

## OSSERVARE, ASCOLTARE, CLASSIFICARE

1. *Trasformazioni*

Il *grande teatro* di Pinel è innanzitutto un luogo d'ascolto dei temi deliranti che il malato esprime entro le mura dell'ospizio. Frammenti di vissuto, si diceva. Storie di vita, certo, e dunque intrighi, trame minute, tattiche, raggiri, simulazioni, silenzi.

La posizione d'ascolto è però finalizzata ad un procedimento di iscrizione e di cattura. Di conseguenza, entro la ferrea cornice della pratica asilare, la visibilità dei soggetti è comunque parziale e limitata. Nel passaggio dalla cartella clinica e dal dossier medico, ricco di scritture indotte o trasgressive, al testo scientifico redatto dall'alienista, la parola del folle conosce modi di trascrizione e di interpretazione radicalmente differenti. Scompare la parola eccedente, capace di sovvertire l'ordine del discorso psichiatrico, a vantaggio di una parola indotta, dominata ed inclusa: considerata funzionale, in ogni caso, ai criteri della classificazione ed all'insieme della dottrina. Ma la classificazione rimane, nonostante tutto, *fenomenologica* e non eziologica, come invece avverrà più tardi, alla metà del secolo, con Falret e Morel: strettamente legata ai prestigii dell'osservazione, più che ad un sapere teorico fondato sulla conoscenza delle cause. Sul *perché* — lo vedremo meglio più avanti, parlando di Esquirol — prevale il *come* della malattia.

Per tale ragione, anche se con i limiti appena ricordati, l'osservazione empirica e l'ascolto diventano una struttura portante della psichiatria nascente. È ciò che i successori, attorno alla metà del secolo, rimprovereranno a Pinel e ad Esquirol. L'alienista, scriverà Jean Pierre Falret, nella prefazione alla sua silloge del 1864, deve essere

attento all'insieme degli stati patologici ed alle loro diverse fasi. Invece di privilegiare il momento culminante del processo morboso, dedicando un interesse prevalente ai grandi temi del delirio — così come emergono direttamente dalla parola e dai comportamenti del paziente — egli deve descrivere e comprendere il cammino evolutivo della malattia: dallo stadio d'incubazione e di latenza a quello della stabilizzazione, fino al periodo terminale, quando cioè il delirio ha assunto una configurazione rigida, stereotipata ed irreversibile. Questa attenzione ai percorsi evolutivi di entità morbose concepite come vere e proprie *forme naturali*, implica una dichiarata sottovalutazione dei contenuti del delirio: dei grandi temi, come si diceva, che emergono direttamente dalla parola del folle; tale parola, con un *dé-coupage* arbitrario e artificiale, era stata ascoltata solo dentro il perimetro asilare e durante la fase acuta del fenomeno patologico. La psichiatria, questo vuole dire invece Falret, non può più costituirsi come variabile dipendente dall'ascolto: il medico non deve quindi «réduire son rôle à celui de secrétaire des malades»<sup>1</sup>. Dieci anni prima, nell'articolo teorico che aveva dato il colpo di grazia alla categoria esquiroliana della monomania, Falret aveva espresso idee molto simili: «ils n'ont pas remarqué — aveva detto infatti, riferendosi agli alienisti della prima generazione — l'ensemble des phénomènes morbides, l'état général du malade, ce que nous appelons le fond de la maladie». Ed ancora: «ils ont pris, en quelque sorte, leurs observations sous la dictée des aliénés»<sup>2</sup>, privilegiando, all'interno del manicomio, la manifestazione diretta delle idee predominanti<sup>3</sup>. La contrapposizione tra due diversi criteri d'osservazione non potrebbe essere più chiara: da una parte, con Pinel ed Esquirol, si afferma una semeiotica ancora grezza e qualitativa, che lascia molto spazio ad uno sguardo medico passivo, pilotato dal malato, attento soprattutto ai *fatti positivi*, cioè alle manifestazioni salienti ed esplicite della follia; dall'altra parte, a partire da Falret, si punta ad un'osservazione globale della follia, all'interno ma anche all'esterno delle mura dell'asilo<sup>4</sup>: un'osservazione che colga la genesi del delirio, la sua estensio-

<sup>1</sup> J.P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris 1864, p. xvi.

<sup>2</sup> J.P. Falret, *De la non-existence de la monomanie*, in «Archives Générales de Médecine», 1854, voi. II, v<sup>e</sup> série, tome 4, p. 155.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 151.

<sup>4</sup> Cioè a casa, oppure in luoghi istituzionali — appositamente creati all'epoca — che rappresentano un punto intermedio tra la casa e l'asilo. Sono le cosiddette *sociétés de patronage*, fondate da Falret nel 1843, difese dallo stesso Morel, nell'epoca in cui era penetrata in Francia l'opera di John Conolly e la sua proposta dell'abolizione dei metodi costrittivi all'interno del

ne, i suoi percorsi evolutivi ed anche le sue manifestazioni indirette: ad esempio quelle che Falret chiama *fatti negativi*, cioè «lacunes, omissions, absence de manifestations»<sup>5</sup>. La teoria freudiana degli atti mancati trova qui un lontano progenitore: come spesso accade, si tratta di una filiazione ignorata o taciuta.

Falret rappresenta uno dei momenti aurorali di un passaggio storico decisivo per la scienza psichiatrica: il passaggio da un'individuazione della malattia fondata sull'ascolto dei sintomi ad una diagnosi fondata sempre di più sulla registrazione e sulla produzione di *segni*. Anche nell'alienistica del primo ottocento possiamo individuare qualche precedente di questa importante trasformazione: innanzitutto l'attenzione agli eventuali correlati somatici e fisiognomici del disturbo psichico; in secondo luogo gli artifici, le trappole, gli inganni escogitati dall'alienista per smascherare il simulatore (espediti, come sentenzierà molto più tardi Richard Krafft-Ebing, «malsicuri», «inumani e pericolosi»), tali da rappresentare una sorta di «certificato di miserabilità per la scienza e per l'arte di quel medico che ad essi ricorre»<sup>6</sup>; infine i vari sistemi adottati dall'alienista per indurre il paziente a scrivere. Queste tre posture, all'epoca di Esquirol, erano rese possibili soprattutto *dall'arte*, dall'abilità personale del medico. Più tardi, sullo scorcio del secolo, si affideranno in misura sempre più decisiva a criteri obiettivi di valutazione e di accertamento. Si

manicomio: il famoso *no restraint*. Cfr. la «thèse» di B. Odier, *Les sociétés de patronage d'aliénés guéris et convalescents au XIX<sup>e</sup> siècle* Paris, Pitié-Salpêtrière, 1982.

<sup>5</sup> J.P. Falret, *Des maladies mentales...*, cit., p. xvi. Nel manicomio veneziano di San Servolo, con Salerio e Vigna, la teoria dei fatti negativi trovò applicazione, come risulta da uno scritto molto acuto dello stesso C. Vigna, *Sull'importanza dei fenomeni negativi nella diagnosi delle psicopatie*, Padova, Prosperini, 1868.

<sup>6</sup> R. Krafft-Ebing, *Trattato di psicopatologia forense*, Torino, Bocca, 1897, p. 53. Dai manuali di psichiatria compilati tra la fine del secolo scorso e gli inizi del novecento, scompare il riferimento alle trappole escogitate dall'alienista per smascherare il simulatore. Non è inutile ricordare che lo stesso Krafft-Ebing, nelle pagine citate, dopo aver esecrato questi metodi arcaici, consiglia a sua volta una trappola, un espediente. «Potrebbe essere un buon espediente il lasciarsi sfuggire, rivolgendosi agli astanti, in presenza del simulatore, l'innocente osservazione che l'individuo di cui si tratta potrebbe benissimo essere ammalato ma che a completare il quadro clinico fanno difetto questi e questi sintomi. Non è raro che il simulatore cada nella trappola tesagli e si dia cura di presentare anche i sintomi così indirettamente suggeritigli, dimostrandone in tal modo la produzione intenzionale». Rispetto ai sistemi prima citati e condannati dall'autore — quali la doccia, l'elettricità, l'imprigionamento, finzioni di attentati alla vita, allarmi per incendio — non v'è dubbio che il riferimento della trappola alla conoscenza esaustiva del quadro clinico ha la funzione di enfatizzare la distanza tra un sistema arcaico, prescientifico, ed un metodo obiettivo. In effetti, il vero criterio su cui si fonda la diagnosi, dopo Falret, è quello del confronto tra i modi della simulazione e le tappe evolutive dei vari tipi di follia: tappe che la clinica e la nosologia del tempo avevano, in qualche modo, fissato e definito, in uno schema relativamente stabile, anche se molto articolato al suo interno.

farà ricorso ad esami di laboratorio, a procedimenti sperimentali presi a prestito della psicologia, associati a schemi standardizzati di interrogatorio: nei casi di mutismo del paziente, tali schemi verranno rimpiazzati da protocolli, funzionali alla verbalizzazione dei comportamenti<sup>7</sup>. Di fronte all'«ostinato silenzio» dell'ammalato, l'uso del *Geberdenprotokoll*, in genere rapportato ai dati emergenti dall'anamnesi, fornirà all'alienista indicazioni molto utili, emancipandolo, in una certa misura, dal riferimento obbligato alla parola del folle. Anche l'ingiunzione a scrivere venne utilizzata per rimpiazzare l'assenza di parola. Se tuttavia nel primo ottocento l'attenzione era rivolta soprattutto ai *contenuti* della scrittura, dopo Falret si attribuirà molta importanza anche alla quantità, alla grafia, allo stile, al modo di disporre parole e frasi sul foglio o su altro materiale. Attraverso l'utilizzazione di tutti questi parametri, era possibile stabilire una tavola di corrispondenze tra forme della scrittura e forme della follia: oltre a svelare le idee deliranti sfuggite alla dinamica del dialogo e dell'ascolto, gli scritti degli ammalati servivano dunque ad assegnare tali idee deliranti ai vari quadri patologici presenti nella nosologia<sup>8</sup>. La codificazione di queste corrispondenze, utilizzata a piene mani da tutta la psichiatria classica europea, avverrà attorno agli anni sessanta e settanta del secolo scorso, soprattutto nell'ambito della medicina legale e della psichiatria forense: tra gli scritti più importanti, basti citare l'articolo di Louis Marcé, *Sur la valeur des écrits des aliénés*, pubblicato nell'aprile del 1864 sulle «Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legale», e l'*Étude médico-légale sur la folie* del 1872: un'opera di Ambroise Tardieu, che contiene, in appendice, circa cento pagine, nelle quali vengono riprodotti, in fac-simile, scritti di vario genere redatti da pazienti internati. «Un importante sussidio per la diagnosi — diremo, per concludere, con Krafft-Ebing — è fornito dall'esame degli scritti degli ammalati. Si può in generale affermare che di ciascuna forma cardinale di psicopatia sono caratteristiche dalle determinate particolarità della foggia di scrivere e di esprimersi e che l'ammalato si tradisce molto di più nei suoi scritti, nel vergar i quali sa di non essere osservato e non si trattiene, di quello che nei colloqui. Questo ha speciale importanza in quei malati i quali contrappongono ad ogni insistenza un ostinato silenzio per lo

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 44.

<sup>8</sup> A titolo di esempio — poiché la bibliografia, al riguardo, è sterminata — mi limiterò a citare lo spazio dedicato alla scrittura degli alienati (all'interno della sezione che riguarda la diagnostica e la semeiotica generale) da A. Morselli, *Manuale di psichiatria*, Napoli, Idelson, 1921<sup>2</sup>, pp. 190-194.

più imposto da illusioni o da voci imperative. Si rimane spesso meravigliati nel vedere come degli ammalati, i quali parlano del resto in maniera del tutto assennata, palesino la più grande insensatezza nelle intime espansioni fatte in iscritto o con se medesimi o con altri. Uno scritto sensato nel suo contenuto non esclude di per se stesso la pazzia, del pari che a priori non la esclude un ragionamento sensato. Gli scritti degli alienati possono contribuire potentemente, per quel che si riferisce al contenuto, a far scoprire delle idee deliranti rimaste occulte; per quel che riguarda lo *stile*, a caratterizzare in generale la loro capacità psichica; in ciò che ne concerne l'aspetto complessivo grossolano, a far giudicare delle condizioni della loro coscienza; e per quel che riguarda la loro forma esteriore, a decelare delle minute alterazioni della coordinazione»<sup>9</sup>. Prima ancora che per la scrittura, l'importanza del contenuto era stata ridimensionata proprio in relazione alla necessità di comprendere la malattia in tutte le sue tappe evolutive ed in tutte le sue manifestazioni, dirette ed indirette. Cercheremo di valutare, al termine del nostro lavoro, quali perdite sono implicite in questo innegabile progresso dei metodi osservativi. Occorre osservare, per il momento, che la subordinazione del sintomo al segno — pur accentuando il primato della malattia sul malato ed il conseguente processo di obiettivazione della follia, già avviato da Pinel e da Esquirol — porta con sé elementi contraddittori e nuove possibilità, per lo psichiatra, di *penetrare il segreto*<sup>10</sup> dei deliri, aprendosi un varco sempre più significativo nell'interiorità dell'alienato. Il sintomo, nel momento stesso in cui viene subordinato al segno ed alla categoria della *temporalità* — vera e propria chiave di volta della nosografia classica — continua a rimanere lo zoccolo duro, insormontabile ed ineliminabile, della psichiatria ottocentesca: quanto più si lavora per convogliare la varietà dei sintomi nell'alveo rassicurante della classificazione, tanto più questi rivelano la loro natura di materiale grezzo, spesso irriducibile, ed in ogni caso pericolosamente disponibile per altre utilizzazioni e per altre teorie. La *descrizione dei sintomi* — vera e propria irruzione dell'avvenimento entro le maglie di un sapere positivo — rappresenta un fattore destabilizzante del pensiero classificatorio: lo mette costantemente alla prova, svelandone l'insufficienza e la provvisorietà. Per tali ragioni, essa

<sup>9</sup> R. Krafft-Ebing, *op. cit.*, pp. 44-45. I corsivi, nel testo — tranne che per la locuzione *a priori* —, sono miei.

<sup>10</sup> L'espressione, non lo si dimentichi, è quella di Pinel (già citata), che la riferisce al pensiero dei suoi pazienti.

dovrà cedere il passo, inesorabilmente, ad un lavoro simultaneo e tenace di cancellazione e di traduzione: dalla sempre varia ed imprevedibile costellazione dei *sintomi*, al mondo ordinato e predeterminabile dei *segnî*. Sarà proprio questo singolare e contraddittorio connubio tra prossimità e distanza dal mondo interiore del folle uno dei tratti distintivi della psichiatria classica; in effetti, una nosografia imperniata sui concetti di evoluzione temporale e di stadio terminale — secondo un assetto che trova il suo compimento sistematico nel pensiero di Emil Kraepelin — non può non rapportarsi costantemente ad uno sguardo medico proiettato sul mondo interiore del folle: uno sguardo che riconduce il sintomo al segno, certo, ma che al tempo stesso sa cogliere la malattia nel suo stadio di latenza, scoprendo la presenza di una condizione patologica anche in manifestazioni secondarie, indirette, apparentemente insignificanti: omissioni, dimenticanze, lapsus, errori di varia natura; uno sguardo, infine, che deve necessariamente valorizzare l'anamnesi, la storia passata e l'inserzione sociale del malato. I due momenti — interiorità del folle e positività di un sapere — hanno sempre cercato, lungo tutto il secolo diciannovesimo, un'armonia impossibile oppure, più modestamente ma con scarsi successi, una sintesi conciliatrice. Il fatto che in sede critica Freud e Kraepelin siano sempre stati contrapposti, dipende, più che dall'ingenuità delle analisi o dall'acribia disciplinare delle ricostruzioni storiche, dall'effettivo antagonismo tra sintomi e classificazioni, tra osservazione e nosografia, tra percezione asilare della follia ed analitica medica, solidamente ancorata ad una tradizione plurisecolare: sono queste, in definitiva, le «due fonti dell'esperienza psichiatrica» che il secolo diciannovesimo non è mai riuscito a conciliare<sup>11</sup>. La parabola di Kraepelin, sotto questo profilo, sembra davvero esemplare. Se confrontiamo la prima edizione del suo *Trattato di Psichiatria*, del 1883, con quelle successive<sup>12</sup>, vediamo che la classificazione, inizialmente fondata su basi psicologiche, non molto distanti dall'impostazione esquiroliana, cede il passo ad una nosologia fondamentalmente imperniata sul concetto di evoluzione temporale del

<sup>11</sup> Cfr. per questo problema, M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1976, pp. 442-443.

<sup>12</sup> È quanto ha fatto J. Postel (*La démence précoce et l'apsochoso maniaco-dépressive. Kraepelin*), in un brillante intervento contenuto in un'opera collettiva: AA.VV., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, a cura di Jacques Postel e Claude Quételet, Toulouse, Privat, 1983, pp. 342-350. Ho brevemente riassunto, nel testo, l'impostazione di Postel, che condivido pienamente. Per un'analisi più dettagliata dell'itinerario di Kraepelin — da noi, per ovvie ragioni, solo accennato — si veda P. Bercherie, *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*. La Bibliothèque d'Ornicar, Paris, Editions du Seuil, 1980, pp. 139-152 e pp. 220-232.

quadro clinico: un'evoluzione di *affezioni endogene*, concepite come entità naturali, il cui decorso è già predeterminato e rappresenta una conseguenza inevitabile della costituzione biopsichica dell'individuo. «Ce que ses prédécesseurs avaient déjà fait dans l'espace — afferma Jacques Postel con grande acutezza — en fermant le territoire bien clos où l'aliéné doit être maintenu *hors d'état de nuire* à la société, Kraepelin va le compléter dans la dimension chronologique. L'aliéné ne peut vraiment plus en sortir. Son avenir lui est soigneusement fermé, bouclé. La clôture spatiale s'est renforcée d'une barrière temporelle, chronique, définitive»<sup>13</sup>. La ricostituzione della nosologia attorno alla categoria della temporalità, che aveva reso possibile, agli albori della psichiatria classica, un allargamento dei parametri osservativi e della capacità d'ascolto, diventa ora sanzione definitiva della dissociazione tra sintomi e classificazione. I sintomi, tutt'al più, vengono *ridotti* a segni di una determinata entità patologica. In quanto tali, sono inaccessibili, e non possono essere interpretati. Non costituiscono, in ogni caso, la base di un dialogo, di un rapporto, di un commercio terapeutico tra l'alienista ed il suo paziente. Cosa vuole il paziente di Kraepelin?, si chiede Ronald Laing, a proposito di un caso descritto dallo psichiatra tedesco nelle sue *Lezioni* del 1905. «Protesta perché lo misurano e lo visitano. Protesta perché vorrebbe, invece, che lo ascoltassero»<sup>14</sup>.

