costituisce, a ben vedere, una vera e propria soluzione del problema. Più semplicemente in esso trova espressione sul piano empirico-fattuale la consapevolezza dello stato concettuale del problema, ossia della sua intrinseca apertura. La plurifattorialità è l'effetto del carattere pluridimensionale del problema. Che questa non sia una soluzione del problema, ma piuttosto un atteggiamento programmatico ancora indeterminato, è dimostrato per esempio dalle difficoltà di ogni genere che si incontrano nel tentativo di realizzare terapie razionalmente combinate. Per esempio è praticamente impossibile discernere con precisione scientifica quali risultati terapeutici dipendono dal trattamento farmacologico e quali dal trattamento psicoterapico. Del resto è la nozione stessa di risultato a essere altamente problematica, se non altro a causa delle sempre possibili ingerenze di fattori extraterapeutici non controllabili (Lai, 1988). Ancora una volta sono le caratteristiche interne del problema a generare questa situazione. Tuttavia è evidente, soprattutto se consideriamo i prevedibili progressi che si conseguiranno nel campo della biologia e della psicofarmacologia, che i temi della plurifattorialità e delle terapie razionalmente combinate rappresentano il nodo decisivo per la psichiatria del futuro. Ma chiudiamo per ora con il MBP e veniamo al nostro tema principale.

5. Generalizzazione versus Individuazione – GvsI

In questo capitolo illustreremo il problema GvsI in termini generali e introduttivi. Dal prossimo capitolo vedremo come il problema si presenta nelle prospettive degli autori che prenderemo in esame. È un problema di grande portata e può essere presentato così: si tratta di distinguere nella malattia mentale *che cosa* ha il carattere della generalità, ovvero di ciò che si ripete e si ritrova in individui diversi ed è dunque riconducibile a leggi o almeno a regolarità obiettive, e *che cosa* al contrario ha il carattere della individualità, ossia di ciò che è irripetibile perché appartiene in proprio alla storia del singolo individuo e pertanto non può essere sussunto sotto concetti generali e spiegato attraverso leggi o relazioni di regolarità valide in generale.

Come l'abbiamo or ora illustrato, il problema può essere rappresentato anche con la formula: leg-

ge *versus* individuo, che vuol dire la stessa cosa di prima: aspetti del disturbo che sono riconducibili a leggi e aspetti non legalizzabili perché integrati e costitutivi della storia irripetibile di un'esistenza.

Naturalmente un'opposizione così netta, che non ammette soluzioni intermedie, è soltanto una costruzione astratta ed euristica che ci serve per cogliere, senza troppi chiaroscuri, la presenza e l'essenza dei problemi. In concreto l'opposizione non assume quasi mai questa forma rigida. Noi stessi vedremo come le posizioni dei nostri autori si collochino tra i due estremi poli. La polarità ci è utile proprio per questo: per vedere in che modo concreto l'autore risolve il problema *GvsI* e verso quale polo egli inclina.

Come prima dicevo, il problema *GvsI* ha una grande rilevanza in psichiatria e si incontra, con aspetti diversi, a tutti i livelli del lavoro psichiatrico. Accennavo dianzi alla problematica nosografica, ed è, credo, assolutamente evidente come questa problematica si connetta profondamente con il problema *GvsI*. Per esempio le posizioni di tipo ontologico che teorizzano l'esistenza, in qualità di fenomeni naturali regolati da leggi, di entità morbose oggettive, ognuna con caratteristiche sue proprie, saranno ovviamente più inclini a enfatizzare il momento della generalità e della regolarità; viceversa quanti contestano l'atteggiamento ontologico e sono più scettici circa l'obiettività delle figure classificatorie, propenderanno naturalmente verso il momento dell'individuazione e utilizzeranno i sistemi classificatori tutt'al più come uno strumento di lavoro per creare un ordine, un ordine sempre rivedibile, nella molteplicità dei fenomeni.

L'opposizione *GvsI* interessa del resto anche il *MBP*. Si è già visto quanto sia importante per orientarsi sul *MBP* tener presente la distinzione tra il sintomo nel senso del suo *esserci* e il sintomo nel senso del suo *così e così*. Ora va da sé che questa opposizione *Dasein-Sosein* è sostanzialmente sovrapponibile alla polarità generalità-individuazione. L'aspetto generale e legale della malattia psichica riguarda l'esserci del sintomo e al più le sue strutture gestaltiche tipiche; l'aspetto individualizzante riguarda invece sicuramente il *così e così*, il modo determinato e riccamente individualizzato in cui il sintomo si presenta.

Per non disperderci in discorsi troppo lunghi e troppo poco concreti, nella nostra ricerca analizzeremo il problema *GvsI* in riferimento a una fase particolare e rilevante del lavoro psichiatrico: la fase della costruzione di una storia clinica e della sua presentazione nella forma del cosiddetto caso clinico. Vale a dire: una terapeuta ha seguito un paziente e a un certo punto, durante il trattamento o alla fine, o anche molti anni dopo, scrive la storia di questo caso. La scrive per un uso privato oppure, ed è questa la situazione che ci interessa, per presentarla alla comunità scientifica: agli studiosi, ai colleghi, agli studenti. La comunicazione della storia clinica può avvenire in forma scritta, ma anche in forma orale, e la situazione classica in questo senso, della quale ci occuperemo, è la lezione universitaria di psichiatria: lo psichiatra espone un caso particolarmente interessante e gli studenti ne traggono insegnamenti. Noi ci occuperemo di questo tipo di comunicazione orale perché sia nel caso di Charcot che in quello di Kraepelin i testi sui quali lavoreremo sono precisamente il resoconto di lezioni universitarie. In entrambi i casi si aggiunge peraltro un elemento ulteriore che rende la questione più interessante e anche forse più inquietante: sia Charcot che Kraepelin costruivano il caso clinico alla presenza del paziente, il quale a volte viene interrogato, per arricchire la narrazione, altre volte viene semplicemente usato (il termine non è improprio anche nelle sue sgradevoli implicazioni) per mostrare dal vivo i segni e i sintomi psichici sui quali lo studente doveva imparare a rivolgere l'osservazione clinica. «Gli allievi – scrive Petrella – sono invitati, col soccorso della parola del maestro e della sua esperienza, ad apprendere l'osservazione clinica, a guardare in volto la follia e a leggere nel comportamento e negli atteggiamenti del paziente la sua malattia» (Petrella, 1984, pp. 125-26). Questa pratica di presentare i pazienti psichiatrici al pubblico della lezione universitaria si è conservata fino a pochi anni or sono, ma oggi è stata fortunatamente abolita, sia per ragioni di etica che per ragioni scientifiche e terapeutiche. Scrive ancora Petrella:

La lettura di queste lezioni mostra quanto problematica sia in realtà la nozione di «semplice» os-

servazione. Si può facilmente comprendere che non è facile definire che cosa sia un fatto osservabile, soprattutto in ambito psicologico e psicopatologico. C'è chi potrebbe notare una cosa e chi un'altra, secondo ciò a cui si ritiene di dover dare importanza. L'osservazione è cioè aperta alla volontà dell'osservatore: è il suo sguardo che ritaglia il senso di ciò che osserva (Petrella, 1984, p. 128).

Tra medico e paziente il rapporto è, in psichiatria, estremamente complesso e in nessun caso assumerà la forma di un osservare obiettivo che si limiti a registrare dati di fatto. Lo sguardo apparentemente più neutrale esercita comunque un'azione intrusiva sulla condizione del paziente, inducendolo per esempio a ostentare o addirittura a produrre ad arte il sintomo che il medico è in attesa di constatare e di mostrare. Secondo gli storici questo accadeva spesso proprio nelle lezioni di Charcot alla Salpêtrière (Ellenberger, 1970). Ma può anche darsi che, per una dinamica opposta, il sintomo venga, per così dire, ritirato nel bel mezzo della lezione, lasciando il professore con un palmo di naso. Anche questa situazione doveva verificarsi sovente durante le lezioni di Charcot, tanto da essere rappresentata a teatro con tinte oltremodo grottesche (Augias, 1972; Petrella, 1984).

L'altro modo di presentazione della storia clinica è la forma scritta: il caso viene pubblicato su una rivista o in un libro. Noi studieremo questa modalità sia in Freud (caso di Dora) sia in Binswanger (caso di Ellen West). Proprio i casi clinici di Freud ci offrono subito la possibilità di concretizzare, con alcuni esempi notissimi, una concezione oggi paradigmatica di storia clinica: Anna O., Dora, il piccolo Hans, il presidente Schreber, l'uomo dei topi, l'uomo dei lupi – queste storie celeberrime, che hanno ispirato anche molte opere d'arte, fanno ormai parte della storia non soltanto della psicoanalisi ma della cultura del nostro tempo.

I casi freudiani sollevano anche un altro motivo di riflessione: essi non sono soltanto straordinariamente efficaci dal punto di vista psicoanalitico e psicopatologico, ma credo di non dire nulla di nuovo osservando che sono straordinari anche da un punto di vista strettamente letterario. Possono essere letti e goduti alla stregua di opere della fantasia. Sono talmente avvincenti che il rischio di fruirli in una dimensione puramente estetica è costantemente presente. Soprattutto oggi, dopo che tanto tempo è passato e dopo che le sofferenze di cui essi narrano sono scomparse insieme all'intero mondo a cui appartenevano, oggi la possibilità di una lettura che miri esclusivamente all'acquisizione di fatti e di nozioni cliniche è praticamente perduta. L'atteggiamento estetico si mescola peraltro con la dimensione mitologica: nelle sue storie cliniche il dottor Freud tende ad apparirci come un semidio che ha compiuto per la prima volta azioni inaudite che i posteri in seguito hanno semplicemente dovuto ripetere.

6. *Costruzione e narrazione nella storia clinica*

I casi di Freud richiamano la nostra attenzione sull'aspetto narrativo delle storie cliniche, le quali per l'appunto sono storie dove si narra di un prima, di un dopo e di un finale. Questo ci consente ora di individuare con facilità lo spazio fondazionale che è qui presente. La storia clinica, così come la leggiamo in un testo o anche come possiamo ascoltarla dalla viva voce di un terapeuta, è il risultato di un lavoro di selezione e di organizzazione di un materiale di base rispetto al quale la storia che ci viene presentata costituisce soltanto, per così dire, un mondo possibile tra altri ugualmente possibili: dallo stesso materiale potrebbero venir fuori storie del tutto diverse. Questo appare tanto più vero quanto più la storia è lunga e ricca di dettagli e di approfondimenti. Quanto più si va in profondità tanto più il mondo che si costruisce si determina e si differenzia rispetto agli altri mondi possibili.

La storia clinica si profila dunque come una rappresentazione ritagliata sul materiale indifferenziato e magmatico di partenza. Ma che cos'è questo materiale di partenza? Anche questa è una domanda assai delicata per chi abbia un interesse filosofico. A essa daremo dapprima una risposta ov-

via, che tuttavia coglie un aspetto decisivo del problema, e in seguito una risposta più problematica.

La risposta ovvia è la seguente: il materiale di base è costituito da tutto quello che giunge all'osservazione o comunque alla conoscenza del medico nelle diverse fasi del rapporto con il paziente e secondo le diverse modalità di esplorazione. Per esempio: la percezione immediata che lo psichiatra ha del paziente che gli si presenta di fronte; i dati anamnestici che riguardano i precedenti individuali e familiari; la descrizione che il paziente dà dei suoi disturbi, se è in grado di dare descrizioni, oppure la percezione diretta dei disturbi nella condotta complessiva del paziente; la conoscenza delle condizioni di vita (familiari, sociali, lavorative) del paziente e del suo stato generale di salute; il risultato di esami strumentali e di laboratorio che vengano eventualmente prescritti. A questo materiale che viene raccolto in fase diagnostica, si aggiungono gli innumerevoli dati che affluiscono successivamente, dai canali più diversi, nei mesi, negli anni o addirittura nei decenni del trattamento terapeutico. Questa è certamente la sorgente più cospicua e più stratificata di conoscenza. Tutto può affluire qui nel *materiale di base*. Anche le opere di ingegno – poesie, dipinti, diari – possono entrare sotto osservazione clinica. Binswanger per esempio attribuisce proprio a questi elementi un'importanza del tutto speciale, e noi vedremo che il caso di Ellen West viene elaborato su un materiale in cui il ruolo decisivo, il ruolo più illuminante è svolto dai diari e dalle poesie della paziente.

Proprio Binswanger ci fornisce l'esempio di un'altra modalità tipica, anche se più inusuale, di costruzione di un caso. Binswanger seguì Ellen West solo per breve tempo e costruì la sua storia clinica su un materiale raccolto quasi esclusivamente a posteriori, dopo il suicidio della paziente.

Dicevo prima che nel materiale clinico di base entra di tutto. Ma il punto, che ci porta ora a problematizzare questa nozione di materiale, è che se è vero che entra *di tutto*, è anche vero che non entra in realtà *tutto*. L'idea di una totalità che potrebbe essere completamente determinata, risulta qui priva di senso. Non soltanto lo psichiatra seleziona, ritaglia e organizza i dati del materiale secondo l'orientamento suo proprio, ma la stessa raccolta del materiale è condizionata e, diciamo così, guidata dal suo orientamento. L'orientamento stabilisce quali canali sensoriali e intellettuali vengono effettivamente tenuti attivi e quali invece rimangono inerti. Faccio subito un esempio forse un po' banale ma che rende l'idea. Se il terapeuta è di formazione analitica, allora attribuirà naturalmente un'importanza speciale ai sogni dei suoi pazienti. Il suo materiale clinico sarà pieno di sogni e di associazioni sui sogni. Tra questi sogni egli sceglierà poi quelli più significativi per farli entrare nella storia clinica. Vedremo un esempio paradigmatico nel caso di Dora, trattato da Freud. Se il terapeuta è invece di formazione cognitivista o psicobiologica, i sogni gli importeranno poco o nulla. Non entreranno neanche nel suo materiale di base, per la semplice ragione che non verranno richiesti, e se il paziente dovesse comunque raccontarli spontaneamente, essi passeranno inosservati, ossia non giungeranno sotto l'osservazione clinica. Non superano neanche la prima soglia di selezione.

Prendiamo ora un terapeuta di impostazione sistemica, il quale, come è noto, lavora soprattutto sui rapporti familiari e spesso prende in cura l'intera famiglia, partendo dal presupposto che la patologia si estenda appunto su tutta la famiglia, pur manifestandosi in un singolo membro. Ora è chiaro che il terapeuta della famiglia farà entrare nei suoi materiali e poi nelle sue storie cliniche una quantità di informazioni a cui lo psicoanalista presterà poca o nessuna attenzione. Analogamente lo psichiatra biochimico: a lui non interessano né i sogni né le relazioni familiari; quello che gli importa è istituire la terapia farmacologica più adatta ai bisogni del paziente, il che per lo più non significa capace di guarirlo, ma capace di controllare i sintomi e di fargli superare i momenti di crisi. Il suo materiale clinico, che assumerà prevalentemente la forma di asciutte tabelle, sarà composta dalle reazioni organiche e psico-comportamentali del paziente ai farmaci sempre nuovi che gli prescrive.

Il problema della costruzione della storia si pone pertanto a due livelli (due livelli che spesso nella pratica sono indifferenziati): raccolta del materiale clinico; organizzazione del materiale in una storia provvista di coerenza. Credo che le osservazioni fin qui svolte, che troveranno peraltro maggiore concretezza più avanti, siano già sufficienti a chiarire in che senso il problema della costruzione investe molte importanti questioni fondazionali, questioni che non si accontentano di una soluzione

univoca e che esigono di prendere posizione, di mettere in campo e di far agire le proprie opinioni.

Nella Premessa si accennava alla possibilità che un'indagine filosofica sulla psicopatologia possa aprire una prospettiva inusuale anche su temi filosofici di ordine generale. Questa possibilità è evidente già adesso. Consideriamo i due seguenti problemi.

1) Abbiamo detto che la storia clinica si presenta come una storia dotata di coerenza. Possiamo ora chiederci quanto questo dipenda dai fatti e quanto dalla stessa forma narrativa dell'esposizione. La coerenza non potrebbe essere semplicemente un effetto del narrare? La causalità con cui gli eventi appaiono collegati non potrebbe dipendere dalle categorie narrative impiegate?

2) Se ogni storia clinica è un mondo possibile, e se i mondi possibili sono tanti, la domanda che si pone è questa: esiste, a fronte delle storie possibili, la storia reale, la storia vera? Ma cosa significa storia vera? Come funziona questo concetto, quali sono i criteri per impiegarlo correttamente? La storia vera costituisce per caso una sorta di *noumeno* kantiano: una sorta di idea limite che si trova al di là delle nostre possibilità conoscitive?

E chiaro che ormai il significato filosofico generale di questi problemi può essere esplicitato senza più alcun riferimento alla psichiatria, alle storie cliniche e alla malattia. Per esempio il problema può essere sollevato in rapporto alle biografie dei grandi uomini, e ci si può domandare se esista effettivamente una storia vera di Alessandro Magno, di Lutero, di Stalin e, perché no dello stesso Freud, la cui vita continua a essere narrata sempre di nuovo. Ma al limite la stessa domanda può essere posta, fino a farci venire il capogiro, in rapporto a noi stessi: alla *vera storia* della nostra vita. Si può separare la nostra storia reale dalle innumerevoli rappresentazioni e prospettive che abbiamo di essa?

Ma lasciamo in sospeso queste implicazioni e ritorniamo al nostro filo conduttore. Finora abbiamo richiamato l'attenzione sugli elementi soggettivi e prospettici che condizionano la costruzione della storia clinica. La presenza di questi elementi non deve essere però sopravvalutata: essa non significa che in questo campo esista una libertà assoluta, un arbitrio sfrenato. Prima accennavo all'analogia tra i casi clinici di Freud e le opere della fantasia, come i romanzi. È un'analogia interessante e anche utile, ma è pur sempre solamente un'analogia. Le storie freudiane parlano della realtà, si riferiscono alla realtà, ed è concettualmente implicito nel *gioco linguistico* (Civita, 1987), del narrare o anche dell'interpretare una realtà, che tutto quello che si sostiene possa essere giudicato più o meno obiettivo e fedele alle cose. Certo, come abbiamo visto e come ancora vedremo, i criteri per valutare l'obiettività e la fedeltà ai fatti sono estremamente problematici, tanto quanto la stessa nozione di *fatto*: la determinazione dei fatti è già parte integrante del lavoro costruttivo e narrativo. L'idea di una realtà da porre a confronto con ciò che si rappresenta nella storia clinica, è un'idea limite, senza sostanza. Eppure tutto questo non toglie che i concetti di obiettività e di fedeltà restino in vigore e siano irrinunciabili anche in questo campo. Tuttavia il modo in cui sono in vigore non è privo di aspetti paradossali.

Cerchiamo di spiegarci molto velocemente. La psichiatria ha a che fare con la sofferenza degli altri, che spesso si manifesta con la richiesta di un intervento urgente, vitale; proprio l'effettualità di questa sofferenza pone limiti e regole alla libertà della costruzione psichiatrica. L'aver a che fare con la sofferenza implica per esempio che il giudizio sull'obiettività della conoscenza sia inseparabile dal giudizio sui risultati dell'attività terapeutica, ossia sui successi e sui fallimenti nelle innumerevoli sfumature e gradazioni con cui si possono presentare nella pratica clinica. Il risultato costituisce un elemento interno al giudizio che si proietta dovunque, dai dettagli del caso concreto fino alle opzioni fondative più generali. Naturalmente non c'è qui nessun meccanicismo. Non stiamo dicendo che la positività del risultato implica *ipso facto* la verità della conoscenza, e viceversa. Il rapporto è decisamente più complicato. La sua complessità e le conseguenze talvolta paradossali che esso comporta, hanno la loro origine nell'intreccio assolutamente peculiare che sussiste in psicologia e in psicopatologia tra il conoscere e l'agire: la conoscenza non è qui separabile dall'uso della conoscenza. La conoscenza, per così dire, si determina nell'uso.

Ma su questo problema così importante è meglio non andare oltre. Mi limiterò a ribadire

un'unica cosa: il prospettivismo che è insito in ogni costruzione clinica emerge comunque nell'impatto drammatico, spesso intensamente coinvolgente, con la realtà e l'effettualità della sofferenza psichica. Al pari del paziente, il quale mette in campo la sua malattia e nello stesso tempo il suo essere uomo, anche lo psichiatra non entra in scena soltanto con il suo sapere ma anche con il carattere, con la storia e con la faccia che gli sono propri. Questo momento relazionale non è estrinseco, non è qualcosa che si aggiunge semplicemente a una realtà già strutturata: è un momento essenziale da ogni punto di vista e deve essere ben valutato anche in una considerazione della psicopatologia puramente filosofica, qual è la nostra.

CAPITOLO SECONDO

L'EREDITA' DEL POSITIVISMO: CHARCOT E KRAEPELIN

1. Filosofia, scienza e psicologia nel positivismo

Gli autori che prenderemo in esame in questo capitolo sono Charcot e Kraepelin. Ambedue possono essere collocati nell'area di influenza di quello spirito positivista che permea in profondità la scienza e la cultura della seconda metà del XIX secolo e che dal punto di vista filosofico si fa classicamente risalire all'opera di Auguste Comte. Noi non ci soffermeremo sulla storia del positivismo. Ci interessa piuttosto riuscire a fissare in una formula il paradigma generale del positivismo e vedere poi come essa si declini in concreto nelle posizioni di Charcot e di Kraepelin e in particolare nei loro modi, peraltro molto diversi, di rappresentare le vicende di una malattia psichica. La formula paradigmatica del positivismo è direttamente ricavabile dai testi di Comte (in particolare 1830-1842). Egli scrive:

Vediamo, da quanto precede, che il carattere fondamentale della filosofia positiva è quello di considerare tutti i fenomeni come soggetti a leggi naturali invariabili (Comte, 1966, p. 14).

Tutti i fenomeni sono soggetti a leggi naturali invariabili: è questa la formula che a noi interessa. Essa è molto semplice e va da sé che nei vari rappresentati del positivismo – dallo stesso Comte a J.St. Mill fino a Spencer – troviamo elaborazioni di gran lunga più sofisticate. Si tratta tuttavia appunto di elaborazioni filosofiche di un nucleo originario che resta essenzialmente immutato: conoscere in senso scientifico vuol dire enunciare le leggi naturali, ossia le regolarità, che emergono nella successione dei fenomeni.

Per arrivare con una certa consapevolezza da questo nucleo così semplice alle posizioni teorico-cliniche di Charcot e di Kraepelin dobbiamo ora prendere in considerazione tre aspetti caratteristici del sapere nell'età positivista: 1) la conoscenza del sistema nervoso (d'ora in poi SN); 2) il tipo di psicologia che si sviluppa nel XIX secolo; 3) il concetto generale di malattia che prende piede in questo periodo e che peraltro arriva in certo modo fino ai giorni nostri. Si tratta di tematiche molto vaste che noi esamineremo selettivamente in funzione del nostro obiettivo: vedere come il paradigma generale del positivismo si concretizza in Charcot e in Kraepelin.

2. Le neuroscienze nel XIX secolo

È superfluo ricordare che il XVIII e il XIX secolo costituiscono un'epoca di progresso della conoscenza scientifica che probabilmente trova pochi riscontri in passato. Tutti i settori della conoscenza della natura vedono uno sviluppo straordinario. Sviluppi decisi arrivano anche al settore che ci interessa: lo studio del SN a tutti i livelli: dalle strutture anatomiche alla fisiologia fino al ruolo che esso

svolge nell'economia generale dell'organismo. Negli anni a cavallo tra XVIII e XIX secolo si realizza un grande potenziamento della capacità risolutiva dei microscopi; si mettono a punto tecniche efficaci per il prelievo, la conservazione e la colorazione dei materiali organici; si istituiscono metodologie sperimentali rigorose. Il risultato è il raggiungimento di una conoscenza del SN centrale e periferico che è certo rudimentale a paragone delle conoscenze attuali, ma che per alcuni aspetti e ad alcuni livelli è definitiva. Gli studiosi inglesi e soprattutto tedeschi forniscono una descrizione dell'anatomia e della fisiologia delle strutture maggiori del SN che è sostanzialmente corretta e che in ogni caso si situa all'interno dello stesso orizzonte conoscitivo nel quale si muove anche la scienza di oggi.

Alcuni esempi. Si scopre che la trasmissione degli impulsi nervosi in entrata e in uscita non avviene per mezzo dello scorrimento di un fluido nei nervi. I nervi non sono affatto dei vasi, come si riteneva in passato. La conduzione nervosa si verifica, su base elettrica, attraverso l'eccitazione successiva delle vie nervose. L'immagine non è quella di un fluido che scorre, ma quella di una serie di lampadine che si accendono e si spengono in successione. Questa era una visione fondamentalmente corretta. Solo in tempi recenti si è scoperto il ruolo decisivo dei mediatori chimici (neurotrasmettitori) nella trasmissione dell'impulso da cellula a cellula. E poi proprio di questi ultimi anni la consapevolezza che il numero di questi mediatori cerebrali è imprevedibilmente alto.

Nei primi decenni del XIX secolo si definisce il principio dell'*energia specifica* dei nervi (grazie a C. Bell e J. Müller, vedi in proposito Boring, 1950). È un punto con importanti implicazioni psicologiche e anche filosofiche, come vedremo. Si tratta in sostanza di questo: ogni nervo reagisce in modo specifico agli stimoli che riceve: l'informazione che esso trasmette è sempre della stessa qualità, indipendentemente dalla natura dello stimolo. Stimoli diversi daranno lo stesso tipo di risposta: l'occhio per esempio trasmette sempre impressioni visive, sia che venga stimolato dalla luce, sia che subisca una pressione sul bulbo, sia che venga stimolato elettricamente. Viceversa lo stesso stimolo suscita risposte diverse a seconda del nervo che eccita: per esempio la pressione di un ago sulla lingua produce una sensazione tattile o una sensazione gustativa a seconda del recettore nervoso che viene posto in azione.

Anche lo studio del SN centrale va incontro ad approfondimenti decisivi. Ci si rende conto che il cervello, e in particolare la *corteccia* del cervello, è l'organo fondamentale che l'uomo possiede. Sulla corteccia cerebrale si proiettano gli stimoli provenienti dal mondo esterno e nella corteccia vengono elaborate e attivate le azioni di ogni genere che noi esercitiamo sul mondo. Lo studio dei reperti anatomici cerebrali, le sperimentazioni in vivo su uomini e animali, gli studi sulle patologie neurologiche lesionali, consentono in questi anni di cominciare a caratterizzare funzionalmente le diverse aree della corteccia – per esempio le aree motorie e le aree sensitive, le aree legate all'espressione e alla comprensione del linguaggio.

La scoperta della centralità del cervello è veramente importante e merita una breve digressione filosofica. La scienza ha condotto in questo caso a un vero e proprio mutamento del vissuto, del sentimento che l'uomo ha del proprio corpo. L'uomo contemporaneo vive la propria testa, con quello che c'è dentro, in modo diverso dall'uomo del passato. Nei secoli passati il ruolo fondamentale del cervello non era una cosa acquisita: era un oggetto di controversie scientifiche e filosofiche. E se il grande Ippocrate nel *Morbo sacro* (1976, p. 287) aveva intuito e proclamato l'importanza del cervello nella vita dell'uomo, altri grandi pensatori dopo di lui l'hanno nettamente contestata. Aristotele per esempio sottovalutava completamente il ruolo del cervello e identificava nel cuore la sede materiale dell'amore e delle altre passioni. Quelle che per noi oggi sono metafore (per esempio «ti porto nel cuore») allora e anche dopo di allora erano convinzioni che si contrapponevano ad altre convinzioni. Certo nel '600 Cartesio, come altri del resto, riconosceva chiaramente la centralità del cervello e addirittura localizzava in un organo cerebrale (la ghiandola pineale o epifisi) il luogo di comunicazione tra i movimenti del corpo e i moti dell'anima. Ma ancora alla fine del XVIII secolo molti importanti autori sminuivano le funzioni del cervello e tendevano a richiamare l'attenzione su

altri organi: il cuore, ancora una volta, oppure la *regione epigastrica* sulla quale molto insisteva per esempio il grande alienista e filosofo Philippe Pinel (1800).

Il fatto è che se il cervello viene esaminato a occhio nudo e manipolato senza speciali trattamenti chimici, allora esso appare come una massa molle, umida e sostanzialmente informe, una massa che non presenta una complessità interna adeguata, per così dire, all'infinita complessità della vita affettiva e intellettuale dell'uomo. Nel XIX secolo, allorché si sono compiuti i primi, decisivi, passi verso la comprensione della straordinaria complessità del sistema cerebrale, si è andata evidentemente modificando in parallelo anche la percezione fenomenologica del proprio corpo. Questo è un esempio di come la scienza, in alcuni rari casi, possa influenzare persino le strutture profonde e apparentemente immutabili della soggettività. Infine una curiosità: le metafore più diffuse per rappresentare l'universo cerebrale sono ricavate oggi dall'informatica: il cervello viene immaginato e talora anche *pensato* come un supercalcolatore, dotato di *hardware* e *software*. Alla fine del secolo scorso la metafora più in voga era tratta dal telefono, scoperto intorno al 1870, e in particolare dalle centrali telefoniche, che consentivano a un operatore di ricevere e di smistare nella rete le comunicazioni telefoniche. Dal canto suo Cartesio paragonava il sistema nervoso alle fontane meravigliose e ingegnossime dei giardini di Versailles.

3. La psicologia nel positivismo

I progressi delle neuroscienze nel XIX secolo definiscono il retroterra e l'orizzonte al cui interno la psicologia proprio in questi anni si autocostruisce, anzitutto sul piano accademico, come una scienza autonoma e indipendente dalla ricerca filosofica alla quale in precedenza era subordinata. Basta considerare le etichette che le varie scuole psicologiche si attribuiscono per afferrare subito la stretta continuità che lega la ricerca biologica e fisiologica a questa nascente scienza psicologica. Vi è anzitutto il termine più generale, condiviso da tutti, di *psicologia sperimentale*. La parola *sperimentale* esplicita la direzione essenziale della ricerca psicologica: come ogni scienza, anche la psicologia doveva adottare una metodologia di ricerca basata sull'esperimento. Questa era in primo luogo una questione di principio: si trattava di prendere le distanze da una psicologia concepita in chiave filosofica come una riflessione puramente speculativa sul mondo mentale.

Un altro termine cruciale era *psicofisica* che venne introdotto da Gustav Fechner e dalla sua scuola. Negli anni cinquanta Fechner formulò *la legge fondamentale della psicofisica*: una funzione matematica che collegava l'intensità progressiva degli stimoli fisici all'intensità progressiva delle sensazioni psicologiche suscitate dagli stimoli stessi. Fechner portava così la matematica all'interno della psicologia. Era una mossa destinata a generare un fascino straordinario sui ricercatori. Essa segnava simbolicamente la nascita o piuttosto la maturità, finalmente conquistata, della scienza psicologica. Non a caso quasi tutti i filosofi e gli psicologi che sul finire del secolo cominciarono ad avversare questo tipo di psicologia, si presero la briga di smantellare la legge di Fechner (Civita, 1982). Esempio in tal senso è la confutazione condotta da Bergson nel *Saggio sui dati immediati della coscienza* (1889).

Altra espressione destinata a un grande futuro è *psicologia fisiologica*, che si diffuse soprattutto a partire dagli anni Sessanta e che si applicava in particolare alla psicologia dei sensi. Essa non stava a indicare una subordinazione della psicologia alla fisiologia, ma esprimeva il legame profondo che doveva vincolare e armonizzare l'oggetto e gli obiettivi di ricerca di queste due discipline. In sintesi: la psicologia fisiologica ha inizio laddove ha termine l'indagine strettamente fisiologica. Il punto di intersezione e di separazione è rappresentato dalle *sensazioni pure*, ossia dai dati sensoriali grezzi che risultano dai processi neurofisiologici. Mentre la fisiologia indaga questi processi e non va oltre, la psicologia fisiologica si occupa di tutto quello che succede dopo: si occupa dunque dei processi psi-

cologici attraverso cui i dati sensoriali originariamente inelaborati si aggregano e si organizzano formando la nostra abituale esperienza percettiva del mondo.

Vi sono tre punti importanti da sottolineare in questa impostazione, il cui rappresentante più autorevole e anche più consapevole fu senza dubbio Wilhelm Wundt, il fondatore della celebre scuola di Lipsia:

1) Questa impostazione configurava e garantiva un ambito di ricerche del tutto autonomo da ogni altra disciplina. Era inoltre un'impostazione generalizzabile, nei suoi principi fondamentali, a tutti gli oggetti dell'indagine psicologica e al limite a tutte le produzioni della mente umana. Proprio in Wundt, nei dieci volumi della sua colossale *Psicologia dei popoli* (Wundt, 1900-1920; Wundt, 1985), incontriamo il risultato più sistematico di questa estrema generalizzazione, in rapporto alla quale si può ben parlare di una *visione psicologista del mondo*.

2) In questa impostazione troviamo in atto la formula paradigmatica del positivismo della quale parlavamo in precedenza. La tesi comtiana secondo cui tutti i fenomeni della natura sono regolati da leggi, viene applicata anche all'ambito dei fenomeni psicologici. È interessante osservare che questa estensione della tesi comtiana andava al di là delle stesse intenzioni di Comte, il quale per parte sua negava la possibilità di una psicologia indipendente, riducendola *in toto* alla fisiologia.

Sul terzo punto è utile spendere qualche parola di più.

4. I presupposti filosofici impliciti nella psicologia del positivismo

Nella psicologia positivista, nonostante la sua conclamata avversione verso la filosofia, è nettamente riconoscibile, sul piano fondazionale, l'influenza di una precisa tradizione filosofica: la tradizione dell'empirismo classico di Berkeley e soprattutto di Hume. Il percorso con cui l'empirismo filosofico confluisce nella psicologia scientifica del XIX secolo è estremamente caratteristico e può essere schematizzato in due elementi teorici.

Il primo elemento riguarda la convinzione che l'universo mentale sia governato e organizzato da leggi mentali conoscibili. Nella prospettiva di Hume queste leggi sono le leggi di associazione delle idee: la legge di somiglianza e quella di contiguità. La psicologia ottocentesca fa propria questa impostazione e non è affatto un caso che essa si caratterizzi fra l'altro come una psicologia *associazionista*.

Il secondo elemento è più impegnativo. La filosofia humiana, come è noto, è una filosofia fenomenista. Ciò significa che la realtà esterna viene concepita come il prodotto di un processo mentale di costruzione, nel quale i mattoni sono rappresentati dalle impressioni sensoriali e le strutture aggregative dalle leggi di associazione. Non esiste nessuna garanzia che il mondo esterno esista realmente o che esista comunque così come ci appare. Il mondo che ci appare è il risultato di un'elaborazione mentale. Ora questa concezione mentalistica della realtà è presente, in modo più o meno esplicito, sia nella neurofisiologia sia nella psicologia dell'età positivista. Essa è anche un effetto, un effetto collaterale se vogliamo, delle grandi acquisizioni scientifiche sul SN e sul ruolo da esso giocato nell'economia della vita umana. Accennavamo in precedenza al significato filosofico che il principio dell'energia specifica tendeva ad acquistare: l'uomo non conosce il mondo direttamente, lo conosce attraverso gli impulsi qualitativamente specifici che gli organi di senso e le strutture nervose trasmettono alla corteccia cerebrale. Ciò che l'uomo *in realtà* conosce sono gli stati soggettivi indotti dall'attivazione delle cellule sensoriali del suo cervello. La credenza di percepire il mondo in se stesso è soltanto l'effetto di un dinamismo psicologico. Empirismo filosofico e psicologia fisiologica trovavano qui un importante punto in comune, un punto che delineava peraltro un preciso *spazio fondazionale* nel senso illustrato in precedenza. La psicologia fisiologica riponeva infatti le sue fondamenta proprio nella possibilità di caratterizzare in termini di leggi naturali i processi psicologici inconsapevoli che organizzano le sensazioni pure nell'esperienza percettiva, ben strutturata,

del mondo.

5. La concezione anatomo-clinica della malattia e la sua influenza sulla psichiatria alla fine del XIX secolo

Dobbiamo adesso accennare alla concezione generale della malattia che si viene affermando nel corso del XIX secolo e che influenza profondamente la psichiatria dell'epoca positivista e con essa gli autori di cui ci occuperemo in questo capitolo: Charcot e Kraepelin. La concezione che si impone è detta *anatomo-clinica* ed è il risultato dei grandi progressi delle discipline biologiche. Nella sua sostanza essa costituisce la concezione tuttora dominante. Possiamo riassumerla schematicamente come segue.

La conoscenza completa, ideale, di una malattia richiede la conoscenza di tre aspetti tra loro collegati in senso causale: 1) Conoscenza della forma clinica della malattia, ovvero dei sintomi soggettivi e oggettivi che contraddistinguono il processo morboso nelle sue fasi: nell'esordio, nelle fasi di decorso, nell'esito. 2) Conoscenza del sostrato anatomo-patologico, formato dalle lesioni anatomiche di un organo e dalle conseguenti alterazioni fisiologiche dell'organo stesso – per esempio l'infiammazione di un polmone e la sua conseguente incapacità a funzionare regolarmente. 3) Conoscenza della causa che mette in moto il processo morboso nel doppio versante: anatomo-patologico e sintomatologico. Lo sviluppo della batteriologia negli ultimi decenni del secolo e l'individuazione di microrganismi patogeni specifici (per es. del tifo, della dissenteria, della tubercolosi) condussero a notevoli successi nel campo delle malattie infettive. Ma in molti casi la scoperta delle cause rimaneva e ancora rimane il punto più problematico.

Questa concezione generale della malattia trovò applicazione, in questo periodo, anche a numerosi disturbi psichici di origine organica, che furono in tal modo inquadrati nel modello anatomo-clinico, per esempio la demenza senile, la malattia di Alzheimer, diverse forme di psicosi da intossicazione. Tuttavia l'esempio sicuramente più importante riguarda la *paralisi progressiva* (o paralisi generale), una malattia oggi quasi completamente debellata grazie alla penicillina, ma allora estremamente diffusa al punto da rappresentare quasi una malattia sociale. Della paralisi progressiva, che sul piano psichico si manifesta con progressivi e gravissimi disturbi della memoria e dell'intelligenza, si sapeva in passato ben poco. Essa non veniva in sostanza differenziata da tante altre forme di demenza di origine ignota. Solo in questi anni si comprese che la paralisi progressiva altro non è che una sifilide cerebrale, ossia uno stadio tardivo della sifilide determinato da uno sviluppo dell'infezione in diverse zone del SN centrale. La paralisi progressiva, una delle malattie psichiche allora più importanti, poteva così essere inquadrata alla perfezione nello schema anatomo-clinico: di essa adesso si conoscevano e si potevano collegare in senso causale i sintomi psichici (forma clinica), le lesioni cerebrali (anatomia-patologica) e l'agente patogeno specifico (causa).

Queste e altre scoperte diedero agli psichiatri di fine '800 la certezza che la psichiatria dovesse e potesse svilupparsi esattamente come qualunque altro ramo della medicina fisica. Anche le malattie mentali dovevano essere concepite sul modello della malattia organica. Si doveva presumere dunque in ogni caso l'esistenza di una causa, di un sostrato lesionale e di una forma clinica determinata. Almeno fino ai tempi di Jaspers (1913) la psichiatria si mosse essenzialmente in questa direzione (Mondella, 1985). I successi ottenuti, soprattutto con la paralisi progressiva, facevano ben sperare per il futuro.

Ma il futuro doveva deludere queste attese. Nonostante gli sforzi, nonostante il grande dispiego di energie, specialmente nello studio di reperti cerebrali di soggetti psicotici, non si riuscirono a individuare né le cause né le lesioni anatomiche delle malattie psichiatriche più importanti, come la schizofrenia (allora chiamata *dementia praecox*), la paranoia, le psicosi affettive. Circa i fondamenti orga-

nici di queste malattie si brancolava nel buio, come in parte si brancola tuttora.

L'effetto di questi fallimenti non fu quello di rinunciare al programma nel suo complesso. Questo doveva accadere soltanto dopo, con le nuove generazioni di studiosi, le generazioni di Freud e di Binswanger. Occupandoci di questi autori noi avremo infatti modo di vedere come il programma della psichiatria positivista venga posto definitivamente in crisi. Gli psichiatri più vecchi, invece, non modificano il loro orientamento fondamentale e semplicemente si sforzano di adattare il modello anatomo-clinico alle peculiarità della malattia psichica. Poiché la causa e il sostrato organico lesionale si erano dimostrati inaccessibili, l'attenzione si indirizza interamente verso la forma clinica, verso la sintomatologia così come si presenta nei diversi stadi della malattia. L'interesse verso la forma clinica è cruciale, come vedremo, sia per Charcot che per Kraepelin. In entrambi vi è la ricerca ossessiva delle regolarità, delle forme, delle leggi che organizzano la malattia psichica, dall'anamnesi fino all'esito. Il presupposto irrinunciabile è che anche il mondo psicopatologico è governato da leggi naturali. La formula paradigmatica del positivismo trova così il suo estremo tentativo di applicazione nel campo della psichiatria.

6. Jean-Martin Charcot: dalle malattie neurologiche all'isteria

Di Charcot noi prenderemo in esame alcune brevi descrizioni di casi di isteria contenute nelle sue *Lezioni alla Salpêtrière* (1989). Ma per valutare correttamente il suo approccio è necessario inserire alcune premesse. Per quanto riguarda il contesto storico e scientifico dell'opera di Charcot rinviamo il lettore all'introduzione e all'apparato bio-bibliografico contenuto in Charcot, 1989. Qui ci limiteremo a prendere in esame le esperienze, gli strumenti e il tipo di mentalità con cui Charcot affronta lo studio e la clinica dell'isteria. Di formazione strettamente medica, Charcot si specializzò e raggiunse i suoi più importanti successi nel campo delle malattie del sistema nervoso. Si avvicinò all'isteria tardivamente, verso il 1870, probabilmente a seguito di circostanze in parte casuali. Per comprendere che cos'era, per Charcot, l'isteria è importante rendersi conto che egli affrontava questa malattia con la mentalità e con gli strumenti di esplorazione e di interpretazione che erano propri della neurologia di allora. Uno dei più rilevanti traguardi raggiunti da Charcot in neurologia riguardò la *sclerosi a placche* (detta anche *sclerosi multipla* o *disseminata*). Uno sguardo alla lezione di Charcot su questa malattia potrà esserci molto utile per cogliere l'orientamento che egli adotterà in seguito anche in rapporto ai disturbi isterici.

La sclerosi a placche è una gravissima malattia del SN centrale. Sul piano anatomopatologico è caratterizzata dalla formazione di placche sclerotiche che possono interessare tanto il midollo spinale quanto l'encefalo. Le placche sono prodotte dal deterioramento della guaina mielinica che ricopre gli assoni di molte cellule nervose – gli assoni (o cilindrassi) sono i prolungamenti delle cellule nervose lungo i quali viaggiano gli impulsi nervosi destinati ad attivare altre cellule; i prolungamenti della cellula nervosa che servono a ricevere gli impulsi provenienti da altre cellule sono chiamati dendriti. Dal punto di vista sintomatologico la sclerosi a placche si presenta con un lungo elenco di disturbi neurologici fortemente invalidanti. I più importanti riguardano la coordinazione motoria, la muscolatura, la deambulazione, la visione, l'eloquio. Se si fa eccezione per la causa, che è tuttora ignota, questa malattia è oggi ben conosciuta nelle sue caratteristiche essenziali. Nel secolo scorso essa veniva invece a malapena distinta da altre malattie del SN con manifestazioni analoghe. Fu proprio Charcot a portare un contributo decisivo nella sua conoscenza. Egli descrisse con precisione la forma sintomatologica e fu in grado di collegarla al fondamento anatomopatologico che fino ad allora non era ancora stato interpretato correttamente.

La lettura di questa lezione (Charcot, 1989, pp. 58-74) ci permette di sottolineare alcuni punti importanti. Anzitutto la presenza del paziente. Il paziente viene invitato a mostrare dal vivo i sinto-

mi sui quali verte la lezione. Viene invitato a camminare, per mostrare l'andatura scoordinata di tipo atassico, viene invitato ad alzarsi, a sedere, a bere un bicchiere d'acqua, per mostrare le peculiarità del tremore, lo si fa parlare, per presentare i disturbi dell'eloquio, e così via. Con lo stesso metodo Charcot illustrerà i sintomi dell'isteria, e Kraepelin quelli della psicosi.

Un altro punto importante riguarda il metodo con cui Charcot identifica e caratterizza i sintomi delle malattie. È un metodo comparativo: un sintomo viene attribuito a una determinata malattia e considerato specifico di essa – *patognomnico*, come si suol dire – mediante l'analisi delle differenze rispetto al modo in cui lo stesso tipo di sintomo si presenta in altre malattie. L'identità del sintomo viene riconosciuta per differenza. Esempio e di notevole significato storico è l'analisi differenziale che Charcot condusse sui diversi modi di presentarsi del tremore nella sclerosi a placche, nella paralisi agitante (il morbo di Parkinson) e in altre patologie neurologiche (cfr. Charcot, 1989, pp. 35-57). Mentre il tremore della paralisi agitante è permanente, perdura anche in stato di riposo e non è influenzato dall'esecuzione di movimenti volontari, il tremore della sclerosi a placche si manifesta tipicamente nella realizzazione di movimenti volontari. Charcot elaborava così un criterio prezioso per differenziare le due malattie che allora venivano confuse. Ed è degno di nota che egli stabilisse questo criterio sostanzialmente corretto senza avere la cognizione delle basi anatomofisiologiche che lo giustificano. Il tratto extrapiramidale del SN, che controlla i meccanismi posturali statici e di sostegno, venne infatti identificato solo nei decenni successivi. L'osservazione clinica anticipava in tal modo il riscontro anatomico.

Nelle lezioni di Charcot incontriamo numerosi esempi di analisi differenziali. Laddove la differenziazione risulta difficoltosa, perché il sintomo si presenta con le stesse caratteristiche in due diverse condizioni morbose (per es. l'eloquio scandito nella sclerosi a placche e nella paralisi generale), in questo caso Charcot fa entrare in gioco per fondare la diagnosi i sintomi e gli altri fenomeni concomitanti. Lavorando quasi esclusivamente mediante osservazione clinica, in assenza delle strumentazioni sofisticate che oggi si possiedono, Charcot doveva acuire al massimo la percezione delle più piccole differenze con cui i sintomi potevano presentarsi. Charcot fu un genio soprattutto nel campo della *semeiotica medica*.

Anche il problema dell'isteria si pose a Charcot essenzialmente come un problema semeiotico, un problema che richiedeva un'analisi accuratissima delle differenze formali. L'isteria si manifestava infatti, allora come oggi, soprattutto a livello somatico: con attacchi convulsivi periodici e con disturbi fisici permanenti (le cosiddette stimate). La concezione psicologica dell'isteria alla quale Charcot pervenne alla fine della sua vita era il risultato di estenuanti analisi semeiotiche condotte sui sintomi isterici. Rispetto alle svariate situazioni sintomatologiche con cui l'isteria poteva presentarsi, occorre dimostrare che i sintomi isterici imitano i sintomi organici, ma sempre con qualche differenza, talvolta minima, che consente di escludere una diagnosi di malattia organica. Si trattasse di paralisi, di anestesia, di disturbi sensoriali o di crisi epilettiformi, il discorso era sempre lo stesso: bisognava cercare pazientemente nel sintomo qualcosa che differenziasse la condizione isterica da ogni altra patologia organica conosciuta. I limiti di Charcot nella comprensione e nel trattamento dell'isteria sono indubbiamente vistosi, e anche noi avremo modo di notarlo. Un merito preciso gli va tuttavia riconosciuto: il merito di avere *scoperto* l'isteria con un metodo differenziale, e conseguentemente di avere fondato la pratica di diagnosticare l'isteria per differenziazione e per esclusione da ogni possibile malattia organica. L'ipotesi che un disturbo fisico – per esempio una paralisi – dipenda da fattori psicologici viene presa in considerazione solo dopo aver escluso ragionevolmente un'origine organica. Prima di iniziare qualsiasi trattamento, lo psichiatra o lo psicologo esigono gli accertamenti dello specialista competente. Tutto questo forma oggi una routine che ci appare perfino ovvia. Ma non lo era affatto nel secolo scorso, e fu proprio Charcot il primo a istituirla sistematicamente.

La lezione sulla sclerosi a placche – insieme a quella sulla paralisi agitante – ci permette di cogliere un altro punto centrale nell'approccio clinico di Charcot: il concetto di malattia *tipo*. Per Charcot è essenziale riuscire a descrivere la forma perfettamente sviluppata della malattia, la forma in cui la

malattia presenta nelle sue diverse fasi *tutti* gli elementi clinici che la caratterizzano. La forma *tipo* diventa il modello della malattia in questione, un modello da utilizzare sul piano diagnostico per identificare la malattia anche laddove essa si presenta in forme *fruste*, non perfettamente sviluppate.

La forma tipica costituisce, per Charcot, la garanzia irrinunciabile della coerenza di ogni processo morboso. Questo è un punto importante. Conoscere la forma tipica significa possedere la logica e le regole della malattia, attraverso le quali ordinare e dominare anche il campo vastissimo delle situazioni atipiche che sembrano sfuggire a ogni norma. Mostrandosi riconducibile al modello, ciò che è atipico diventa riconoscibile e viene sottratto all'accidentalità. Nella sclerosi a placche la malattia *tipo* era rappresentata dalla forma cerebrospinale, con lesioni sia spinali che encefaliche e con un'ampia sintomatologia i cui tratti più peculiari dovevano mettere il clinico nella condizione di *vedere* la malattia anche nelle sue manifestazioni, diciamo, incomplete. Alle prese con l'isteria, Charcot procede esattamente allo stesso modo. La forma è rappresentata dalla *grande isteria* o *istero-epilessia*: la logica isterica è qui completamente dispiegata e diventa uno strumento fondamentale di osservazione clinica (cfr. Charcot, 1989, in particolare l'introduzione e il secondo capitolo).

La metodologia della forma *tipo* è evidentemente problematica. Se può dar adito, e di fatto ha dato adito, a dubbi anche nel campo di disturbi fisici che presentano un riscontro organico lesionale, essa diventa tanto più discutibile in rapporto ai sintomi isterici che sono caratterizzati precisamente dall'assenza di fondamenti lesionali. Charcot non fa, tuttavia, alcuna differenza. Egli affronta l'isteria con gli stessi presupposti e gli stessi metodi che aveva brillantemente utilizzato nello studio delle malattie neurologiche. Con il passaggio alla psicopatologia la sua prospettiva non si modifica minimamente. Troviamo così quello che si era anticipato: le malattie psichiche vengono adattate, per non dire forzate, nello schema anatomico-clinico. L'ipotesi è che anche in questo campo vengano delle leggi di natura che organizzano il processo morboso e si manifestano sul piano dei sintomi.

Il limite di un approccio del genere è del tutto palese. Come si è già notato, nell'ambito della psicopatologia i sintomi sono estremamente indeterminati e plastici. Il rischio, dunque, è che la forma *tipo* diventi lo strumento con cui osservare e plasmare la realtà clinica secondo uno schema pregiudiziale che non è in nessun caso falsificabile, per la semplice ragione che è lo schema stesso a escludere dall'osservazione tutto quello che potrebbe falsificarlo. Adesso analizzeremo brevemente una lezione clinica di Charcot e così ci renderemo conto direttamente di questo processo.

7. Analisi di una lezione clinica di J.M. Charcot

Faremo riferimento alla seconda parte di *A proposito di sei casi d'isteria nell'uomo*. In particolare prenderemo in esame il sesto caso (Charcot, 1989, pp. 175-181). Ma prima è utile richiamare alcune delle considerazioni di ordine generale con cui Charcot introduce le sue lezioni sull'isteria maschile. La prima non ha bisogno di commenti:

Ci occuperemo oggi dell'isteria dell'uomo [...] Il mio scopo è soprattutto quello di farvi riconoscere e, per così dire, farvi toccare con mano l'identità della grande nevrosi nei due sessi (Charcot, 1989, p. 147) .

E ora la seconda:

L'isteria maschile è dunque tutt'altro che rara. Eppure, signori, se devo giudicare da quello che constato ogni giorno, questi casi sono assai spesso misconosciuti, anche dai medici più autorevoli. Si concede ancora che un giovane effeminato possa presentare qualche fenomeno isteriforme a causa di eccessi, di dispiaceri o di emozioni profonde; ma che un lavoratore vigoroso, solido, non snervato dalla cultura, un fuochista di locomotiva, per esempio, per nulla emotivo in passato, al-

meno in apparenza, possa, a seguito di un incidente ferroviario, di una collisione, di un deragliamento, diventare isterico, allo stesso titolo di una donna, ecco, questo sembra superare ogni immaginazione. Niente di più comprovato, invece, ed è un'idea alla quale bisognerà adattarsi (Charcot, 1989, p. 149).