## 2. Ascolto e nosologia

Ma l'ascolto, si sa, non è sempre una postura efficace per chi voglia realmente tenere a distanza la follia: rappresenta una minaccia per un sapere positivo che pretenda di trovare il suo modello regolativo nelle scienze naturali. La pericolosità dell'ascolto è strettamente legata al fatto che le sue dinamiche mettono in gioco non soltanto i sintomi di una malattia, ma anche una relazione diretta dell'alienista con il soggetto internato e con la sua storia individuale. Nello stesso

<sup>13</sup> J. Postel, *op. cit.*, pp. 344-345.

<sup>14</sup> R.D. Laing, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Torino, Einaudi, 1969, p. 37. I sintomi, soprattutto quelli inascoltati, non interpretati, sfidano la teoria, come si diceva. Laing, nel suo libro, ce lo dimostra esemplarmente. Raccoglie i sintomi descritti da Kraepelin — gli stessi sintomi che Kraepelin aveva ridotto a «frasi sconnesse, che non hanno alcun rapporto con la situazione generale» — e li utilizza per attaccare l'intera impalcatura teorica dell'autore tedesco: una impalcatura che, come fa giustamente osservare Laing, rimane quella della psichiatria «normale» del nostro tempo. L'opera di Laing uscì a Londra nel 1959.

anno in cui Kraepelin trattava i deliri di un suo paziente come «frasi sconnesse», come materiale che non è in grado di fornire «una sola informazione utile»<sup>15</sup>, Freud, nel suo *Beruchstück einer Hysterie Analyse* — il famoso caso Dora — poneva a fondamento della teoria e della tecnica psicoanalitica proprio quella postura che Falret aveva così aspramente rimproverato a Pinel e ad Esquirol: «Oggi — egli affermava — io lascio decidere allo stesso malato il tema del lavoro quotidiano e parto così, ogni volta, da quell'elemento superficiale che il suo inconscio gli presenta all'attenzione»<sup>16</sup>. La citazione ci sembra significativa, soprattutto se rapportata ad una affermazione preliminare, nella quale il fondatore della psicoanalisi ci avverte che «dopo la pubblicazione degli *Studien*, la tecnica psicoanalitica ha subito una trasformazione fondamentale. Prima, il lavoro partiva dai sintomi, e si proponeva di risolverli l'uno dopo l'altro». Nella fase precedente, aveva detto Freud all'inizio del suo testo, i critici obiettavano che «non dicevo nulla dei miei malati, oggi mi si rimprovererà di dir cose di cui si deve tacere»<sup>17</sup>. Dal Freud neurologo al Freud analista: dal segno al sintomo, dal sintomo al vissuto del paziente ed alla relazione interpersonale che l'emergere di tale vissuto è in grado di produrre; si ha quasi l'impressione che Freud, negli anni cruciali in cui prende corpo la sua dottrina, abbia già ripercorso a ritroso il cammino storico della patologia mentale, restituendo nuovo vigore e nuovo statuto scientifico ad una postura presente nella psichiatria delle origini, ma ben presto contraddetta dai suoi stessi protagonisti e severamente contestata dai successori. Penso soprattutto alla postura del giovane Esquirol, proiettata verso l'ascolto dei sintomi ed attenta al vissuto del paziente: propensa, quindi, ad una valorizzazione della relazione interpersonale tra il malato ed il suo terapeuta, considerata come base ineliminabile del trattamento morale. *Osservazione*, all'alba della psichiatria, vuoi dire anche *dialogo*<sup>18</sup>. Il potere dello sguardo ed il potere della parola si associano, all'interno dell'asilo, conferendo all'autorità del medico un nuovo prestigio: un prestigio che non si affida soltanto ad una «répression énergique»<sup>19</sup> ed al «grand

<sup>15</sup> Espressione di Kraepelin citata da R. Laing, *op. cit.*, p. 36.

<sup>16</sup> S. Freud, *Casi clinici*, prefazione di Cesare Musatti, Torino, Paolo Boringhieri, 1952, p. 30. I corsivi sono miei.

<sup>17</sup> *Ivi*, p. 25.

<sup>18</sup> Sotto questo profilo, la mia interpretazione si discosta da quella di M. Foucault (cfr. *op. cit.*, p. 555), che assegna allo sguardo un ruolo assolutamente egemone.

<sup>19</sup> P. Pinel, *Traité* cit., p. 58.

secret» di un «appareil imposant»<sup>20</sup>, ma anche ad uno scambio intersoggettivo e ad un dialogo, finalizzati, come diceva il giovane Esquirol, a produrre *scosse morali* ed a ridurre l'alienato «dans un état opposé et contraire à celui dans lequel il était avant de recourir à ce moyen»<sup>21</sup>. I pareri, i consigli, i ragionamenti, aggiunge Esquirol, sono certamente dei «moyens de guérison»: insufficienti, tuttavia, a scatenare quella dinamica emotiva e passionale senza la quale un ritorno alla salute si rivela impossibile. «On ne guérit point par de simples raisonnemens»: occorre «la force de conviction», e soprattutto la capacità di dare una *direzione* alle passioni dell'alienato<sup>22</sup>. Per riuscire in questo difficile compito terapeutico sarebbe necessario, secondo il grande allievo di Pinel, «se mettre en harmonie» con la matrice generativa di ogni delirio: con la sua «idée première» o «idéemère»<sup>23</sup>.

Mettersi in armonia con l'idea-madre del delirio, dunque: a questo ideale regolativo debbono tendere, congiuntamente, l'osservazione ed il dialogo. Lo vedremo anche più avanti: questa sorta di nucleo relazionale dell'alienista nascente verrà ben presto riarticolato e modificato dallo sviluppo del manicomio come grande ospedale pubblico. Qui la cura morale, prima terapia fondata soprattutto su una relazione interpersonale, diventerà ben presto un *traitement* garantito dall'istituzione. Se l'ideale terapeutico indicato da Esquirol nella sua *thèse* del 1805 era il risultato di una pratica clinica che si svolgeva all'interno di un piccolo ospedale — particolarmente favorevole, perciò, alla curvatura relazionale dell'intervento medico —, quello espresso nel 1818, in un importante *Mémoire* indirizzato al ministro dell'interno, era di segno diverso: in quell'occasione Esquirol, difensore del grande ospizio, affermerà, senza mezzi termini, che l'«hôpital d'aliénés est un instrument de guérison»<sup>24</sup>, negando al piccolo *établissement* il ruolo di laboratorio privilegiato che gli era stato riconosciuto nella *thèse*. La valorizzazione del nucleo relazionale presente nella *thèse* non deve però farci dimenticare — come è successo a qualche interprete — che già nell'opera del suo esordio Esquirol non smette mai di sottolineare sia l'utilità di un «appareil formida-

<sup>20</sup> *Ivi*, p. 26.

<sup>21</sup> Cito qui la *thèse* di Esquirol, che verrà analizzata in dettaglio nel prossimo capitolo. J.E.D. Esquirol, *Des passions*, Paris, Didot jeune, 1805, pp. 82-83.

<sup>22</sup> *Ivi*, p. 85.

<sup>23</sup> *Ivi*, p. 79.

<sup>24</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, Bruxelles, Meline, Caus et Compagnie, 1838, t. II, p. 144. Il *Mémoire* dal 1818 è diventato un capitolo della silloge del 1838 (cfr. pp. 134-150).

ble», capace di colpire l'immaginazione del malato, sia la necessità di una «fermeté imposante»<sup>25</sup>, concepita come forza di dissuasione e come condizione di possibilità dell'azione terapeutica. All'interno del perimetro manicomiale, l'ascolto del paziente si articola comunque su due livelli distinti e complementari, che definiscono quella che Foucault chiamava la percezione asilare della follia: l'osservazione e il dialogo, lo sguardo e il linguaggio. Solo la psicoanalisi riuscirà a dissociare questi due elementi, dando il primato al dialogo ed al linguaggio, finalmente liberi dalla tutela istituzionale che li aveva resi possibili.

Lo sguardo e la parola, entro le mura del manicomio nascente, compongono il profilo di una relazione impari ed asimmetrica tra il folle e l'alienista. Il fondamento ineliminabile di questo scambio ineguale è l'«appareil de force»<sup>26</sup>, garanzia e sostegno dell'autorità medica. Dimenticare o sopravvalutare questo fattore significa, rispettivamente, cadere nella trappola di un moralismo demonizzatore, oppure accettare il terreno di una storia apologetica, assetata di miti ed incline ad enfatizzare il ruolo salvifico dello psichiatra nella società contemporanea. In entrambi i casi, si finisce per indulgere ad una visione schematica e semplificata del processo storico, incapace, nel nostro caso, di cogliere la complessa articolazione tra teoria e prassi, tra la struttura di un sapere e le condizioni di possibilità del suo quotidiano funzionamento. Di più. Si finisce per misconoscere una caratteristica fondamentale della psichiatria: il fatto cioè che le pratiche ed i rapporti di potere da cui è scandita sono parte costitutiva dei suoi stessi paradigmi. È impossibile, in altri termini, un'analisi concettuale della psichiatria moderna che non sia, al tempo stesso, analisi delle istituzioni e dei differenti piani di vissuto da cui sono attraversate.

Entro il manicomio nascente, si diceva, lo sguardo e la parola — la parola del malato e quella del medico — rappresentano le componenti fondamentali dell'ascolto psichiatrico. La parola del folle, il modo in cui egli fa emergere i suoi deliri, durante le fasi salienti del processo morboso: da questo specifico livello — aveva proprio ragione Falret — prende le mosse il trattamento morale. L'azione del terapeuta è, per così dire, incatenata e vincolata sia ai sintomi che al

<sup>25</sup> J.E.D. Esquirol, *Des passions*, cit., p. 85. È già chiaro ora, e lo sarà ancor più nel prossimo capitolo, che su questo delicato problema la mia posizione è diversa da quella espressa da M. Gauchet e G. Swain in *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard, 1980.

<sup>26</sup> J.E.D. Esquirol, *Des passions*, cit., p. 53.

vissuto dalla malattia: si sviluppa, come diceva Falret, *sous la dictée des aliénés*. L'alienato *detta*, dunque, i temi del delirio e fissa le direttrici dello sguardo medico. La classificazione stessa, più che alle forme dei deliri, alle loro periodicità, alle loro concatenazioni, al loro sviluppo temporale, è imperniata sui contenuti, sui grandi temi che questi stessi deliri, nella loro fase acuta, fanno emergere. La categoria della *monomania*, creatura di Esquirol ed autentico epicentro della sua nosografia — fa emergere con chiarezza la vocazione fenomenologica dell'alienistica nascente<sup>27</sup>. Prima di soffermarci molto brevemente sulla grande classe delle monomanie, vedendola in relazione alle dinamiche dell'ascolto psichiatrico, è necessario conoscere nelle sue linee generali l'assetto complessivo della nosologia esquiroliana: una nosologia che non emerge da una trattazione sistematica, affidata ad un unico testo, ma che si snoda, non senza incertezze e contraddizioni, lungo numerosi contributi, scritti quasi tutti per il *Dictionnaire des sciences médicales* e trasformati poi, con ritocchi e con note aggiornate, in capitoli di un trattato, *Des maladies mentales*, pubblicato nel 1838. Il tessuto connettivo di quest'opera complessa e stratificata è rappresentato, come vedremo, da una certa maniera di ascoltare i sintomi e di rapportarsi quotidianamente al linguaggio ed al vissuto del malato. Come avevamo anticipato poc'anzi, dalla *thèse* alla silloge del '38 — cioè dall'esperienza del piccolo *établissement* a quella del grande ospedale pubblico — questa stessa maniera aveva subito qualche modificazione, sostanzialmente legata all'aumentato peso del fattore istituzionale all'interno del processo terapeutico. Nel trattato, in ogni caso — formato da capitoli scritti in epoca diversa, tra il 1810 ed il 1838 — lo sguardo, la parola e la terapia del clinico compongono un'insieme sufficientemente stabile ed omogeneo. L'attività clinica, di cui *Des maladies mentales* rappresenta la superficie visibile, è quella che si svolge, da un lato, nei grandi ospedali pubblici — la *Salpêtrière* a partire dal 1811, *Charenton* a partire dal 1825 — dall'altro lato, e contemporaneamente, nelle case di cura private: quella della rue de Buffon, nata nel 1802, e quella di Ivry, fondata nel 1827 e gestita con la collaborazione del nipote Jules Mitivié (1796-1871), anch'egli alienista. La stragrande maggioranza dei casi clinici raccontati da Esquirol, quando non poggia sul lavoro e sulla testimonianza di altri autori, classici o contemporanei, fa riferimento all'esperienza maturata nei grandi *asiles*, più che a quella re-

<sup>27</sup> Su questa vocazione fenomenologica della psichiatria nascente si veda il quinto e soprattutto l'ultimo capitolo.

lativa alla *maison de santé* privata, anche se più di una volta i dati relativi ai due diversi livelli istituzionali vengono confrontati tra di loro. L'analisi dei testi, in ogni caso, dimostra chiaramente che l'approccio clinico affermatosi nell'ospedale pubblico è assolutamente dominante e non trova nella pratica privata né smentite né correzioni.

L'osservazione e il dialogo — cioè l'intrecciarsi della parola alienata con la parola medica — compongono il quadro articolato di tale approccio, all'interno di due diverse e convergenti forme di inclusione che lo rendono possibile: *l'inclusione istituzionale*, fondamento e garanzia dell'autorità del medico, e *l'inclusione nosologica*, cioè la compatibilità — l'armonia ricercata e non sempre raggiunta — tra il dato empirico e una preesistente armatura categoriale.

*La médecine clinique* — l'opera pubblicata da Pinel nel 1802 e scritta con la collaborazione attiva e dichiarata di Esquirol<sup>28</sup> — mette in primo piano la centralità della nosologia e la sua derivazione diretta dai metodi classificatori della storia naturale classica. In entrambi gli ambiti, «oggetti sconosciuti» possono venir assegnati a un determinato quadro sulla base dell'individuazione di «caratteri» costanti, immediatamente percepibili attraverso un'osservazione diretta, dettagliata e comparativa<sup>29</sup>. La nosologia, in quanto medicina delle specie, costruita a partire da un modello botanico<sup>30</sup>, presupponeva uno sguardo sulla malattia estraneo ad ogni inclusione istituzionale; uno sguardo capace di percepirla come forma naturale e di coglierla perciò nella sua essenza e nella sua purezza, libera dall'effetto perturbatore di una medicina *agissante* e favorita, nelle sue manifestazioni e nei suoi decorsi, da una medicina *expectante*: medicina d'attesa, che sceglie il rispetto della natura alla violenza arbitraria esercitata sopra i suoi complicati e segreti meccanismi. L'opera del 1802, pubblicata proprio nell'anno in cui la Salpêtrière, già ospedale

<sup>28</sup> P. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*, Paris, Brosson, 1802. Già nell'introduzione, a p. xiv, Pinel mette in risalto la collaborazione di Esquirol alla stesura del libro. «Un de mes élèves —egli afferma— qui a singulièrement approfondi ma méthode (le cit. Esquirol), a été chargé, sous ma révision, de rédiger d'une manière uniforme, et d'après mes principes, tous les cas particuliers de clinique que je publie». La redazione dei casi è dunque affidata ad Esquirol. L'apprendistato decisivo di Esquirol si svolge proprio nell'ambito della medicina clinica, ancor prima che maturino le condizioni per un'esperienza psichiatrica di tipo manicomiale. Il che avverrà proprio a partire dal 1802 (si veda il quarto capitolo di questo libro).

<sup>29</sup> Cito dalla seconda edizione: P. Pinel, *La médecine clinique...*, Paris, Brosson, 1804, p. 324.

<sup>30</sup> Cfr. M. Foucault, *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1969, pp. 15-34, e F. Dagnon, *Il catalogo della vita*, Roma, Theoria, 1986, pp. 155-210.

generale, si trasforma in asilo dei folli, segna una svolta decisiva: il quadro naturale ed essenziale delle specie si complica in virtù di un procedimento di inclusione istituzionale delle patologie. Le malattie, prima osservate nel loro contesto sociale e familiare, si offrono allo sguardo del medico all'interno di un recinto ospedaliero che le moltiplica, le complica e le confonde<sup>31</sup>. Nessuna illusione. Il reticolato asilare intensifica le malattie nel momento stesso in cui le mette assieme, al fine di confrontarle, di dividerle e di isolarle. Già la medicina settecentesca aveva sviluppato un'attenta riflessione sul rapporto specifico tra le febbri ed il loro contenitore: la nave, la prigione, l'ospizio. C'è però, in Pinel, la nuova consapevolezza che l'influsso patogeno dell'istituzione è un fattore costante, che pesa omogeneamente su tutte le forme di malattia presenti e visibili. Se quindi lo sguardo clinico non può accedere *all'espèce* nella sua purezza, può tuttavia metterla a fuoco come entità patologica, influenzata in maniera uniforme dagli spazi che la delimitano e la includono. È proprio sottolineando l'uniformità di tale influenza che Pinel assegna alla medicina clinica ed ai suoi futuri sviluppi un significativo livello di «esattezza» e di *previsione*, sul quale, non a caso, egli insiste già nelle pagine che introducono l'opera del 1802. Se è vero, come si diceva, che l'ospedalizzazione moltiplica, complica e confonde la malattia, è altrettanto vero che essa la sottrae a condizionamenti di carattere ambientale, che ne strutturano ed alterano sia la fisionomia che il decorso. La variabilità, strettamente connessa a *luoghi d'origine, clima, stagioni, modo di vivere e affezioni morali*<sup>32</sup>, viene in un certo senso addomesticata ed attutita: in effetti, grazie ad un procedimento di inclusione istituzionale, tutti questi fattori vengono estromessi dal quadro attuale della malattia e spostati sul versante dell'anamnesi; *l'attualità* di una malattia diventa *storia*, nel preciso momento in cui l'ospedale funziona come orizzonte esclusivo della sua visibilità: luogo strategico, in cui essa diventa osservabile, confrontabile, classificabile ed eventualmente curabile. La clinica, capace di utilizzare, fin dalle sue origini, gli apporti della classificazione, diventa così condizione di possibilità di una ristrutturazione e di un rilancio della nosologia classica. Attività classificatoria ed approccio clinico, agli inizi del secolo scorso, diventano momenti complementari e correlati.

<sup>31</sup> P. Pinel, *op. cit.*, pp. 354-355.

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 351.

Partendo da queste premesse, si tratterà ora di verificare quali sono le strutture categoriali mobilitate da Esquirol per fornire a tale correlazione un quadro di intelligibilità ed un riferimento concettuale relativamente stabile.

### 3. *Vecchie e nuove categorie*

A differenza del suo maestro, che vede *nell'idiozia* e nella *demenza* solo due diversi gradi di alterazione dell'intelligenza<sup>33</sup>, Esquirol stabilisce tra le due categorie nosografiche una netta distinzione, cercando di superare la «grande confusione» che aveva caratterizzato gli autori settecenteschi, da Linneo a Sauvages, da Cullen allo stesso Pinel<sup>34</sup>.

L'idiozia, per Esquirol, non è una malattia: è uno stato nel quale le facoltà intellettuali non si sono mai manifestate<sup>35</sup>; idioti non si diventa, secondo il medico di Tolosa, poiché l'idiozia comincia con la vita stessa, e dipende quasi sempre da *vizi di conformazione* del cervello, visibili, dopo la morte, all'«ouverture du crâne»<sup>36</sup>. Dementi, al contrario, si diventa, di solito durante il periodo puberale. Se l'idiozia è incurabile, la demenza, in alcuni casi — cioè nella sua forma acuta<sup>37</sup> — è curabile. L'uomo, al contrario, «a toujours été dans l'infortune et dans la misère». A conforto di questa distinzione, Esquirol invoca i risultati dei referti autoptici, che rivelano sempre, nel cervello dei dementi, *lesioni accidentali* e non vizi di conformazione<sup>38</sup>. «L'uomo in stato di demenza mostra, nella sua organizzazione ed anche nella sua intelligenza, qualcosa della sua perfezione passata; l'idioti è ciò che è sempre stato, è tutto ciò che può essere relativamente alla sua organizzazione primitiva»<sup>39</sup>.

Condizione limite, quella dell'idioti: al di qua dell'umano, e soprattutto al di sotto di una soglia minima di comunicazione possibile, proprio in quanto essere totalmente o quasi totalmente privo di parola. Non si creda che questa conclusione sia scontata, oppure priva di ostacoli e di problemi: non a caso, tra le varie categorie noso-

<sup>33</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 76.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

<sup>37</sup> Sulla demenza *ivi*, pp. 44-75.

<sup>38</sup> *Ivi*, p. 77.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

grafiche, l'idiozia è quella che occupa, in *Des maladies mentales*, il maggior numero di pagine. L'autore vuole appunto *dimostrare* l'incurabilità dell'idiota, attraverso una nutrita serie di casi clinici, dai quali si capisce chiaramente che alla Salpêtrière si tentò più volte, senza apprezzabili risultati, di applicare agli idioti qualche forma di trattamento morale. In questi tentativi, Esquirol venne coadiuvato da collaboratori ed allievi come il nipote Jules Mitivié, François Leuret, che diverrà poi famoso per il suo libro sul trattamento morale, ed Etienne Pariset, cristiano e antimaterialista, molto attento ai problemi di polizia sanitaria e di medicina legale, segretario perpetuo, dopo la morte del suo maestro, dell'Académie royale de Médecine. Mitivié, Pariset e Leuret furono presenti quando, nell'agosto del 1833, il già famoso compositore Franz Liszt, allora ventiduenne, venne invitato alla Salpêtrière per sperimentare gli effetti del suo virtuosismo pianistico su una paziente idiota di 52 anni, che aveva dimostrato una notevole predisposizione per la musica. Liszt, in quegli anni, viveva a Parigi: era conteso dai salotti più in vista della capitale, in virtù delle sue doti di fantasioso improvvisatore e di giocoliere della tastiera, oltre che per le sue grandi capacità di utilizzare il pianoforte come luogo di manifestazione diretta delle passioni e dei sentimenti<sup>40</sup>. Liszt era dunque l'artista più indicato per verificare l'efficacia terapeutica della musica e la sua possibile appartenenza alle risorse del trattamento morale. Come sappiamo dallo stesso Esquirol, Liszt venne invitato alla Salpêtrière da François Leuret, cioè da uno degli alienisti dell'epoca che si era battuto con maggior convinzione — e con un atteggiamento critico verso lo scetticismo del suo maestro — per introdurre la musicoterapia all'interno dei grandi ospizi. La strategia curativa di Leuret puntava sul coinvolgimento attivo dell'alienato: «Entendre de la musique serait peut-être sans efficacité; mais *en faire*, prêter son attention à ce qu'on exécute, c'est là une diversion dont l'efficacité est incontestable»<sup>41</sup>. Già a partire dal 1824, Esquirol aveva sperimentato su larga scala gli effetti terapeutici della musica indirizzandosi, oltre che al singolo paziente, anche alla massa degli alienati. A tale scopo, aveva invitato frequentemente alla Salpêtrière musicisti della capitale, accompagnati da

<sup>40</sup> Sul soggiorno di Liszt a Parigi, tra il 1830 e il 1838, cfr. R. Dalmondo, *Franz Liszt*, Milano, Feltrinelli, 1983, pp. 22-43.

<sup>41</sup> F. Leuret, *Du traitement moral de la folie*, Paris, J.B. Baillière, 1840, pp. 304-305. Il corsivo è mio. Sull'«influence de la musique», cfr. pp. 298-306 (qui vengono raccontati, con ampie citazioni tratte da *Des maladies mentales*, gli esperimenti di Esquirol a cui mi riferisco nel testo).

qualche loro allievo del conservatorio: in questi piccoli concerti, che si svolgevano la domenica, venivano impiegati strumenti a fiato, l'arpa, il piano, il violino, spesso accompagnati da qualche esibizione vocale. Circa ottanta alienate formavano il pubblico di queste esecuzioni, alle quali presenziavano lo stesso Esquirol e un suo assistente, il dottor Chambeyron, mentre gli estranei venivano rigorosamente esclusi. L'insuccesso di tali tentativi, secondo Leuret, dipese dalla posizione passiva delle alienate durante le esecuzioni. «La musique et la folie — egli afferma — peuvent longtemps marcher ensemble sans que l'une nuise à l'autre. Mais si, au contraire, il s'agit d'un aliéné triste, bien apathique, la musique, *s'il en fait*, sera en quelque sorte le contrepoison de ses idées folles, il y aura lutte, et, si la musique l'emporte, les idées folles seront repoussées et vaincues»<sup>42</sup>.

Occorre insomma *fare musica*; non è sufficiente ascoltarla. Le possibilità di un successo terapeutico sono tutte affidate a questa complementarità tra l'esecuzione e l'ascolto. Solo così la musica può inserirsi in quella logica dell'antagonismo tra passioni diverse e contrastanti, che rappresenta uno dei nuclei costitutivi del trattamento morale. Leuret invita dunque Listz alla Salpêtrière per mettere alla prova il suo nuovo punto di vista sulla musicoterapia. Quéneau, la paziente in stato di idiozia che era stata l'oggetto dell'esperimento, non guarì né diede poi, dopo la «cura», segni di miglioramento. È forse questa la ragione per cui Leuret, nella sua opera del 1840, non menzionò questo caso. Preferì citare altri esempi, favorevoli alla sua teoria: quello, ad esempio, di Nicolas Louis P., la cui guarigione «est due certainement à ce qu'il a fait de la musique»<sup>43</sup>. Esquirol, al contrario, che non crede nella musicoterapia e che vede negli idioti dei soggetti incurabili, ha tutto l'interesse a raccontare nei dettagli il caso di Quéneau. Vale la pena citare per esteso il resoconto di questa sperimentazione terapeutica, anche al fine di mettere meglio a fuoco il particolare statuto del concetto di idiozia all'interno della nosologia esquiroliana.

Quéneau è entrata alla Salpêtrière nel 1781 all'età di 10 anni. Era di buona costituzione e di mediocre grassezza; aveva la faccia più sviluppata del cranio. La parte superiore della testa era depressa, l'occipitale piccolo, la fronte schiacciata e sfuggente all'indietro [...]. La fisionomia è stupida ed

<sup>42</sup> *Ivi*, p. 304. Il corsivo è mio.

<sup>43</sup> *Ivi*, p. 297. Il silenzio su Quéneau è significativo, soprattutto se si tiene presente che sull'*Histoire phrénologique de Quéneau* Leuret aveva scritto un resoconto per la «Gazette médicale de Paris» nel 1836.

esprime assai bene la sua predisposizione all'accattonaggio. Sta sempre all'aperto, qualunque sia il tempo; tende la mano a tutti per avere qualche moneta con cui comprare del cibo. Essa ha infatti un grande appetito. Bisogna vestirla; quando cerca di parlare, fa sentire un grido rauco oppure una sorta di grugnito articolato ed intermittente che ripete finché non è stata capita. Capisce dai gesti ciò che le si vuole dire, a patto che non ci si allontani dai bisogni più elementari della vita. È riconoscente nei confronti della inserviente che la accudisce, oppure nei confronti delle persone da cui riceve danaro o cibo. Esprime la sua riconoscenza baciandosi le dita e sollevando gli occhi al cielo. Se le si rivolge la parola lentamente e ad alta voce capisce. Di solito dolce, va in collera quando non può soddisfare la sua ghiottoneria: si strappa allora le vesti, all'infuori della camicia, che tiene addosso per pudore, avendo cura di coprirsi il seno con le mani. Non ha mai potuto apprendere alcun mestiere.

Questa imbecille è tuttavia musicista. Se vede danzare, salta a tempo; se sente cantare, ripete con una voce rauca non le parole, ma le arie; ne conosce un gran numero. Un allievo della Salpêtrière suona il violino: Quéneau segue l'aria e con una attenzione curiosa cerca il luogo da cui proviene, e si avvicina a poco a poco al musicista. Guerry improvvisa un'aria: Quéneau la segue, la tiene a mente e la ripete su richiesta. Guerry comincia un'aria e Quéneau la prosegue fino alla fine. Desprès, allievo interno dell'ospizio, canta un'aria complicata: Quéneau raddoppia l'attenzione, fissa gli occhi sull'allievo, contrae i lineamenti e riesce a mettersi all'unisono con il cantante. Dei frutti che le piacciono sono messi alla sua portata, ed essa manifesta con sguardi e con gesti il desiderio di prenderli; ma nel momento in cui è pronta a impadronirsene, Desprès batte il tempo e canta: subito Quéneau batte il tempo e abbandona i frutti, che afferra con avidità non appena il canto è cessato. Viene suonato il flauto, Quéneau è tutta orecchi. Attenta, ripete le arie eseguite. Il 25 agosto del 1833, il signor Liszt, su invito di Leuret, accettò volentieri di presentarsi alle esperienze seguenti, che furono fatte, presente il dottor Mitivié, nel gabinetto di Pariset, medico della divisione degli alienati della Salpêtrière. Liszt improvvisa parecchie arie: Quéneau le afferra, ma provando difficoltà a ripeterle, poiché la sua voce non può elevarsi al tono sul quale ha cantato il celebre musicista, i suoi tratti esprimono lo sforzo della contrarietà. Liszt suona il piano; Quéneau è immobile, gli occhi attenti sulle dita del grande artista, oppure entra in una sorta di movimento convulsivo, si torce in diverse direzioni, si morde i pugni, batte il piede, leva gli occhi al cielo, e fa degli sforzi per mettersi all'unisono. Il passaggio dai suoni gravi ai suoni acuti provoca un'improvvisa contrazione di tutti i muscoli di Quéneau, come se fosse stata colpita da una scarica elettrica. Quest'ultima esperienza, ripetuta più di venti volte, ha sempre avuto lo stesso risultato. Il dottor Leuret trascina Quéneau fuori dal gabinetto e le mostra delle albicocche. Subito Liszt suona il piano. Quéneau si volta vivacemente e, per tutto il tempo in cui lo strumento si fa sentire, il suo sguardo è fisso sul musicista, e ritorna alle albicocche appena la musica è finita.

Malgrado questa singolare capacità musicale, il cranio di Quéneau non presenta affatto il rigonfiamento che Gall ha segnalato come indicatore dell'organo della musica [...]. Il 15 gennaio del 1837, Quéneau, all'età di 66 anni, è deceduta a causa di una polmonite acuta<sup>44</sup>.

Esquirol è dunque convinto che l'idiota sia un soggetto incurabile ed irrecuperabile al normale circuito della comunicazione intersoggettiva; la sua «organizzazione primitiva» è priva di sviluppi possibili: struttura senza tempo, estranea al commercio terapeutico, essa si colloca ai margini estremi della nosologia, in un paesaggio desolato, povero se non vuoto di parole, popolato da gesti, da grugniti, da fonemi senza senso, da «frasi molto corte», prive di un contesto discorsivo, da «parole» in libertà, da «monosillabi» e da «grida»<sup>45</sup>. Se il silenzio ostinato del malinconico è l'esito di un processo morboso che porta un soggetto a rifiutare la parola — a smarrire l'uso di uno strumento un tempo posseduto ed utilizzato — l'afasia dell'idiota è qualcosa di più: è assenza di parola, è vita che si svolge al di qua del *logos*. Non è malattia — «l'idiotie n'est pas une maladie»<sup>46</sup>, dice infatti Esquirol —: è piuttosto stadio primitivo dell'organizzazione, condizione di solitudine «d'un homme qui, privé de raison, est seul isolé en quelque sorte du reste de la nature»<sup>47</sup>. È perciò una dimensione inaccessibile, segnata da un'alterità radicale e definitiva. Nella storia di Quéneau, tuttavia, non mancano le contraddizioni. Capisce dai gesti, racconta Esquirol, ciò che le si dice. Poco dopo, però, aggiunge che capisce anche quando le si rivolge la parola lentamente e ad alta voce. Vedremo tra breve come nel definire l'incurabilità dell'idiota la questione del linguaggio rivesta un'importanza capitale, molto probabilmente decisiva. E proprio su questo argomento cruciale, in ogni caso, che Esquirol si contraddice. Non si può dire che la capacità di comprensione di Quéneau sia del tutto azzerata. Anche la sua emotività, per quanto rudimentale, mostra ancora qualche segno di vita. Quasi all'insaputa dell'autore, il *récit* stabilisce tra i due livelli — la comprensione e le emozioni — delle corrispondenze che meriterebbero ben altra attenzione. Il sentimento di riconoscen-

<sup>44</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, pp. 86-87. Cito la traduzione di Francesco Fonte-Basso, che si trova nell'appendice di tavole e testi a J.E.D. Esquirol, *Delle passioni*, a cura di M. Galzigna, Venezia, Marsilio, 1982, pp. 192-193. Integro questa traduzione con la versione — assente nell'edizione veneziana della *thèse* — della prima parte del resoconto, che si trova a p. 86 del testo originale. Non ho tradotto la tabella con le misure del cranio.

<sup>45</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 104.

<sup>46</sup> *Ivi*, p. 76.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

za verso l'inserviente che la accudisce, presuppone nella paziente, quantomeno, un certo grado di discernimento dei comportamenti di chi le sta vicino. La sua stessa abilità musicale fa emergere delle doti di coordinamento tra suoni e movimenti corporei, alle quali l'alienista non attribuisce alcuna importanza. L'assenza di facoltà intellettuali, dedotta dalla mancanza di una capacità discorsiva, rende Esquirol meno attento all'insieme dei sintomi ed alle loro eventuali correlazioni. Non tutti gli alienisti, all'epoca di Esquirol, e persino all'interno della Salpêtrière, erano schierati su queste posizioni. La sezione degli idioti di questo grande asilo venne affidata, nel 1821, al giovane Jean Pierre Falret, allora ventisettenne, che aveva già lavorato alle dipendenze di Esquirol nella Maison de Santé della rue de Buffon<sup>48</sup>. A differenza dal suo maestro, il giovane alienista, dopo aver attraversato una fase anatomo-clinica, è più attento agli aspetti psicologici dell'idiozia, soprattutto grazie all'influsso della scuola scozzese: oggetto, in quegli stessi anni, dei corsi di filosofia tenuti alla Sorbona da Victor Cousin, allievo di Biran e caposcuola dell'eclettismo spiritualista francese<sup>49</sup>. Falret vede nell'idiozia anche un deficit delle *facoltà morali*, oltre che un'assenza di facoltà intellettuali: la studia nelle sue fasi evolutive, mostrando, già agli esordi della carriera, quell'attenzione alla «marche de la maladie» ed alle sue manifestazioni indirette, non solo verbali, che lo porterà alla scoperta della *follia circolare*. La strada verso un tentativo di recupero dei ritardati mentali, e soprattutto dei bambini idioti, era così aperta. Sarà Félix Voisin, uno degli allievi prediletti di Esquirol, a percorrerla con maggior radicalità. Nel 1834 fonda infatti, assieme all'amico Jean Pierre Falret, una *scuola ortofrenica*: esperienza che verrà assorbita 2 anni dopo dal servizio dei bambini idioti ed epilettici diretto dallo stesso Voisin all'ospizio di Bicêtre. La prospettiva esquiroliana subisce qui un ribaltamento significativo. L'attenzione ai percorsi evolutivi della follia sposta lo sguardo dello psichiatra al passato remoto della malattia, e quindi all'infanzia del suo paziente; «dans l'enfance, point de passions, point d'aliénés», aveva sentenziato Esquirol già nella sua *thèse*<sup>50</sup>: un punto di vista che impediva all'alie-

<sup>48</sup> AA.VV., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, cit.: cfr., qui, l'intervento di T. Gineste, *Naissance de la psychiatrie infantile (destins de l'idiotie, origine des psychoses)*, pp. 499-516. Per le notizie biografiche su Falret cfr. pp. 622-623. Su J.P. Falret cfr. anche P. Bercherie, *op. cit.*, pp. 80-91.

<sup>49</sup> Per questa congiuntura, rinvio al terzo paragrafo del capitolo conclusivo di questo libro.

<sup>50</sup> J.E.D. Esquirol, *Des passions*, cit., p. 16.

nista di Tolosa uno sguardo critico sulle relazioni affettive interne al nucleo familiare; un punto di vista, come avevamo già osservato in precedenza, che vede nell'odio verso i congiunti — sintomo comune a moltissimi malati — solo una manifestazione diretta ed eminente dello stato di follia: mai, invece, una traccia significativa di disturbi emotivi che hanno caratterizzato l'esperienza familiare del soggetto internato all'epoca della sua infanzia. Introdurre la storicità nell'assetto rigido ed atemporale della nosografia, implica dunque uno spostamento epistemologico di grande portata: significa rendere possibile il passaggio da un impianto fenomenologico ad una prospettiva genetica, che mette in gioco l'intera storia personale del paziente e non soltanto i suoi tratti terminali, osservabili all'interno del manicomio. Solo in questo contesto diventa comprensibile la posizione di Voisin nei confronti dell'idiozia. Afferma infatti l'allievo di Esquirol, nel suo progetto di istituto ortofrenico presentato nel 1834: «Ecco su cosa io fonda in parte l'utilità del mio istituto: è che dall'idiota situato nel punto più basso della scala fino all'uomo ordinario, c'è una folla di gradi intermedi; è che *l'idiotismo è raramente completo*; che in un individuo disgraziato per natura, i caratteri dell'umanità non sono tutti cancellati; è che *c'è della stoffa e della materia in lui*; è che *c'è dell'intelligenza e dell'anima*; è che *è educabile*»<sup>51</sup>.

È proprio questa stoffa, questa materia, quest'anima ciò che Esquirol non riusciva a vedere nei suoi idioti. *La loro educabilità*, afferma infatti nel lungo capitolo dedicato al problema, *è tutta d'imitazione, ed è esclusivamente limitata ai primi bisogni della vita istintiva; non è perciò un segno sufficiente, checché ne dica Voisin, per caratterizzare le principali varietà dell'idiozia*<sup>52</sup>.