Da questa citazione ricaviamo due elementi da tenere presenti. Primo: l'isteria maschile assume per lo più, secondo Charcot, la forma di un'isteria traumatica: i disturbi si manifestano in conseguenza di un trauma fisico. Essi tuttavia non sono causati dalle lesioni fisiche riportate, ma dallo shock psicologico, che attiva il processo morboso sulla base di una predisposizione preesistente di natura ereditaria che riguarda genericamente il sistema nervoso. Il secondo elemento è, come vedremo, ancora più significativo. Charcot richiama l'attenzione sul fatto che i maschi colpiti da isteria non sono affatto degli effeminati, dei rammolliti. Sono maschi, per così dire, a tutti gli effetti, nel fisico e nella mente. Spesso sono lavoratori giovani e vigorosi. Giovane e vigoroso, per esempio, è il paziente che ci interessa e che Charcot presenta così: «Pin..., 18 anni, attualmente muratore, è entrato alla Salpêtrière l'11 marzo 1885 [...] È un uomo giovane, dall'aspetto solido, con ottima muscolatura, ma il funzionamento del sistema nervoso ha in lui sempre lasciato molto a desiderare» (Charcot, 1989, p. 175).

La terza considerazione preliminare è questa:

Prima di dedicarci all'isteria maschile, vorrei ricordarvi, per sommi capi, attraverso due esempi, fino a che punto, nella donna, i sintomi permanenti dell'isteria, le stimmate, come abbiamo preso l'abitudine di chiamarli, per comodità, possono rivelarsi fissi, tenaci ed esenti, di conseguenza, da quella proverbiale mutevolezza che si ascrive loro, pretendendo di farne la peculiarità della malattia (Charcot, 1989, p. 151).

Detto questo, Charcot introduce in sala due isteriche, «veterane» della Salpêtrière, e fa vedere come entrambe siano afflitte da un'emianestesia totale (perdita completa della sensibilità in una metà del corpo) che nell'una dura da 15 anni e nell'altra addirittura da 34 anni. L'insistenza su questa tenacità delle stimmate isteriche ci riporta a quanto notavamo in precedenza. Per Charcot è essenziale dimostrare che l'isteria non è una malattia proteiforme, i cui sintomi mutano e si trasformano senza regola. Se così fosse, essa si sottrarrebbe a una trattazione scientifica. Come ogni malattia, anch'essa deve presentare una forma e un'evoluzione regolare, riconoscibili in ogni caso concreto.

Passiamo ora al caso di isteria maschile. Come abbiamo già visto, il paziente viene denominato Pin... ed è un muratore di 18 anni, di apparenza solida e con ottima muscolatura. L'isteria è, per Charcot, una malattia ereditaria. Nel caso in questione, questo fatto viene ribadito riferendo l'anamnesi familiare (c'è una sorella con «frequenti attacchi di nervi») e i precedenti personali. Tra le altre cose, veniamo a sapere che Pin..., oltre a essere poco intelligente e debole di memoria, si è dimostrato un «balordo» fin dalla più tenera età:

Già a nove anni lasciava spesso la casa paterna per andare a dormire sotto i ponti o nelle sale d'attesa delle stazioni ferroviarie. Suo padre l'aveva collocato in apprendistato da un fruttivendolo, poi da un pasticciere e in altri posti ancora, ma lui riprese le sue fughe. Una notte venne arrestato in compagnia di una banda di vagabondi e rinchiuso alla Roquette, dove suo padre lo lasciò per un anno (Charcot, 1989, p. 175).

All'età di 17 anni si verifica l'incidente:

Pin..., all'epoca apprendista muratore, cadde da circa due metri, e rimase senza conoscenza nel punto dove era caduto solo per pochi minuti. Fu trasportato a casa, dove gli si riscontrarono delle lesioni alla spalla anteriore, al ginocchio e al collo del piede sinistro, lievi contusioni che non impedivano seriamente l'uso delle parti colpite (Charcot, 1989, p. 176).

Dopo qualche giorno Pin... si accorge che qualcosa non va al suo braccio sinistro. Consulta un medico, poi si fa visitare all'Hôtel Dieu, un altro grande ospedale di Parigi. Oltre a un difetto cardiaco, che non sembra aver a che fare con i suoi malanni attuali, si accerta quanto segue: paralisi dell'arto superiore sinistro (monoplegia brachiale), emianestesia sinistra generalizzata, ma particolarmente intensa al braccio, restringimento bilaterale del campo visivo, più accentuato a sinistra. È un caso strano. I medici dell'Hôtel Dieu non sanno che pesci pigliare: «La diagnosi resta incerta, la terapia inefficace». La paralisi del braccio diventa intanto completa. Qui è necessario un luminare. Finalmente il paziente viene inviato dal grande Charcot, alla Salpêtrière.

Charcot si mette subito al lavoro. Esamina scrupolosamente il giovane Pin... e verifica che la situazione si è consolidata, diventando ancor più caratteristica. Il restringimento del campo visivo, per esempio, è ora limitato all'occhio sinistro e si accompagna a un difetto nella percezione dei colori (acromatopsia). Inoltre un deficit sensoriale è ora constatabile anche all'udito, all'odorato e al gusto, e sempre dal lato sinistro. L'ipotesi di un'isteria di origine traumatica comincia ad affacciarsi.

Come abbiamo sottolineato in precedenza, Charcot fondava la diagnosi d'isteria sull'analisi differenziale dei segni della malattia. Alle pp. 177-178 egli ci offre per l'appunto un saggio delle sue capacità semeiotiche. Analizzando le caratteristiche della paralisi e dell'intero quadro clinico da cui Pin... è afflitto, Charcot prende in considerazione una dopo l'altra tutte le possibili diagnosi di tipo organico, tutte le possibili lesioni che possono generare una paralisi dell'arto superiore: lesioni alla struttura nervosa periferica da cui nascono molti nervi che interessano il braccio (plesso brachiale), al midollo spinale, a zone profonde del cervello (capsula interna), all'area motoria della corteccia. Ma tutte le ipotesi devono essere scartate. Esse non sono compatibili con il quadro complessivo della malattia. La diagnosi d'isteria prende corpo, se non altro per esclusione.

Nei giorni seguenti, un nuovo elemento dimostra che la diagnosi d'isteria è esente ormai da qualsiasi dubbio:

Il 15 marzo, quattro giorni dopo il ricovero del paziente, si cercò di stabilire, cosa che non era stata fatta finora, se esistevano delle zone isterogene. Se ne trovò effettivamente una, situata sotto il seno sinistro, un'altra su ciascuna delle regioni iliache, un'altra infine sul testicolo destro. Si riscontrò che l'eccitazione anche leggera della regione sottomammillare provocava con facilità i diversi fenomeni dell'aura: sensazione di costrizione del torace, poi del collo; battiti alle tempie, sibili nelle orecchie, soprattutto a sinistra. Ora, insistendo di più, si vide d'un tratto Pin... perdere conoscenza, cadere all'indietro, irrigidire gli arti; assistemmo così al *primo attacco di istero-epilessia* che il paziente avesse mai avuto. L'attacco era del resto assolutamente classico (Charcot, 1989, p. 179)

Infine, a coronamento dell'intero caso, si verifica l'evento decisivo: la paralisi regredisce, Pin... ritrova l'uso del braccio sinistro. Ecco come sono andate le cose:

Va notato che durante l'intera durata di questo primo attacco, *l'arto superiore sinistro non ha preso parte alle convulsioni*; è rimasto floscio, completamente inerte. Da allora gli attacchi si sono ripetuti [...] Il 21 sopravvenne una nuova crisi *durante la quale il braccio sinistro si agita*. Al risveglio, il malato poteva, con suo grande stupore, muovere volontariamente i diversi segmenti del suo arto, *di cui non aveva potuto far uso un solo istante per un periodo lungo quasi dieci mesi*. La paralisi motoria non era certo completamente guarita, restava infatti un certo grado di paresi, ma era sostanzialmente migliorata. Solo i disturbi della sensibilità persistevano allo stesso grado che in passato (Charcot, 1989, p. 180).

Di questa guarigione, che fornisce la prova incontrovertibile della natura isterica e psicogena della paralisi, Charcot si rammarica anche un poco: adesso non può più mostrare dal vivo il sintomo ai suoi studenti. C'è però ancora una possibilità: ciò che la psiche ha prodotto, ancora la psiche può disfare e rifare. Il caso è talmente tipico che vale la pena di tentare di riprodurre il sintomo *per sug-*

gestione:

Allora mi venne l'idea che, forse, agendo sulla mente del malato, *per via di suggestione*, anche allo stato di veglia – avevamo stabilito in precedenza che il soggetto non era ipnotizzabile – essa potesse essere riprodotta almeno per qualche tempo. Fu così che l'indomani, vedendo Pin... uscire da un attacco che non aveva per nulla modificato lo stato delle cose, cercai di persuaderlo che egli era ancora paralizzato: «Vi credete guarito – gli dissi con l'accento di una piena convinzione – ma è un errore: non potete sollevare il braccio, fletterlo, tanto meno potete muovere le dita, guardate, siete incapace di stringermi la mano», ecc. L'esperimento riuscì a meraviglia, infatti, trascorsi pochi minuti dalla discussione, la monoplegia era ridivenuta ciò che era prima. Io non ero minimamente preoccupato – sia detto per inciso – dell'esito di questa paralisi riprodotta artificialmente, perché sapevo per esperienza, da tanto tempo, che in materia di suggestione *ciò che si fa si può disfare*. Sfortunatamente essa non durò per più di 24 ore (Charcot, 1989, p. 180).

Troviamo ben rappresentata in queste parole una delle tante situazioni tragicomiche che il teatro granguignolesco metterà ferocemente alla berlina (Augias, 1972).

8. Osservazioni conclusive sull'impostazione di Charcot

Abbiamo ricostruito nella sua sostanza la storia clinica del giovane Pin..., così come Charcot ebbe a presentarla ai suoi studenti.

Ritornando ora al problema che ci interessa, dobbiamo chiederci: che cosa entra in questa storia clinica? Con quale materiale essa viene elaborata, e tra quali elementi vengono istituite le connessioni? La risposta è duplice. È chiaro anzitutto che entrano in questa storia tutti gli elementi in grado di adattarsi alla forma *tipo* di isteria maschile che Charcot ha in mente. Dall'illustrazione dei precedenti anamnestici fino alla descrizione della guarigione e dei postumi, tutto confluisce in un'unica direzione: mostrare che il caso in questione combacia perfettamente con il modello generale dell'isteria. Con questo non vogliamo suggerire che Charcot operasse in malafede, nascondendo ad arte ciò che avrebbe potuto contraddirlo. Non stiamo neanche dicendo che Charcot era un cattivo medico, che non notava tutto quello che era da notare. Charcot era indiscutibilmente un medico di grande vaglia, e avrebbe d'altra parte ben poco senso metterne in dubbio retrospettivamente la moralità. Il punto è un altro e lo abbiamo anticipato. In questa storia — come in tutte le altre — Charcot descrive e spiega ciò che osserva. Ma osserva solo ciò che si inquadra, ciò che trova posto nelle sue categorie e nelle sue attese. La forma tipica dell'isteria struttura il suo orientamento percettivo e intellettuale, costituendo lo strumento che serve non soltanto a elaborare ma anche a raccogliere il materiale osservativo.

La seconda parte della risposta è una conseguenza della prima. Nella storia del povero Pin... entrano esclusivamente i sintomi nel loro *esserci* e secondo le loro forme generali. Vi entrano con la sottolineatura della loro tipicità, del loro rappresentare concetti e leggi di validità generale. Durante gli attacchi, Pin... delira e ha allucinazioni. Grida: «Tieni, prendi il tuo coltello... vai... colpisci adesso!». Charcot riporta queste parole senza scomporsi, come a dire: succede sempre così! Come i deliri delle isteriche sono sentimentali ed erotici, i deliri degli isterici maschi sono sempre tenebrosi e violenti.

Il fatto che le storie cliniche di Charcot esibiscano esclusivamente l'esserci dei sintomi significa che ciò che in esse manca è il *così e così* del sintomo. Manca dunque tutto il resto, tutto quello che sta dietro e che dà anima al sintomo, tutte le vicende, le sofferenze e le miserie che fanno da sfondo e che oggi noi possiamo solo congetturare sulla base delle scheletriche descrizioni formali che Charcot ci ha lasciato.

Charcot asporta chirurgicamente i disturbi isterici dal tessuto della vita dei suoi pazienti, dalla loro interiorità, dalle relazioni familiari, dalle condizioni sociali e di lavoro. Il processo morboso ha le sue leggi soltanto in se stesso. È categorialmente impossibile, per Charcot, stabilire nessi significativi con la corrente dell'esistenza. Il *così e così* del sintomo viene privato in tal modo di ogni interesse. Invece basterebbe spostare solo un poco il punto di osservazione perché l'interesse risulti grande.

Se i pazienti di Freud appartengono a una borghesia ricca e raffinata, per cui ricche e raffinate sono anche le loro nevrosi, i pazienti di Charcot, che appartengono al sottoproletariato parigino, sono altrettanto interessanti. È forse del tutto arbitrario congetturare che esistesse una connessione tra le nevrosi che essi accusavano e le miserie della loro vita, il lavoro massacrante a cui erano destinati, fin dall'età di 9 anni, come è accaduto a Pin...? Le loro paralisi invalidanti non potrebbero per caso essere interpretate come una sorta di rifiuto o come una protesta verso la loro condizione? Naturalmente queste sono soltanto congetture che lasciano il tempo che trovano. Ma quello che è certo è che l'impostazione di Charcot non poteva accogliere spiegazioni di questo tipo, come pure spiegazioni di carattere sessuale-libidico che verrebbe naturale ipotizzare in altri casi di isteria da lui trattati. Charcot sa bene che questi fattori sono presenti, ma essi non hanno le prerogative né la dignità per accedere al discorso della scienza. Ai divieti morali e sociali che si possono facilmente immaginare, si aggiunge un divieto teorico che sorge dall'impostazione generale che è propria di lui e del suo tempo.

9. Emil Kraepelin

Le caratteristiche e i limiti di questa impostazione sono ancora più evidenti nell'opera del grande psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856-1926). Charcot aveva di fronte i sintomi tipicamente fisici dell'isteria ed è in fondo comprensibile che egli potesse ignorare la dimensione contenutistica che essi racchiudono. La sua era inoltre una formazione rigorosamente clinico-neurologica ed è già tanto, se vogliamo, che egli abbia chiaramente riconosciuta l'eziologia psicologica dell'isteria, aprendo in tal modo la strada alle scoperte di Freud. Con Kraepelin il discorso è diverso. Psichiatra puro, Kraepelin ha a che fare con la malattia mentale nel senso più proprio. Ha a che fare con il delirio, l'allucinazione, la scissione e la frantumazione della personalità, le depressioni profonde, le esplosioni di violenza, il suicidio. L'aspetto contenutistico si impone qui in modo innegabile pur nella sua enigmaticità. Anzi, esso si impone proprio a partire da questa enigmaticità. Mentre Charcot doveva soltanto ignorare la dimensione del senso, perché i sintomi fisici dell'isteria *nascondono* il contenuto psicosociale o il valore simbolico che li anima, Kraepelin deve invece esplicitamente negare questa dimensione, perché essa è lì, evidente, che preme. Così per esempio a proposito delle idee deliranti dei pazienti, Kraepelin fornisce ai medici il seguente consiglio:

Di fronte alle idee deliranti dell'infermo il medico serberà sempre un contegno semplicemente negativo. Non darà a queste un nuovo alimento con un'approvazione apparente, non le combatterà direttamente per mezzo di lunghe discussioni, e molto meno le metterà in ridicolo facendo in tal modo dispetto agli infermi [...] si passerà sopra e si lasceranno inosservate le idee deliranti manifestate (Kraepelin, 1907, vol. I, pp. 342-343).

Tuttavia, nonostante queste differenze rispetto a Charcot, i presupposti e le operazioni con cui Kraepelin focalizza la sua attenzione esclusivamente sugli aspetti formali del sintomo sono sostanzialmente gli stessi. In due parole, il ragionamento di Kraepelin è questo: la causa organica delle malattie mentali è sconosciuta; la causa pone in essere i sintomi, essa determina l'esserci e la *forma* del sintomo; i contenuti del sintomo (per es. i contenuti ideativi del delirio) si determinano invece casualmente o almeno senza che la loro determinazione possa avere la minima importanza per gli

scopi della psichiatria.

Può essere utile confrontare quanto abbiamo appena detto con un brano dell' *Introduzione alla psicoanalisi* nel quale Freud si interroga sui rapporti tra psichiatria e psicoanalisi:

Se un'idea delirante non può essere eliminata mettendola in rapporto con la realtà, ovviamente non trarrà origine dalla realtà stessa. Da dove proviene allora? Le idee deliranti possono avere i contenuti più diversi: perché nel nostro caso il contenuto del delirio è proprio la gelosia? È qui che vorremmo sapere qualcosa dallo psichiatra, ma proprio qui egli ci pianta in asso. Lo psichiatra prende comunque in considerazione soltanto uno dei nostri interrogativi. Farà indagini sulla storia familiare di questa donna e forse ci fornirà la risposta: «Le idee deliranti sorgono in quelle persone nella cui famiglia si sono verificati ripetutamente disturbi psichici di questo o di altro tipo». Insomma, se la donna ha sviluppato un'idea delirante, vi era predisposta per trasmissione ereditaria. Questo è già qualcosa, ma è tutto quanto vogliamo sapere? È tutto ciò che ha concorso a causare la malattia? Dovremmo contentarci di ritenere che sia indifferente, arbitrario o inspiegabile che si sia sviluppato un delirio di gelosia invece di una qualsivoglia altro delirio? E la proclamata asserzione della predominanza dell'influsso ereditario sarà da intendersi anche in senso negativo, cioè che non importa quali esperienze abbiano toccato quest'anima, destinata a produrre prima o poi un delirio (Freud, 1915-17, p. 414).

È superfluo notare che lo psichiatra immaginario al quale Freud si rivolge è Kraepelin in persona o almeno è un rappresentante della sua scuola, la quale ebbe una diffusione grandissima, radicandosi un po' dovunque.

Prima di analizzare una lezione clinica di Kraepelin, che ci permetterà di verificare in concreto le cose dette, forniremo adesso qualche informazione su alcuni punti fondamentali del suo pensiero.

Anche per Kraepelin vale ciò che abbiamo attribuito a Charcot: le malattie psichiche devono essere inquadrare nello schema anatomo-clinico (Mondella, 1986). Ma siccome allo stato delle conoscenze la *causa* e la *lesione* rimangono ignote, e occorre lasciarle momentaneamente in sospeso, in attesa dei progressi della scienza, l'attenzione si sposta interamente verso la forma clinica. Ancora una volta, come era accaduto a Charcot per l'isteria, si tratta di descrivere con la massima precisione le caratteristiche cliniche *essenziali* del quadro morboso, attraverso le quali fondare poi la diagnosi dei casi concreti. Kraepelin fu senza dubbio un maestro in questo senso: le sue classiche descrizioni della *dementia praecox*, della *paranoia*, delle *psicosi maniaco-depressive* sono indubbiamente notevoli e tuttora vengono utilizzate.

Nella caratterizzazione delle forme cliniche riveste una speciale importanza, per Kraepelin, la dimensione cronologica: la descrizione del decorso e dell'esito della malattia. È qui soprattutto che egli cerca gli elementi differenziali e con essi le prerogative dei diversi stati morbosi. Per esempio la *dementia praecox*, confluita successivamente, a partire da Bleuler (1911), nella schizofrenia, è contraddistinta da un esordio giovanile e da una progressione praticamente inarrestabile verso la demenza cronica. Analogamente per la *psicosi maniaco-depressiva*: nella forma completa, bipolare, di questa malattia, si verifica un'alternanza di episodi maniacali e di episodi depressivi, con intervalli di normalità e con un esito non completamente negativo: la malattia non guarisce, ma tende a stabilizzarsi, senza degenerare drasticamente.

Per inciso a proposito della *dementia praecox*, in seguito, a partire proprio da Bleuler, l'esito in demenza, che veniva teorizzato da Kraepelin, è stato continuamente e comprovatamente contestato. Vale la pena di notare quanto potesse essere negativo nella pratica un atteggiamento che in sostanza faceva dipendere il presente (ossia la diagnosi e la terapia) da un futuro funesto che non c'era ancora ma del quale si ipotizzava la stringente necessità (Lai, 1990).

Un altro punto fondamentale, peraltro strettamente collegato al precedente, riguarda il tentativo kraepeliniano di costruire una completa nosografia psichiatrica. Al lavoro di classificazione delle malattie mentali in un sistema coerente e onnicomprensivo, Kraepelin si dedicò instancabilmente. Il

suo grande *Trattato di psichiatria* – di cui si contano ben nove edizioni, dalla prima del 1883 all'ultima, postuma, del 1927 – documenta in modo eloquente lo sforzo continuo e talvolta penoso di aggiornare e di adeguare il sistema classificatorio alla realtà clinica. Ma la realtà clinica si dimostrava imprevedibile e sfuggente. Lo stesso Kraepelin doveva rendersi conto che i casi concreti si sottraevano costantemente alle belle forme teoriche, che egli andava distinguendo. Il medesimo decorso si presentava in malattie completamente diverse; la stessa malattia si mostrava nei vari casi con sintomatologie e con decorsi differenti. Kraepelin cercava di fare fronte a questo stato di cose modificando sempre di nuovo le classi e sottoclassi. Ma la crisi della sua impresa risulta alla fine del tutto evidente. Si può ben dire che la psichiatria del '900 nasce proprio sulle spoglie del sistema kraepeliniano. Le molteplici strade che essa ha percorso in alcuni casi conducono a un ripudio totale e talvolta violento dell'impostazione di Kraepelin – è per esempio il caso della psicoanalisi, della psichiatria fenomenologica e soprattutto del movimento antipsichiatrico; in altri casi, invece, il progetto kraepeliniano viene recuperato e rinnovato. Un unico esempio assai significativo: le edizioni del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*, 1ª edizione 1952) conservano in pieno lo spirito della nosografia di Kraepelin. Nel DSM le malattie psichiche vengono denominate e caratterizzate secondo un sistema classificatorio che prevede quattro livelli di specificazione (per es.: psicosi, schizofrenia, tipo simplex, in fase acuta). Anche il DSM, proprio come il *Trattato* di Kraepelin, viene poi periodicamente aggiornato per recepire le «novità». Se teniamo presente che il DSM sorge dalla comunità psichiatrica statunitense e ha una diffusione e un'influenza mondiale, possiamo ben renderci conto di quanto sia radicata e viva l'eredità kraepeliniana.

10. Il metodo clinico kraepeliniano: analisi di esempi e conclusioni

In che modo Kraepelin costruisce i casi clinici? In che modo si rappresenta e rappresenta al suo uditorio lo stato e la storia dei suoi pazienti? Per trovare una risposta possediamo un documento prezioso: il volume *Einführung in die psychiatrische Klinik* (Kraepelin, 1901, 1921). Con poche eccezioni noi faremo riferimento alla vecchia ma ottima traduzione italiana di Paolo Amaldi e Bruno Manzoni intitolata: *Introduzione alla clinica psichiatrica* (Kraepelin, 1905). Questo volume raccoglie 30 lezioni cliniche tenute presso la clinica universitaria di Heidelberg. In ogni lezione, dedicata a una particolare patologia psichica, Kraepelin presenta agli studenti due o tre pazienti che vengono chiamati a esemplificare i disturbi descritti. Dai casi presentati Kraepelin ricava poi ogni volta alcune brevi e incisive conclusioni teoriche. Purtroppo, a differenza delle lezioni di Charcot, le lezioni kraepeliniane contenute in questo volume non sono dei resoconti completi di quello che accadeva in aula. Il testo è stato redatto e dunque elaborato in un secondo momento, sulla base di ricordi e probabilmente di appunti. Ci manca in particolare il resoconto dei dialoghi e di tutto ciò che si svolgeva tra il professor Kraepelin, il paziente e il pubblico. Leggendo il testo delle lezioni dobbiamo dunque sforzarci di visualizzare la scena e di immaginare come andassero le cose. È interessante soprattutto inferire dal testo le dinamiche interpersonali che investivano la condizione del paziente, senza che Kraepelin ne avesse la minima idea o almeno senza che sentisse il bisogno di tematizzarle e di attenuare in tal modo l'azione violentemente intrusiva esercitata da lui e dagli studenti sul paziente. Il testo della lezione ci presenta il paziente e i suoi sintomi come un oggetto naturalistico di osservazione. Ecco per esempio nell'ottava lezione un paziente agitato, in preda a un'eccitazione maniacale:

Anche quest'altro nuovo ammalato, un marinaio di 42 anni, comincia subito a parlare appena entrato, e si presenta in qualità di «accusato dietro l'ordine superiore del professore e generale Kr...». Risponde volentieri alle domande che gli si rivolgono, è esattamente orientato circa il tempo, il luogo e l'ambiente. Si perde però subito in una straordinaria quantità di narrazioni dette in fretta e che finiscono improvvisamente con una chiusa inaspettata: «o diventerò sano o ammalato o mi si

taglierà la testa», oppure esclama: «uomo allegro Dio l'aiuta; tutto deve essere abbrustolito». Percepisce e ricorda esattamente; risponde alle nostre domande con una certa scherzosa precisione; così dice di essere entrato in clinica il primo di luglio, venerdì, alle ore cinque e cinquanta. Non si ritiene ammalato, e dice che non v'era alcun bisogno di condurlo qui. Fa delle osservazioni scherzose sui medici, sulla clinica e anche su se stesso; dice di raccontare cose da pazzi, ma dice anche di essere più abile e intelligente di tutti i medici di Heidelberg che non sanno niente. Quando noi mostriamo di meravigliarci perché ci dà del *tu*, scoppia in un fiume di impropri che vanno sempre aumentando per poi finire in una sonora risata [...] Lo stato offertoci dal malato, come loro hanno già riconosciuto, è precisamente quello dell'*eccitamento maniaco*. Sono abbastanza evidenti la distraibilità del pensiero, l'allegria e la variabilità dell'umore, l'irrequietudine motoria e in special modo la loquacità (Kraepelin, 1905, pp. 53-54).

Ci viene qui da sorridere, come sicuramente sorridevano gli studenti che assistevano alla lezione. In altri casi veniamo invece colpiti dal cinismo crudele e anche dall'insipienza del metodo di Kraepelin. Un solo esempio, tratto dalla quarta lezione, sul quale richiama l'attenzione Fausto Petrella (1984, p. 129 e sgg.):

Signori! Prenderemo oggi in esame dei quadri clinici veramente strani. Vedono anzitutto una donna di 24 anni, già domestica, che reca sul volto e in tutta la persona i segni d'una denutrizione gravissima. Tuttavia la malata è in continuo movimento, fa passi innanzi, passi indietro; si attorciglia la treccia alle mani, poi la scioglie e così via. Provando a trattenerla in queste sue mosse, incontriamo una forza di resistenza inattesa; se mi colloco a lei dinnanzi con le braccia aperte per impedirle il passo, essa non potendo smuoversi, mi scappa di sotto il braccio, continuando la sua corsa. La sua fisionomia è di solito immobile e priva di espressione; ma se la si tiene ferma a forza, allora essa contrae tutta la faccia, e dà in un pianto lamentoso, che cessa subito appena la si abbandoni. Vedano come tiene stretto tra le ultime dita della mano sinistra un tozzo di pane, e quanta resistenza oppone a chi glielo vuole prendere (Kraepelin, 1905, p. 24).

Leggiamo il commento di Petrella:

Lo stesso si può dire per la domestica della IV lezione, alla quale Kraepelin cerca di sottrarre il pezzo di pane che stringe fra le mani. Sappiamo oggi, dopo tanti anni di lettura psicoanalitica dei comportamenti psicotici, come un simile aggrapparsi sia un tentativo disperato di controllo su un oggetto di enorme valore simbolico per il paziente (il pane!). Non intendere questo, cercare di sottrarglielo, ecc., significa comportarsi in modo bislacco e ingiustificabile (Petrella, 1984, p. 131).

Analizzeremo ora più in dettaglio il primo caso presentato da Kraepelin nella terza lezione, dedicata alla *Demenza precoce*. La lezione ha inizio nel modo consueto:

Signori! Presento loro un giovane di 21 anni, robusto, ben nutrito, entrato in clinica da alcune settimane. Egli se ne sta tranquillamente a sedere, guardando innanzi a sé; quando gli si dirige la parola non volge lo sguardo; tuttavia comprende bene tutte le domande, poiché risponde sempre a tono, pure con una certa lentezza, e spesso soltanto dopo ripetute sollecitazioni. Dalle sue risposte brevi e dette sottovoce apprendiamo che egli si ritiene malato; senza che però si possa avere da lui altra spiegazione sulla qualità e sulle manifestazioni del suo male. Egli attribuisce la causa della sua malattia alla masturbazione, a cui si sarebbe dato fin dal decimo anno di età. Dice che così ha peccato contro il sesto comandamento, che la sua attività è molto indebolita, che si sente diventato fiacco, infelice, come un ipocondriaco. Dice che, dopo aver letto certi libri, si è messo in mente che gli è venuta un'ernia, e che è affetto da *tabe dorsale*; beninteso che in lui non v'ha segno alcuno di tali malattie. Dice che ha interrotto ogni relazione coi suoi compagni, perché immagina che essi riconoscerebbero nel suo stato gli effetti del suo vizio, e lo deriderebbero. Tutto ciò viene dicendo con voce monotona, senza alzare gli occhi, senza occuparsi di noi. L'espressione della sua fi-

sionomia non indica alcuna oscillazione emotiva; soltanto ogni qual tratto passa un breve sorriso sulle sue labbra. Di tanto in tanto corruga la fronte e storce il viso; attorno alla bocca e al naso si nota un tremito finissimo, intermittente (Kraepelin, 1905, pp. 16-17).

Esattamente come in Charcot, anche per Kraepelin è fondamentale caratterizzare una forma clinica distinguendola anzitutto dalle forme che con essa potrebbero essere confuse. Occorreva *mostrare* le differenze e derivare da esse dei criteri obiettivi con cui operare nella pratica. In questa lezione il problema che si pone a Kraepelin è quello di differenziare lo stato psichico della demenza precoce, appena descritto, dagli stati depressivi discussi nelle due lezioni precedenti e appartenenti rispettivamente alla melanconia (prima lezione) e alla fase depressiva della psicosi maniaco-depressiva (seconda lezione). Le tre condizioni potrebbero essere confuse, con grave danno per il paziente, bisogna pertanto sapere riconoscere i segni che le differenziano. Ancora una volta un problema semeiotico! Kraepelin procede con sicurezza. Egli fa notare che gli stati depressivi delle prime due condizioni sono contraddistinti tipicamente da un'esplicita patologia della volontà che può assumere due forme: nel primo caso la volontà è dominata da idee deliranti ed è pertanto determinata all'azione da motivi assurdi, insani; nel secondo caso la volontà è integra quanto ai motivi che la determinano, ma è ammalata nel suo stesso funzionamento: nella sua azione c'è un arresto; il soggetto non riesce a portare a termine ciò che vorrebbe; la volontà è inceppata, inibita. Ben diversa è la condizione della volontà nella demenza precoce e in particolare nel caso in discussione. Kraepelin descrive la situazione nei termini seguenti:

Ma un esame più profondo ci dimostrerà che qui, a onta delle possibili analogie, abbiamo a che fare con una forma clinica del tutto differente. L'ammalato risponde lentamente e a monosillabi; ma non già perché in lui l'atto volitivo del rispondere incontri un intoppo invincibile, bensì perché egli non sente affatto il bisogno di rispondere. Egli sente e comprende ciò che gli si dice; ma non si dà pena di prendere la cosa in considerazione; non presta attenzione, e risponde, senza riflettere, ciò che gli passa per la mente. Non si nota in lui il minimo sforzo di volontà; tutti i movimenti suoi sono fiacchi e privi di energia, ma sciolti e come eseguiti senza sforzo. Né è il caso di parlare qui di uno stato depressivo, come si potrebbe credere a giudicare dal contenuto delle sue espressioni; il suo è piuttosto uno stato di apatia, come di uno che non ha nulla da temere, né da sperare, né da desiderare. Ciò che a lui si svolge innanzi non lo tocca in profondità, benché egli lo rilevi senza difficoltà. Non si cura di chi va, di chi viene, di chi parla e di chi si occupa di lui; a nessuno egli chiede il nome. Carattere distintivo del quadro morboso che abbiamo dinnanzi è appunto questa singolare e profonda mancanza di un accento emotivo nel rapporto con l'esterno, accanto alla persistenza della capacità di apprendere e ritenere (Kraepelin, 1905, pp. 17-18; Kraepelin, 1921, vol. II, p. 38).

Dopo questo passo, Kraepelin va avanti nell'ostensione e nella caratterizzazione dei sintomi distintivi della demenza precoce. Allude all'indebolimento del giudizio e alla confusione mentale, che si accompagnano peraltro a momentanee e stravaganti elucubrazioni filosofiche; mostra le stereotipie e le gesticolazioni tipiche di queste condizioni; fa udire il riso fatuo, «il riso vuoto, insulso, che si osserva costantemente nella demenza precoce». Fa anche un'osservazione *à la page* su quella che oggi si chiamerebbe masturbazione coatta. Prendendo le distanze da un'opinione antiquata, egli afferma che la masturbazione non deve essere considerata come una causa ma piuttosto come un sintomo della malattia. Le descrizioni kraepeliniane sono, qui come altrove, precise ed eleganti. Dal punto di vista clinico-descrittivo, la presentazione dei sintomi della schizofrenia non si è, in apparenza, modificata granché fino ai giorni nostri. Per comprendere ciò che è realmente cambiato dobbiamo soffermarci un momento sull'ultimo brano di Kraepelin che abbiamo citato.

È facile riconoscere in quelle parole la chiara descrizione di ciò che in seguito, a cominciare da Bleuler, ha preso il nome di *autismo*. Il soggetto appare isolato dal mondo esterno; come dice Krae-

pelin, sembra che egli non tema, non spera e non desidera nulla. Vale ora la pena di confrontare la descrizione kraepeliniana con il modo in cui proprio Bleuler ebbe a mettere a fuoco, pochi anni dopo, la stessa condizione. Basteranno poche frasi:

Gli schizofrenici gravi non hanno più alcun rapporto col mondo esterno; vivono in un mondo a sé; se ne stanno con i loro desideri, che ritengono appagati, o con la sofferenza della loro persecuzione; limitano al massimo i contatti col mondo. Chiamiamo autismo il distacco dalla realtà e la predominanza della vita interiore (Bleuler, 1985, p. 75).

Sono passati solo dieci anni dalla lezione kraepeliniana sulla demenza precoce, eppure è già in atto qui una rivoluzione copernicana. Come si è precedentemente notato, in psichiatria non mutano soltanto le operazioni intellettuali con cui un sintomo viene rappresentato e spiegato, muta in pari tempo la percezione stessa del sintomo. Kraepelin e Bleuler hanno sotto gli occhi la stessa condizione, ma vedono in essa cose completamente diverse. Kraepelin vede il paziente autistico come un involucro vuoto, svuotato, che solo a tratti viene animato da esplosioni automatiche e bizzarre di vita. Per Kraepelin è vero in senso letterale che il soggetto non teme né desidera nulla. Non che stia bene così com'è. Semplicemente è vuoto: non ha niente dentro, né angosce né desideri.

Bleuler, al contrario, vede nell'autistico un soggetto che si è chiuso e intrappolato nel suo mondo interiore, un mondo che egli non *vuole* più mettere a confronto con la realtà esterna. L'interiorità autistica è coerente ed è talvolta molto ricca. Certo è difesa come una fortezza, ma proprio questo sta a indicare che essa è animata dal senso, è attraversata da desideri e da angosce profonde, ed è possibile dunque quanto meno tentare di penetrarla sul piano della terapia.

Questo divario nel modo di vedere l'autismo schizofrenico è emblematico e ci riporta ai discorsi precedenti. L'orientamento percettivo-intellettuale di Kraepelin è rivolto e dà realtà esclusivamente alla forma esterna del sintomo. Ciò che sta dentro al sintomo non viene visto. Ma forse è più esatto dire che esso viene negato per il semplice fatto che non si avverte minimamente, a nessun livello, l'esigenza di cercarlo. Per contro l'orientamento di Bleuler, che mette qui a frutto anche l'insegnamento di Freud, è strutturato precisamente sulla *decisione* di riconoscere l'interiorità del sintomo, il suo *così e così*. Va da sé che l'esplorazione dell'interno non può avere nulla in comune con una procedura osservativa di tipo naturalistico — nulla di simile per esempio al guardare in un microscopio e scoprire che una goccia di sangue è formata da innumerevoli cellule piene di vita. L'interno diventa accessibile — se lo diventa — solo nella relazione attiva e dunque modificativa che il terapeuta instaura con il paziente. Non si può in senso proprio parlare di *conoscenza* al di fuori di questa relazione. La nozione di spazio fondazionale, che abbiamo introdotto all'inizio, trova in tutto ciò una precisa esemplificazione.

Ma ritorniamo a Kraepelin. La sua posizione può essere messa a fuoco anche notando che egli utilizza una concezione strettamente *difettuale* del sintomo. Dalla lezione inaugurale, dedicata alla melanconia, leggiamo:

Noi non avremo a che fare qui innanzitutto con modificazioni somatiche nella grandezza, nella forma, nella resistenza, nella composizione chimica, ma piuttosto con disturbi (*Störungen*) dell'apprendimento, del pensiero, del giudizio, con allucinazioni, idee deliranti, con scompensi e alterazioni patologiche dell'attività volontaria. Mentre nell'affrontare ogni altro settore della medicina Loro possono senza particolari difficoltà orientarsi sulla base dei concetti acquisiti nello studio della patologia generale, qui si troveranno in un primo momento senza punti di appoggio di fronte a manifestazioni morbose tanto diverse, fin quando non avranno acquistato a poco a poco un dominio sufficiente delle forme particolari di manifestazione dei disturbi mentali (Kraepelin, 1921, p. 1).

È molto significativo che i traduttori italiani abbiano reso il termine *Störung* con *lesione*. Essi per

esempio traducono l'espressione *Erscheinungsformen der Geistesstörungen* con «sintomatologia delle lesioni mentali» (Kraepelin, 1905, p. 1). È una versione filologicamente arbitraria, ma coglie nel segno. Kraepelin, infatti, vede il disturbo psichico proprio come una lesione mentale che si manifesta in un difetto di funzionamento di questa o quella facoltà. Questo implica due cose: 1) Kraepelin dà per scontato uno standard di normalità psichica sulla base del quale commisurare le forme patologiche. 2) Il disturbo psichico è inteso come un puro e semplice deficit, ossia come uno scarto formale e quantitativo dalla norma. Il *così e così* del sintomo non ha alcuna importanza, se non viene addirittura negato, come abbiamo visto nel caso dell'autismo. Il sintomo si risolve interamente nel fatto che c'è e che ha una forma difettuale.

La domanda, «come costruisce Kraepelin i suoi casi clinici?», trova a questo punto una risposta precisa, che ci porta del resto a ribadire gli elementi che avevamo individuato nel metodo di Charcot. Nelle storie kraepeliniane, dai precedenti individuali e familiari fino all'esito della malattia, trovano posto i sintomi e soltanto i sintomi. Il nesso tra la storia della malattia e la storia della vita non entra mai in considerazione. Con Freud e Binswanger, dei quali parleremo nel prossimo capitolo, questo nesso balza invece in primo piano. Per entrambi il transito tra la malattia e la vita è rappresentato dal contenuto individuale, *così e così*, dei sintomi e della malattia stessa nel suo complesso. L'elaborazione e anche la conoscenza di questo contenuto si sviluppa però nei due autori in direzioni completamente divergenti.

CAPITOLO TERZO

UNIVERSI DEL SENSO: FREUD E BINSWANGER

1. *La malattia e la vita*

Abbiamo concluso il capitolo precedente osservando che il nesso tra malattia e vita, che in Charcot e in Kraepelin veniva decisamente reciso, diventa il centro dell'interesse sia per Freud che per Binswanger. Il momento della generalizzazione e della legalità viene ora subordinato al momento dell'individuazione, a ciò che abbiamo chiamato il *così e così* del disturbo. Questo naturalmente non significa che Freud e Binswanger rinuncino alla possibilità di formulare concetti e leggi generali da utilizzare nella pratica e da valorizzare come tali sul piano della conoscenza. Non vi rinunciano affatto e non rinunciano neanche alla costruzione di una concezione generale della vita e della natura umana. Ma la teoria ora non solo deve derivare dai dati clinici, deve anche essere in grado di rendere conto della specificità di ogni condizione e del fatto che, in ultima analisi, ci si ammala psichicamente sempre in modo diversi, determinati dalla propria storia. La teoria deve prevedere e deve conformarsi alla molteplicità delle differenze. Il rapporto tra particolare e generale, e conseguentemente tra teoria e prassi, muta così in modo sostanziale. Il ruolo della teoria è ora molto diverso dal passato ed è anche molto più problematico, come stanno per esempio a dimostrare i dibattiti intensissimi sull'epistemologia della psicoanalisi.

Con Freud e Binswanger si passa, come si suol dire, dal sintomo al senso. Questo passaggio non deve essere eccessivamente enfatizzato. Né Freud né tanto meno Binswanger hanno scoperto la panacea per i disturbi psichici, qualcosa di paragonabile per esempio agli antibiotici. Le gravi malattie psichiche — quelle malattie con cui avevano a che fare Charcot e Kraepelin — restano tuttora non tanto un mistero quanto un problema scientifico, medico e sociale terribilmente complesso. Ciò che però va a entrambi riconosciuto è di aver superato i limiti prospettici della psichiatria positivista, e di aver aperto orizzonti nuovi e fecondi, non in un modo arbitrario ma seguendo percorsi impliciti nella natura delle cose. Le nuove strade partono dalla considerazione che la malattia psichica fa parte della vita e deve essere esplorata all'interno della vita.

Per quanto concerne il nostro interesse verso le operazioni con cui vengono costruite le storie cliniche, il nuovo rapporto che viene a istituirsi tra vita e malattia ha immediatamente un effetto eclatante: i casi clinici di Freud e Binswanger non sono più dei brevi prospetti tecnici, ma sono delle lunghe storie. Sono storie di vita che hanno l'apparenza di un romanzo. La storia di Dora è narrata in 100 pagine e scaturisce da un trattamento che durò per soli tre mesi. Il caso Ellen West, di Binswanger, occupa quasi 200 pagine. Questo ci impedirà naturalmente di ripercorrere i due casi dall'inizio alla fine. Mentre dovremo dare per scontata la conoscenza almeno delle linee essenziali delle due storie, noi ci limiteremo a metterne a fuoco alcuni aspetti significativi, in rapporto ai nostri scopi. Può sfert

essere utile in. tanto leggere quanto Freud scrisse già nel 1895 in occasione del caso di Elisabeth von R.:

Non sono stato sempre psicoterapeuta, e ho fatto la mia esperienza medica con le diagnosi locali e con l'elettroprognosi, al modo stesso di altri neuropatologi, così che sento ancora io stesso un'impressione curiosa per il fatto che le storie cliniche che scrivo si leggono come novelle e che esse sono, per così dire, prive dell'impronta rigorosa della scientificità. Devo consolarmi pensando che di questo risultato si deve evidentemente rendere responsabile più la natura dell'oggetto che non le mie preferenze; la diagnostica locale e le reazioni elettriche in realtà non funzionano nello studio dell'isteria, mentre una rappresentazione particolareggiata dei processi psichici, quale in generale ci è data dagli scrittori, mi permette con l'impiego di poche formule psicologiche, di raggiungere una certa quale comprensione dell'andamento di un'isteria (Freud, Breuer, 1892-1895, p. 313).

2. Freud: il caso Dora

Freud scrisse il *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)* nel 1901, ma per ragioni non del tutto chiare lo pubblicò solo nel 1905 (cfr. Gay, 1988, p. 222 e sgg.). Il rinvio gli consentì d'altra parte di aggiungere al testo dell'analisi un prezioso Poscritto. Il trattamento di Dora cominciò nell'ottobre del 1900 ed ebbe termine, per decisione della paziente, il 31 dicembre dello stesso anno. Il trattamento si chiudeva in sostanza con un insuccesso. Proprio le ragioni dell'insuccesso spinsero Freud a impegnarsi subito nell'analisi retrospettiva del caso e a redigerne un resoconto dettagliato che è straordinariamente ricco di contributi teorici e tecnici innovativi. Pur raccontando la storia di una terapia sbagliata, il caso Dora è un'opera epocale nello sviluppo della psicoanalisi. Per uno studio dettagliato di questo testo dobbiamo rinviare il lettore alla letteratura specializzata (cfr. per es. Deutsch, Semrad, 1959; Lopez, 1967; Deutsch, 1973; Decker, 1982; Sacerdoti, 1989). Qui ci accontenteremo di poche indicazioni sommarie che ci condurranno al tema specifico della nostra indagine.

Il primo punto è di grande importanza e riguarda direttamente il fattore che condusse al fallimento della terapia: il mancato controllo della traslazione (transfert) instauratasi durante la cura. In questo testo Freud tematizza per la prima volta il significato teorico e tecnico della traslazione. Egli scrive:

Si può affermare che, in tutti i casi, la formazione di nuovi sintomi cessa durante la cura psicoanalitica. Ma la capacità produttiva della nevrosi non è per questo affatto spenta; essa si esercita creando un particolare tipo di formazioni mentali, perlopiù inconscie, che possono denominarsi *traslazioni*. Che cosa sono le traslazioni? Sono riedizioni, copie degli impulsi e delle fantasie che devono essere risvegliati e resi coscienti durante il progresso dell'analisi, in cui però — e questo è il loro carattere principale — a una persona della storia precedente viene sostituita la persona del medico. In altri termini, un gran numero di esperienze psichiche precedenti riprendono vita, non però come stato passato, ma come relazione attuale con la persona del medico [...] Se ci si inoltra nella teoria della tecnica psicoanalitica, si giunge alla conclusione che la traslazione è un requisito necessario [...]. La traslazione, destinata a divenire il più grande ostacolo per la psicoanalisi, diviene il suo migliore alleato se si riesce ogni volta a intuirlo e a tradurlo nel senso al malato (Freud, 1901, pp. 397-398).

Nello stesso contesto Freud fa anche alcune osservazioni di notevole rilevanza storica:

La guarigione di nevrosi anche in cliniche in cui il trattamento psicoanalitico è escluso; l'affermazione che l'isteria non è guarita dai metodi bensì dal medico; quella specie di cieca dipendenza che, nelle cure per suggestione ipnotica, avvince stabilmente il malato al medico che l'ha li-

berato dai suoi sintomi: ecco tutti fatti la cui spiegazione scientifica può essere vista solo nelle «traslazioni» (Freud, 1901, p. 398).

Il concetto di traslazione diventa in tal modo uno strumento efficacissimo anche per reinterpretare e per riscrivere da capo la storia del trattamento dell'isteria e delle nevrosi in generale. Fluidi misteriosi e vitalizzanti che sgorgano dal terapeuta, il magnetismo animale, il trattamento in ipnosi, la virtù curativa della suggestione, tutto confluisce verso la traslazione e acquista un nuovo senso alla luce delle modalità transferali e controtransferali che si vengono a istituire tra il medico e il paziente. Da questo lato l'innovazione della psicoanalisi sta nel tentativo di rendere dominabile il più possibile ciò che in passato veniva semplicemente agito in modo passivo.

Un altro tema fondamentale del caso di Dora è illustrato, con la consueta chiarezza, dallo stesso Freud all'inizio dello scritto:

Nella *Interpretazione dei sogni* da me pubblicata nel 1900 ho dimostrato che i sogni sono in generale interpretabili e che, compiuto il lavoro di interpretazione, è possibile sostituirli con pensieri correttamente congegnati e tali da poter essere inseriti in un dato punto del contesto psichico. Nelle pagine seguenti vorrei ora dare un esempio dell'unica applicazione pratica che la tecnica dell'interpretazione onirica sembra ammettere [...] Il sogno è, in breve, una delle vie indirette per aggirare la rimozione, uno dei mezzi principali del cosiddetto «modo figurativo indiretto» nel campo psichico. Il presente frammento della storia del trattamento di una giovinetta isterica dovrebbe mostrare come l'interpretazione onirica intervenga nel lavoro analitico (Freud, 1901, p. 311-312).

L'importanza dell'interpretazione dei sogni nell'ambito della psicoanalisi non ha certo bisogno di essere rammentata. I momenti risolutivi nell'analisi del caso di Dora sono rappresentati precisamente dall'interpretazione di due sogni. Nel prossimo paragrafo, noi esamineremo per l'appunto l'analisi di uno dei due sogni. L'analisi dei sogni è una via di accesso all'inconscio e dunque al rimosso. A noi interesserà soprattutto comprendere come il sogno e l'interpretazione del sogno vengano integrati, nel contesto della vita e della malattia della paziente, in una storia globale dotata di una forte coerenza interna.

Nel caso di Dora prende corpo un altro concetto psicoanalitico molto importante: la *compiacenza somatica*. Freud ha appena interpretato simbolicamente uno dei sintomi di Dora: un'*afonia* periodica che si manifesta quando il signor K. – la persona da lei amata – è lontano. Il significato dell'*afonia* è di rinunciare all'uso delle parole quando esse perdono qualsiasi valore non potendo essere rivolte all'amato. Chiarito questo, Freud si domanda:

Affermerò ora, quindi, che in tutti i casi di *afonia* periodica si debba diagnosticare l'esistenza di un essere amato periodicamente assente? Non è certo questa la mia opinione. La determinazione del sintomo nel caso di Dora è troppo specifica perché si possa pensare ad una ripetizione frequente della stessa eziologia accidentale. Ma che valore ha allora la spiegazione dell'*afonia* nel nostro caso? Non ci siamo forse lasciati ingannare da un gioco d'arguzia? Non credo. Ci si deve ricordare, a questo punto, la questione, sollevata così spesso, se l'origine dei sintomi dell'isteria sia psichica o somatica, e se, ammessa l'origine psichica, questa valga necessariamente per tutti i sintomi. Tale questione [...] è male impostata. La realtà delle cose non si esaurisce in questa alternativa. Per quanto posso vedere, ogni sintomo isterico necessita l'apporto di ambedue le parti. Esso non può sorgere senza una certa *compiacenza somatica*, offerta da un processo normale o patologico in un organo o su un organo del corpo. Tale processo non si presenta più di una volta (laddove è proprio del sintomo isterico la capacità di ripetizione) se esso non ha un significato psicologico, un *senso*. Questo senso il sintomo isterico non lo reca con sé; esso gli viene conferito, viene in certo modo a saldarsi con esso, e può essere diverso in ogni caso a seconda della natura dei pensieri repressi che lottano per esprimersi. Esiste tuttavia una serie di fattori agenti in modo da far sì che le relazioni tra i pensieri inconsci e i processi somatici di cui essi dispongono per esprimersi siano meno arbi-

trarie e si avvicinano ad alcune combinazioni tipiche. Per la terapia le determinazioni rilevabili nel materiale psichico accidentale sono le più importanti; i sintomi vengono risolti ricercandone il significato psichico (Freud, 1901, p. 333).

È difficile sopravvalutare la profondità e la complessità di questo brano. Basterà notare che esso ha aperto un'epoca nuova nella considerazione del rapporto mente-corpo. Peraltro tutti i contenuti teorici e concettuali qui espressi non sono ancora stati valorizzati completamente, a mio parere. Per esempio molte confusioni e molte grossolanità nel campo della psicosomatica potrebbero essere evitate se si riflettesse di più su queste parole di Freud. I sintomi psichici, come l'angoscia o il delirio, sono intrinsecamente dotati di un senso; invece i sintomi somatici, come l'afonia, la tosse, l'asma, non sono dotati internamente di un senso, ma sono al più dotati della capacità – la *compiacenza* per l'appunto – di ricevere un senso secondo modalità diverse e comunque sempre a partire dalla specificità, dal così e così della condizione psichica individuale. Il senso del sintomo somatico non è una costante ma una variabile che si satura individualmente caso per caso. C'è in tutto ciò una piena evidenza concettuale. Il non tenerne conto può condurre o a un irragionevole meccanicismo interpretativo oppure a una simbolizzazione totale della corporeità, non meno irragionevole. Questi sono del resto indirizzi speculativi ben presenti nella cultura del nostro tempo. Ma su ciò dobbiamo sorvolare.

È per noi qui più importante rilevare come il concetto di compiacenza somatica si colleghi direttamente in modo estremamente significativo al problema *GusI*. La compiacenza somatica è un concetto teorico che permette di recuperare il livello della generalità o almeno della *tipicità* partendo dal riconoscimento della specificità irripetibile di ogni caso individuale. Sul piano pratico esso è uno strumento per orientarsi e per organizzare la molteplicità dei dati clinici individuali senza tuttavia rinunciare, come accadeva prima con Charcot e con Kraepelin, a questo livello primario dell'individuazione.

Per entrare ancora di più nel merito del nostro discorso soffermiamoci ora su un'altra osservazione preliminare contenuta nel caso di Dora:

Ho steso la relazione del caso a memoria, subito dopo la fine della cura, quando però il ricordo era ancora fresco e stimolato dal mio interesse per la pubblicazione. Il resoconto non è, quindi, di una fedeltà assoluta, fotografica, ma può ambire a un grado elevato di attendibilità. Nulla di sostanziale è stato mutato; solo in alcuni punti ho variato la successione delle spiegazioni, per dare all'esposizione un ordinamento migliore (Freud, 1901, pp. 307-308).