Descriverne le differenti configurazioni significa, per Esquirol, puntare all'analisi delle capacità linguistiche del ritardato mentale, più che allo studio clinico della sua storia individuale e dei suoi comportamenti non verbali. Nel passo appena citato, dopo aver preso le distanze dall'allievo, il *maître* distingue tre gradi dell'idiozia: il primo

<sup>51</sup> Il brano è citato da G. Swain, *Ciechi, sordomuti, idioti, folli: il trattamento morale e gli inferni della comunicazione*, in: M. Galzigna (a cura di), *La follia, la norma, l'archivio*, Venezia, Marsilio, 1984, p. 131. Per saperne di più, cfr. F. Voisin, *Application de la physiologie du cerveau à l'étude des enfants qui nécessitent une éducation spéciale*, Paris 1830. L'opera è citata, in termini critici, da J.E.D. Esquirol (*Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 104). Si veda anche l'opera successiva: F. Voisin, *De l'idiotie chez les enfants ou classification et traitement de l'idiotie*, Paris 1843. I corsivi, nel brano di Voisin citato nel testo, sono miei.

<sup>52</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 104. Ho tradotto quasi alla lettera il passo di Esquirol; al nome di Voisin corrisponde, a piè di pagina, l'esatta citazione dell'opera scritta dallo stesso Voisin nel 1830, che ho menzionato nella nota precedente.

è caratterizzato dalla presenza di semplici parole, o di frasi molto corte; il secondo da monosillabi, o da grida; il terzo dalla totale assenza di parole. Anche in questo caso, l'andamento superficiale e contraddittorio dell'argomentazione appare evidente: la parola isolata e la frase denotano due diversi livelli di capacità logico-linguistica. Il grido, a sua volta, indebitamente affiancato alla produzione di monosillabi, richiederebbe un lavoro interpretativo che lo riconduca alle condizioni emotive ed affettive del paziente, più che allo stato delle sue facoltà intellettuali.

Tra l'approccio di Esquirol e quello di un Falret, di un Voisin, non c'è soltanto la distanza che separa uno sguardo clinico ancora grezzo da una semeiotica più progredita e più sofisticata. C'è qualcosa di più, e di diverso. C'è una differente relazione con la parola del soggetto internato. La classificazione e la terapia, per il maestro, dipendono strettamente da questa *parola* e dal *dialogo* che essa rende possibile. Per gli allievi, questa stessa parola non è che un sintomo, che si affianca ad altri *sintomi* di diversa natura, ma anche ad un insieme di *segni* e di manifestazioni indirette di una determinata costellazione morbosa. Più volte Esquirol, in *Des maladies mentales*, descrive in forma dettagliata i comportamenti non-verbali dei suoi pazienti e le manifestazioni indirette dell'idiozia o di qualche altra condizione patologica: si ha tuttavia la netta impressione che il punto focale dei suoi ritratti — l'epicentro del suo resoconto clinico — sia rappresentato dalla parola dell'alienato e dall'eventuale dialogo terapeutico che essa rende possibile. Consideriamo, ad esempio, il caso che chiude il lungo capitolo sull'idiozia. Audry, giovane idiota ventitreenne, tabagista, onanista sfrenata, priva di ogni «sentiment de pudeur»<sup>53</sup>, dopo sei anni di permanenza nell'asilo mostra «quelques progrès». I suoi miglioramenti, tuttavia, riguardano solo la sfera del comportamento e non incidono minimamente sull'atteggiamento dell'alienista e sulla sua iniziativa terapeutica. «Elle sait avertir par signes qu'on ne lui a pas servi ses aliments, elle souffre des vêtements, aide à ce qu'on l'habille, elle met elle-même un bonnet sur sa tête, elle va prendre la même chaise qui est percée, la traîne à la même place, pose dessous un vase de nuit, et s'accroupit sur le siège»<sup>54</sup>. Il lettore si aspetterebbe, dopo questa descrizione, qualche nuova mossa dell'alienista, sullo specifico terreno del *traitement moral*. Si trova invece di fronte ad una scarna notizia, di poche righe,

<sup>53</sup> *Ivi*, p. 132.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

dalla quale viene a sapere che Audry, colpita da vaiolo, morì poco tempo dopo. La parte iniziale del racconto è in realtà quella decisiva: quando cioè Esquirol, dopo aver descritto l'aspetto fisico della paziente, si sofferma sulle sue manifestazioni verbali: «Non solo essa non parla, ma non pronuncia che la sillaba seguente, che ripete senza posa e con maggior vivacità quando qualcosa la impressiona in maniera gradevole o penosa: *brou, brou* è il suo unico linguaggio, che mormora quasi continuamente, il che ha fatto sì che nell'ospizio tutti la chiamano con il nome di *Bourdon*»<sup>55</sup>.

Rispetto a Pinel, come si diceva, troviamo in *Des maladies mentales* una distinzione più precisa tra demenza e idiotismo, ed al tempo stesso una fuoriuscita di quest'ultimo dal quadro delle patologie mentali. L'idiotismo congenito non è, appunto, malattia. È stato di mancanza e di privazione. Il *Traité* lo colloca invece tra le varie *espèces* di alienazione. Non solo. Pur assegnandolo in maniera pressoché esclusiva al territorio minato dell'incurabilità, lo vede anche come «espèce», che può subire, nel tempo, «une sorte de transformation», grazie alla quale il paziente, passando attraverso «un accès passager de manie», riesce a ritrovare «entièrement l'usage de la raison»<sup>56</sup>. Più volte Pinel, nel suo trattato, ribadisce la possibilità che l'idiotia guarisca proprio in virtù di un accesso di mania, provocato da una *rivoluzione interna e spontanea*<sup>57</sup>: una sorta di *reazione interna*<sup>58</sup>, che lo spinge a delirare attorno a determinati oggetti e che talora può

<sup>55</sup> *Ivi*, p. 131. La traduzione è mia. Le sottolineature appartengono al testo originale. Sottile ed emblematico, qui, il gioco linguistico. L'identità della paziente coincide con il frammento di linguaggio che essa riesce ad esprimere. Sembra quasi che tale frammento fornisca al soprannome la sua materia prima. *Brou* diventa *Bour*. *Bourdon* vuoi dire calabrone, oppure tono che serve da basso continuo d'accompagnamento in certi strumenti musicali; *bourdon* è anche parola che appartiene al linguaggio tipografico, e sta ad indicare l'errore del compositore che ha saltato uno o più parole del testo originale. Tutti e tre i significati sono in qualche modo rapportabili alla situazione: qualora significhi calabrone, il termine potrebbe rinviare ad un'espressione del linguaggio familiare, *avoir le bourdon*, che vuoi dire esser malinconici, esser tristi, esser giù di corda (espressione sinonimica di *avoir le cafard*; *cafard* è lo scarafaggio); qualora significhi basso continuo d'accompagnamento, il termine starebbe ad indicare il comportamento verbale dell'idiotia, che emette senza posa e con monotonia la sua sillaba priva di senso; in quanto termine tipografico, *bourdon* potrebbe alludere alla parola monca ed incompleta del soggetto internato, dalla quale sono assenti alcuni degli elementi — in questo caso le lettere — che la compongono. Molto interessante l'annotazione psico-linguistica di Esquirol sul rapporto tra l'intensità del suono sillabico e la qualità degli stimoli ambientali a cui esso reagisce e corrisponde. L'opacità semantica della sillaba costringe l'alienista ad abbandonare ogni riferimento ai contenuti, privilegiando il rapporto tra l'emissione sonora ed altre variabili di contesto che l'accompagnano.

<sup>56</sup> P. Pinel, *op. cit.*, p. 175.

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 40.

<sup>58</sup> *Ivi*, p. 170.

essere direttamente indotta dall'intervento attivo del terapeuta<sup>59</sup>. Esquirol, negando all'idiozia congenita questa possibilità di guarigione, la ammette invece nei casi di *demenza acuta*: una malattia talvolta curabile — diversamente dalla *demenza cronica* e dalla *demenza senile* —, soprattutto quando si risolve, dietro la spinta dell'azione terapeutica, in delirio maniaco. Qui il discepolo tende a differenziarsi dal maestro, dando grande risalto all'eventualità che lo sfociare della demenza in una «esplosione di mania acuta» possa rappresentare il risultato *dell'arte*, piuttosto che la conseguenza di un decorso naturale e spontaneo. Si chiede infatti, dopo aver raccontato un caso clinico: «Ce que la nature avait fait pour la malade dont parle ce célèbre maître — cioè Pinel — l'art l'a-t-il produit dans l'observation que je viens de rapporter?»<sup>60</sup> Non si tratta solo di una domanda retorica. La formula interrogativa è in realtà una cautela d'obbligo per un tipo d'alienazione che solo in alcuni casi si conclude con la guarigione. Le osservazioni svolte da Esquirol attorno alla demenza rivestono comunque, sotto il profilo epistemologico, un'importanza enorme, finora del tutto trascurata in sede storiografica.

La demenza rappresenta, in molti casi, uno stadio terminale della mania, della monomania o della lipemania: tre momenti essenziali, come vedremo, della nosografia esquiroliana. Al tempo stesso, con maggior frequenza rispetto a tutte le altre forme di alienazione, essa sfocia in una paralisi, che si sviluppa parallelamente ad un processo di indebolimento dell'intelligenza. Tale paralisi *est d'abord partielle, puis elle envahit un plus grand nombre de muscles, et devient générale. Elle a une marche incessante: elle va toujours en augmentant, tandis que l'intelligence s'affaiblit*<sup>61</sup>. La paralisi generale in quanto *complicazione* della demenza — che ad essa si somma ma non si integra — rimarrà un'acquisizione di tutta la psichiatria europea, perlomeno fino agli anni cinquanta del secolo scorso. Nel periodo successivo, in armonia con la precedente scoperta *dell'aracnide cronica* (demenza paralitica) di Bayle, che risale al 1822, paralisi e demenza formeranno un'unica entità nosografica, mettendo così radicalmente in crisi le concezioni di Pinel e di Esquirol, per i quali la follia era soprattutto una *malattia morale*. Negli anni venti del secolo scorso la posizione

<sup>59</sup> P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition, Paris, Brosson, 1809, p. 192.

<sup>60</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, pp. 64-65. Si veda tutto il capitolo *De la démence*, pp. 44-75.

<sup>61</sup> *Ivi*, p. 67. Il corsivo è mio.

di Bayle era assolutamente minoritaria e del tutto inconciliabile con il paradigma dominante dall'alienistica nascente. Per *salvare* il primato delle cause morali della follia, Esquirol era costretto a rileggere, se non ad ignorare, il lavoro e la scoperta di Antoine Laurent Bayle, adottando uno schema interpretativo di carattere marcatamente dualista; la demenza è *un genre d'aliénation mentale très-distinct*<sup>62</sup>, che a volte *si complica* con la paralisi, senza mai confondersi con essa<sup>63</sup>. Il mantenimento di una prospettiva dualistica, pur innalzando un rigido steccato nei confronti del nascente organicismo e dei suoi futuri e più gloriosi sviluppi, apre ad Esquirol nuove possibilità teoriche, che soltanto le generazioni successive saranno in grado di sfruttare pienamente. Considerare la demenza un esito di alcune forme già note di alienazione, oppure una premessa possibile della paralisi generale, significa necessariamente introdurre nell'assetto epistemologico della nosologia una nozione più o meno esplicita di *decorso temporale* della malattia. Di più: significa anche vedere la singola malattia — il singolo comparto nosografico — come tassello di un *quadro clinico* più ampio, che comprende differenti stati patologici, collegati tra loro da un rapporto contingente ma prevedibile. La paralisi, ad esempio, è una complicazione prevedibile della demenza. Di fatto, però, essa compare come sintomo — secondo i dati

<sup>62</sup> *Ivi*, p. 50. Il corsivo è mio.

<sup>63</sup> Cfr. *Ivi*, p. 66: qui Esquirol sostiene che le «variétés compliquées» della demenza — complicate soprattutto da convulsioni e lesioni motorie («lésions du mouvement») come la paralisi — sono del tutto incurabili. In nota cita il lavoro di Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*, Paris 1826), al quale va associato quello di un altro suo allievo, Delaye (*Sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, Paris 1824). Entrambi questi autori, seguendo il loro maestro, adottano un punto di vista dualista, secondo il quale, appunto, nel demente paralitico ci sono sommate due malattie distinte, la demenza e la paralisi, figurando quest'ultima come una delle complicazioni possibili della prima (accanto, alla tisi polmonare ed allo scorbuto). Fu Antoine Laurent Bayle colui che concepì per primo la demenza paralitica come affezione unica e distinta dalle altre: una sorta di prototipo dell'alienazione mentale di carattere organico — definita dall'autore *aracnite cronica* — che si manifesta, sul terreno sintomatologico, come megalomania, delirio di grandezza, monomania ambiziosa (cfr. A.L. Bayle, *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, Paris 1825). È l'atto di nascita della neuropsichiatria e, più in generale, di una vera e propria psichiatria organicistica, che prenderà piede nella seconda metà del secolo: quando cioè la *meningo-encefalite*-, scoperta da Bayle già nella sua *thèse* del 1822, verrà definita, da Jean Fournier, come malattia organica di origine sifilitica. La malattia neuropsichiatrica scoperta da Bayle implicava, in quanto forma paradigmatica della malattia mentale, la liquidazione della follia intesa, secondo il dettato di Pinel e di Esquirol, come *malattia morale*. È un caso classico, questo, per lo storico delle scienze: una determinata scoperta si iscrive in un paradigma accettato da tutta, o quasi, la comunità scientifica, solo dopo circa mezzo secolo dalla sua prima formulazione. Cfr. J. Postel, *Laparalysie generale*, in: AA.VV., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, cit., pp. 322-333. Sulla «découverte» di Bayle, cfr. P. Bercherie, *Les fondements de la clinique*, cit., pp. 71-79, e anche G. Lantéri-Laura, *Psychiatrie et connaissance*, Paris, Sciences en Situation, 1991, pp. 61-63.

di Esquirol — soltanto in «plus de la moitié»<sup>64</sup> dei casi considerati. All'inverso, su 235 dementi, solo 33 erano stati maniaci o monomaniaci. Si può insomma prevedere *quale* può essere la trama degli sviluppi e delle concatenazioni. Non si può sapere in anticipo, se non con grande approssimazione, *quando* tale trama fa la sua comparsa: quando, cioè, la mania e la monomania sfociano nella demenza; quando la demenza acuta, passando attraverso un'esplosione maniacale, giunge a gaurigione; quando, infine, la demenza cronica ed incurabile viene complicata dalla paralisi. Anche se i singoli stati patologici che compongono il quadro clinico vengono considerati distinti ed autonomi — distribuiti all'interno di una sequenza prevedibile ma non necessaria — la loro relazione non è del tutto casuale e la differenza che li separa non rappresenta più una barriera insormontabile. È il *tempo* l'operatore interno e visibile di questo slittamento epistemologico. È il tempo che rompe la gabbia della concettualizzazione, conferendo alla malattia mentale lo statuto di un processo, di un'entità che si modifica, di una struttura che si complica e si trasforma. È il tempo, in ultima analisi, che consente all'alienista di cogliere la follia nella sua *storicità*, nel suo dinamismo specifico, rappresentabile in termini generali ma sempre variabile, a seconda delle caratteristiche individuali ed irripetibili del soggetto osservato.

Storicità intrinseca vuoi dire, in questo caso, dinamismo temporale, che dipende dalle caratteristiche strutturali di una determinata malattia, di un determinato quadro clinico. Non vuole assolutamente dire — come accadrà soprattutto con i concetti di monomania e di lipomania — rapporto tra malattia e storia: cioè tra le caratteristiche osservabili di una certa patologia ed il contesto ambientale e storico-sociale in cui si è sviluppata. È proprio sul versante dell'incurabilità — o della quasi-incurabilità — che la dottrina esquiroliana conosce le sue lacerazioni più vistose ma al tempo stesso, come vedremo subito, anche le sue contraddizioni interne maggiormente rivolte verso l'avvenire. Siamo davvero agli inizi, qui, di quella barriera temporale, cronica, irreversibile, della quale parlava Postel a proposito di Kraepelin. La malattia, in quanto specie naturale, ha un suo decorso fatale, inevitabile, contro il quale nulla o assai poco possono gli sforzi e l'accanimento delle terapie. Quanto meno possono le cure, tanto più la follia si configura come destino. In tale prospettiva, all'alienista spetterà soprattutto un compito di previsione e di prevenzio-

<sup>64</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 54.

ne, più che di riabilitazione e di guarigione. Il passaggio dalla psichiatria dell'ottimismo terapeutico alla psichiatria intesa come strumento della prevenzione e della sicurezza sociale non è ancora maturo: è però possibile. È presente, allo stato di latenza, entro le pieghe contraddittorie dell'alienistica post-pinelliana. È visibile, potremmo dire con maggior precisione, proprio nella zona più delicata dell'apparato teorico esquiroliano: la zona dell'incurabilità, laddove la morte — dopo la demenza e dopo la paralisi — diventa destino cieco della follia. Cieco proprio perché prevedibile, nelle sue diverse fasi e nei suoi sviluppi temporali irreversibili. All'interno di questa zona oscura — territorio irto di contraddizioni e ricco di contrasti — l'occhio di Esquirol diventa particolarmente acuto. Il medico di Tolosa osserva, genialmente, anche ciò che l'assetto complessivo della sua dottrina avrebbe dovuto impedirgli di osservare. È tutto questo proprio a partire dal concetto di demenza. Vediamo.

Il capitolo del trattato esquiroliano dedicato alla demenza inizia con una definizione di questa patologia, considerata soprattutto nella sua forma cronica, che è la più frequente: «La *démence* — dice l'autore — est une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté: l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection. L'homme qui est dans la *démence* a perdu la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer, d'en conserver le souvenir complet; d'où résulte l'impossibilité de raisonner juste»<sup>65</sup>.

Ritroviamo in questa definizione alcuni elementi di quella che verrà poi definita *dementia praecox*: un concetto messo a punto da Kraepelin e già presente, anche se con sfumature diverse, nell'opera di Morel. La *dementia praecox*, o *schizofrenia*, consiste, come ha scritto Bleuler nel 1911<sup>66</sup>, in una alterazione specifica del pensiero e del sentimento, in una disgregazione della personalità, in una scissione delle funzioni psichiche e infine nella perdita di un rapporto con il mondo esterno: elemento fondamentale, questo, che verrà ritema-

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 44.