È la memoria, dunque, la fonte della storia clinica di Dora. Ma c'è da fidarsi della memoria? Possiamo essere sicuri che la bella storia coerente che Freud ci prospetta sia una storia veritiera? Beninteso, non ci stiamo riferendo alla veridicità delle interpretazioni che Freud inserisce nella storia; ci riferiamo semplicemente agli episodi e ai fatti oggettivi accaduti durante il trattamento, o raccontati da Dora, e che noi ora leggiamo nella storia. Non potrebbe Freud aver dimenticato degli episodi o averne aggiunti altri che non sono accaduti, e la memoria non potrebbe aver influenzato negativamente anche la sua rappresentazione delle connessioni causali tra i fatti? La risposta deve essere affermativa per tutte le domande. Che la memoria faccia dei cattivi scherzi, in questi casi, è di certo una cosa possibile. Occorre però capire meglio il senso di questa possibilità. Una volta esclusa l'ipotesi di una manipolazione deliberata dei fatti, la questione si presenta così: la possibilità di errori mnemonici è intrinsecamente e quindi concettualmente inclusa nella pratica di narrare un caso clinico sulla base della memoria, fresca o tardiva che essa sia. La possibilità di un errore di memoria è posta in essere da una regola del gioco linguistico (Civita, 1987). La stessa regola, d'altra parte, discrimina concettualmente l'errore mnemonico involontario dalla manipolazione o dall'invenzione deliberata. La conclusione pertanto è questa: se non sono inventati arbitrariamente e se non scaturiscono da interventi interpretativi, gli elementi che vanno a formare una storia clinica freudiana,

provengono da una memoria che può sbagliare e che tuttavia sa di essere esposta all'errore.

In successivi scritti freudiani, dedicati alla teoria della tecnica, la problematica alla quale abbiamo accennato sfocia in alcune importanti prescrizioni tecniche relative alla posizione del terapeuta nel setting analitico. Per esempio:

Il primo compito dinanzi al quale si vede posto l'analista che ha in trattamento più di un malato al giorno apparirà anche il più difficile. Esso consiste nel tenere a mente tutti gli innumerevoli nomi, date, dettagli di ricordi, associazioni e produzioni patologiche che un paziente comunica nel corso di mesi e anni di trattamento, non confondendo questo materiale con altro analogo proveniente da altri pazienti [...]. In ogni caso nascerà la curiosità di conoscere la tecnica che consente di padroneggiare un materiale così vasto e ci si attenderà ch'essa si avvalga di particolari espedienti. Questa tecnica è invece molto semplice. Essa respinge, come vedremo, tutti gli espedienti, persino quello di redigere appunti, e consiste semplicemente nel non voler prendere nota di nulla in particolare e nel porgere a tutto ciò che ci capita di ascoltare la medesima «attenzione fluttuante» (Freud, 1912, pp. 532-533).

Il genio di Freud è qui ancora una volta al lavoro. La possibilità dell'errore mnemonico, che abbiamo caratterizzato come una possibilità interna al gioco linguistico, non viene combattuta, non viene fronteggiata con espedienti, ma viene riconosciuta come tale e inserita nella dinamica della relazione terapeutica. L'attenzione fluttuante finalizza le caratteristiche e le possibilità di errore della memoria a una comunicazione nella quale il terapeuta stesso si mette in gioco con il proprio inconscio.

La tecnica di raccontare la storia clinica sulla base della memoria e l'attenzione fluttuante è stata discussa e problematizzata in tutti i modi, sia all'esterno che all'interno dell'ortodossia freudiana. Significativa, a tale proposito, è la posizione che Giampaolo Lai ha elaborato nei suoi lavori più recenti (Lai, 1985, 1988) e attraverso la rivista *Tecniche* di cui è direttore. Alla figura tradizionale del caso clinico, basato su una narrazione a memoria degli eventi, Lai contrappone il *resoconto tecnico* che consiste nel documentare la storia del trattamento sulla base delle registrazioni delle sedute. L'obiettivo è da un lato quello di minimizzare la rielaborazione retrospettiva del materiale clinico, dall'altro quello di consentire un'analisi particolareggiata delle azioni tecniche del terapeuta e dei risultati che esse hanno prodotto.

3. La costruzione del caso clinico di Dora. Analisi di un esempio

Come si è anticipato, dobbiamo dare qui per scontata la conoscenza delle linee essenziali del caso di Dora. Diamo per presupposta anche un'informazione elementare sulla teoria psicoanalitica. A questo proposito ci limiteremo a un unico cenno relativo all'interpretazione dell'isteria. A partire dagli *Studi sull'isteria* (1892-1895) Freud ha teorizzato l'eziologia sessuale dell'isteria. I disturbi isterici nascono da conflitti psichici che attengono alla sfera sessuale. Con questo, ovviamente, si dice ben poco: l'eziologia sessuale dell'isteria è semplicemente una prospettiva vuota che nell'intera evoluzione della riflessione freudiana si è andata determinando in modi diversi e sempre più ricchi. L'arricchimento del discorso sull'isteria si è peraltro protratto anche nel pensiero postfreudiano (cfr. in proposito il saggio di Luca Zendri in appendice al presente volume). All'epoca del caso di Dora, intorno al 1900, Freud si trova in una fase di transizione: sotto la spinta delle esperienze cliniche e della sua autoanalisi, ha già abbandonato la teoria del trauma sessuale precoce, ma non ha ancora reso pubblico il ripudio di questa teoria e soprattutto non ha ancora messo a punto una nuova concezione sistematica dell'isteria e delle nevrosi in generale. La corrispondenza con Fliess tra il 1896 e il 1902 (Freud, 1887-1902) dimostra quanto fosse intensa e fruttuosa in questi anni la sua riflessio-

ne, che si andava del resto intrecciando intimamente con l'autoanalisi. Proprio a questo periodo risalgono le scoperte della sessualità infantile e del complesso di Edipo, che dovevano aprire la strada alle teorie celeberrime degli anni immediatamente successivi. Nel caso clinico di Dora non viene formulata esplicitamente una teoria dell'isteria. Appare tuttavia chiaro – e sarebbe strano se così non fosse – che Freud si muove già qui in un ordine di idee che prefigura largamente le posizioni che verranno teorizzate di lì a pochi anni. Ricordiamo soltanto che i *Tre saggi sulla teoria sessuale* compaiono nel 1905.

Esamineremo adesso l'analisi del secondo sogno di Dora, che ebbe luogo pochi giorni prima l'interruzione del trattamento. Citeremo dal testo di Freud con una certa ampiezza. È appena il caso di rammentare che, nella psicoanalisi freudiana, i significati del sogno non vengono attinti lavorando sul sogno manifesto nel suo complesso. Il sogno non deve essere considerato come una totalità. La coerenza narrativa che esso talvolta esibisce non va presa troppo sul serio. Il sogno deve essere spezzato in frammenti ed è su di essi che opera l'interpretazione. È quello che constateremo leggendo i brani che seguono. Partiamo dal «testo» del sogno:

Dora raccontò: Mi aggiro per una città che non conosco, vedo strade e piazze che non mi sono familiari. Giungo poi in una casa dove abito, vado in una camera e trovo lì una lettera della mamma. Mi scrive che poiché sono fuori di casa all'insaputa dei genitori, non aveva voluto scrivermi che il babbo era malato: «adesso è morto e, se vuoi, puoi venire». Allora vado alla stazione e domando un centinaio di volte: «Dov'è la stazione?». Ricevo sempre la risposta: «A cinque minuti». Poi vedo davanti a me un fitto bosco in cui mi addentro e mi rivolgo lì a un uomo che incontro. Mi dice: «Altre due ore e mezzo». Si offre di accompagnarmi. Rifiuto e vado da sola. Vedo la stazione davanti a me e non la posso raggiungere. Qui ho il solito senso d'angoscia che si prova nei sogni quando non si può andare avanti. Poi eccomi a casa; nel frattempo devo aver fatto il viaggio, ma non ne so nulla. Entro nella guardiola del portiere e gli chiedo del nostro appartamento. La cameriera mi apre e risponde: «La mamma e gli altri sono già al cimitero» (Freud, 1901, p. 379) .

Ora alcuni esempi di analisi:

Domanda un centinaio di volte... Ciò ci conduce a un'altra causa immediata del sogno, meno indifferente. La sera prima, dopo che i visitatori se n'erano andati, il padre l'aveva pregata di portargli il cognac: se non aveva prima bevuto del cognac non poteva dormire. Dora aveva chiesto la chiave della dispensa alla madre, ma questa, assorta in una conversazione, non le rispondeva finché Dora aveva esclamato spazientita, esagerando: «Sono cento volte che ti chiedo dov'è la chiave!». Naturalmente però gliel'aveva chiesta al massimo cinque volte. La domanda: «Dov'è la chiave?» mi sembra il corrispettivo virile dell'altra: «Dov'è la scatola?». Si tratta cioè di domande relative ai genitali. Nella stessa riunione familiare qualcuno aveva brindato alla salute del padre di Dora, augurandogli lunga vita in buona salute ecc. La paziente aveva osservato sul volto stanco del padre uno strano sussulto e aveva capito quali pensieri in quel momento egli dovesse reprimere. Povero uomo malato! Chi avrebbe potuto dire quanto gli restava ancora da vivere? Con ciò giungiamo al *contenuto* della lettera nel sogno. Il padre era morto e Dora se ne era andata arbitrariamente da casa. A proposito di questa lettera, ricordai subito alla paziente la lettera d'addio ch'ella aveva inviato ai genitori o perlomeno scritta per loro. Questa lettera era destinata a spaventare il padre per fargli lasciare la signora K., o almeno a vendicarsi di lui se non poteva indursi a farlo. Ci troviamo dunque di fronte al tema della morte di Dora e della morte del padre (vedi anche il *cimitero* nell'ultima parte del sogno). Andremmo errati supponendo che la situazione costituente la facciata del sogno corrisponda a una fantasia di vendetta contro il padre? Le idee di compassione del giorno precedente vi si accorderebbero benissimo. Ora il senso della fantasia sarebbe: Dora lascia la casa e va all'estero; per il dolore e la nostalgia, al padre si spezza il cuore. Così Dora sarebbe vendicata. Ella capiva benissimo che cosa mancasse al padre, che non poteva più dormire senza cognac.

[...]

Rammentai allora che subito dopo la morte della zia la paziente aveva avuto a Vienna una pretesa appendicite. Fino ad allora non mi ero arrischiato ad annoverare questa malattia tra i sintomi isterici prodotti da Dora. Essa raccontò che i primi giorni aveva avuto la febbre alta e proprio quei dolori al basso ventre di cui aveva letto nel dizionario. Le avevano applicato compresse fredde, ma non le aveva sopportate; il secondo giorno intervennero, con acuti dolori, le mestruazioni, assai irregolari all'epoca in cui avevano avuto inizio i suoi malesseri. Soffriva allora costantemente di costipazione intestinale. Non ritenevo giusto considerare puramente isterico questo stato [...] Volevo abbandonare la pista, quando la stessa Dora mi venne in aiuto con quest'ultima aggiunta al sogno: «si vede in modo chiarissimo mentre sale le scale». Per questo dettaglio esigevo naturalmente una determinazione particolare. Dora obiettò, probabilmente senza troppa convinzione, che per andare nel suo appartamento sito al piano superiore doveva necessariamente fare le scale; ma io le feci osservare che se aveva potuto nel sogno raggiungere Vienna dalla città straniera omettendo il viaggio in ferrovia, avrebbe anche potuto fare a meno di salire le scale. La paziente mi raccontò ancora che dopo l'appendicite non le riusciva di camminare normalmente, ma doveva trascinare il piede destro. La difficoltà era continuata per parecchio tempo, così che evitava volentieri di salire le scale; ancora adesso trascinava il piede di tanto in tanto. I medici consultati per desiderio del padre si erano assai stupiti di questo insolito postumo di appendicite, tanto più che il dolore all'addome non si era più manifestato e in ogni caso non accompagnava affatto la difficoltà nella deambulazione. Si trattava dunque di un vero sintomo isterico. Anche se la febbre di allora fosse stata dovuta a cause organiche [...] era però certo che la nevrosi aveva profittato dell'occasione per farla servire a una delle sue manifestazioni [...] Ma che significava quello stato che voleva imitare una peritiflite? [...] Domandai dunque a Dora quando si fosse verificata l'appendicite, se prima o dopo la scena del lago. La pronta risposta rispose d'un colpo ogni difficoltà: «Nove mesi dopo» [...] Dimostrata l'esistenza della fantasia di parto, bisognava ora utilizzarla. «Se Lei ha partorito nove mesi dopo la scena del lago e poi ha sopportato fino a oggi le conseguenze del suo passo falso, ciò significa che nell'inconscio Lei ha deplorato l'esito di quella scena. Lei, quindi, lo ha corretto nel suo pensiero inconscio [...] Vede, allora, che il Suo amore per il signor K. non finì con quella scena, ma, come sostenevo io, è continuato fino a oggi, benché, certo, Lei ne fosse inconscia». La paziente non contestò più la mia affermazione (Freud, 1901, pp. 381-387).

L'analisi del sogno occupò due sedute. Alla terza seduta si svolse, tra Dora e il dottor Freud, il seguente dialogo:

- Sa, dottore, che oggi è l'ultima volta che sono qui?
- Non posso saperlo, perché non me l'ha mai detto.
- Sì, mi ero proposta di tener duro fino a capodanno; ma non voglio aspettare più oltre la guarigione.
- Sa bene che è sempre libera di smettere. Oggi però lavoreremo ancora. Quando ha preso la Sua decisione?
- Quindici giorni fa, mi pare.
- Questo mi fa pensare ai «quindici giorni» di preavviso che dà una cameriera o una governante.
- Anche i K. avevano una governante che dette il preavviso, quando li andai a trovare al lago.
- Ah sì? Non me ne aveva mai parlato. Racconti, per piacere. [...] (Freud, 1901, p. 388).

Abbiamo citato con tanta abbondanza per una ragione precisa: le analisi cliniche di Freud non possono essere parafrasate e tanto meno riassunte. Si possono riassumere i risultati, ma non il discorso che li presenta e da cui essi emergono. I brani riportati configurano numerosi risultati importanti. Anzitutto risultati interpretativi concernenti sia il sogno che la nevrosi: l'ostilità e il desiderio di separazione dal padre; l'origine isterica dell'appendicite e dei suoi postumi; la fantasia di parto; il fatto che la scena con il signor K., sul lago, ebbe per l'inconscio un esito ben diverso dall'esito reale:

mentre nella realtà Dora respinse le attenzioni di K. e ruppe con lui ogni rapporto, nell'inconscio il tentativo di seduzione si realizzò pienamente, coronato da una gravidanza e da un amore ancora presente. L'analisi prospetta inoltre un risultato che riguarda il trattamento: dopo la laboriosa interpretazione del sogno, Dora dà a Freud i quindici giorni. Non vuole più saperne, non ha più nessuna fiducia nella cura. Nel Poscritto Freud spiegherà questa brusca conclusione nei termini di un transfert amoroso che si era sviluppato senza che lui se ne fosse reso conto e avesse cercato di metterlo a frutto nell'ambito dell'analisi. Dora si vendica di Freud, così come nell'inconscio del sogno si vendicava del padre: «Qual miglior vendetta per il malato che dimostrare al medico con la sua stessa persona, quant'egli sia impotente e incapace» (Freud, 1901, p. 400).

Ma non vogliamo soffermarci più oltre sui contenuti di questo caso. Presentando i passi freudiani, riteniamo di avere già conseguito il nostro scopo. Pur nella loro frammentarietà, essi infatti ci mostrano con assoluta eloquenza in quale modo Freud concepisse la costruzione e la narrazione di un caso clinico. Malattia e vita, coscienza e inconscio, passato e presente, realtà e fantasia, si armonizzano in una storia globale che non tollera esclusioni, che si estende su ogni cosa, e che dall'infanzia della persona giunge fino al qui e ora della seduta, fino alle parole, ai pensieri e alle emozioni che circolano tra l'analista e il suo analizzando. La storia della malattia diventa, nel senso più ampio possibile, la storia di una vita che è radicata nel passato, si svolge nel presente ed è aperta sul futuro.

4. Osservazioni conclusive sulla prospettiva freudiana

Come Freud stesso ci ricorda (1901, p. 395), il caso clinico di Dora, che in un primo momento avrebbe dovuto intitolarsi *Sogni e isteria*, si presenta anche come una diretta applicazione all'attività clinica delle teorie e delle tecniche analitiche elaborate ne *L'interpretazione dei sogni* (1899). In questo libro Freud aveva, fra l'altro, descritto le procedure che nel *lavoro onirico* conducono alla formazione del sogno manifesto a partire dai materiali preconsce e inconsci che costituiscono il sogno *latente*. Le analisi dei due sogni di Dora esemplificano riccamente l'operare di queste procedure e sarebbe interessante, ma occuperebbe troppo spazio, esaminarle in dettaglio. Un unico cenno alla *sovradeterminazione*, la modalità in base alla quale «ogni elemento del contenuto onirico si rivela come 'sovradeterminato', come rappresentato più volte nei pensieri del sogno» (Freud, 1899, p. 263). Nel secondo sogno di Dora per esempio la scena della passeggiata nella città sconosciuta è fortemente sovradeterminata. Essa rinvia alla domanda «dov'è la scatola», al giovane ingegnere suo pretendente, alla visita alla pinacoteca di Dresda, alla visione di una Madonna di Raffaello, ancora all'ingegnere pretendente con il quale nel sogno ella si identifica, e a molti altri elementi. Tutto questo materiale è confluito nella scena della passeggiata ed è a essa sotteso dal punto di vista del significato. La scena è il prodotto finale di un lavoro onirico inconscio che ha sapientemente *condensato* tutto quanto in un unico, semplice, elemento. Dal punto di vista della tecnica analitica, la stessa scena diventa, per converso, il punto di partenza di connessioni associative che si diramano in direzioni diverse portando alla luce i molteplici elementi nascosti che essa *rappresenta* sul piano del sogno manifesto.

Ora è per noi molto importante sottolineare che le procedure del lavoro onirico (condensazione, spostamento, raffiguratività, simbolismo, elaborazione secondaria) hanno, nella teoria freudiana del sogno, lo statuto di strutture formali. Con ciò vogliamo dire una cosa molto semplice: esse non bastano da sole a interpretare un sogno. Per interpretare un sogno, oltre alle tecniche e al sogno stesso, occorre anche il sognatore in carne e ossa. Le conoscenze formali sul sogno non consentono di stabilire nulla in anticipo. Esse sono preziose per orientarsi nei materiali associativi e per condurre l'analisi del sogno verso un risultato. Ma i materiali e il risultato dipenderanno interamente dal so-

gnatore: dalla sua vita, dai suoi ricordi, dai suoi desideri, dal suo inconscio che viene incalzato nell'analisi.

Riprendendo la nostra abituale terminologia, possiamo dire che Freud subordina senz'altro l'esserci e la forma dei sintomi e delle altre formazioni dell'inconscio al loro contenuto individuale, al loro *così e così*. Non esistono due storie di vita identiche, di conseguenza non possono esistere due malattie psichiche identiche. Il momento dell'identità – e quindi della generalizzazione e della legalità – riguarda le strutture formali tipiche che si configurano, con maggiore o minore evidenza, nell'esperienza clinica. Le teorie freudiane sono dunque teorie formali. Sul piano pratico esse hanno la funzione di strumenti con cui esplorare l'individualità. Sul piano conoscitivo esse si prospettano piuttosto come modelli con i quali rappresentare la vita psichica, modelli non esclusivi e assoluti, ma finalizzati agli scopi particolari che si perseguono (Petrella, 1989).

Arriviamo così a una conclusione che apparirà assolutamente banale a chiunque abbia la minima conoscenza della tecnica psicoanalitica, ma che riveste una notevole importanza nel contesto complessivo del nostro discorso: poiché Freud subordina la generalizzazione all'individualità, il trattamento psicoanalitico dovrà essere a sua volta individualizzato, personalizzato. Le teorie, essendo intrinsecamente formali, dovranno adeguarsi e trovare corpo nell'irripetibilità del caso concreto. Quanto alle tecniche, e in particolare alla libera associazione, esse costituiscono precisamente una metodologia per penetrare, al di là delle forme, nei contenuti individuali della malattia e della vita.

Se torniamo per un momento a Charcot e Kraepelin, possiamo subito renderci conto di quanto sia abissale la distanza che li separa dalla prospettiva freudiana. Per entrambi la generalizzazione non soltanto precede ma addirittura annulla l'individualità. Il *così e così* del sintomo – il suo radicamento nella vita – non entra mai nel discorso. La forma diventa la *sostanza* del sintomo. Conseguentemente anche in sede terapeutica verrà a cadere qualsiasi bisogno di adeguare il trattamento alla specificità del caso. Persino le tecniche psicoterapiche a cui essi ricorrono – per esempio l'ipnosi di Charcot e l'ergoterapia in Kraepelin – vengono utilizzate senza minimamente porsi il problema di conformare razionalmente la loro azione alle condizioni psicosociali del paziente. Per entrambi, non solo le cure fisiche ma anche quelle psicologiche sono cure meccanicistiche. Ma di questo non c'è in fondo tanto da stupirsi, se teniamo presente che a essere radicalmente meccanicistica è anzitutto la loro concezione della mente.

Nella storia di Dora, raccontata da Freud, entra veramente di tutto. Ma come si è già detto, questo non significa che entri davvero *tutto*. In realtà l'idea di una totalità completamente determinabile è qui una pura finzione. È facile per esempio rendersi conto che una diversa conduzione dell'analisi dei due sogni di Dora avrebbe messo in luce dettagli, ricordi, motivi e perfino contenuti inconsci completamente nuovi. Questo materiale avrebbe configurato non già una storia più approfondita, ma decisamente un'altra storia. Si profila così l'immagine di una molteplicità di storie possibili a fronte di un'unica storia vera che dobbiamo certo presupporre, ma che ci appare a questo punto profondamente enigmatica. L'enigma si impone del resto anche se rinunciamo all'immagine di una pluralità di storie alternative e sviluppiamo un'altra immagine, quella di una stessa storia che si presta a un'esplorazione interminabile, a un arricchimento infinito.

Queste ultime osservazioni ci portano a contatto con un tema di grande portata che qui ci limiteremo a segnalare: sono verificabili le interpretazioni psicoanalitiche? È lecito porre i fatti e i contenuti inconsci su uno stesso piano? Quanto c'è di reale nelle storie cliniche freudiane e quanto invece scaturisce dall'immaginazione produttiva dell'analista? Il fatto che l'analizzando confermi l'interpretazione proposta, è una prova sufficiente della sua verità? Intorno a queste domande si è dipanata negli ultimi decenni una discussione ricchissima che ha coinvolto non soltanto gli psicoanalisti ma anche molti filosofi. Basti ricordare, fra tutti, il nome di Popper (1963). Molti oggi tendono a valorizzare la dimensione puramente narrativa del lavoro analitico, eliminando di conseguenza dalla psicoanalisi le categorie della verità e della conoscenza obiettiva. Altri autori, invece, non rinunciano per nulla al progetto di qualificare la psicoanalisi come una scienza naturale e cerca-

no pertanto di elaborare dei criteri di verifica rigorosi. Molti psicoanalisti, infine, si cavano dagli impicci riducendo al minimo, nel loro lavoro, gli interventi interpretativi. Per un'analisi strettamente filosofica di questa problematica mi sia consentito rinviare al mio *La volontà e l'inconscio* (1987).

5. Ludwig Binswanger tra psichiatria e filosofia

Binswanger nacque il 13 aprile 1881 a Kreuzlingen, nella Svizzera tedesca. Nel 1906 si laureò in medicina a Zurigo. Tra il 1906 e il 1907 fu assistente di Bleuler al Burghölzli, il celebre ospedale psichiatrico di Zurigo. Al Burghölzli ebbe contatti con Jung che all'epoca lavorava come aiuto presso la clinica e che gli aprì la strada alla conoscenza della psicoanalisi. Nel febbraio del 1907, insieme a Jung e a Karl Abraham, si recò a Vienna a far visita a Sigmund Freud. Fu l'inizio di un rapporto amichevole che si protrasse fino alla morte di Freud, sebbene fosse destinato a incrinarsi sul piano intellettuale. Molti anni dopo, nel 1956, Binswanger raccolse i suoi ricordi su Freud in uno scritto che porta un contributo profondo e insolito sulla personalità di Freud (Binswanger, 1956). Nel 1911 Binswanger successe al padre, Robert, nella direzione della casa di cura *Bellevue*, per malati di mente, a Kreuzlingen. Fu direttore della *Bellevue* per 45 anni. Svolse qui, pertanto, tutta la sua attività. Nel 1946 l'Università di Basilea gli conferì la laurea *honoris causa* in filosofia. Nel 1956 gli viene assegnato il premio *Kraepelin*, una delle più prestigiose onorificenze mondiali nel campo della psichiatria. Muore il 5 febbraio 1966.

Il conferimento della laurea in filosofia non fu un gesto meramente celebrativo. Binswanger non aveva soltanto una vasta cultura filosofica, ma possedeva anche spiccatissima la capacità di cogliere la dimensione filosofica delle cose e di elaborare filosoficamente i problemi. Ma a differenza per esempio di Jaspers che, provenendo dalla psichiatria, si dedicò ben presto professionalmente all'attività filosofica, Binswanger non fu né mai volle essere un filosofo puro. I suoi interessi erano concentrati interamente nel lavoro psichiatrico. La sua filosofia prende corpo nel contesto del lavoro psichiatrico, conservando sempre uno stretto riferimento a tematiche di ordine psicopatologico.

Cionondimeno una certa opposizione, un certo sdoppiamento tra il ruolo del filosofo e quello dello psichiatra è senz'altro presente all'interno della sua opera ed è particolarmente evidente proprio nei casi clinici da lui pubblicati. Qui egli distingue ogni volta la trattazione clinico-psicopatologica del caso dalla trattazione filosofico-antropologica. Sono approcci che si armonizzano e che tuttavia si differenziano nettamente in rapporto all'ampiezza del punto di vista e alle finalità dell'indagine. Il punto di vista filosofico è più universale e ingloba in sé ogni altra prospettiva possibile. I suoi obiettivi sono di carattere essenzialmente conoscitivo. L'indagine clinica è invece ancorata alla prospettiva e alle finalità particolaristiche dell'intervento medico. Questa opposizione, che Binswanger riconosce e teorizza esplicitamente, non ha per lui un significato negativo. Essa appartiene e riflette l'ordine delle cose. Proprio in questo atteggiamento noi avremo modo di problematizzare la posizione di Binswanger.

Il pensiero di Binswanger si alimenta a tre principali fonti filosofiche: Husserl, Heidegger, Bachelard. Esaminiamo rapidamente il loro rapporto. La fenomenologia di Husserl rappresenta in ordine di tempo la prima influenza considerevole. Da Husserl, Binswanger attinge il tema dell'intenzionalità della coscienza, che viene valorizzato sul piano teorico nella direzione di un'opposizione al naturalismo e al riduttivismo organicista che dominavano la psichiatria. In ogni *Erlebnis*, in ogni vissuto della coscienza esiste tra il soggetto e l'oggetto un rapporto interno, altamente strutturato. Gli oggetti con i quali l'uomo ha a che fare nelle diverse sfere dell'esperienza, si costituiscono nell'immanenza della coscienza in conformità alle strutture essenziali della soggettività. L'io non è mai separabile dai suoi oggetti, né gli oggetti sono mai separabili dall'io. Il dato originario, che anche nella psicopatologia deve valere in questa originarietà, è il rapporto interno e dinamico tra il sog-

getto e l'oggetto. Così scrive Binswanger in un saggio del 1922:

La peculiarità di questo stile fenomenologico di cogliere i fenomeni psicopatologici sta nel fatto di non considerare mai il fenomeno isolato; il fenomeno avviene sempre sullo sfondo di un io, di una persona. In altre parole, il fenomeno è sempre espressione, manifestazione di una persona strutturata in un certo modo. Nel particolare fenomeno si manifesta l'insieme della persona, e attraverso il fenomeno noi vediamo la persona (Binswanger, 1984, p. 33).

La ricezione binswangeriana di Husserl trova uno sviluppo naturale e assolutamente decisivo nell'incontro con Heidegger. Heidegger pubblicò *Essere e tempo* nel 1927, e la lettura di questo libro fu per lui, come per tanti altri, un'esperienza epocale. La *Daseinsanalyse* di Binswanger sorge sul pensiero di Heidegger. La descrizione heideggeriana delle caratteristiche ontologiche dell'essere umano, del *Dasein*, fornisce l'orizzonte concettuale al cui interno si andrà dispiegando la riflessione filosofico-psichiatrica di Binswanger. Se Heidegger caratterizzava, con una portata ontologica, le categorie dell'uomo, a partire dal suo *essere nel mondo*, Binswanger si pone il compito di analizzare il modo in cui queste categorie si modalizzano concretamente nell'esperienza psicopatologica. Da un'ontologia dell'esistenza in generale, l'indagine si declina in un'antropologia (ontica) delle forme *mancate* di esistenza:

L'antropoanalisi non va scambiata con l'analitica esistenziale nel senso di Heidegger; la prima, infatti, è un'ermeneutica fenomenologica ontico-antropologica condotta sulla fattuale presenza umana, la seconda è invece un'ermeneutica fenomenologica ontologica indirizzata sull'essere inteso come esserci (*Dasein*). La somiglianza di denominazione è giustificata dal fatto che l'analisi antropologica o antropoanalisi si fonda in generale sulla struttura della presenza come essere-nel-mondo elaborata per la prima volta dall'analitica esistenziale (Binswanger, 1973, pp. 97-98).

Senza avere la pretesa di esaurire un tema tanto ricco e complesso (in rapporto al quale rinviamo agli studi di Cargnello, 1966; Galimberti, 1979; Costa, 1987; Borgna, 1988), possiamo riassumere il rapporto Heidegger-Binswanger in questi termini: i concetti ontologici di Heidegger – dall'*essere nel mondo* alla *temporalità* – divengono il filo conduttore per un'indagine che cerca di comprendere il mondo del malato mentale come un mondo organizzato, attraversato da regole e abitato dal senso. Ritroviamo così il tema principale della nostra ricerca: l'opposizione tra l'*esserci* e il *così e così*. Lo sguardo del Binswanger filosofo è profondamente calato nel *così e così*, nel contenuto di senso della vita psichica ammalata. La storia della vita e la storia della malattia tendono a identificarsi per una ragione di principio: perché la malattia è, in ultima analisi, un modo di essere nel mondo, è una realizzazione tanto tragico quanto paradossale dell'*heideggeriano poter essere*. Questo ci porta molto vicino all'ordine di idee che abbiamo ricostruito in Freud. Dovremo però ben presto constatare alcune fondamentali differenze.

Una terza importante influenza che arricchisce il pensiero di Binswanger proviene dalla filosofia dell'immaginazione di Gaston Bachelard (sulla quale cfr. Piana, 1989). A partire dagli anni Quaranta la presenza di Bachelard nell'orizzonte binswangeriano è veramente massiccia. Essa peraltro non è ancora stata approfondita e valorizzata come merita. Il presupposto dell'influenza di Bachelard si trova nell'importanza che l'antropoanalisi di Binswanger attribuisce alla dimensione linguistica. Così egli scrive nel 1946:

Rispetto all'indagine biologica [...] l'indagine antropoanalitica presenta un duplice vantaggio. In primo luogo quello di non avere a che fare con un «concetto» vago come quello di «vita», bensì con la *struttura* onnilateralmente e radicalmente aperta della *presenza* come essere-nel-mondo ed essere al di sopra e al di fuori di esso; in secondo luogo il vantaggio che essa può lasciare che la presenza esprima *effettivamente* se stessa, che giunga a parlare di sé. In altre parole, i fenomeni di cui l'antropoanalisi cerca di interpretare il contenuto sono in linea fondamentale dei fenomeni *lin-*

guistici. Mai infatti come nel linguaggio è possibile più distintamente cogliere e interpretare il contenuto della presenza; perché è nel linguaggio che autenticamente si «fissano» e si articolano i nostri progetti di mondo che appunto per questo possono essere colti e comunicati (Binswanger, 1973, pp. 32-33).

Come mostra ampiamente il caso Ellen West, le produzioni linguistiche dei pazienti sono, per Binswanger, il materiale più prezioso su cui fondare l'analisi. La struttura e i contenuti del mondo dei malati mentali giungono nel linguaggio a una completa e precisa espressione. Non nel senso che basti semplicemente prendere atto delle loro autodescrizioni, ma nel senso che ciò che essi scrivono rivela, se ben interpretato, ciò che essi sono. Occorre dunque interpretare! Ora, proprio dalla filosofia dell'immaginazione di Bachelard, Binswanger, ricava i simbolismi immaginativi e le tecniche di interpretazione con cui decodificare le parole dei pazienti. Per documentare questa rilevante ascendenza bachelardiana, saranno sufficienti pochi esempi tratti dal caso Ellen West. Riferendosi a poesie e a pagine di diario giovanili della paziente, Binswanger scrive:

Di fronte a questo ardore giovanile che le scuote il petto e a questa brama d'amore, ben presto si annunziano, come sempre, le *barriere*. Dapprima, una volta ancora da parte dell'ambiente sociale: la casa si trasforma in una *tomba* [...] Il contrasto «cosmologico», che all'inizio si era dato «nell'atmosfera», ora è nel mondo della *vegetazione*, e precisamente come contrasto tra la *vita ascendente* (crescere, risplendere, fiorire, prosperare) e la *vita discendente* (appassire). Con ciò sempre più distintamente si manifesta la caducità e la precarietà della sua vita (la consacrazione di questa alla morte). E se è ancora vittoriosa la difesa di Ellen West contro i pericoli di *arrugginire*, *inristire*, *rinsecchire* e contro la *scipitezza della terra*, il mondo (immoto) della tomba, della vita che declina, il mondo del rinsecchire e dell'imputridire circonda tuttavia minaccioso il mondo animato e inquieto della traboccante voglia di vivere, in cui echeggia il mugghio delle tempeste (Binswanger, 1973, p. 109).

Il caso Ellen West, come del resto tutta quanta la produzione clinica di Binswanger, è ricchissimo di analisi di questo tipo. In esse si realizza un incontro decisamente interessante e anche abbastanza strano, se vogliamo, tra i classici e severi stilemi dell'esistenzialismo heideggeriano e le vivaci e geniali ricerche sull'immaginario che Bachelard cominciò a sviluppare alla fine degli anni Trenta. Da un lato i temi bachelardiani riempiono e danno concretezza e colore alle categorie di Heidegger, dall'altro queste categorie forniscono la concezione del mondo entro la quale si iscrivono le interpretazioni delle produzioni linguistiche.

6. Binswanger: il caso Ellen West

Binswanger pubblicò originariamente il caso Ellen West su una rivista specializzata tra il 1944 e il 1945. Il caso risaliva però a molti anni prima. Dal testo risulta che Binswanger seguì personalmente Ellen West, all'istituto *Bellevue*, dal 14 gennaio al 30 marzo 19.. Il consueto mascheramento del nome, dei tempi e dei luoghi impedisce di datare con esattezza la cronologia degli eventi, che comunque precedono sicuramente il 1926, anno della morte di Kraepelin, il quale compare nell'esposizione in veste di autorevole consulente. Il caso Ellen West è uno dei più lunghi e articolati che Binswanger abbia mai pubblicato. È anche fitto di importanti inserti teorici, il più significativo dei quali riguarda senza dubbio la psicoanalisi e la teoria dell'inconscio. Probabilmente Binswanger approfondì a tal punto il caso di Ellen West anche per un motivo personale al quale accenneremo.

Prendiamo brevemente in esame la struttura del testo. Il testo si articola in quattro parti: 1) Esposizione del caso; 2) Antropoanalisi; 3) Antropoanalisi e psicoanalisi; 4) Analisi clinico-

psicopatologica. È utile mettere a fuoco innanzitutto il nesso tra la prima, la seconda e la quarta parte. Della terza parte, che contiene importanti osservazioni sulle teorie freudiane, ci occuperemo più avanti.

Nella prima parte Binswanger fornisce i *fatti*: ci narra la storia della vita e della malattia di Ellen West. Si parte con un rapido ritratto dei genitori e si finisce con il suicidio della paziente che, a pochi giorni dalle sue dimissioni dalla clinica, ingerisce una dose mortale di veleno. Tra l'inizio e la fine Binswanger dispiega l'intero materiale obiettivo da lui raccolto. A questo punto della nostra ricerca le nozioni di obiettività e di materiale non hanno bisogno di essere ulteriormente problematizzate. Il testo di Binswanger toglie comunque ogni eventuale dubbio residuo. Risulta qui in piena chiarezza che la raccolta e la presentazione dei fatti sono guidate dalla direzione dello sguardo, dai concetti che si hanno in testa, dagli scopi a cui il materiale è destinato. Nel nostro caso gli scopi sono essenzialmente due: 1) Preparare il terreno per l'interpretazione antropoanalitica del tragico mondo di Ellen West (seconda parte). 2) Indagare il caso in una prospettiva strettamente psicopatologica, portando in tal modo anche un contributo specialistico alla scienza psichiatrica (quarta parte).

L'ingerenza del primo scopo nell'elaborazione della storia clinica ci sembra del tutto evidente e basteranno in proposito poche considerazioni. Notiamo in primo luogo un massiccio inserimento, tra i fatti che vengono esposti, dei «fenomeni linguistici»: diari, poesie, lettere. La vita di Ellen West, così come Binswanger ce la rappresenta, è formata sostanzialmente di espressività linguistica e di sofferenza. Queste due dimensioni prevalgono su tutto il resto in maniera sorprendente. Le altre dimensioni della sua vita ci vengono presentate attraverso di esse: attraverso ciò che ella scriveva di se stessa e attraverso i suoi sintomi. Tutto quello che il lettore viene a sapere sulla famiglia, sull'ambiente, sugli amori, sulle vicende cruciali della vita, tutto questo si rifrange nello specchio delle sue autodescrizioni e della sua sofferenza patologica. Il padre, la madre, le amiche, i fidanzati, il marito stesso che le sta accanto fino alla morte, entrano in scena come personaggi offuscati di un mondo la cui sostanza è racchiusa interamente nell'immaginario. Del mondo reale di Ellen West, dei suoi progetti, delle relazioni concrete che ella instaurava con l'ambiente e con il futuro, noi apprendiamo ben poche cose e sempre indirettamente, sempre sulla base di esposizioni come questa:

Nelle pagine di diario relative ai suoi *diciotto anni*, esalta la benedizione del lavoro. «Che saremmo senza il lavoro, che cosa diventeremmo? Io credo che ben presto si dovrebbero ingrandire i cimiteri per tutti quelli che si darebbero la morte [...]». Ellen vorrebbe acquistare la gloria, una gloria grande, immortale e il suo nome dovrebbe ancora risuonare dopo secoli nella bocca degli uomini. Non avrebbe vissuto invano, allora! Grida a se stessa: «Oh, soffoca le voci mormoranti nel lavoro! Riempi la tua vita di doveri. – Non voglio pensare tanto – il mio ultimo indirizzo non deve essere il manicomio!» (Binswanger, 1973, pp. 58-59).

La trasfigurazione simbolico-immaginativa degli episodi della vita è, per Binswanger, di gran lunga più importante degli episodi stessi: nell'immaginario, infatti, il modo di essere nel mondo si manifesta compiutamente e diventa comprensibile al di là del nonsenso apparente che sembra invaderlo. I diari giovanili di Ellen West documentano la lotta terribile che ella conduceva contro la follia, contro il manicomio, contro le voci mormoranti. Ma nella prospettiva antropoanalitica di Binswanger questa lotta non interessa in quanto accadimento reale, fattuale, ma in quanto trasposizione simbolica della struttura profonda, della struttura autentica del *Dasein*:

Possiamo vedere quanto convulsamente Ellen West si sforzi di contrapporre agli estremi entro cui oscilla il suo stato d'animo ed entro cui la sua presenza (*Dasein*) è deietta, una confutazione *esistentiva*, lo sforzo cioè di tornare a tenere i piedi sulla terra, cosa che ha sempre un solo significato: *lavorare*. Ma questo sforzo non è ripagato da un successo durevole. La penosa edificazione di un mondo adeguato alla propria natura è continuamente minata dall'allettamento del volare lieve lieve per gli ampi e luminosi spazi, nella magnificenza dei colori e nella giubilante sonorità del mondo

«aereo» [...] L'anima è stanca, nel cuore la campana della morte perpetua i suoi funebri rintocchi. A che, perché il tutto, forse per *marcire* nella fredda terra, *dimenticati* dopo breve volger di tempo? La presenza (*Dasein*) qui non viene vissuta esistentivamente come durata, in altre parole non si estende costante in vista della morte, ma viene reificata come qualcosa che è presente in un determinato momento del tempo, come qualcosa che un giorno non ci sarà più e marcirà e avrà in sorte l'oblio (Binswanger, 1973, p. 106).

È interessante segnalare ancora una volta il connubio imprevisto che si realizza in queste descrizioni tra l'apparato concettuale di *Essere e tempo* e le dinamiche immaginative caratteristiche della filosofia di Bachelard.

Passiamo ora al nesso che lega l'elaborazione del caso alle finalità psicopatologiche, alle quali è consacrata la quarta parte. Tocchiamo qui senza dubbio l'aspetto più problematico e paradossale dell'impostazione binswangeriana: l'avversione alla tradizione psichiatrica si capovolge forzatamente, nella parte clinico-psicopatologica, nell'adesione completa ed esplicita a una mentalità rigorosamente nosografica e a una concezione ontologica della psicosi. Così, se da un lato, in sede antropoanalitica, egli dissolve la malattia nelle strutture dell'esistenza attraverso il filtro delle produzioni immaginative, dall'altro lato, quando riveste i panni di psichiatra, considera senz'altro la psicosi come un'entità a sé stante che deve essere possibile identificare, caratterizzare e classificare con criteri strettamente obiettivi. Egli scrive:

Per l'analisi clinica, per contro, la storia della *vita* si trasforma in storia della *malattia*, ed i fenomeni linguistici ed ogni altro fenomeno espressivo divengono contrassegni o *sintomi di* qualcosa che non si presenta in essi, ma che si cela dietro ad essi, vale a dire la malattia, e in luogo dell'interpretazione fenomenologica compare la *diagnosi*, l'esatta indagine e la raccolta dei sintomi morbosi condotta con i metodi delle scienze naturali e l'inserimento di questi sintomi in quadri e categorie già noti [...] Ciò che per l'antropoanalisi significa ad esempio svuotamento dell'esistenza sino al suo trasformarsi in un mero «buco», per l'analisi clinica costituisce il sintomo di un processo di malattia dell'organismo, di una «compromissione» e di un «disturbo» del suo funzionamento (Binswanger, 1973, p. 179).

Proprio la lunga discussione sulla diagnosi, nel caso Ellen West, è particolarmente significativa a questo riguardo. Binswanger prende in considerazione ben quattro diagnosi: la diagnosi di nevrosi ossessiva (*Zwangsneurose*) formulata dai due psicoanalisti ai quali la giovane si era rivolta, la diagnosi di psicosi maniaco-depressiva posta nientedimeno da Kraepelin, quella di personalità psicopatica posta da un altro psichiatra straniero chiamato per un consulto e infine quella di schizofrenia caldeggiata da Bleuler e dallo stesso Binswanger. Binswanger mette a confronto i dati clinici con i quattro quadri morbosi e dopo un'accurata e in certo modo ostinata trattazione formula la sua conclusione: si tratta di *schizophrenia simplex* – una forma schizofrenica, descritta da Bleuler (1911), caratterizzata dalla mancanza di sintomi positivi eclatanti e da un decorso particolarmente insidioso. A proposito del puntiglio con cui Binswanger difende la sua posizione, il prossimo paragrafo ci offrirà una probabile spiegazione di ordine soggettivo.

Il caso Ellen West si articola su tre livelli: il livello dell'esposizione del caso, che fornisce il materiale obiettivo da sottoporre a interpretazione, e due livelli interpretativi: il livello dell'interpretazione antropoanalitica e quello dell'interpretazione psicopatologica. Quale rapporto sussiste tra questi due livelli? La risposta è complessa. Da un lato essi si integrano: spostando il discorso da un livello semplicemente descrittivo, dove ci si limita a prendere atto di regolarità fattuali, a un livello logico dove si cerca la norma interna che organizza i fatti in un ordine, l'indagine antropoanalitica conferisce ai riscontri psicopatologici un senso ben più ampio e profondo (cfr. Binswanger, 1973, p. 32 e sgg.). Da un altro lato però, da un lato più operativo, per così dire, i due livelli restano separati se non addirittura in conflitto:

Al pari della psicologia accademica, anche la psicopatologia è diametralmente *opposta* all'antropoanalisi per il fatto che entrambe oggettivano l'esistenza e ne fanno un quid impersonale semplicemente presente, a cui impongono il nome di psiche. Ma con ciò entrambe, sin da principio, si lasciano completamente sfuggire il logos proprio della psiche, nel senso originario di questo termine [...] La psicopatologia è peraltro costretta ad assumere questa posizione per trovare il «raccordo» con la *biologia*, la quale soltanto, come si è detto, garantisce il *concetto di malattia* e la possibilità di una *diagnosi* medica e di una terapia *causale* (Binswanger 1973, p. 180).

Non possiamo nascondere questa volta una certa perplessità verso un'impostazione che se enfatizza il momento della conoscenza, nello stesso tempo, con lo stesso processo mentale, decreta come una necessità inesorabile, la separazione di questo momento dal momento dell'approccio psicopatologico e del trattamento terapeutico. Qui in fondo constatiamo la stessa ipostatizzazione mitologica della conoscenza che in Charcot e in Kraepelin si realizzava entro lo schema anatomo-clinico e in una cornice positivista. In Binswanger l'ipostatizzazione della conoscenza si realizza nel quadro concettuale dell'esistenzialismo di Heidegger. Se guardiamo non alla psichiatria parlata ma a quella fatta, la conclusione a cui giungiamo è che Binswanger è molto più vicino alla tradizione kraepeliana non soltanto di Freud ma dello stesso Jaspers, il quale concepiva la filosofia non come il livello più alto e sublime della conoscenza psicopatologica, ma come un atteggiamento critico da usare nella teoria e nella pratica per sventare gli errori concettuali e metodologici nei quali la psichiatria rischia continuamente di imbattersi (Jaspers, 1982, pp. 5-7).

7. Analisi di un esempio: la morte di Ellen West

La connessione tra esposizione dei fatti, interpretazione antropoanalitica e interpretazione psicopatologica costituisce indubbiamente il punto più problematico dell'impostazione di Binswanger. Ma al tempo stesso è anche il punto più interessante perché segnala il vero nodo irrisolto della psichiatria fenomenologica, un nodo che gli autori che oggi si riconoscono in questo indirizzo affrontano con molta più consapevolezza. La problematicità della posizione di Binswanger appare in termini particolarmente evidenti e tragici in rapporto all'episodio della morte di Ellen West. Dobbiamo ora esaminare come questo episodio viene trattato da Binswanger ai tre diversi livelli. Cominciamo dall'esposizione obiettiva dei fatti. Vale decisamente la pena di abbondare un poco nella citazione:

24 marzo: consulto col prof. Bleuler ed uno psichiatra straniero. Riferiamo i precedenti che portarono a questo consulto: di fronte al crescente pericolo di suicidio, non ci si poteva più assumere alla lunga la responsabilità di tenere la malata nel reparto aperto. Dovetti porre al marito l'alternativa o di dare il Suo consenso al trasferimento della moglie nel reparto chiuso o di lasciare con lei la casa di cura. Il marito, persona assai intelligente, si rendeva perfettamente conto della situazione, ma dichiarò di poter dare il suo consenso soltanto se era possibile promettergli la guarigione o almeno un sostanziale miglioramento della moglie. Poiché in base all'anamnesi e alle osservazioni da me condotte, avevo dovuto formulare la diagnosi di una *psicosi schizofrenica* ad andamento progressivo (*Schizophrenia simplex*), non potei dare al marito che ben poche speranze (Se allora fosse già esistita la terapia di shock, avrebbe certamente offerto una momentanea via di uscita da quel dilemma dilazionando in una certa misura l'esito finale, ma certo non avrebbe potuto affatto cambiarlo). Essendo poi chiaro che dimettere la malata dalla casa di cura significava sicuramente il suicidio, dovetti consigliare al marito, in considerazione della sua responsabilità, di non fondarsi unicamente sul mio giudizio – per quanto fossi sicuro del fatto mio – ma di ricorrere a un consulto a tre [...] *Risultato del consulto*: i due dividevano completamente la mia prognosi e ancor più radicalmente di me non ravvisavano alcuna utilità nel tenere in clinica la malata [...]

Perveniamo pertanto alla conclusione di assecondare l'urgente desiderio della malata di essere dimessa. 30 marzo. La paziente si è dimostrata visibilmente sollevata per il risultato del consulto, ha dichiarato di voler assumere su di sé la responsabilità della sua vita, ma è rimasta molto scossa constatando di non potere, nonostante i migliori proponimenti, padroneggiare il suo dilemma relativo al mangiare [...] Riflette senza tregua su che cosa ora debba fare, si risolve infine a tornare a casa oggi stesso col marito [...] I giorni successivi sono più tormentati di quelli delle settimane precedenti [...] Il terzo giorno dal suo ritorno a casa è come trasformata. Fa la prima colazione con burro e zucchero e a mezzogiorno mangia tanto da essere – per la prima volta da tredici anni! – *soddisfatta di essersi nutrita e realmente sazia*. Alla merenda del pomeriggio mangia cioccolatini e uova pasquali. Fa una passeggiata col marito, legge poesie [...] è addirittura in una *disposizione d'animo festosa* e ogni difficoltà sembra caduta. Scrive delle lettere; l'*ultima* è indirizzata alla paziente alla quale si era legata così intimamente nella nostra casa di cura. A sera prende una dose mortale di veleno e al mattino successivo spira. «Apparve allora, come mai nella sua vita — quieta e felice e in pace con se stessa» (Binswanger, 1973, pp. 92-94).

È veramente, questa, una descrizione obiettiva? Non lo crediamo. Come in ogni descrizione, anche qui è fondamentale avere presente il perché della descrizione, lo scopo per cui viene fatta. Agli scopi interpretativi, si aggiunge probabilmente in questo caso un desiderio soggettivo forse inconscio: il desiderio di elaborare il sentimento di colpa conseguente all'aver consentito o addirittura favorito le dimissioni di Ellen West. L'elaborazione della colpa potrebbe essersi tradotta in una deformazione del racconto. Comunque sia, leggendo questa descrizione, è difficile sottrarsi a un'impressione inquietante: Binswanger descrive le dimissioni di Ellen West *come se* si stesse riferendo a un malato terminale, senza speranza. Anche la morte che sopravviene è rappresentata come la morte di un malato di cancro. Ma non è un cancro a uccidere Ellen West: è il suicidio. Tra il cancro e il suicidio Binswanger istituisce qui un'equazione simbolica inconscia. Così l'attesa del suicidio viene vissuta dal lettore come fosse l'attesa della crisi terminale del malato di cancro. Per Binswanger, Ellen West era destinata a morire di suicidio. Questa convinzione, che traspare qui sul piano dell'esposizione dei fatti, viene successivamente confermata e strutturata sia sul piano antropoanalitico sia su quello psicopatologico. Ecco per esempio alcune considerazioni antropoanalitiche sulla morte di Ellen West:

Considerandolo alla luce dell'antropoanalisi, il suicidio di Ellen West si configura tanto come un «atto d'arbitrio» quanto come un «evento necessario». Entrambe le asserzioni si fondano sul fatto che la presenza (*Dasein*) nel caso di Ellen West *era divenuta matura per la sua morte*, in altri termini, che la morte, *questa morte*, costituiva il necessario adempimento del senso della vita proprio di questa presenza [...] Dobbiamo renderci conto che per Ellen West tutto cessa con la morte, il mondo della prassi quanto il mondo etereo e il mondo sepolcrale. E solo *perché* Ellen si trova di fronte all'assoluto nulla può sparire ogni problematica (sempre relativa), ogni contraddittorietà tra i diversi mondi tra i quali era divisa, e l'esserci (*Dasein*) può ancora una volta divenire pura festa [...] In Ellen West tale gioia sorge di fronte al *nulla* e si accende per la prospettiva del *nulla*. In ciò possiamo riconoscere l'enorme *positività* che può spettare al nulla dell'esistenza. Dove questo si avvera, come nel caso di Ellen West, la storia della vita si trasforma in particolare misura nella storia della morte, e a buon diritto parliamo di una presenza *consacrata* alla morte (Binswanger, 1973, pp. 131 e 133).

E ora, per completare il quadro, le osservazioni psicopatologiche:

Altra questione che non può naturalmente essere risolta è come si sarebbe ulteriormente sviluppato il processo se si fosse impedito a Ellen West con un lungo internamento di portare a effetto il suo proposito suicida. A un miglioramento, e tanto meno a una guarigione, non ha creduto nessuno dei tre medici che parteciparono al consulto. D'altra parte, ci si troverà certo d'accordo nell'affermare che ben difficilmente poteva trattarsi di una schizofrenia capace di condurre alla

demenza [...] Di fronte alla specifica sintomatologia del caso (paura di ingrassare, forte sensazione di fame) non si sarebbe certo dapprima ricorsi alla cura insulinica, ma all'elettroshock o alla terapia convulsivante con cardiazolo. È *possibile* che ciò avrebbe permesso un passeggero miglioramento, tuttavia all'esame critico dei moderni «risultati di guarigione», specialmente in presenza di un processo così insidioso e di una personalità così atteggiata nel senso di un ineluttabile aut-aut, si deve supporre che si sarebbe potuto arrivare soltanto a un *differimento* della catastrofe (Binswanger, 1973, pp. 214-215 e 223).