<sup>66</sup> E. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig-Wien, Deuticke, 1911. Già nell'introduzione di questa celebre monografia, l'autore definisce in termini articolati ed esaurienti questo gruppo nosologico, non senza aver sottolineato il suo debito nei confronti di Kraepelin e la genesi lontana del concetto, da Esquirol a Voisin, dalla *démence précoce* di Morel alla *catatonie* di Kahlbaum, fino alle psicosi con deterioramento dello stesso Kraepelin.

tizzato più tardi da Minkowski come sintomo cardinale della schizofrenia. Per il grande psichiatra di Pietroburgo, il disturbo essenziale della schizofrenia non è, come voleva Bleuler, l'«allentamento delle associazioni», ma la «perdita del contatto vitale con la realtà»<sup>67</sup>. Nella definizione di Esquirol, la perdita del rapporto con gli oggetti del mondo esterno è strettamente connessa all'indebolimento della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà, oltre che all'*incoerenza delle idee*, alla quale François Leuret, nei suoi *Fragmens* del 1834, aveva dedicato un intero capitolo<sup>68</sup>.

Scissione delle funzioni psichiche ed impossibilità di vivere *nel* mondo camminano assieme. Favorito dalla ricchezza del materiale empirico, Esquirol coglie questa complessità del quadro sintomatologico, pur non essendo in grado di elaborare le categorie nosografiche adatte a rappresentarla. Egli non precorre, non anticipa statuti concettuali e sviluppi teorici successivi; si situa, piuttosto, in una prossimità radicale ai sintomi ed al vissuto del paziente: posizione privilegiata, che scandisce una postura d'ascolto e che assegna alla parola del folle un primato indiscutibile. È così che l'alienista riesce a *vedere*, molto prima di Kraepelin, di Bleuler e di Minkowski, ciò che la sua dottrina non poteva ancora sistemare in un quadro teorico stabile e coerente. Sentiamo cosa ha potuto osservare Esquirol, lasciandosi guidare, come aveva detto Falret, dalla *dictée* degli alienati: «Dans cet état — dice un suo paziente, affetto da una forma assai complicata di demenza, interrotta da "courtes périodes de lucidité" — mon intelligence est nulle; je ne pense pas, je ne vois et n'entends rien; si je vois, si j'apprécie les choses, je garde le silence, n'ayant pas le courage de répondre. Ce défaut d'activité dépend de ce que mes sensations sont trop faibles pour qu'elles agissent sur ma volonté»<sup>69</sup>.

Il brano appartiene ad una delle due «observations» riportate dall'autore al fine di «faire connaître» a chi legge «le passage de la manie et de la monomanie à la démence»<sup>70</sup>. Non si tratta, dice Esquirol, di un esempio di «simple démence», o di «démence complète»<sup>71</sup>: è molto evidente, in questa annotazione, l'imbarazzo pro-

<sup>67</sup> E. Minkowski, *La schizofrenia*, a cura di Stefano Mistura, Verona, Bertani, 1980, p. 51. La prima redazione di quest'opera è del 1927. Fu poi rivista ed ampliata nel 1953.

<sup>68</sup> F. Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, cit., pp. 3-39: si tratta del primo capitolo (intitolato *Incohérence des idées*), nel quale la perdita delle facoltà associative («altération survenue dans l'association des idées», p. 33) occupa un ruolo fondamentale.

<sup>69</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, p. 48.

<sup>70</sup> *Ivi*, p. 46.

<sup>71</sup> *Ivi*, p. 48.

vocato dalla sfasatura tra il referto empirico e l'armatura categoriale che avrebbe il compito di definirlo. Non a caso, questa «osservazione» non appartiene alla parte più sistematica del capitolo, dove vengono puntualmente definite e descritte le diverse forme della demenza: *demenza acuta* (l'unica curabile), *demenza cronica* e *demenza senile* (entrambe incurabili), e *varietà complicate* (la cui «terminaison» è la *paralisi*, alla quale vien dietro, molto spesso, la morte)<sup>72</sup>. Si tratta, come dicevo, di una «osservazione» che mostra nella demenza uno stadio terminale della monomania; nulla di preciso viene detto sulle caratteristiche specifiche di questa stessa demenza: si sa solo, molto genericamente, che non è una semplice demenza, e neppure una demenza completa. Essa è infatti caratterizzata da un'alternanza di «agitazione» e di «stupore», di «mania lipemaniaca» e di «stupore profondo», di «eccitazione» e di «insensibilità». È una *bipolarità*, questa, che reincontreremo a più riprese nei capitoli dedicati alla mania, alla monomania ed alla lipemania: circa trent'anni prima che Falret e Baillarger elaborino, all'interno di una differente cornice teorica, i concetti di *follia circolare* e di *follia a doppia forma*<sup>73</sup>. È tuttavia una bipolarità di segno diverso. Mentre in quella connessa alla monomania o alla lipemania proliferano i temi deliranti — in genere legati alla vicenda individuale e familiare dei pazienti, ma anche, molto spesso, al loro rapporto con la storia e con l'ambiente sociale a cui appartengono — nella bipolarità connessa alla demenza si coglie lo stesso andamento ciclico, la stessa alternanza di stati contrapposti, ma indipendentemente, se così si può dire, dal loro contenuto. Nel caso prima citato, ad esempio, al di là di un «ressentiment» contro la famiglia e contro la madre, non emerge nessun tema particolare, nessuna idea fissa, o dominante, ma soltanto frasi sconnesse ed incoerenti («des propos les plus incohérents»). Se in uno stadio preliminare alla demenza l'alienista ha potuto rapportarsi a delle formazioni deliranti ben caratterizzate — perversione degli affetti, timore di essere avvelenato attraverso gli alimenti, continuo tentativo di scoprire i pretesi nemici, «idee gaie ed ambiziose» —, nel periodo successivo all'internamento, quando cioè la demenza ha già preso piede, si assiste ad una sorta di svuotamento semantico dell'alienazione: i

<sup>72</sup> *Ivi*, pp. 64-75: è la parte conclusiva del capitolo.

<sup>73</sup> Nel «Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine» (t. XIX, 1854), compaiono in contemporanea i due storici contribuiti: J.P. Falret, *De la folie circulaire*, e J. Baillarger, *Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation*.

deliri perdono il loro specifico contenuto ideativo ed al tempo stesso la fase depressiva dell'oscillazione bipolare assume a poco a poco i connotati di un vero e proprio ritiro dal mondo. Da una «excitation» priva di oggetto e di logica interna, il paziente passa così ad una completa «insensibilité pour les objets extérieurs»<sup>74</sup>, scandita da un silenzio assoluto e da uno stupore profondo<sup>75</sup>. Se le fissazioni del monomane e le depressioni del malinconico mantengono un certo rapporto con l'ambiente circostante — hanno insomma dei contenuti che noi possiamo riconoscere, comprendere e forse persino amare<sup>76</sup> — non accade la stessa cosa per l'eccitamento motorio e per il muto stupore dei dementi. Ritroviamo una considerazione analoga in Minkowski, quando confronta le grandi possibilità di contatto e di sintonia affettiva offerte dal maniaco e dal malinconico — e quindi dalla specifica bipolarità che caratterizza la psicosi maniaco-depressiva — con la sostanziale incomprendimento e con l'incomunicabilità che caratterizzano il rapporto tra l'alienista e lo schizofrenico. «Del tutto diverso — dice infatti Minkowski — è l'atteggiamento degli schizofrenici. L'ambiente non sembra toccarli. Il loro torpore e il loro mutismo, così come le loro manifestazioni di eccitamento motorio e gli sbalzi e gli arresti della loro ideazione, ci appaiono impenetrabili. Non comprendiamo questi malati, non abbiamo un contatto affettivo... con essi»<sup>77</sup>.

Osservazioni analoghe erano già presenti in *Dementia praecox* di Eugen Bleuler: richiamandosi esplicitamente a Kraepelin, il clinico zurighese aveva ribadito la presenza dell'esaltazione maniacale e della depressione malinconica anche nella schizofrenia, chiarendo molto bene, tuttavia, che mentre nella psicosi maniaco-depressiva esistono sia «affetti» sia «contenuti ideativi» molto evidenti, nella schizofrenia la situazione affettiva ha sempre «un tratto di rigidità e di immobilità». Gli accessi d'ira maniacali hanno «motivi normali» e sono guidati da una certa «finalità». Al contrario, le «schizofrenie eccitate hanno scarsi rapporti con l'ambiente» ed implicano comunque una sostanziale alterazione delle «funzioni logiche classiche». Non è

<sup>74</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.* t. II, p. 47.

<sup>75</sup> *Ivi*, pp. 47-48.

<sup>76</sup> Svilupperò nella parte finale del presente capitolo questo aspetto relativo al legame emotivo tra Esquirol ed i suoi pazienti. Il delirio del folle incatena, con i suoi contenuti, lo sguardo dell'alienista; esercita su di lui un singolare effetto seduttore. Ma questo accade, come vedremo, quando il paziente è un maniaco o un malinconico. Mai quando esso è un idiota o un demente.

<sup>77</sup> E. Minkowski, *op. cit.*, p. 66.

quindi lecito confondere la «fuga d'idee maniacale» con «l'incoerenza schizofrenica». Allo stesso modo, è necessario distinguere la malinconia tipica della psicosi maniaco-depressiva da quella schizofrenica: la prima determina un «blocco» delle funzioni psichiche — che il terapeuta può superare se riesce a «spostare l'attenzione del malato su un tema distante dal suo complesso» — mentre la seconda mette capo a una vera e propria «inibizione», che «permane anche se il malato viene distratto»<sup>78</sup>.

Nel caso di demenza *non semplice e non completa* precedentemente citato, Esquirol aveva dunque messo in luce un certo insieme di sintomi — verbali e comportamentali — che solo molto più tardi la psichiatria sarà in grado di inscrivere all'interno di un livello più adeguato e meno generico di concettualizzazione. Lo stesso Bleuler, ad esempio, riconosce ad Esquirol il merito di aver descritto le *stereotipie*<sup>75</sup>: una delle manifestazioni più vistose della schizofrenia, che l'alienista zurighese cercava di comprendere anche attraverso una spregiudicata assimilazione teorica della nozione freudiana di *complesso*<sup>80</sup>.

Si modificano le categorie, si trasformano gli assetti teorici della psichiatria, si affinano le capacità di osservazione, cambia il concetto stesso di malattia mentale; permane tuttavia, in un arco temporale che va da Esquirol a Freud, un sostrato empirico comune: tra l'alienistica nascente e l'avvento della psicoanalisi, alcune figure fondamentali della devianza ripetono la loro apparizione e impongono la loro costante presenza, anche se all'interno di differenti dispositivi teorici e di mutati contesti istituzionali, sociali e storici<sup>81</sup>. In questa prospettiva, saremmo davvero schiavi di un cattivo nominalismo — oltre che di una sterile postura storiografica — se attribuiamo ad Esquirol le caratteristiche di un genio precursore, di un alienista d'eccezione che anticipa i concetti e le dottrine della psichiatria classica; se non riusciamo a capire, soprattutto attraverso la lettura dei casi clinici, che Esquirol e Bleuler, per non citare che loro, posano il loro sguardo, con occhiali teorici diversi, su materiali empirici che si rassomigliano, o che, perlomeno, presentano significative ed eviden-

<sup>78</sup> Cito dall'edizione italiana presentata da Luigi Cancrini: E. Bleuler, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985, pp. 232-235.

<sup>79</sup> *Ivi*, p. 28. Sulle stereotipie cfr. pp. 156-158 e p. 47.

<sup>80</sup> Su questo problema e, più in generale, sulla circolazione dei temi freudiani nella psichiatria, cfr. L. Cancrini-N. Ciani, *Schizofrenia: dalla personalità alla malattia*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1968.

<sup>81</sup> H. Tellenbach, *Melancholie*, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1976<sup>3</sup>.

ti analogie. Non si vuole affermare, con questo, che le tipologie della devianza e le figure della follia non conoscano, nel tempo, rilevanti processi trasformativi; si tratta però di trasformazioni molto lente, soprattutto se paragonate alla rapidità con cui la psichiatria — una scienza relativamente giovane — ha costantemente arricchito e rinnovato i propri apparati categoriali ed i propri assetti epistemologici.

Dalla nascita della psichiatria all'avvento della psicoanalisi, è accaduto più volte che gli alienisti applicassero a personaggi del passato categorie nosografiche appena inventate, oppure già presenti nella tradizione medica, ma sottoposte ad un processo di revisione e di ridefinizione. Basti pensare agli scritti di Lélut su Socrate e su Pascal<sup>82</sup>, a Leuret che studia i fenomeni dell'ascetismo<sup>83</sup>, oppure all'isteria come chiave di lettura della possessione diabolica<sup>84</sup>; basti inoltre ricordare, in relazione al periodo storico che maggiormente ci interessa, la diffusa convinzione — comune ad Esquirol ed a tutta la sua scuola — che la *monomania*, concetto *nuovo* per eccellenza, sia in realtà sempre esistita, anche se conosciuta con nomi diversi ed a partire da differenti prospettive<sup>85</sup>.

Un bell'esempio, che milita a favore del nostro orientamento antinominale, è rappresentato dalla storia plurisecolare di quell'entità patologica, definita dall'alternanza di mania e malinconia, alla quale Kraepelin diede il nome, tuttora in vigore, di *psicosi maniaco-depressiva*: osservata per la prima volta da Areteo di Cappadocia, vissuto probabilmente nel primo secolo dopo Cristo<sup>86</sup>, venne poi ri-

<sup>82</sup> F. Lelut, *Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire*, Paris 1836. Dello stesso autore si veda anche *l'amulette de Pascal pour servir à l'histoire des hallucinations*, Paris 1846 (scritto comparso, in un primo momento, in due puntate, sulle «Annales médico-psychologiques»: t. v, 1845, pp. 1-15 e pp. 157-180).

<sup>83</sup> F. Leuret, *Fragments*, cit., pp. 327-364.

<sup>84</sup> I.-M. Charcot-P. Richer, *Le indemoniate nell'arte*, Milano, Spirali, 1980 (il testo originale, in prima edizione, esce a Parigi nel 1887). Sull'«Archivio storico dell'isteria» e sulla lettura clinica delle possessioni del passato cfr. A. Salsano, *L'archivio dell'isteria: la «Bibliothèque diabolique»*, in: M. Galzigna (a cura di), *La follia, la norma, l'archivio*, Venezia, Marsilio, 1984, pp. 171-183. Utili anche I. Veith, *Hysteria, the history of a disease*, The University of Chicago Press, 1965 e E. Trillat, *Histoire de l'Hystérie*, Paris, Seghers, 1986 (cfr., in particolare, pp. 130-155). Un saggio magistrale, anche sotto il profilo metodologico — dal quale si coglie la posta in gioco, politica e scientifica, dell'isteria all'epoca di Charcot — è quello di A. Fontana, *L'ultima scena*, in: Bourneville-Regnard, *Tre storie d'isteria*, Venezia, Marsilio, 1982, pp. 7-54.

<sup>85</sup> Sull'uso del concetto di monomania per interpretare comportamenti che risalgono fino ai «temps anciens» cfr. J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. 1, pp. 334-335. Si veda, più in generale, tutto il capitolo, *De la monomanie*, pp. 332-393.

<sup>86</sup> Cfr. M.G. Ciani, *Psicosi e creatività nella scienza antica*, Venezia, Marsilio, 1983, pp. 39-61.

presa anche da medici e da moralisti<sup>87</sup> dell'età moderna. I trattati ed i saggi più recenti fanno di solito risalire la genesi del concetto kraepeliniano ai lavori di Falret e di Baillarger, ed alla loro *folie circulaire o folie à double forme*<sup>88</sup>, dimenticando di sottolineare che nell'alienistica nascente, e soprattutto in Esquirol, la sindrome bipolare era già

<sup>87</sup> Alla lunga storia della psicosi maniaco-depressiva dedicherò, dopo questo libro, un lavoro specifico. Con nomi diversi la ritroviamo spesso in trattati sei-settecenteschi dedicati alla malinconia. Ne accenna anche Robert Burton, nella sua monumentale summa barocca sulla malinconia, che da voce ad una miriade di autori, più o meno famosi, quando non oscuri — autori classici, medievali e «moderni», medici e non — che si sono occupati del temperamento e del morbo atrabiliare. La prima edizione del trattato di Burton è del 1621. Vi si trovano anche dei cenni alla «malinconia sanguigna», ed alla «malinconia collerica» (legata a comportamenti violenti), sempre nell'ambito, ovviamente, della teoria umorale. Cfr. R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, New York, Vintage Books, 1977, The First Partition, pp. 400-401.

<sup>88</sup> Cfr. A. Jeanneau, *La cyclothimie*, Paris, Payot, 1980, p. 19. Cfr. anche E.S. Paykel (a cura di), *Handbook of affective disorders*, New York, The Guilford Press, 1984 (si veda soprattutto il contributo di C. Perris, *The distinction between bipolar and unipolar affective disorders*, pp. 45-58). Arieti e Bemporad valorizzano invece il contributo di Areteo. Cfr. S. Arieti-J. Bemporad, *La depressione grave e lieve*, Milano, Feltrinelli, 1981, p. 27. I due autori citano anche le opere di Robert Burton e di Timothy Bright, ma solo per mostrare il grande interesse che il '500 ed il '600 dedicarono al tema della malinconia. Non colgono la grande finezza psicologica contenuta nei trattati di questi due autori, entrambi attenti alla maniera in cui, nella «melancholy», si mescolano spesso stati depressivi e stati di collera. Bright, ad esempio, nel xxiii capitolo del suo libro sulla malinconia («How affections be altered»), parla di una «biting and fretting Choller be mixed with their Melancholy» (cfr. T. Bright, *A treatise of melancholy*, London, William Stansby, 1613, p. 161). Nel corso dello stesso capitolo accenna anche alla malinconia sanguigna, di cui parlerà anche Burton, come esempio di mescolanza di stati d'animo diversi. È comunque l'associazione tra malinconia e collera quella che qui ci interessa. Qualche specialista ha riconosciuto a Bright la capacità di vedere l'oscillazione bipolare. «Bright's *Treatise* indicates — afferma infatti la psichiatra Nancy Andreasen — that he recognised that some patients experienced extremes of elation as well as despondency» [cfr. N.C. Andreasen, *Concepts, diagnosis and classifications*, in: E.S. Paykel (a cura di), *op. cit.*, p. 24]. Sull'unità sintomatica di mania e malinconia, sulla percezione della loro affinità e reciprocità lungo tutto il secolo xviii ed in particolar modo nell'opera di Willis, si veda M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 308-336. Arieti e Bemporad citano alcuni autori della medicina seicentesca e settecentesca, che hanno associato i due stati — depressione ed eccitamento maniacale — «come parti di un'unica entità diagnostica» (*op. cit.*, p. 28). Saltano poi da questi riferimenti sei-settecenteschi ai lavori di Falret e Baillarger, senza dare il minimo spazio agli alienisti della prima generazione: alienisti che nelle loro *thèses* di dottorato e nei loro libri dedicati alla malinconia hanno sempre consacrato un certo spazio — in genere il capitolo iniziale — alla letteratura medica antica e moderna. Mi limito qui a citare un testo molto interessante, scritto da un dimenticato medico di provincia: F.H. Anceume, *De la mélancolie*, Paris, Chez Méquignon-Marvis, 1818. Dalla prima parte di questo libro (pp. 11-39), Esquirol trae la grande maggioranza dei riferimenti storici contenuti nel capitolo di *Des maladies mentales* dedicato alla malinconia (*op. cit.*, t. 1, pp. 197-237); riferimenti che mettono bene in luce la presenza della sindrome bipolare nei testi medici dell'età moderna, a partire da Michaelis de Heredia (1590-1659) — spagnolo, primo medico di Filippo iv — e dal medico olandese Petrus Forestus (1522-1597). Anceume, e di riflesso Esquirol — grande utilità, per il *maître*, di questo medico di provincia e della sua erudizione! — ricordano soprattutto due illustri autori, vissuti tra il diciassettesimo e il diciottesimo secolo, ai quali non sfuggì il rapporto di complementarità tra mania e malinconia: il famoso medico tedesco Friedrich Hoffmann (1660-1742) ed il celebre clinico olandese Hermann Boerhaave (1668-1738).