Non è molto difficile a questo punto afferrare il nesso che armonizza i tre livelli che abbiamo considerato. La tesi dello psicopatologo è precisa tanto quanto è infausta la sua prognosi: la malattia di Ellen West non solo era inguaribile, ma non era neanche destinata a smorzarsi in una demenza cronica che avrebbe quanto meno eliminato il rischio del suicidio. La sua schizofrenia è altamente maligna proprio in quanto la condanna a una perenne condizione di acuzia: qualunque rimedio avrebbe potuto solamente «differire la catastrofe» dove è implicito che la catastrofe altro non poteva essere che il suicidio. La scissione in cui Ellen West si trovava, doveva necessariamente generare e conservare il proposito di morire.

Sul piano antropoanalitico, questa corsa patologica verso la catastrofe assume la configurazione esistenziale di una «vita consacrata alla morte». Il suicidio è un tassello fondamentale nel progetto di mondo in cui Ellen West si è trovata gettata. Senza il suicidio, il suo mondo sarebbe rimasto assurdamamente incompiuto. Posto il suicidio, il sentimento dell'assurdo si dissolve e ogni cosa, ogni episodio, ogni parola, riceve una collocazione precisa in una totalità permeata dal logos. Il suicidio è la conclusione logica e in pari tempo è ciò che attribuisce un senso compiuto e tragico all'intera vita di Ellen West.

In breve: da un lato il suicidio ci appare come la fase terminale di un processo morboso senza speranza; dall'altro, uccidendosi, Ellen West realizza il senso della sua vita infelice: porta a compimento il proprio destino. Se alla luce di queste considerazioni finali rileggiamo il racconto della vita e della morte di Ellen West, così come Binswanger lo mette a punto nella prima parte dello scritto, vediamo che tutti gli elementi vengono a combaciare in un mosaico perfetto. Ma è reale o immaginario questo mosaico? È impossibile dirlo. Forse la domanda non ha senso perché presuppone qualcosa che non possediamo: un concetto chiaro e controllabile di ciò che costituisce la vita reale, la *storia vera* di un essere umano. Una cosa però è certa: Binswanger racconta la storia di Ellen West in funzione delle osservazioni antropoanalitiche e psicopatologiche che serviranno, nelle parti successive, a interpretare questa stessa storia. Il suo racconto è fondato sull'orientamento emozionale e intellettuale che gli è proprio. D'altra parte è probabilmente impossibile raccontare una storia senza possedere un orientamento qualsivoglia.

8. Freud e Binswanger: breve comparazione filosofica

Non abbiamo nascosto nel corso della nostra ricerca una predilezione per il punto di vista freudiano e una certa perplessità e forse anche una certa insofferenza per l'orientamento di Binswanger. Al di là dei fattori irrimediabilmente soggettivi che hanno qui certamente una parte, vorremmo ora giustificare ulteriormente il nostro atteggiamento sul piano concettuale. Il punto cruciale riguarda, come più volte anticipato, la posizione della conoscenza nell'ambito della psicopatologia. Binswanger, a nostro parere, sublima in una direzione concettualmente impropria e dunque speculativa il momento del conoscere. Per dimostrare la nostra tesi faremo riferimento alla terza parte del caso Ellen West, nella quale viene affrontato il rapporto tra psicoanalisi e antropoanalisi.

Il giudizio di Binswanger sulla psicoanalisi è, in sintesi, il seguente: si dà atto dell'importanza e dell'utilità delle analisi freudiane, ma se ne condanna duramente l'unilateralità. Il naturalismo bio-

logico, il determinismo pulsionale, il primato della sessualità, il disconoscimento del *poter-essere*, la personalizzazione dell'inconscio: sono questi, a parere di Binswanger i limiti gravissimi della prospettiva di Freud. I suoi metodi e le sue intuizioni geniali possono dimostrarsi preziosi solo a condizione di essere inglobati nell'universo antropoanalitico:

È chiaro che l'antropoanalisi è in grado di ampliare e di approfondire i concetti fondamentali e le acquisizioni psicoanalitiche, mentre la psicoanalisi non può che restringere e appiattare le forme antropoanalitiche, cioè ridurle al piano del suo modo di considerazione (unilateralmente naturalistico-evoluzionistico) (Binswanger, 1973, pp. 158-159).

A prescindere dal riferimento antropoanalitico, il giudizio che qui traspare è molto caratteristico e si incontra di continuo nella psichiatria e in generale nella cultura del nostro secolo. Ma non è di questo che vogliamo discutere. Il punto che ci interessa è un altro: che cosa significa, per Freud e per Binswanger, dare senso a un sintomo, che cosa significa comprenderlo? Nel caso di Freud la risposta è nella sua sostanza del tutto chiara: significa trovare gli elementi inconsci che motivano il sintomo. Per esempio, i due analisti che in tempi diversi seguirono Ellen West, concordavano nel ricondurre i suoi disturbi alimentari a una fissazione della libido allo stadio orale o anale dello sviluppo psicosexuale. È una spiegazione che si può contestare, ma è certamente una spiegazione: essa serve a dare senso a qualcosa che in prima istanza ci appare privo di senso. Dare senso, in psicoanalisi, significa cercare il motivo delle cose nel concreto della relazione terapeutica. L'interpretazione è finalizzata alla ricerca e alla messa alla prova dei motivi.

La posizione di Binswanger è invece contraddistinta da una netta avversione verso la nozione stessa di motivo. Egli scrive per esempio:

Questi giudizi ricorrono ai motivi come al fondamento esplicativo ultimo, mentre per l'antropoanalisi anche i motivi costituiscono ulteriori problemi. Resta un problema il come sia da intendere il fatto che questi motivi abbiano potuto divenire efficaci, in altri termini in che misura abbiano potuto *divenire* dei motivi (Binswanger, 1973, pp. 130-131).

Binswanger si chiede qui che cosa rende efficace un motivo, che cosa fa sì che un motivo sia un motivo. Se riflettiamo sulla domanda, l'unica risposta plausibile a cui perveniamo è la seguente: a rendere efficace un motivo non può essere che un *altro* motivo. Ovvero: se vuoi comprendere il perché di un motivo, per esempio di una fissazione a fasi pregenitali, devi andare ancora più indietro e chiederti da che cosa, da quali altri motivi, può essere stata determinata questa fissazione. Per quanto ciò possa lasciarci insoddisfatti, è concettualmente impossibile uscire dalla concatenazione dei motivi e delle cose motivate, dalla catena delle cause e degli effetti. La storia della metafisica è un tentativo continuo di respingere la forza stringente di questa necessità concettuale, portatrice di angoscia. Proprio un tentativo del genere noi cogliamo in Binswanger:

L'analitica esistenziale non può concedere che *sensazioni di piacere* nella defecazione, e dunque la fissazione della zona anale come zona erogena possano instaurare l'immagine del mondo del buco, della tomba o della palude, così come in generale non è possibile costruire alcun mondo sulla base di sensazioni e di pulsioni. Questa concezione appartiene completamente al passato, all'epoca positivista. L'antropoanalisi è piuttosto dell'avviso che, al contrario, soltanto laddove esiste un progetto di mondo, come mondo-buco, in un certo periodo dell'infanzia o in certe forme di «degradazione spirituale», l'essere-buco, il venir-riempito e il venir-svuotato o il trattenere-presso-di-sé sono sentiti come piacevoli. Questa rivoluzione copernicana è al principio di ogni antropoanalisi (Binswanger, 1973, p. 174).

Non senza una precisa evocazione kantiana, Binswanger dichiara qui di non accontentarsi dei fatti e delle loro cause, ma di voler cercare le condizioni che rendono possibile una simile concatenazione

fattuale. Puntando lo sguardo oltre la sfera dei fenomeni, egli cerca il fondamento che rende possibile i fenomeni nel loro *così e così*. Questo fondamento è la forma di mondo, come mondo-buco, in cui Ellen West è attanagliata. Ma come giunge Binswanger a questo risultato? La risposta è semplice: vi giunge interpretando il mondo fenomenico di Ellen West. L'interpretazione dei fenomeni avviene in tal modo il senso fondamentale, il motore immobile dei fenomeni stessi. Il carattere genuinamente metafisico del suo procedimento ci appare evidente se consideriamo l'intrinseca apertura di ogni progetto interpretativo, la molteplicità di strade divergenti che l'interpretazione può percorrere. Binswanger assume come fondamento quella che è soltanto una delle innumerevoli storie con cui la vita di un essere umano può essere raccontata.

APPENDICE

L'ISTERIA DA FREUD A LACAN

di Luca Zendri

Stia zitto! Non parli!
 Non mi tocchi!
 Freud, *Caso clinico di Emmy von N.*

Una delle prime ipotesi di Freud sul meccanismo della formazione dei sintomi isterici riguarda la cosiddetta *double conscience*, una coscienza sdoppiata. La tendenza a questa dissociazione, e con essa l'insorgere di stati di coscienza anormali (gli «stati ipnoidi»), sarebbe il fenomeno principale dell'isteria.

La terapia, a questo stadio dell'elaborazione, intende soddisfare «uno dei più intensi desideri dell'umanità, quello cioè di poter ripetere una cosa già fatta» (Freud, 1893, pp. 89-100).

Freud è insoddisfatto della teoria degli stati ipnoidi. Non è d'accordo con Janet, che li riconduce a una degenerazione predisponente, ma soprattutto le idee di Janet non si accordavano con la clinica, dove Freud osserva che la scissione del contenuto di coscienza è la conseguenza di un atto di volontà del malato, e questo sforzo ha motivazioni individuabili; fatto che esclude un substrato organico deteriorato. L'intenzione del malato non è certo quella di determinare una scissione nella sua coscienza, è un'intenzione diversa, ma non raggiunge lo scopo.

Da un lato si trova una rappresentazione incompatibile, dall'altra un affetto legato ad essa, affetto di solito assai intenso. L'io si sobbarca il compito di staccare l'uno dall'altra, e accade così che la rappresentazione si indebolisce, mentre l'affetto deve essere indirizzato in un'altra direzione. La traccia mnestica della rappresentazione rimossa non scompare, e forma il nucleo di un secondo gruppo psichico, come un parassita nel cavo di un albero. L'affetto, per parte sua, si iscrive nel corpo, si trasforma in qualcosa di somatico: si tratta della conversione isterica. Così il tratto differenziale dell'isteria non è più la scissione della coscienza, ma la conversione.

Il perno della questione è la rappresentazione dotata di una qualifica peculiare: *incompatibile*.

Incompatibile con che cosa? Che conflitto si nasconde, di quale incompatibilità si tratta? Ben presto Freud si accorge che il campo è quello della vita sessuale. Che la vita sessuale fosse una *via crucis* per molti pazienti era noto da tempo, non era certo una scoperta di Freud. Charcot era solito dire che «si tratta sempre di genitali», i medici di famiglia mormoravano tra loro di numerosi episodi in cui era chiaro che la malattia nervosa portava direttamente alle camere da letto dei loro assistiti.

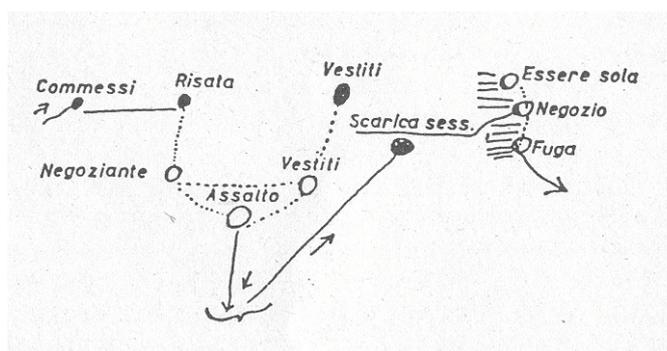
Il fatto nuovo è che il processo che porta alla formazione dei sintomi è in gran parte inconscio, e che non è dimostrabile come un'esperienza di laboratorio soprattutto perché non si può riprodurre. Non è controllabile, non si piega alle esigenze sperimentali. Possiede leggi autonome, che Freud via via scopre. Ne abbiamo un esempio chiarissimo nel *Progetto di una psicologia* del 1895. Si tratta della paziente Emma, che soggiace alla coazione di non poter entrare in un negozio *da sola*. È una cosa a prima vista insensata, enigmatica. Il modo per sciogliere l'enigma è quello di ricorrere al ricordo: la paziente ricorda allora che, a dodici anni, entrata in un negozio per comprare qualcosa, vide due commessi che ridevano assieme. La prese un senso di spavento, e uscì precipitosamente. Interrogata sul suo comportamento ricorda che aveva pensato che il riso dei due fosse causato dal suo vestito e che uno di loro la attraeva sessualmente. Questo non chiarifica nulla: il fatto di avere paura di en-

trare da sola in un negozio come si accorda con il vestito e con l'attrazione verso uno dei due commessi?

Un altro ricordo si presenta alla mente. Bambina, a otto anni, entrò in un negozio per comprare alcuni dolci. Il negoziante, brav'uomo, toccò i genitali di lei attraverso i vestiti... ma nonostante questo lei ritornò una seconda volta, anche se poi cessò di recarsi là. Il ritorno da quell'uomo comunque è segnato da uno stato di «pesante cattiva coscienza» (Freud, 1895, p. 254). Quale legame unisce le due scene? La risata: la risata dei due commessi le ricorda il ghigno con il quale il negoziante aveva accompagnato i suoi assalti.

Inoltre in tutti e due i casi lei era da sola nel negozio. I bottegai della prima scena avrebbero potuto agire come il primo negoziante.

Freud traccia uno schema a due piani:



I circoletti neri indicano gli elementi coscienti, quelli chiari gli elementi inconsci.

Nulla di quello che si trova nel piano inferiore della figura è entrato nella coscienza, eccetto il significante «vestiti».

A quest'epoca Freud non ha ancora scoperto l'importanza della sessualità infantile. Ma in una nota allo scritto *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (in cui compare per la prima volta in tedesco il nome di *psicoanalisi*) egli scrive che «i traumi infantili agiscono a posteriori come esperienze recenti, ma solo inconsciamente» (Freud, 1896, p. 311), ponendo l'accento sul fatto che questa retroazione vale solo nel campo della vita sessuale. Ben presto affiora un elemento comune a tutti i casi di isteria: un desiderio da mantenere costantemente insoddisfatto. L'esempio più chiaro è il sogno del salmone affumicato (Freud, 1899, pp. 142-145). La spiritosa paziente di Freud lo racconta così:

Voglio offrire una cena, ma non ho altre provviste tranne un po' di salmone affumicato. Penso di uscire a comprare qualcosa, ma mi ricordo che è domenica pomeriggio e che tutti i negozi sono chiusi. Voglio telefonare a qualche fornitrice, ma il telefono è guasto. Così devo rinunciare al mio desiderio di fare un invito a cena.

La signora, moglie innamorata di un macellaio, ha pregato il consorte di non regalarle mai del caviale. Perché? Lei è gelosa di un'amica, spesso lodata dal marito, secca e magra, che le aveva chiesto di essere invitata a cena. Al marito della paziente piacciono le bellezze formose, e il pensiero inconscio a questo punto appare chiaro a Freud:

Proprio te inviterò, perché tu possa farti una bella mangiata, ingrassare e piacere ancora di più a mio marito. Preferisco non dare più cene.

E il salmone? Era il cibo preferito dall'amica. Contemporaneamente al sogno del suo desiderio non esaudito, la paziente si sforzava nella realtà di procurarsi un desiderio inappagato (il panino col caviale). Insomma la paziente «segue le regole dei processi ideativi isterici, quando dà sfogo alla sua gelosia verso l'amica ponendosi in sogno al suo posto identificandosi con lei attraverso la creazione

di un sintomo (quello del desiderio inappagato) ... in sogno si sostituisce all'amica perché questa si sostituisce a lei presso il marito e perché lei vorrebbe prendere il posto dell'amica nell'apprezzamento del marito».

L'isterica soffre di reminiscenze. Freud, negli anni successivi, non si allontanerà mai dalla tesi secondo cui i sintomi isterici si devono al ritorno del rimosso, alla radice di questo nella sessualità infantile e fino al trattato di Otto Fenichel, del 1934, nessuno metterà in dubbio la teoria di Freud. Ma ben presto all'orizzonte si delineano difficoltà: curare l'isteria è sempre più difficile, molti pazienti resistono strenuamente alla cura, i sintomi di conversione lasciano posto a sintomi puramente psichici: deliri, allucinazioni, depressione. Cosa è accaduto? L'isteria è cambiata, è scomparsa, è stata debellata, come la peste nera?

Dal punto di vista dei sintomi, nulla è più multiforme dell'isteria: scegliendo fior da fiore si possono compilare accurate categorie cliniche. Stanchi di catalogare sintomi e creare nuove sindromi con il sistema dell'analogia, si può ritornare sui propri passi e tentare la carta della metapsicologia, sostenuti dalla forza inesauribile di questo termine freudiano, che tradizionalmente scompone la ricerca secondo tre punti di vista: topico, dinamico ed economico. Ma sta di fatto che i conti non tornano mai del tutto, il cerchio non si chiude, come se il punto di partenza scivolasse inavvertitamente su un piano diverso da quello di arrivo. Se puntiamo l'attenzione sul termine «categorie» abbiamo in mano un filo della matassa. Nel 1953 un analista americano, Judd Marmor (Marmor, 1953, pp. 656-671) scrive un articolo per il *Journal of American Psychoanalytic Association*, in cui sostiene che la personalità isterica si fonda su una regressione orale. Le idee di Marmor espresse in questa presa di posizione teorica sono il risultato di una fusione di studi ricavati da diversi grandi autori. Il termine di *personalità* in questo contesto riguarda l'opera di Wilhelm Reich (la teoria del carattere); *regressione* conduce all'analisi delle resistenze, sorta dall'opera di Anna Freud, mentre *orale* indica il campo della teoria degli stadi evolutivi della libido, campo sorto con Freud, esteso da Ferenczi e sistematizzato da Abraham. L'operazione di integrazione tra le teorie indicate è disagevole: non sono mai riducibili l'una all'altra, non sono pezzi di un *puzzle*, nonostante gli sforzi di Marmor. Le loro radici sono tutte in Freud, ma da esse si sono staccati dei polloni che hanno iniziato a vivere vita autonoma, producendo l'effetto di una foresta intricata. Nell'articolo leggiamo che «il confine (*borderline*) tra introversione isterica e autismo schizofrenico, tra fantasie isteriche e delirio schizofrenico, e tra materializzazione isterica e allucinazione schizofrenica è spesso assai sottile, e fattori quantitativi possono produrre la transizione qualitativa da una forma all'altra». Troviamo comunque uno spunto assai utile: le due categorie quantità-qualità. Se si parte dai sintomi si può agevolmente procedere empiricamente, trattandoli come cose dalle quali estrarre dei dati. Questi poi si organizzano in sindromi che a loro volta portano alla diagnosi. Il procedimento non è diverso da quello che organizza il *software* di un computer nei diagrammi ad albero. Il principio induttivo porta così dal particolare del sintomo all'universale della categoria clinica. Da qui si potrebbe poi fare la strada inversa, mettendo al lavoro il sapere psicanalitico accumulato nel tempo, in modo da eliminare il sintomo. Questo procedimento, se facciamo uso dell'astrazione, nella sua forma risale alla metafisica trascendentale di Kant, in cui occorre che vi siano giudizi sintetici a priori che, per far fronte alla critica radicale di Hume, rendano possibile l'esperienza. È lo scopo di tutte le categorie kantiane, ma occorre notare che i giudizi sintetici a priori producono uno speciale circolo logico, in cui il problema è quello dell'applicazione della matematica ai fenomeni reali: la matematica è applicabile ad essi perché matematici sono i presupposti che ci consentono di considerarli. Infatti

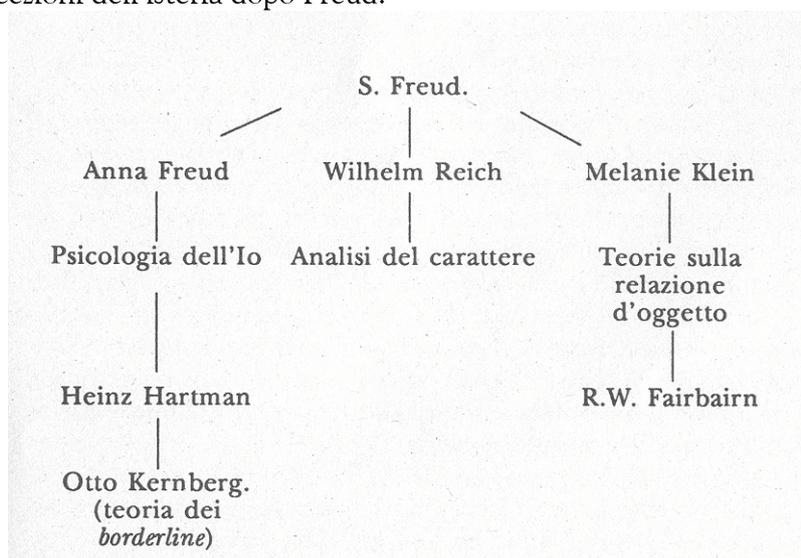
[...] Il principio supremo dei giudizi sintetici a priori risolve il problema dell'applicabilità, sostenendo che le condizioni di possibilità dell'esperienza, cioè l'insieme di intuizione pura spazio-temporale e dei concetti categoriali puri dell'intelletto, sono le condizioni stesse di tenuta, di durata e di oggettività dei fenomeni a cui la matematica si applica [...] questo implica la nozione, data per scontata nel pensiero scientifico, di verità come corrispondenza (Focchi, Barbui, 1990, p. 103).

Il problema chiave è quello dell'applicazione della teoria alla pratica: l'isteria si ribella sempre con successo ad un procedimento simile, con grande sconforto di molti analisti. Il limite più esterno, la linea che comprende tutti i problemi che l'isteria ha sollevato, è che il dato occulto, condiviso e radicatissimo nel discorso scientifico, ossia «la verità come corrispondenza», di cui lo scritto di Marmor è un esempio, è preso di mira e messo in scacco. Le vicissitudini della teoria psicanalitica su quest'argomento partono da qui.

Nell'ambito del rispecchiamento tra prassi e teoria prendono corpo, dopo Freud, le difficoltà di curare l'isteria perché lentamente vanno alla deriva le riflessioni sui punti cruciali della conduzione della cura: il transfert, l'inconscio, il desiderio, il sintomo, la sessualità.

Un secondo cardine del problema, oltre il rapporto teoria-clinica, è il concetto di realtà: per moltissimi analisti si è trattato e si tratta di un substrato indiscutibile, che si coglie con i sensi, si tocca, si vede, c'è. Un'idea simile sarebbe congruente con il verificazionismo positivista di matrice popperiana. Invece a partire da Freud la realtà è in qualche modo costruita: le cose valgono perché hanno senso per noi, e ci sono dischiuse nella loro esistenza in quanto le desideriamo. Gli oggetti che ci circondano sono prigionieri del senso. Merleau Ponty direbbe che siamo condannati al senso; Freud aggiungerebbe a questo l'indice del desiderio.

Detto questo, è possibile tracciare a grandi linee una mappa delle tendenze che hanno mutato l'assetto delle concezioni dell'isteria dopo Freud:



A parte si pone Jacques Lacan.

Anna Freud riconosce alla rimozione un posto speciale. È il meccanismo di difesa più efficace e più pericoloso perché richiede il massimo dispendio di energia, sottrae dalla coscienza intere zone della vita affettiva e pulsionale col rischio di «distruggere una volta per sempre l'integrità della personalità» (A. Freud, 1936, pag. 184).

Questo non esaurisce il campo della patologia: l'io si può deformare, ammalare secondo modalità proprie, che variano in corrispondenza con i meccanismi di difesa che sono a sua disposizione (regressione, formazione reattiva, isolamento, rendere non avvenuto, proiezione, introiezione, volgersi contro la propria persona, inversione nel contrario). Gli analisti che hanno seguito le tracce di Anna Freud hanno isolato l'io come oggetto clinico peculiare, nel quadro della seconda topica freudiana (io, es, superio), abbandonando la prima topica (inconscio, preconsciouso, coscienza), con conseguenze importanti dal punto di vista del transfert, che diverrà «alleanza terapeutica». Si produce uno slittamento: mentre una delle funzioni essenziali del transfert è quella di permettere l'accesso all'inconscio, aggirando le difese del soggetto, l'alleanza terapeutica si appoggia all'io facendone un interlocutore privilegiato. Tutto questo si sposa bene con la teoria degli stadi evolutivi della libido. Infatti Anna Freud pone sul tappeto il problema di una classificazione temporale dei meccanismi di

difesa, in relazione alla situazione che mette in moto le difese stesse. Siccome queste sono sempre innescate da conflitti pulsionali, agganciare i problemi dell'io in relazione alle difese con gli stadi libidici (orale, anale, fallico con tutti i gradini intermedi) sembrerebbe una cosa logica. Gli studi sull'io hanno antecedenti in Herman Nunberg e soprattutto in Paul Federn; Anna Freud ne è l'eredità, e nella scia delle sue vedute si accoderanno Hartmann, Kris e Loewenstein, paladini dell'*ego psychology*.

Gli effetti si faranno sentire a lungo. L'*International Journal of Psychoanalysis*, rivista fondata da Jones a Londra nel 1920, pubblica nel 1968 un articolo dal titolo «La cosiddetta vera isterica» a firma di Elisabeth Zetzel (Zetzel, 1968, pp. 256-260) dal cognome inequivocabilmente germanico, ma residente a New York, che fornisce criteri di analizzabilità: si definisce analizzabile colui che sa distinguere la realtà interna da quella esterna. Dal postulato discende un'altra proposizione: si definisce analizzabile colui che sa distinguere l'alleanza terapeutica dalla nevrosi di transfert.

Bisogna distinguere nettamente, secondo l'autrice, lo sviluppo e la regressione dalla capacità dell'io di padroneggiare le situazioni di pericolo interno, tanto che la storia dell'Edipo «... non è un buon prototipo per ciò che oggi intendiamo come nevrosi infantile...». Ed ecco che, considerando l'Edipo un accessorio tra altri, una difficoltà nello sviluppo, una tara storica, «... in molti pazienti... vi sono eventi storici che suggeriscono che il fallimento nella soluzione della situazione edipica può essere in parte attribuito a fatti realmente accaduti». Quali? Naturalmente, un cattivo rapporto con la madre.

Una posizione assai simile è sostenuta da M.R. Kahn, in un articolo del 1974 (Kahn, 1974, pp. 151-158), in cui si legge che nell'isteria c'è un trauma reale, che non è di natura sessuale, e che è causato da una madre «non sufficientemente buona», che non soddisfa ai bisogni dell'io del bambino.

Se ricordiamo lo schema di Freud, vediamo che la ricerca di significanti che si pongono alla frontiera tra un campo semantico e l'altro, che fanno leva sul registro simbolico per passare dal «senso comune» al significato inconscio, è ormai dimenticata.

Ma sta di fatto che questa è l'arma efficace nella cura psicanalitica dell'isteria, con l'aggiunta del «carburante» essenziale: la *Uebertragung*, il transfert.

I cardini concettuali della psicanalisi — ritorniamo alla carta geografica delle diverse tendenze teoriche. — diventano opachi: il complesso edipico, da nucleo assiale della nevrosi (isteria o nevrosi ossessiva) diventa un romanzo, la portata simbolica del sintomo si diluisce nella misura della maggiore o minore forza dell'io, la realtà si appiattisce su un ingenuo empirismo, l'interpretazione tende a diventare una suggestiva serie di consigli che acquistano quarti di nobiltà da una terminologia un tempo indomabile, ma ora assai addomesticata.

I passi successivi, sino alla categoria *borderline*, verranno ripresi più avanti.

Dal lato dell'analisi del carattere, Wilhelm Reich parte da Freud, Abraham e Jones. Essi avevano scoperto che certi tratti caratteriali possono essere spiegati come modificazioni ed evoluzioni di tendenze pulsionali primitive. Avarizia, pignoleria, senso dell'ordine derivavano dalla modificazione della libido a livello anale, l'invidia e l'ambizione da quella uretrale. Ma Reich va oltre: vuole comprendere il carattere come formazione globale. Spesso il carattere si oppone al lavoro analitico, è un elemento della resistenza, una armatura dell'io. In effetti, la sede del carattere è l'io, che si altera in maniera irreversibile. Se l'armatura lascia spazio agli «pseudopodi» della libido, se è mobile, si tratta di un carattere accessibile alla realtà, altrimenti si tratta di un carattere nevrotico. Ma a differenza del sintomo, che è interpretabile, il carattere non lo è: sorto dal modo di superare il conflitto sessuale infantile, si presenta come un marchio indelebile. Reich al riguardo scrive inoltre che «la condizione base della malattia non è dunque il conflitto sessuale e il complesso di Edipo in sé, ma il modo in cui sono stati risolti» (Reich, 1973, p. 190). Secondo Reich alcuni tratti di carattere isterici sono: un modo di muoversi sinuoso, sessualmente provocante, civettuolo nelle donne, effeminato nei maschi. Si riscontra facilmente all'apprensione, cambi improvvisi dell'umore, facilità ad essere

suggestionati.

A ben vedere già Wittels nel 1930 aveva stabilito che il carattere isterico non si libera mai da una «fissazione a livello infantile... [l'isterico] fa finta di essere un bambino... confonde fantasia e realtà, lascia che le leggi dell'Es valgano anche nell'Io» (citato in Marmor, 1953, p. 657). Reich insiste sul fatto che i tratti di carattere nell'isteria sono determinati da una fissazione alla fase genitale dello sviluppo infantile, con conseguente mantenimento dei legami incestuosi. Ma gli analisti che seguiranno le sue indicazioni si porranno soprattutto il problema di capire se la zona erogena orale abbia o meno un ruolo determinante. L'accento si sposta dal conflitto edipico, che Reich comunque considera essenziale, agli stadi evolutivi della libido, che acquistano autonomia come cause determinanti nell'isteria. L'oggetto è l'io perché si considera ormai acquisito che quanto più indietro si trova il punto di fissazione della libido, tanto più grave sarà il danno per lo sviluppo dell'io. I punti di fissazione si dispongono in una scala continua; ad ogni punto corrisponde una sindrome che, a partire dalla schizofrenia, arriva alla nevrosi con una serie di patologie intermedie. La serie completa è:

schizofrenia-disturbi maniaco depressivi e paranoia-nevrosi ossessiva-isteria-«normalità» .

La ricerca di una completezza clinica pone il problema del continuo: che cosa c'è tra schizofrenia e disturbi maniaco depressivi, tra questi e la nevrosi ossessiva, tra la schizofrenia e l'isteria? Il problema si risolve creando una nuova entità clinica: quella dei *borderline*.

L'interesse per gli stadi evolutivi della libido non si spiega solo con gli studi sul carattere di Reich, né con l'estrema attenzione posta da Freud al concetto di pulsione, né con il passaggio, assai denso di conseguenze, dalla prima alla seconda topica: occorre riferirsi a Melanie Klein.

La grande antagonista di Anna Freud si iscrive nel nostro percorso per un motivo apparentemente paradossale: Melanie Klein si è interessata pochissimo all'isteria. In uno scritto del 1923, *Analisi infantile* (Klein, 1923, pp. 94-125), nel quadro di un confronto tra sublimazione e sintomo isterico, parla dell'isteria senza discostarsi dal pensiero di Freud. Afferma che nell'isteria si trova assai spesso un fantasma prevalente di *fellatio*, ma non mette in discussione il meccanismo della conversione, né quello della formazione dei sintomi come risultato di un compromesso. Questo non deve trarci in inganno perché tutto il dispositivo concettuale di Melanie Klein è assolutamente originale. Riportato, nelle sue linee essenziali, nel campo dell'isteria, impone un rimaneggiamento radicale. Il paradosso è che, parlando pochissimo dell'isteria, la Klein ha dato vita ad una scuola che ha quasi cancellato questa nevrosi dal suo campo di interesse.

Non è certamente il caso di iniziare qui un esame della teoria della Klein: basti ricordare che essa ha spostato l'inizio del complesso edipico alla fine del primo anno d'età (in Freud si data l'esordio dell'Edipo attorno al quarto anno), ha stabilito che il superio è in azione da subito, che nel bambino sin dalla nascita è all'opera la pulsione di morte contrapposta a quella di vita, e che queste sono i poli di un processo assai complicato, regolato dai meccanismi della proiezione e della introiezione. In questo quadro assume importanza centrale la relazione con l'oggetto libidico, in cui si oppone un *oggetto parziale* (seno, feci, pene) ad un *oggetto totale* costituito dalla madre. Sin dall'inizio il bambino è messo a confronto con qualcosa di altro da sé e questo altro, originariamente diviso, viene incluso, nei suoi due versanti (buono e cattivo), nell'oggetto totale che li integra. Questo è il punto che distanzia maggiormente Freud da Melanie Klein. Freud infatti non prende in considerazione nessuna alterità originaria, e attribuisce alle pulsioni parziali un carattere esclusivamente autoerotico. Da questi pochi cenni si può vedere che i meccanismi di conversione, centrali sulle funzioni delle zone erogene e sulle pulsioni parziali, in Klein hanno poco spazio. Le sue vedute scatenarono una lotta senza quartiere tra Londra e Vienna, e da allora i contributi successivi sono spesso il risultato di compromessi teorici, tentativi di accomodamento, in una girandola spesso vorticoso di opinioni.

L'isteria da questo momento (le lotte più intense si accesero all'inizio degli anni Trenta) (P. Grosskurth, 1988) prende tinte diverse a seconda delle scuole psicanalitiche, e molti analisti non resiste-

ranno alla seducente prospettiva di una sintesi che, una volta per tutte, metta in pace gli animi.

Fairbairn (R.W. Fairbairn, 1952), seguendo il nerbo del pensiero kleiniano – la relazione d’oggetto – nega che vi sia una fissazione ad una fase precisa dello sviluppo libidico, perché la caratteristica dell’isteria sarebbe un particolare meccanismo di difesa che permette un controllo delle relazioni tra gli oggetti interni. Il conflitto intrapsichico che si scatena nell’isterica risiederebbe in un eccesso inerente ai due aspetti dell’oggetto introiettato, il cui versante «buono» sarebbe eccessivo, come eccessivo sarebbe quello «cattivo». (La terminologia oggetto buono-oggetto cattivo è kleiniana, e riguarda la polarità pulsione di vita-pulsione di morte, che si riflette sulle caratteristiche dell’oggetto.)

Secondo una relazione di J.C. Maleval, tenuta al Quatrième Rencontre Internationale della Fondation du Champ Freudien (Parigi, 14-17 febbraio 1986) «... si tratta... di una riformulazione del conflitto edipico: malgrado l’estrema valorizzazione dell’oggetto desiderato, l’isterica deve rimuovere e sacrificare la propria sessualità in considerazione dell’aspetto persecutorio assunto dall’oggetto proiettato».

Questa prospettiva, nota lo stesso autore, non dà ragione dei fenomeni di conversione, definiti semplicemente come sostituzioni di un problema personale attraverso il corpo. Le manifestazioni della grande isteria passano sotto silenzio. La psicopatologia si spiega in base alla maggiore o minore integrazione dell’io.

L’ultima etichetta clinica che assai spesso viene applicata a casi d’isteria non riconosciuti come tali è quella di sindromi marginali, o *borderline*.

La dizione risale al 1948, ed è stata proposta da A. Stern, su un terreno di confine tra psichiatria e psicanalisi. Sino al 1955 non si presta grande attenzione alla nuova sindrome, ma da quest’epoca in poi le pubblicazioni si moltiplicano improvvisamente, sino ad uno studio di Otto Kernberg (O. Kernberg, 1975) in cui si trova una sintesi. Kernberg correda l’inquadramento fenomenico descrittivo, che col tempo aveva raggiunto uno stato di soffocante ipertrofia, con un’impostazione che tien conto del punto di vista dinamico, genetico e strutturale. Alla base del disturbo vi sarebbero meccanismi di difesa primitivi, in particolare scissione e identificazione proiettiva, attivati per reagire a pulsioni pregenitali. Questi conflitti, riferiti a fasi geneticamente precoci, producono difetti strutturali dell’io, che Kernberg distingue in «debolezze specifiche», e «non specifiche», bipartizione che permetterebbe una diagnosi differenziale rispetto alle nevrosi e alle psicosi. A tutto questo si somma una mancata integrazione del superio, con il risultato finale di un difetto dell’«immagine del sé».

Jean Bergeret (J.Bergeret, 1970, pp. 601-633) usa una metafora curiosa, chiama lo stato limite «ebreo errante strutturale», definizione letteralmente sintomatica: da un lato soddisfa un ideale di completezza, onnicomprensività, dall’altra soddisfa l’irriducibile singolarità della clinica. Non deve meravigliare che si definiscano *borderline* molti casi di isteria, con infauste indicazioni prognostiche, decreti di non analizzabilità, consigli di diffidare della cura analitica, e via dicendo. Prima di concludere con quest’argomento, è opportuno riportare per intero un capoverso dell’articolo di Bergeret. Un paziente gli chiede un appuntamento con una certa urgenza e... «lo ricevo – scrive Bergeret con incredibile candore – alla fine della giornata, come ‘ultimo paziente’, quello per cui si ha la libertà sia di affrettarne la partenza che di dedicare tutto il tempo necessario allo studio di un problema quando si riveli interessante...».

Vale la pena di domandarsi dove sia finita la delicata, accuratissima acutezza clinica di Freud, trasformata in una *routine* da ambulatorio militare...

Ben lontano dal lasciare nell’ombra la grande isteria, Lacan sottolinea l’estrema importanza di questa nevrosi e la posizione centrale che ha avuto in Freud. Il campo della nevrosi si fonda sull’isteria, di cui la nevrosi ossessiva, come per Freud, è un «dialetto»; constata che in ogni paziente si presenta un fenomeno di isterizzazione; non separa dal campo dell’isteria i sintomi che non si presentano at-

traverso la conversione.

Ma le difficoltà nella cura dell'isteria sono i segni di una vera e propria crisi dei fondamenti, messa in luce da Lacan.

Il breve stralcio dell'articolo di Bergeret chiarifica uno dei punti contro il quale Lacan ha subito iniziato a combattere: la trasformazione dei «consigli», che Freud aveva lasciato per condurre la cura, in regole fisse. Così, freudiano è colui che, nella pratica, fa come Freud. L'ideale etico si insinua in ogni elemento della clinica, e se l'isterico non si comporta come accadeva con Freud, ebbene: non si tratterà più di isteria, ma di qualcos'altro. Mettere in crisi l'ideale produce un contraccolpo sui fondamenti della teoria: Freud è... superato?

Ben lungi dal crederlo, Lacan indica che nella prima topica freudiana (inconscio, preconcio, coscienza) vi sono tesori insepolti (Lacan, 1957-58): da essi bisogna trarre gli elementi che conferiscono alla psicanalisi un formalismo proprio, il cui carattere peculiare è quello di accogliere i paradossi scoperti dalla matematica del nostro secolo: un *corpus* teorico non può chiudersi su se stesso per costituirsi come un insieme coerente di ipotesi passibile di applicazione. Il problema del passaggio dal particolare all'universale (problema che avevamo preso in esame all'inizio come nucleo generatore di molte difficoltà della clinica) è affrontato (da Freud e da Lacan) in questo modo: occorre affrontare ogni caso come se fosse il primo, senza mai affidarsi a un sapere preconconcetto. La clinica procede dal particolare al particolare.

Senza questo principio, la cura dell'isteria è impossibile.

Non si tratta di cadere nel regno dell'arbitrio: Lacan insegna che la clinica è strutturata. Non propone «modelli interpretativi», che sono reti esterne alla realtà, diverse e lontane da essa, anche se la rispecchiano. La struttura invece non è opposta al contenuto, ma è

il contenuto stesso colto nella sua organizzazione logica, una concretezza colta nei suoi rapporti, una logica come proprietà del reale (Barbui, Focchi, 1990, p. 104).

A partire da queste basi tutta la clinica freudiana dell'isteria viene considerata nel suo valore, da un lato grazie agli apporti dei maggiori analisti dopo di lui, dall'altro grazie all'aiuto della linguistica (De Saussure, Jakobson), e delle matematiche qualitative (la topologia). Al punto che la struttura isterica si considera la condizione ineliminabile dell'essere parlante. Perché?

Il linguaggio costituisce secondo Lacan l'unico a priori: non si impara, si riceve (Lacan, 1956-57). Il bambino è preso nelle maglie di una struttura che gli preesiste. Questo fatto non porta all'innatismo: il varco attraverso cui l'*infans* entra nel linguaggio (varco che Freud chiamava *castrazione*) è semplicemente impensabile. Il problema del trauma nell'isteria, trauma sessuale, è la scomparsa dello stato edenico, mitico, infantile, dovuta al fatto che il soggetto, prima di poterla pensare, è preso nella dimensione linguistica attraverso cui passano i desideri, i progetti dei genitori. In questo senso andare alla ricerca della realtà fattuale del trauma è una cosa senza senso. Il soggetto umano si costituisce dunque nel campo di una alterità radicale (che Lacan indica con la lettera A maiuscola) che ha due versanti: uno riguarda il linguaggio (l'Altro del significante) e l'altro il desiderio (l'Altro del desiderio).

Che il linguaggio sia l'unico a priori non ci pone *in toto* dalla parte del significato: il significante non solo significa, ma è: è presenza di un vuoto, di un buco nella rappresentazione. Freud l'aveva individuato nell'*Interpretazione dei Sogni*, quando diceva che in ogni sogno, per quanto a fondo si spinga l'interpretazione, si arriva a un... ombelico: *Kern unseres Wesens*, il nucleo del nostro essere. Lacan lo chiama «oggetto *a*», e, propriamente *questo* è l'oggetto della psicanalisi (C. Millot). Che l'isteria, nelle sue linee strutturali, corrisponda alla struttura del soggetto in quanto essere parlante si ricava dal modo stesso in cui il soggetto si produce, e in questo contesto *soggetto* è un termine che va radicalmente distinto da *individuo*.

Lacan ha introdotto uno schema, lo schema «L» (Lacan, 1954-55), che contiene i poli della

struttura intersoggettiva, e che, messo all'opera nell'isteria, aumenta in modo decisivo il potere di risoluzione della teoria, seguendo la via sulla quale si era avviato Freud già nell'*Interpretazione dei sogni*. Troviamo nel Seminario III sulle psicosi (Lacan, 1955-56) una messa in opera dello schema «L» nel campo dell'isteria, in particolare riguardo un famoso caso clinico di Freud: Dora.

La genesi del soggetto in Lacan è formalizzata facendo uso di un supporto logico, quello della teoria degli insiemi, ed è il risultato di una profonda sintesi teorica che ha come interlocutori i massimi autori della psicanalisi. Non è possibile, in questa sede, esporne il contenuto, e quindi si rimanda alla bibliografia. Lungi dall'essere una operazione di riduzione, di formalizzazione astratta, il potente sforzo di matematizzazione della psicanalisi intrapreso da Lacan permettere di leggere la irriducibile singolarità della clinica attraverso le trame logiche che la sostengono, e permette di disporre di un sapere trasmissibile che, attraverso i *matemi*, evita il logorio che ha condotto alla deriva i concetti freudiani.

BIBLIOGRAFIA

- Augias, C. (a cura di), 1972, *Teatro del Grand Guignol*, Einaudi, Torino.
- Barbui, A., Focchi, M., 1990, *Dovunque altrove*, Guerini, Milano.
- Bergeret, J., 1970, «Les états limites», *Revue française de Psychanalyse*, IV, pp. 601-633.
- Bergson, H., 1889, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, tr. it. in Bergson, *Opere 1889-1896*, a cura di P.A. Rovatti, Mondadori, Milano 1986.
- Binswanger, L., 1944-1945, «Der Fall Ellen West», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, voll. 53-55.
- Binswanger, L., 1955, *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, ed. it. a cura di F. Giacanelli, *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1984.
- Binswanger, L., 1956, *Erinnerung an S. Freud*, tr. it., *Ricordi di S. Freud*, Astrolabio, Roma 1971.
- Binswanger, L., 1973, *Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di F. Giacanelli, Bompiani, Milano 1973.
- Bleuler, E., 1911, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, tr. it., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, NIS, Roma 1985.
- Borgna, E., 1988, *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano.
- Boring, E.G., 1950, *History of Experimental Psychology*, II ed., Appleton Century Crofts Inc., New York.
- Cargnello, D., 1977, *Alterità e alienazione*, Feltrinelli, Milano.
- Charcot, J.-M., 1989, *Lezioni alla Salpêtrière*, a cura di A. Civita, Guerini, Milano.
- Civita, A., 1982, *La filosofia del vissuto: Brentano, James, Dilthey, Bergson, Husserl*, Unicopli, Milano.
- Civita, A., 1987, *La volontà e l'inconscio*, Guerini, Milano.
- Comte, A., 1830-1842, *Cours de philosophie positive*, ed. it. a cura di A. Negri, *Filosofia positiva*, Sansoni, Firenze 1966.
- Costa, A., 1987, *Binswanger: Il mondo come progetto*, Edizioni Studium, Roma.
- Decker, H.S., 1982, «The Choice of a Name 'Dora' and Freud's Relationship with Breuer», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, pp. 113-136.
- Deutsch, F., Semrad, E., 1959, «Survey of Freud's Writings on the Conversion Symptom», in *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body*, International Univ. Press, New York.
- Deutsch, F., 1973, «Apostille au fregment de l'analyse d'un cas d'hystérie de Freud», *Revue française de psychanalyse*, 3, pp. 407-414.
- Dilthey, W., 1894, «Ideen ueber eine beschreibende and zergliedernde Psychologie», tr. it., «Idee su una psicologia descrittiva e analitica», in W. Dilthey, *Per la fondazione delle scienze dello spirito*, a cura di A. Marini, Angeli, Milano 1985.
- Ellenberger, H.F., 1970, *The Discovery of the Unconscious*, tr. it., *La scoperta dell'inconscio*, Torino, Boringhieri 1986.
- Easser, S.R., Sesser, S.R., 1956, «Histerical Personality: a Revaluation», *Psychoanalytical Quarterly*, XXXIV, pp. 390-405.
- Fenichel, O., 1951, *Trattato di psicoanalisi*, Astrolabio, Milano.
- Fairbairn, R.W., 1952, «Schizoid Factors in the Personality», *Psychoanalytic Studies on Personality*, Tavistock, Londra.
- Freud, A., 1936, *L'io e i meccanismi di difesa*, in A. Freud, *Opere*, Boringhieri, Torino 1978, vol. I.

- Freud, S., 1887-1902, *Le origini della psicoanalisi, lettere a W. Fliess*, Boringhieri, Torino 1968.
- Freud, S., Breuer, J., 1892-1895, *Studi sull'isteria*, in S. Freud, *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, vol. I.
- Freud, S., 1893, *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, *Opere*, vol. II.
- Freud, S., 1899, *L'interpretazione dei sogni*, *Opere*, vol. III.
- Freud, S., 1901, *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*, *Opere*, vol. IV.
- Freud, S., 1912, *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, *Opere*, vol. VI.
- Freud, S., 1914, *Per la storia del movimento psicoanalitico*, *Opere*, vol. VII.
- Freud, S., 1915-1917, *Introduzione alla psicoanalisi*, *Opere*, vol. VIII.
- Freud, S., 1937, *Costruzioni nell'analisi*, *Opere*, vol. XI.
- Galimberti, U., 1979, *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
- Gay, P., 1988, *Freud. A Life for Our Time*, tr. it., *Freud. Una vita per i nostri tempi*, CDE, Milano 1989.
- Grosskurth, P., 1988, *M. Klein: il suo mondo e il suo lavoro*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Hecaen, H., Lanteri-Laura, G., 1977, *Evolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales*, Desclée de Brouwer, Paris.
- Heidegger, M., 1927, *Sein and Zeit*, tr. it., *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1970.
- Hume, D., 1739, *A Treatise of Human Nature*, tr. it. *Trattato sulla natura umana*, Laterza, Bari 1975.
- Ippocrate, 1869, *Des maladies des femmes*, II, in Ippocrate, *Oeuvres complètes*, ed. Littré, Parigi, vol. VIII.
- Ippocrate, 1976, *Opere*, a cura di M. Vegetti, UTET, Torino.
- James, W., 1890, *The Principles of Psychology*, Dover Publications, New York 1950.
- Jaspers, K., 1913, *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. della settima edizione (1959), *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma 1982.
- Jervis, G., 1975, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
- Kernberg, O., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York.
- Klein, M., 1923, *Analisi infantile*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978.
- Kraepelin, E., 1901, *Einführung in die psychiatrische Klinik*, Barth, Lipsia; quarta edizione ampliata in tre volumi, Barth, Lipsia 1921; tr. it. della prima edizione, *Introduzione alla clinica psichiatrica*, Società editrice libraria, Milano 1905.
- Kraepelin, E., 1903-1904, *Lehrbuch der Psychiatrie*, settima edizione, Barth, Lipsia, tr. it., *Trattato di psichiatria*, a cura di A. Tamburini, Vallardi, Milano 1907.
- Kraepelin, E., 1983, *Lebenserinnerungen*, Springer-Verlag, Berlino, tr. it., *Memorie*, a cura di Giuliana e Panayotis Kantzas, ETS, Pisa, 1989.
- Lacan, J., 1954-1955, *La séminaire, livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Seuil, Parigi 1978.
- Lacan, J., 1955-1956, *La séminaire, livre III, Les psychoses*, Seuil, Parigi, 1978.
- Lacan, J., 1956-1957, *Le séminaire, livre IV, La relation d'object*, inedito.
- Lai, G.P., 1985, *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano.
- Lai, G.P., 1988, *La disidentità*, Feltrinelli, Milano.
- Lai, G.P., 1990, «Il movimento neokraepeliniano», *Tecniche*, 3.
- Luborsky, L., 1984, *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, ed. it. a cura di S. Freni, *Principi di psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Lopez, D., 1967, «Rileggendo Freud: Il caso Dora», *Rivista di psicoanalisi*, 13.
- Maleval, J.C., 1986, in *Histérie et obsession: Les structures cliniques de la névrose et direction de la cure*, recueil des rapports de la IV Rencontre internationale, Navarin, Parigi.
- Marmor, J., 1953, «Orality in Histerical Personality», *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1.
- Masson, J.M., 1984, *The Assault on Truth*, tr. it. *Assalto alla verità*, Mondadori, Milano 1984.

- Mondella, F., 1985, Il problema della medicina nella psichiatria tedesca prima di Jaspers», in *Segno, simbolo, sintomo, comunicazione*, a cura di A. Dentone e M. Schiavone, Genova 1985.
- Mondella, F., 1986, «Il concetto di malattia mentale nell'opera di E. Kraepelin», *Sanità, scienza e storia*, I, 83-110.
- Moravia S., 1986, *L'enigma della mente*, Laterza, Bari.
- Petrella, F., De Martis, D., 1977, «L'isteria oggi», in *Le nevrosi da Freud a oggi*, a cura di C. Sirtori, Garzanti, Milano 1977.
- Petrella, F., 1984, «La lezione di psichiatria: Da Emil Kraepelin a André de Lorde», *Gli argonauti*, 21, pp. 123-135.
- Petrella, F., 1988, «Il modello freudiano», in *Trattato di psicoanalisi*, a cura di A.A. Semi, Cortina, Milano, vol. I.
- Piana, G., 1988, *La notte dei lampi*, Guerini, Milano.
- Pinel, P., 1800, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, tr. it., *La mania*, a cura di F.F. Basso e S. Moravia, Marsilio, Venezia 1987.
- Popper, K., 1963, *Conjectures and Refutations*, tr. it., *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna 1972.
- Reich, W., 1933, *Charakteranalyse*, tr. it., *Analisi del carattere*, Sugarco, Milano 1973.
- Sacerdoti, G., 1989, «Isteria», in *Trattato di psicoanalisi*, a cura di A.A. Semi, Cortina, Milano, vol.II.
- Schneider, K., 1980, *Klinische Psychopathologie*, 12^a edizione, tr. it., *Psicopatologia clinica*, Città Nuova, Roma 1983.
- Trillat, E., 1983, *Histoire de l'hystérie*, Seghers, Paris.
- Wittgenstein, L., 1953, *Philosophische Untersuchungen*, ed. it. a cura di M. Trinchero, *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino 1974.
- Wittgenstein, L., 1989, «Philosophie», *Revue internationale de philosophie*, vol. 43, n. 169.
- Wundt, W., 1900-1920, *Wölkerpsychologie*, voll. I-X, Lipsia.
- Wundt, W., 1985, *Antologia di scritti*, a cura di G. Mucciarelli, Il Mulino, Bologna.
- Zetzel, E.R., 1968, «The so-called Good Histeric», *International Journal of Psychoanalysis*, 49.