stata osservata. Si tratta dunque di una sindrome costantemente presente e ripetutamente registrata, dall'antichità fino ai nostri giorni, ma anche all'interno di culture non occidentali, come ad esempio quella giapponese<sup>89</sup>. A partire da questa consapevolezza, autori come Tellenbach<sup>90</sup> si sono dimostrati inclini a pensare che certi stati patologici — oppure certi temperamenti, certi caratteri — descritti nei testi antichi, rivelino qualcosa di essenziale sulla natura umana: una sorta di costante antropologica, che subisce, nello spazio e nel tempo, variazioni poco significative. L'indubbio interesse filosofico di tale posizione — alla quale manca, in ogni caso, il necessario sostegno di un'analisi epidemiologica comparata<sup>91</sup>, verrebbe alquanto ridimensionato dall'eventualità che l'oscillazione bipolare possa conoscere nel futuro, un'eclissi inarrestabile, così come è accaduto, ad esempio, al grande attacco isterico studiato da Charcot. Non si tratta certo di un'ipotesi troppo azzardata, se si considerano i dati clinici e le indagini epidemiologiche di questi ultimi anni: la psicosi maniaco-depressiva a carattere bipolare è in effetti diventata un «rare disorder»<sup>92</sup>, a vantaggio di una netta dominanza sia della malinconia cronica involutiva, già isolata da Kraepelin, sia soprattutto della *malinconia unipolare*, come la chiama Tellenbach, caratterizzata esclusivamente dal versante depressivo e dalla rigorosa esclusione di qualsiasi manifestazione maniacale: una costellazione patologica che Tellenbach ritiene caratteristica delle società industriali di massa e che Arieti e Bemporad, utilizzando i concetti di David Riesman, mettono in relazione con lo sviluppo sempre maggiore di un'organizzazione sociale «eterodiretta». La società «autodiretta» favorirebbe la psicosi maniaco-depressiva, con depressione di tipo autoaccusatorio; quella

<sup>89</sup> Cfr. M. Shimoda, *Über den präorbiden Charakter des manisch-depressiven Irreins*, in «Psychiatria et Neurologia japonica», n. 45, 1961, ed anche, dello stesso autore, *Über des manisch-depressive Irresein*, in «Med. Zeitschr. Yonago», n. 2, 1950. Flashar ha dimostrato che il concetto di oscillazione bipolare è già presente, ancor prima che in Areteo, nel Corpus Hippocraticum. Cfr. H. Flashar, *Melancholie und Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike*, Berlin, W. de Gruyter, 1966, pp. 46-49.

<sup>90</sup> Si veda soprattutto il primo capitolo, di carattere storico, della fondamentale monografia di H. Tellenbach, *Melancholie: Problem-geschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*, Berlin-Heidelberg, Springer, 1976<sup>3</sup>.

<sup>91</sup> Cfr. W.W.K. Zung, *A cross-cultural survey of symptoms in depression*, in «American Journal of Psychiatry», n. 126, 1969. Sulla minor frequenza della psicosi maniaco-depressiva nei paesi orientali a religione induista e buddista, cfr. il lavoro, utilizzato anche da Arieti e Bemporad, di H.R. Gold, *Observations on cultural psychiatry during a world tour of mental hospitals*, in «American Journal of Psychiatry», n. 108, 1951.

<sup>92</sup> Cfr. C. Perris, *op. cit.*, p. 48. Nel contributo di Perris sono riportati interessanti dati statistici, a sostegno di questa tesi.

eterodiretta incrementerebbe invece una depressione di tipo rivendicativo, molto meno grave della precedente e non sempre bisognosa di ricovero<sup>93</sup>. Lasciando per il momento privo di soluzione il problema filosofico posto da Tellenbach, ci sembra importante ribadire che la relativa stabilità e la permanenza, tra Esquirol e Freud, sia di determinati *tipi* e di determinati temperamenti, sia di alcuni sintomi specifici della follia, fa risaltare i meriti scientifici delle prime generazioni di alienisti: clinici attenti al vissuto dei malati, disponibili all'*ascolto* e perciò capaci di *vedere* anche i fenomeni che, in qualche modo, non confermavano la validità delle loro dottrine. Esquirol *vede*, infatti, l'oscillazione bipolare, pur avendo costruito una nosologia imperniata sulla parzialità e sull'unità del delirio, e non sulla sua *molteplicità*<sup>94</sup>: cioè sui suoi mutamenti sia di forma che di contenuto.

In questa prospettiva, sarà utile considerare con molta attenzione le pagine che l'erede di Pinel dedica alla mania<sup>95</sup>: una categoria che risale a Ippocrate<sup>96</sup> e che attraversa tutta la tradizione medica occidentale, sotto il segno di una concezione intellettualistica della follia; follia come delirio, come perdita *totale* della ragione, come rottura dell'unità dell'io. La pineliana *manie sans délire* viene esclusa dai territori della mania ed assegnata, alla pari di qualsiasi altra forma di alienazione *parziale*, all'ambito delle monomanie e della lipemania: i due cavalli di battaglia della nosografia esquiroliana ed al tempo stesso i due utensili concettuali autenticamente innovativi della psichiatria del primo ottocento. Mania come follia totale, dunque, come *delirio generale*, come «affezione cerebrale, cronica, di solito senza febbre, caratterizzata dalla perturbazione e dall'esaltazione, della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà»<sup>97</sup>. I maniaci, ag-

<sup>93</sup> S. Arieti-J. Bemporad, *op. cit.*, pp. 419-425. Su queste due figure della depressione e sul tema più generale si veda il bel saggio di R. Speciale-Bagliacca, *I contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione*, in AA.VV., *L'altra depressione*, a cura di Franco Giberti, Padova, Piccin, 1985. Fondamentale L. Grinberg, *Culpa y depression*, Madrid, Alianza Editorial, 1988 (nuova edizione, con appendice inedita). Sul rapporto unipolare-bipolare cfr. J. Angst (et alii), *The course of monopolar depression and bipolar psychoses*, in «Psychiatria Neurologica et Neurochirurgia», n. 76, 1973, pp. 489-500. Si veda anche l'importante libro collettivo curato dallo stesso autore: J. Angst (ed.), *Classification and prediction of outcome of depression*, Stuttgart-New York, Schattauer, 1973.

<sup>94</sup> È questa, non lo si dimentichi, la critica rivoltagli da Falret nel già citato articolo del 1854 sulla «non-existence» della monomania.

<sup>95</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, pp. 1-43.

<sup>96</sup> M.G. Ciani, *op. cit.*, pp. 26-29. Si veda l'identificazione della *mania*, nell'opera ippocratica *Il Male sacro*.

<sup>97</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, p. 2. La traduzione, qui come in seguito, è mia.

giunge Esquirol, si fanno notare per le «false sensazioni», le «illusioni», le «allucinazioni», la «viziosa associazione delle loro idee», gli «errori del loro giudizio», la «perturbazione dei loro affetti», l'«impeto della loro volontà»<sup>98</sup>. A differenza della lipemania e delle monomanie — nelle quali si ha a che fare o con un delirio parziale oppure con un «disordine delle affezioni» che lascia sovente inalterate le facoltà intellettuali — la mania si esprime attraverso la «molteplicità», la «rapidità», l'«incoerenza delle idee» ed un «difetto di attenzione» che «esaltano le passioni» del malato, «sconvolgono il suo giudizio, corrompono i suoi desideri e lo spingono a delle determinazioni più o meno bizzarre, più o meno insolite, più o meno violente»<sup>99</sup>. La *molteplicità* delle idee deliranti e la dimensione *generale* del delirio stesso contraddicono la scoperta della parzialità della follia e le sue conseguenti articolazioni: il delirio attorno ad un solo oggetto, che lascia intatta la ragione su tutto il resto, oppure la mania senza delirio, figura fondamentale, già presente in Pinel e sussunta da Esquirol, non senza incertezze — come vedremo — nelle entità nosografiche della *monomania affettiva* (o ragionante) e della *monomania istintiva*. Se l'Esquirol del 1805 interpreta fedelmente la cesura instaurata dalla nuova scienza psichiatrica, arrivando ad affermare che i folli «raisonnent tous plus ou moins»<sup>100</sup>, quello del 1818<sup>101</sup>, giunto oramai alla pienezza della sua esperienza clinica, riabilita l'antica *mania* per circoscrivere qualcosa di indecifrabile e di inquietante: la figura del delirio totale, «Proteo» sfuggente, che assume tutte le forme possibili, che «si sottrae all'osservazione dell'occhio più esercitato e più attento», che rappresenta l'immagine stessa del caos. «Le maniaque présente l'image du chaos»<sup>102</sup>: caos dunque, «disordine», «perturbazione», difficoltà di ricondurre la proliferazione dei deliri ad un «tipo primitivo», «mancanza d'armonia», assenza di un «ordine», di un «legame», che tenga unite le «sensazioni» e le «idee»; nella mania come nella monomania non è facile «precisare quale è la facoltà dell'intelletto essenzialmente lesa». A monte di tutte queste manifestazioni, vi è una lesione principale dell'*attenzione* («l'attention est principalement lésée») <sup>103</sup>, autentico centro motore

<sup>98</sup> *Ibidem.*

<sup>99</sup> *Ibidem.*

<sup>100</sup> J.E.D. Esquirol, *Des passions*, cit., pp. 78-79.

<sup>101</sup> È l'anno in cui compare, nel già citato «Dictionnaire des sciences médicales», di Panckoucke, la voce *manie*, poi riportata e ritoccata nella silloge del 1838.

<sup>102</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 10.

<sup>103</sup> *Ibidem.*

della personalità, al quale Esquirol — nell'articolo *délire* scritto nel 1814 per il «Dictionnaire» di Panckoucke ed escluso dalla silloge del 1838 — riconosce il potere di tenere assieme sensazioni, idee ed affetti e di rendere possibile un normale funzionamento dell'attività razionale («pour raisonner juste, l'attention doit s'arrêter plus ou moins longtemps sur les objets qui frappent nos sens») <sup>104</sup>. In quello stesso articolo l'alienista di Tolosa sostiene che quando il delirio non poggia su un'«idea esclusiva», oppure su «una serie di idee dipendenti da questa idea-madre», ma «abbraccia» piuttosto «un gran numero di oggetti e di idee», l'alienazione mentale assume le caratteristiche del delirio febbrile, della mania o della demenza <sup>105</sup>. Gli aspetti della mania finora descritti ed il suo apparentamento alla demenza, fanno ricomparire, entro il tessuto dell'analisi esquiroliana, quella costellazione di sintomi a cui molto più tardi si darà il nome di schizofrenia: dissociazione delle funzioni psichiche, rottura dell'unità dell'io <sup>106</sup>, distanza del soggetto dal mondo. Si tratta di un soggetto che vive «isolato dal mondo fisico e intellettuale, come se fosse rinchiuso egli stesso in una camera oscura» <sup>107</sup>. La descrizione del maniaco conosce tuttavia, sotto questo profilo, notevoli oscillazioni. Adottando una terminologia presa a prestito dalla psichiatria classica, e tuttora in vigore, potremmo dire che il quadro della mania descritta da Esquirol contiene al suo interno sia la schizofrenia sia la psicosi affettiva di tipo depressivo o a carattere maniaco-depressivo. Poco dopo aver usato la metafora della camera oscura, l'alienista tiene infatti a precisare che nella mania non vi è «cessazione assoluta della percezione degli oggetti esterni»; il «sentiment du moi n'est pas éteint, la perception se fait encore». D'altro canto, lo stesso disordine dell'intelligenza che caratterizza principalmente la mania non è inaccessibile allo psichiatra: ciò che lo rende evidente, ciò che lo *disvela*, favorendo la comunicazione interpersonale, è ancora una volta la *parola* del paziente. La «parole donnée à l'homme pour exprimer ses pensées et ses affections *décèle* le désordre de l'intelligence du maniaque» <sup>108</sup>. Si tratta di una parola che dischiude all'alienista due mondi diversi: quello delle psicosi affettive, dove i pazienti «se font

<sup>104</sup> J.E.D. Esquirol, voce *Delire* in «Dictionnaire des sciences médicales», 1814, pp. 251-259.

<sup>105</sup> *Ivi*, pp. 253-254.

<sup>106</sup> Cfr. *ivi*, p. 253: «C'est *le moi* — afferma Esquirol — à qui se rapportent toutes les sensations, toutes les idées, toutes les affections de l'homme pendant qu'il jouit de sa raison».

<sup>107</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t. II, p. 10.

<sup>108</sup> *Ivi*, p. 11. I corsivi sono miei.

remarquer par l'éclat des expressions, par la profondeur des pensées, par l'association des idées les plus ingénieuses»<sup>109</sup>, e quello della schizofrenia, dominato da discorsi «incoerenti», da frasi o da parole che il malato pronuncia «sans paraître y attacher le moindre sens»<sup>110</sup>; di più: da parole e da frasi interamente inventate dai «maniaques». «Il en est — afferma infatti Esquirol — qui se créent un langage tout particulier»<sup>111</sup>. Vengono in mente le *stereotypie verbali*, le *verbigerazioni*, le *glossolalie* e, più in generale, tutta la variegata compagine dei «sintomi linguistici della schizofrenia», tuttora oggetto di studi approfonditi da parte della psichiatria clinica<sup>112</sup>. Esquirol ha dunque visto questi fenomeni; al tempo stesso, sempre nell'ambito di questa categoria a maglie semantiche molto larghe — *la manie* — è riuscito a registrare oscillazioni di carattere bipolare tra mania e lipomania, tra mania e tisi, tra mania e ipocondria: vere e proprie alternanze, non semplici successioni, nel tempo, di una forma patologica a un'altra. «Il n'est pas rare de voir la manie alterner et d'une manière très régulière avec la phtisie, l'hypocondrie, la lypémanie»<sup>113</sup>. Globalità e molteplicità del delirio, oscillazione bipolare, «complicazione» della mania con altre forme di follia e con altre ma-

<sup>109</sup> *Ivi*, p. 12.

<sup>110</sup> *Ibidem*.

<sup>111</sup> *Ibidem*.

<sup>112</sup> Cfr. il saggio ormai classico di S. Piro, *Il linguaggio schizofrenico*, Milano, Feltrinelli, 1967, pp. 429-496. Per il confronto depressione-schizofrenia, con particolare riguardo al tema della *Ichspaltung*, si veda, sempre in un'ottica di psichiatria fenomenologica, E. Borgna, *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*, Milano, Feltrinelli, 1988 (cfr. in particolare pp. 71-81). Sui criteri diagnostici attuali per distinguere la psicosi maniaco-depressiva della schizofrenia, cfr. H.G. Pope-J.F. Lipinski, *Diagnosis in schizofrenia and manie-depressive illness*, in «Archives of General Psychiatry», n. 35, 1978, pp. 811-928.

<sup>113</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. II, p. 21. Il corsivo è mio. La mania è dunque per Esquirol una forma complicata di alienazione, un «Proteo», appunto, dai mille volti. In palese contraddizione con l'*unità*, con la *parzialità* del delirio — tematizzata per tutte le forme di follia parziale e rimproveratagli, come si è detto, da Falret — Esquirol scopre qui la *molteplicità* e la *globalità* del delirio: scopre qualcosa che verrà messo a fuoco dalla psichiatria successiva; qualcosa che contraddice l'impianto complessivo della sua dottrina; qualcosa, infine, che implica la ripresa e la riformulazione di un concetto — quello di mania — che apparteneva alla tradizione medica occidentale (da Ippocrate alla *medicina mentis* del settecento). Il concetto di mania appartiene ancor oggi alla psichiatria clinica, nella forma — considerata alquanto rara — di sottogruppo della psicosi maniaco-depressiva: si tratta della cosiddetta *mania unipolare*, priva, quindi, del versante malinconico-depressivo. Cfr. B. Shopsin (ed.), *Manic illness*, New York, Raven Press, 1979. È interessante, nello scorrere questa letteratura, ritrovare termini e concetti già cari ai nostri padri fondatori. I sintomi della mania, quelli più importanti, sono: euforia, irritabilità, scarso controllo degli impulsi, disinibizione, aumento dell'energia, diminuzione del sonno, loquacità eccessiva, forte incremento della socialità, iperattività sessuale, tendenza a spendere troppo denaro, litigiosità, fuga delle idee, idee di grandezza e illusioni. Cfr. anche J. Nurnberger (et alii), *Unipolar mania: a distinct clinical entity?*, in «American Journal of Psy-

lattie fisiche, come l'epilessia, la paralisi, lo scorbuto: «il che ha dato luogo a molte opinioni diverse sul carattere e la classificazione delle diverse alienazioni mentali»<sup>114</sup>. Davvero acuta, in questo passaggio, la consapevolezza di quanto sia incerto e provvisorio il lavoro di concettualizzazione che rende possibile una nosologia! La mania rimane comunque, a pieno titolo, una categoria tipicamente esquiroliana, nonostante la grande latitudine del suo spettro semantico: essa è infatti curabile e frequentemente guaribile dopo i primi due o tre accessi e a una distanza di non più di un anno dal suo primo insorgere<sup>115</sup>. Curabile e guaribile soprattutto perché «il numero delle cause morali» che la provocano «è molto più elevato di quello delle cause fisiche»<sup>116</sup>. Di conseguenza, sarà necessario agire sul *moral* del paziente maniaco, oltre che sul suo corpo, per ottenere un risultato terapeutico favorevole. Il *traitement moral* dei maniaci «consiste nell'impadronirsi della loro attenzione, nel dominare la loro intelligenza, nel guadagnare la loro fiducia»<sup>117</sup>, usando con cautela il «timore», ma soprattutto «eccitando la loro ammirazione e la loro sorpresa»<sup>118</sup>. Se la parola del maniaco è stata un formidabile strumento per accedere al «désordre» della sua intelligenza, non è con la parola che l'alienista può intervenire efficacemente sulla malattia. Sostenuto da un «grand appareil de force» nei casi di furore, facendo ricorso a una «repressione illuminata e moderata»<sup>119</sup>, e servendosi con sagacia di prescrizioni igieniche e dietetiche — oltre che di un opportuno regime di *isolamento*<sup>120</sup> — l'alienista punta a restaurare il funzionamento dell'attenzione: la facoltà principalmente lesa nella mania, come si diceva, che garantisce la coesione e l'armonia tra le diverse funzioni psichiche e che rende possibile l'ascolto, da parte del paziente, della parola di chi lo deve guarire. In effetti, «les maniaques ne peuvent assez maîtriser leur *attention* pour *écouter* et pour suivre les raisonnements qu'on leur fait»<sup>121</sup>.

A questa incapacità d'ascolto che caratterizza la condizione ma-

chiatry», n. 136, 1979, pp. 1420-1423. La mania unipolare sembra avere tutte le caratteristiche di quella che Esquirol chiama «manie simple»: mania semplice, gaia, chiamata nel '700 da Boissier de Sauvages, ce lo ricorda lo stesso Esquirol, *mania moria* (*pp. cit.*, t. II, p. 19).

<sup>114</sup> *Ivi*, pp. 22-23.

<sup>115</sup> *Ivi*, p. 24.

<sup>116</sup> *Ivi*, p. 7.

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 28.

<sup>118</sup> *Ibidem*.

<sup>119</sup> *Ivi*, p. 29.

<sup>120</sup> *Ivi*, p. 27.

<sup>121</sup> *Ivi*, p. 28. I corsivi sono miei.

niacale, corrisponde, dalla parte dello psichiatra, una relazionalità difficile e faticosa. Figura del disordine, del caos, dell'eccesso, il maniaco mette a disagio chi lo ascolta: se la sua parola può rappresentare, in certi casi, un punto d'ancoraggio ed uno strumento di decifrazione della malattia, la confusione delle sue idee, la frequente incomprendibilità dei suoi discorsi e delle sue frasi, oltre che la varietà proteiforme dei suoi comportamenti, possono produrre nel medico paura ed allontanamento, «crainte» e «éloignement»<sup>122</sup>. L'ascolto è difficile. Il dialogo, poco praticabile, è solo uno strumento ausiliario dell'osservazione e della classificazione. Non diventa quasi mai un supporto dell'azione terapeutica. La relazione interpersonale è invece molto più facile nel caso delle monomanie e della *lipemania*: neologismo coniato da Esquirol per indicare la malinconia con delirio.

Soffermiamoci su quest'ultima<sup>123</sup> cominciando con la definizione: la lipemania è una «monomania caratterizzata da un delirio parziale e da una passione triste ed oppressiva»<sup>124</sup>. Il delirio parziale è cronico, senza febbre e si accompagna a una

passion triste, débilitante ou oppressive. La lypémanie ne saurait être confondue avec la manie dont le délire est général, avec exaltation de la sensibilité et des facultés intellectuelles, ni avec la monomanie qui a pour caractère les idées exclusives avec une passion expansive et gaie; ni avec la démence dont l'incohérence et la confusion des idées sont l'effet de l'affaiblissement: on ne saurait la confondre avec l'idiotie, car Pidot n'a jamais pu raisonner. La lypémanie a été si souvent brisée par l'hypocondrie, que je ne peux me défendre de présenter en peu de mots les différences qui existent entre ces deux maladies. La lypémanie est plus souvent héréditaire; les lypémaniaques naissent avec un tempérament particulier, le tempérament mélancolique, qui les dispose à la lypémanie. Cette disposition est fortifiée par les vices de l'éducation et par des causes qui agissent plus directement sur le cerveau, sur la sensibilité, l'intelligence; les causes qui la produisent sont plus ordinairement morales: tandis que l'hypocondrie est l'effet de causes plus souvent physiques, qui modifient l'action de l'estomac, qui troublent les fonctions digestives. Dans la lypémanie, les idées contraires à la raison sont fixes, entretenues par une passion triste, par une vicieuse association d'idées. Dans l'hypocondrie, au contraire, il n'y a point de délire, mais le malade exagère ses souffrances, il est sans cesse préoccupé, effrayé des dangers qu'il croit menacer sa vie<sup>125</sup>.

<sup>122</sup> *Ivi* p. 25

<sup>123</sup> *Ivi*, t. I, pp. 197-237 (titolo del capitolo: *De la lypémanie ou mélancolie*; è il testo leggermente ritoccato della voce *Mélancolie* scritta nel 1820 per il «Dictionnaire» di Panckoucke).

<sup>124</sup> *Ivi*, p. 200.

<sup>125</sup> *Ivi*, p. 201. Per quanto riguarda il gruppo delle monomanie e la lipemania — argo-

Abbiamo voluto riportare per intero questa pagina, che rappresenta una sintetica ed efficace ricapitolazione di tutta la nosologia esquiroliana. La lipemania, si diceva, facilita la relazione intersoggettiva tra medico e paziente. La grande concentrazione del malinconico attorno ad un'idea fissa — la «intensity of idea» di cui *parlava* ad esempio John Haslam nel 1809<sup>126</sup> — era stata osservata già dagli autori greci ed è stata costantemente registrata nell'ambito della medicina moderna, anche se all'interno della tradizionale teoria degli umori<sup>127</sup>. Esquirol rompe definitivamente ogni legame con l'umorismo, definendo la malinconia con delirio, cioè la lipemania, come malattia cerebrale: una malattia che vede l'attenzione del malinconico dirigersi su un oggetto particolare, con una «force de tension presque insurmontable»<sup>128</sup>. Il paziente è in uno stato «tétanique», cioè di massima rigidità e concentrazione attorno ad una passione triste che lo domina e che fornisce al suo delirio parziale contenuti ideativi specifici e permanenti<sup>129</sup>. Attenzione, concentrazione, fissità del contenuto ideativo: sono queste le caratteristiche che consentono all'alienista di accedere al mondo interiore del malinconico. Tra delirio parziale e passione dominante esiste un rapporto di circolarità e di corrispondenza: un rapporto che trova molto spesso nella parola del malato un luogo di traduzione immediata ed esplicita. Non sempre la passione dominante, per quanto «triste» ed «oppressiva», implica il predominio di una tonalità psichica depressiva. A volte, infatti, «i sentimenti morali dei lipemaniaci non solo conservano tutta la loro energia, ma la loro esaltazione è portata al più alto grado, benché questi malati se ne difendano e benché siano immersi nella più profonda tristezza»<sup>130</sup>. Tristezza ed esaltazione convivono, all'interno della medesima entità patologica. Di più: il neologismo, *lipema-*

mento specifico di un mio prossimo libro — mi limiterò, oltre che alla citazione di questo passo, a porre qualche problema relativo alle argomentazioni sviluppate in questo capitolo.

<sup>126</sup> J. Haslam, *Observations on Madness and Melancholy*, London, Callow, 1809<sup>2</sup> («By intensity of idea I presume is meant, that the mind is more strongly fixed on, or more frequently recurs to, a certain set of ideas, than when it is in a healthy state»), pp. 32-33).

<sup>127</sup> Basti leggere, al riguardo, un testo ricapitolativo particolarmente emblematico: la voce *mélancolie* scritta dal medico vitalista Menuret de Chambaud per l'«Encyclopédie» di Diderot e D'Alembert. Mi permetto di rinviare, su tutto questo, a: M. Galzigna, *L'enigma della malinconia*, in «aut aut», n. 195-196, maggio-agosto 1983, pp. 75-97. Rinvio anche a M. Galzigna, *Umori, nervi e civilizzazione. Trasformazioni del corpo malinconico*, in AA.VV., *Leggere il corpo malato*, Padova, Liviana (in corso di stampa).

<sup>128</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. 1, p. 207.

<sup>129</sup> *Ivi*, p. 206. A p. 205 si legge: «la vie intellectuelle de celui qui maîtrise le délire mélancolique est toute empreinte du caractère de sa passion».

<sup>130</sup> *Ivi*, p. 207.

*nia*, sta ad indicare che la mania, anche se in una forma del tutto particolare, è diventata un principio di intelligibilità della malinconia, un suo parametro esplicativo, una sua componente interna. La follia circolare di Falret sarebbe impensabile senza la premessa di questa radicale ristrutturazione semantica dell'antico concetto di malinconia. La semeiotica esquiroliana, che all'inizio del capitolo definivamo ancora grezza e qualitativa, è in realtà sostenuta da una finissima attenzione al vissuto complessivo dell'ammalato: da una capacità di *vedere* e di *ascoltare* che decifra i sintomi — più che come aggregazioni convenzionali o come unità naturali della malattia — come manifestazioni variabili, appartenenti alla personalità globale del paziente internato.

Vedere ed ascoltare, dunque. Il *processo di obiettivazione* del folle — la sua segregazione istituzionale, la sua appartenenza ad un determinato comparto nosografico, la sua trasformazione in entità clinica astratta — convive ambigualmente e contraddittoriamente con un sostanziale *processo di soggettivazione*, che non riduce mai il sintomo al segno, che non astrae mai i sintomi stessi dal vissuto dell'alienato e dalle sue coordinate socio-culturali. Ha ragione Pierre Férida<sup>131</sup>. L'opera dell'erede di Pinel rappresenta l'abbozzo, l'avvio di una prospettiva fenomenologico-clinica pienamente sviluppata nel nostro secolo solo nell'ambito della psichiatria fenomenologica, che ha utilizzato il pensiero di Husserl, o della *Daseinsanalyse*, che ha fatto riferimento alla filosofia di Heidegger<sup>132</sup>: un avvio dimenticato dagli alienisti e quasi sempre taciuto o ignorato in sede storiografica, a tutto vantaggio di una valorizzazione dell'opera amministrativa e legislativa di Esquirol. Il nostro accordo con una rilettura degli scritti di Esquirol in chiave fenomenologica è tuttavia parziale: non si può mai dimenticare infatti, che il *processo di soggettivazione* della follia, inteso come sviluppo di una cultura terapeutica relazionale — e, perlomeno in prospettiva, libertaria<sup>133</sup>, convive con un parallelo e dissonante *processo di obiettivazione*, che mette capo a tecniche di

<sup>131</sup> Si veda la sua lunga prefazione a J.E.D. Esquirol, *De la hypémanie ou mélancolie*, Toulouse, Privat, 1977, pp. 7-66.

<sup>132</sup> U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1979. Per cogliere la differenza e le sovrapposizioni tra i due filoni, soprattutto in campo psichiatrico, si veda E. Borgna, *op. cit.*, pp. 7-35.

<sup>133</sup> Non si dimentichi che l'antipsichiatria europea — da Laing a Cooper, fino a Basaglia — si è nutrita di cultura fenomenologico-esistenziale. Sul peso della «psichiatria di derivazione fenomenologica» nella costituzione di un «filone alternativo», a partire dagli anni venti del nostro secolo, si veda, per l'Italia, S. Piro, *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1988.

dominio e a dispositivi di controllo dell'alienazione, senza per questo smarrire la sua connotazione di processo conoscitivo. Lo psichiatra conosce per dominare e domina per poter conoscere. L'antipsichiatria, nata come movimento che punta a disarticolare questa storica connessione, ha cercato di emancipare, se così si può dire, l'atto conoscitivo dalle tecniche di dominio, la soggettivazione dall'obiettivazione, l'ascolto della follia dagli assetti nosologici e dalle reti istituzionali che lo confiscano. All'ascolto ed al vissuto del paziente l'indirizzo fenomenologico — fertile humus della stessa antipsichiatria — ha restituito centralità: quella stessa centralità che noi oggi, attraverso le pazienti peripezie della ricerca storica, cerchiamo di ritrovare, sepolta e negletta, se non addirittura rimossa dagli stessi protagonisti, alle origini della psichiatria moderna.

Un processo di soggettivazione è dunque la matrice essenziale e contrastata della nosografia esquiroliana. Un processo che passa attraverso l'ascolto del folle che parla, del folle che da voce alla sua sofferenza, del folle che talvolta la rappresenta, muto, attraverso il teatro del suo corpo, del folle che spesso, soprattutto quando è affetto da lipemania o da monomania, racconta il suo delirio, mettendo in scena i conflitti che lo attraversano, le forze oscure e indefinibili che disgregano la compattezza del suo io: del folle, infine, che riesce ad esibire il contenuto storico, sociale, politico, religioso e personale del suo delirio. Il che consente ad Esquirol di definire la follia — e, più specificamente, la monomania — come malattia della *civilisation*: come *malattia* sociale e *morale* per eccellenza.

Elle emprunte son caractère et retrouve les causes qui la produisent dans les différents âges des sociétés; elle est superstitieuse et érotique dans l'enfance sociale, comme elle l'est encore dans les campagnes et dans les contrées où la civilisation et ses excès ont fait peu de progrès; tandis que dans les sociétés avancées elle a pour cause et pour caractère: l'orgueil, l'abnégation de toute croyance, l'ambition, le jeu, la désespoir, le suicide. Il n'est pas d'époque sociale qui n'ait été remarquable par quelques monomanies empreintes du caractère intellectuel et moral de chaque époque<sup>134</sup>

La coscienza malata ed il corpo, che di ogni patologia mette in rilievo i contrassegni visibili: il soggetto, per Esquirol, non è altro che questa peculiare *unità psicosomatica*, che rappresenta un'autentica superficie d'iscrizione degli avvenimenti e della storia, sia individua-

<sup>134</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. 1, p. 198.

le che collettiva. La *causa*, esterna al soggetto, diventa un *carattere*, saliente e visibile, della sua monomania.

Questo corto circuito tra causa e carattere è ciò che il medico *vede* nel malato. Soprattutto, è ciò che egli *ascolta* dalla viva voce del suo paziente, qualora sia riuscito a conquistarne la fiducia. *La confiance* — un termine che ricorre spesso nei testi di Esquirol — rende possibile la parola dell'alienato ed al tempo stesso l'ascolto dell'alienista. *La confiance* denota un insieme difficilmente codificabile di astuzia, di capacità introspettiva, di empatia e di *intelligenza intrapersonale*<sup>135</sup>: senza queste qualità, sarebbero impossibili sia l'accesso all'interiorità del folle sia la costruzione di un edificio nosografico. Soggettivazione ed oggettivazione, in altri termini, sono variabili dipendenti di *un'arte*, di un'abilità individuale e di una disponibilità umana: una disponibilità che diventa, ben al di là di una sua connotazione filantropica, condizione preliminare e componente interna del processo conoscitivo.

In mezzo ai pazzi, sottolinea infatti Esquirol nel primo paragrafo della sua *préface* alla silloge del '38, «j'ai passé ma vie». Anche le parole finali di questa stessa prefazione, non a caso, sono dedicate ai suoi malati: i «malheureux malades auxquels j'ai voué toute mon existence»! Non si tratta solo di espressioni retoriche. Il contesto della brevissima *préface* è infatti tutto imperniato su una vera e propria apologia della conoscenza empirica, che porta con sé una condanna senza appello dei «sistemi» e delle teorie precostituite. «Attaccandomi ai fatti», afferma infatti Esquirol, li ho accostati sulla base delle loro affinità ed ora li racconto «tels que je les ai vus», rifiutando «les systèmes» e cercando solo raramente di spiegarli. I fatti non si spiegano, non si interpretano: si raccontano, si descrivono, ponendo in risalto i «sintomi» della follia, i «costumi», le «abitudini» ed i «bisogni» degli alienati. Sarebbe errato, da un punto di vista storiografico, sottovalutare l'importanza *dell'empirismo clinico* ri-

<sup>135</sup> Prendo l'espressione dallo psicologo H. Gardner, *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Milano, Feltrinelli, 1987, pp. 258-297. Gardner cita più volte l'intelligenza intrapersonale come requisito necessario al terapeuta e, più in generale, agli «individui che aiutano il prossimo per professione» (p. 260). Uno studio di psicologia storica sui casi clinici — ad esempio in ambito psichiatrico o psicoanalitico — potrebbe forse gettare luce nuova sulla genesi di alcuni concetti, o di alcune teorie. Così come si è visto nella soggettività malata una matrice possibile delle costruzioni teoriche, allo stesso modo si potrebbe verificare se l'intelligenza «intrapersonale» dei terapeuti abbia esercitato una qualche influenza sull'andamento del loro sapere e sulla dottrina che professano. Il tema della *confiance*, di cui parlo nel testo, è ben presente anche nella *thèse* del 1805: «sans la confiance, point de guérison», si legge infatti a p. 51 di *Des passions*, cit.

spetto al costituirsi della nuova scienza psichiatrica. Prima viene la modificazione concettuale e il mutamento culturale, è stato detto<sup>136</sup>, poi l'osservazione: prima l'inversione di paradigma — dalla follia totale alla follia parziale, dall'alienazione incurabile a quella curabile — poi la postura empirica. Si tratta di uno schema interpretativo che ha il merito di aver dato il giusto peso al definitivo affermarsi, nei primissimi anni dell'800, del concetto di *curabilità*; ha però il torto di aver sottovalutato il fatto che questo stesso concetto non avrebbe potuto imporsi senza un parallelo movimento di inclusione istituzionale e di spazializzazione settoriale della follia. La segregazione manicomiale fonda un nuovo sguardo medico e un nuovo stile d'ascolto: settorializza la follia, la isola dalle altre malattie, ma al tempo stesso la rende visibile a prescindere dai fattori di carattere ambientale e sociale che l'hanno prodotta. Il concetto di curabilità non esiste fuori dall'orizzonte di questa nuova visibilità delle patologie mentali: un orizzonte, insieme concettuale e istituzionale, reso possibile dalla riorganizzazione settecentesca della medicina e dalla nascita della clinica<sup>137</sup>. Si è parlato di nuova visibilità e di nuovo stile d'ascolto. La parola del folle, entro tale prospettiva, occupa una posizione privilegiata e diventa l'autentica matrice generativa della classificazione. È questa, forse, una delle cesure epistemologiche più rilevanti della psichiatria nascente. La potenza dell'approccio empirico, rafforzata dal nuovo assetto istituzionale di una disciplina emergente, aggredisce, ristrutturata e cerca di soggiogare l'impianto tradizionale della nosologia classica: antiche categorie scompaiono, o vengono modificate; nuove categorie, come la lipemania e la monomania, prendono piede. Il clinico punta finalmente a trasformare la classificazione in variabile dipendente dell'osservazione e dell'ascolto. La fusione tra i due livelli, si sa, non sarà mai completa ed armonica. Emergeranno continuamente scarti, discontinuità, contraddi-

<sup>136</sup> Cfr. M. Gauchet-G. Swain, *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard, 1980, pp. 41-51.

<sup>137</sup> Dopo l'importante libro di M. Foucault (*Nascita della clinica*, cit.), si è affermata, in campo storiografico, la tendenza a vedere nella chirurgia e nella medicina settecentesca il luogo di nascita di una medicina clinica. Si veda O. Keel, *Cabanis et la généalogie de la médecine clinique*, Montréal, McGill University, 1977. Comunque, sia il *Traité* pineliano del 1800 sia la *thèse* esquiroliana del 1805 — che ha alle sue spalle, come si è visto, l'opera del 1802 sulla medicina clinica — correlano strettamente curabilità della follia e sua segregazione asilare. *L'isolamento*, in Pinel e in Esquirol, oltre che misura medico-amministrativa, è innanzitutto parte integrante e ineliminabile del paradigma, condizione indispensabile dell'osservazione e dell'ascolto. Su questo tema si veda Th. Longe, *La notion d'isolement à l'œuvre chez Pinel*, Thèse Méd., Paris, St. Antoine, 1980.

zioni. Un principio, tuttavia, si era affermato con Esquirol: il primato dei sintomi, del vissuto dei pazienti, e la centralità della loro parola. Un principio con il quale, in termini di diniego, di riassunzione o di riformulazione, tutta la psichiatria successiva dovrà continuamente misurarsi.

Nel capitolo sulla lipemania, uno dei testi più densi e suggestivi di tutta la sua opera, Esquirol fa più volte ricorso alla parola dell'alienato. Una parola che si manifesta anche nei casi più difficili, quando il malato soffre in silenzio, totalmente ripiegato su se stesso. Vediamo. «L'immobilità del corpo, la fissità dei tratti del volto, il silenzio ostinato tradiscono la contenzione dolorosa dell'intelligenza e degli affetti. Non è più un dolore che si agita, che si lamenta, che grida, che piange; è un dolore che tace, che non ha lacrime, che è impossibile»<sup>138</sup>.

In simili stati, spiega Esquirol, i lipemaniaci sono «inaccessibili ad ogni impressione estranea all'oggetto del loro delirio». Aggiunge, poco dopo: «Un abisso li separa, essi dicono, dal mondo esterno». Continua, poi, citando, in corsivo e senza virgolette, una sorta di discorso-tipo, non attribuibile a nessun alienato ma ritenuto comune a tutti i pazienti che, più o meno, corrispondono alla descrizione precedente. «*Sento, vedo, tocco*, dicono molti lipemaniaci, *ma non sono come un tempo; gli oggetti non vengono a me, non si identificano con il mio essere; una spessa nube, un velo modifica il colore e l'aspetto dei corpi. I corpi meglio levigati mi sembrano irti di asperità*»<sup>139</sup>

Questa sorta di parola comune, assegnata a quello che potremmo definire un *soggetto collettivo* della lipemania, emerge dal testo esquiroliano, ancor prima che vengano identificati ed esemplificati i contenuti specifici del «*délire mélancolique*» o delle «*passions tristes*»; è una parola che rivela gli aspetti più profondi della nuova entità patologica: quegli aspetti che costituiscono «*le fond de la maladie*»<sup>140</sup>, come dirà più tardi anche Falret, credendo o fingendo di inventare un'espressione già utilizzata da Esquirol. Fondo della malattia, qui, vuol dire, come si è visto nell'ultima citazione, rapporto alterato con gli oggetti del mondo esterno; ma vuole anche dire — lo apprendiamo sempre dalla parola di un presunto soggetto collettivo — paura. Paura di nulla. Paura senza oggetto<sup>141</sup>. Oppure incapacità di

<sup>138</sup> J.E.D. Esquirol, *op. cit.*, t. 1, p. 204.

<sup>139</sup> *Ivi*, p. 205. Il corsivo è mio.

<sup>140</sup> *Ivi*, p. 237. Il corsivo è mio.

<sup>141</sup> *Ivi*, p. 206: «*J'ai peur, disent ces malades, j'ai peur; mais de quoi? je n'en sais rien, mais j'ai peur*».

adeguare i propri convincimenti ai dettami della ragione, liberandosi dai deliri e dalle idee fisse<sup>142</sup>. Oppure, ancora — è il caso, questa volta, di un «ancien magistrat», persona colta ed eccellente parlatore — pervertimento della volontà, capace di funzionare solo per spingere il paziente a non fare ciò che la ragione gli suggerisce. «È certo — egli afferma — *che non ho volontà che per non volere, poiché possiedo tutta la mia ragione, so ciò che devo fare, ma la forza mi abbandona quando dovrei agire*»<sup>143</sup>.

Nel capitolo sulla lipemania la parola del folle — sia essa «comune» oppure riferibile a individui concreti — viene giocata su due livelli, distinti e complementari. Un primo livello è quello della storia clinica completa, dove predomina un'attenzione al contenuto specifico dei deliri<sup>144</sup>. Un secondo livello è quello in cui l'alienista cerca di delineare una tipologia del lipemaniaco: cioè le manifestazioni costanti, *la forma* essenziale, il *fondo*, appunto, della sua malattia. Se è vero — così Esquirol conclude il suo capitolo — che «il fondo della malattia rimane sempre lo stesso», è anche vero, al tempo stesso, che i suoi «tratti» caratteristici «sfumano e si diversificano all'infinito»<sup>145</sup>. L'infinita varietà dei deliri e dei contenuti ideativi della malattia mentale rinvia alle passioni umane, alle vicende individuali, ai contesti familiari ed agli ambienti sociali che a certe forme di follia hanno fornito *l'humus* e l'origine. Da questo punto di vista, la lipemania e soprattutto le monomanie si rivelano un ricco campo significativo, che riguarda l'individuo nei suoi rapporti sociali, nella sua vita morale, politica e religiosa. Le categorie nosografiche, profondamente intrise di *storicità*, si situano al punto d'incrocio tra il mentale e il sociale, tra la psiche e l'ambiente, tra la malattia e la civiltà, tra l'uomo e la storia<sup>146</sup>. Solo grazie alla parola del folle gli alienisti hanno potuto accedere alla complessità enigmatica di tali intrecci.

<sup>142</sup> *Ivi*, p. 207: «*J'entends bien ce que vous me dites, me disait un mélancolique, vous avez raison, mais je ne puis vous croire*». Apparentemente, qui, il riferimento è a un *mélancolique*, cioè a un soggetto ben identificabile. In realtà la frase è generica, e non è inserita all'interno di una determinata storia clinica.

<sup>143</sup> *Ivi*, p. 208. Il corsivo è mio.

<sup>144</sup> È il caso, ad esempio, di Théroigne de Méricourt (*ivi*, pp. 220-222), sul quale mi sono già soffermato altrove. Cfr. M. Galzigna, *Malinconia omicida. Riflessioni sulla medicina legale della follia*, in «Lectures», n. 14, giugno 1984, pp. 99-110.

<sup>145</sup> *Ivi*, p. 237.

<sup>146</sup> Da questo punto di vista, il capitolo *De la monomanie* (*ivi*, pp. 332-393) — redatto appositamente per la silloge — è il più importante. Qui Esquirol opera una definitiva risistemazione della sua nosografia, distinguendo tre tipi di monomanie: la *monomania intellettuale* (con deliri, allucinazioni e illusioni); la *monomania affettiva o ragionante* (disordine negli affetti e nei comportamenti, ragione intatta); la *monomania istintiva o senza delirio*, in cui «le mala-

#### 4. Seduzioni della parola

Non è senza *emozione*, afferma Pinel, che ho visto degli alienati ripetere giorno e notte l'amato nome di una sposa o di un figlio rapiti da morte prematura<sup>147</sup>. La parola del malinconico trasmette una sofferenza che soggioga il terapeuta, che lo seduce, che lo coinvolge emotivamente. Senza questa partecipazione diretta ed empatica non sarebbero nemmeno pensabili adeguate strategie conoscitive e provvedimenti curativi efficaci. In un altro passaggio, dedicato agli accessi di mania, Pinel racconta di essersi fermato talvolta con *piacere* — «avec plaisir»<sup>148</sup> — davanti alla cella di un uomo di lettere, che durante le sue crisi maniacali scorreva sugli avvenimenti della rivoluzione.

Emozione, piacere. Questi sentimenti ci riportano al momento aurorale dell'ascolto psichiatrico, e perciò al clima di entusiasmo che di solito accompagna una scoperta, un'innovazione, una discontinuità radicale. Per la prima volta — di questo gli alienisti erano assolutamente convinti — la parola del folle riusciva ad occupare una posizione strategica all'interno del campo medico: un ruolo essenziale rispetto agli avanzamenti ed alla stessa esistenza di una nuova disciplina scientifica. A tale parola si prestava dunque ascolto, con curiosa avidità e con grande partecipazione emotiva. Ciò accadeva soprattutto nei momenti, tutt'altro che rari, in cui il malato riusciva a raccontare la sua stessa malattia, oppure quando era in grado — affetto da una alienazione priva di delirio — di ragionare, di giudicare o addirittura di simulare. Non a caso Pinel, per descrivere l'affrontamento tra l'alienista ed il simulatore, utilizza la metafora del *grande teatro*, collocato *nel cuore stesso dei lumi*<sup>149</sup>: un teatro istituzionale, la

de, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réproûve, que la volonté n'a plus la force de réprimer; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles» (p. 332). Potremmo dire che il secondo e il terzo tipo di monomania mostrano come Esquirol — abbandonando, checché ne dica Delasiauve, la concezione intellettualistica della follia cara alla medicina classica — mettesse a fuoco la natura affettiva delle patologie mentali: ciò che lo psichiatra, oggi, chiama psicosi affettiva. Sotto questo profilo, la critica che Louis Delasiauve rivolge a Esquirol sembra completamente ingiustificata. Cfr. L. Delasiauve, *Du diagnostic différentiel de la lypémanie*, in «Annales Médico-Psychologiques», 3, 1856, pp. 380-442. Tutto il capitolo sulla monomania è rilevante, oltre che per il riassetto della nosografia, anche e soprattutto per gli aspetti medico-legali (pp. 376 ss.) e per il grande spazio dato alle storie cliniche e alla genesi passionale e sociale della malattia.

<sup>147</sup> P. Pinel, *Traité*, cit., p. 144. Il passo citato appartiene a un contesto in cui Pinel parla della malinconia.

<sup>148</sup> *Ivi*, p. 27.

<sup>149</sup> Per il passo pineliano, cfr. nota 14, cap. 1. Va fatta, qui, una importante precisazione.

cui posta in gioco, come avevano già osservato, è la vittoria della ragione, e quindi l'affermazione del medico come *autorità morale*, capace di garantire un efficace *governo* della relazione interpersonale ed asimmetrica fondata sulla parola del soggetto internato.

La parola del folle che ragiona o simula — come quella del simulatore «sano» — è dunque parola sollecitata, ascoltata, direttamente inserita nella dinamica che scandisce l'intervento terapeutico ed i procedimenti dell'osservazione manicomiale. Nei testi psichiatrici non ci viene mai restituita una parola in libertà, slegata dalle posture dell'ascolto e dalle regole di quelle che Pinel definiva la *police intérieure* degli ospizi<sup>150</sup>. Così come è accaduto per la scrittura, anche la parola del folle, nel momento in cui trasgredisce tali regole, sembra quasi sottratta all'ascolto dell'alienista: rimossa, cancellata, perduta.

Ci arriva quasi sempre, attraverso i testi, una parola funzionale al dispositivo asilare: alle pratiche ed ai saperi che lo caratterizzano. Una parola di cui l'alienista ha bisogno, proprio in quanto supporto fondamentale della nosologia e della cura. Anche quando il trattamento morale viene ritenuto inutile o impossibile, essa viene utilizzata per classificare il malato, diventando così una componente fondamentale dell'atto conoscitivo. *Sous la dictée des aliénés*, come denunciava Falret il vecchio<sup>151</sup>, i padri fondatori hanno dunque organizzato le loro osservazioni e la loro dottrina.

Il discorso psichiatrico scopre in questo stesso «dettato» una condizione di possibilità del suo continuo sviluppo: ciò che gli con-

Per Pinel riuscire a penetrare il segreto della follia, vincere il silenzio ostinato dei pazienti, la loro diffidenza, la loro tendenza a «dissimuler» (p. LI) , significa affermare il potere terapeutico dell'alienista e superare gli *ostacoli* intrinsecamente connessi all'esercizio dell'arte. Nell'introduzione al *Traité*, alla quale ci eravamo già riferiti all'inizio del primo capitolo, tattica dissimulatrice, taciturnità, umore umbratile, diffidenza, rifiuto del medico come autorità morale, sono tutti comportamenti che appartengono alla medesima costellazione di sintomi. Sintomi, al tempo stesso, di una malattia e di una resistenza alla medicalizzazione. In tale contesto, la tendenza a «dissimuler» appartiene certamente al malato, ma con questa sfumatura supplementare: si tratta di un malato che resiste al terapeuta, che lo ostacola, che esprime antagonismo, che esibisce, quindi, nei suoi comportamenti, un certo grado di «normalità» e di autoconsapevolezza. Per queste ragioni abbiamo assegnato alla dissimulazione uno statuto di ambiguità, di condizione intermedia difficilmente afferrabile e definibile. Anche quando Pinel parla della simulazione del soggetto presunto sano — come nel famoso passo in cui utilizza la metafora del *grande teatro* — colloca sempre il suo discorso all'interno di una valorizzazione complessiva dell'arte, dell'abilità terapeutica del medico: arte ed abilità a cui è affidato il compito strategico di far trionfare, in ogni caso, la ragione e la verità.

<sup>150</sup> P. Pinel, *Traité...*, cit., pp. 177-226.

<sup>151</sup> Jean Pierre Falret, di cui si è più volte parlato (1794-1870), ha un figlio, Jules Falret (1824-1902), che divenne anch'egli alienista di fama, amico di Lasègue e di Morel, entrambi allievi di suo padre. Si occupò di follia paralitica, di follia circolare e della cosiddetta «*folie à deux*».

sente, per dirla ancora con Pinel, l'assoluta compatibilità tra la costruzione di un *corpo dottrinario* ed il drastico rifiuto di qualsiasi *ordine sistematico*<sup>152</sup>. Nell'ambito della stessa prospettiva, Esquirol, potrà dire, nella sua già ricordata *préface* «empiristica» a *Des maladies mentales*, di essersi sempre bloccato di fronte ai *systemes*, tanto *seducenti* quanto inutili: di averli rifiutati attaccandosi *ai fatti* («m'attachant aux faits») e studiando i *costumi*, le *abitudini*, i *bisogni* degli alienati, oltre che i *sintomi* della loro follia. Sono parole scritte nel 1838. La postura empiristica pineliana, in quasi quarant'anni di sviluppo della nuova disciplina, si è dunque consolidata. I *fatti*, e la parola che li rivela, hanno la meglio sulla rigidità dei *systemes* ed offrono alla *dottrina* la possibilità di trovare conferme o smentite, occasioni di consolidamento oppure potenti stimoli ad un rinnovamento o ad una trasformazione radicale. Il legame privilegiato tra l'osservazione dei fatti e la parola dei folli conferisce a quest'ultima un potere di *seduzione* che sembra sfuggire alla coscienza dell'alienista, ma che trapela con grande evidenza da certe caratteristiche del suo linguaggio: basterebbe ricordare, ad esempio, la frequente presenza, nei testi esquiroliani, dell'aggettivo *interessante*, riferito più volte a qualche soggetto internato. Abbiamo così, in *Des passions*, un chirurgo «instruit» e «*intéressant*»<sup>153</sup>; una delirante che guarisce, definita «*femme intéressante*»<sup>154</sup>; una «*intéressante victime de l'amour*»<sup>155</sup>, che teme di essere avvelenata e rifiuta ogni sorta di «*nourriture*»; «*une dame intéressante*»<sup>156</sup> affetta da delirio malinconico, con scoppi di furore alternati a momenti di grande lucidità, durante i quali ragiona, descrive con senso del ridicolo i propri deliri ed applica a se stessa una sorta di trattamento morale («*elle se traitait moralement*»)<sup>157</sup>. Soprattutto quest'ultimo esempio mostra come l'interesse del medico fosse particolarmente sollecitato dalle situazioni in cui il malato riusciva a verbalizzare il proprio vissuto, facendo *dono* della propria parola all'alienista, visto come salvatore e guaritore: autorità morale, talora tatticamente disponibile a *simulare* una complicità con i deliri dei suoi pazienti, ma più spesso pronto a contrastare il pazzo, a «*ébranler son imagination*», ricorrendo ad un «*language énergique*», e a «*paroles consolantes*», al fine di conquistare la sua «*confiance*».

<sup>152</sup> P. Pinel, *op. cit.*, p. 3.

<sup>153</sup> J.E.D. Esquirol, *Des passions*, cit., p. 36 (il caso si conclude con la guarigione).

<sup>154</sup> *Ivi*, p. 41.

<sup>155</sup> *Ivi*, p. 80.

<sup>156</sup> *Ivi*, p. 84.

<sup>157</sup> *Ibidem*.

Queste espressioni, che riguardano la storia clinica di un maniaco dell'età di vent'anni, mettono in rilievo il frequente intrecciarsi della parola di chi soffre con la parola del terapeuta. Poco prima, il giovane paziente aveva esclamato, rivolgendosi a Esquirol: «ne me quitte pas, je suis fou»<sup>158</sup>. Non molto tempo dopo, al termine della crisi e sulla soglia della guarigione, dirà al suo medico: «*Vous m'avez sauvé*». Lei mi ha salvato. «Furono le sue prime parole», commenta Esquirol; «la sera stessa facemmo insieme una partita a biliardo»<sup>159</sup>.

Anche in *Des maladies mentales* ritroviamo lo stesso aggettivo che abbiamo assunto come emblema del potere di seduzione esercitato sullo psichiatra dagli alienati e dal loro linguaggio.

Il capitolo sulla monomania ci fornisce al proposito qualche esempio significativo.

Una giovane signora trentaduenne — alla fine del suo resoconto Esquirol parlerà di lei come di una «intéressante malade»<sup>160</sup> — si innamora di un giovanotto di rango sociale più elevato rispetto a quello del marito. Ciò accade qualche tempo dopo il suo matrimonio. Comincia allora a delirare attorno a questo nuovo «objet de sa passion», rovesciando disprezzo sul marito e sui parenti. Classico caso di monomania erotica: malattia grave, differente dalla ninfomania o dalla satiriasi, provocate da disturbi degli organi riproduttori; malattia tutta mentale, nella quale *l'amore è nella testa* («l'amour est dans la tête») e *l'immaginazione* gioca un ruolo preponderante («l'érotomaniaque est le jouet de son imagination») <sup>161</sup>.

La signora di cui si parlava, affetta, secondo Esquirol, da un delirio erotico senza complicazioni, persegue con tenacia e coerenza la sua passione dominante. Spedita nella casa paterna, parla continuamente di *lui*, lo vede ovunque; diventa collerica, capricciosa; i suoi nervi si ammalano. Scappa per raggiungerlo. Lo invoca con canti appassionati. E lui il più grande, il più bello, il più perfetto degli uomini. È lui il suo unico e vero marito. Pensandolo cade in estasi, rimane immobile, lo sguardo fisso, il sorriso sulle labbra. Scrive lettere e versi che hanno per oggetto «la passion la plus véhémement», ma che esprimono, al tempo stesso, i sentimenti più virtuosi. Spesso parla sola, a voce alta o a voce bassa; talvolta è gaia, «rit aux éclats»; altre

<sup>158</sup> *Ivi*, p. 81.

<sup>159</sup> *Ivi*, p. 82.

<sup>160</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., t.1, p. 349. Il racconto del caso occupa le pagine 348 e 349.

<sup>161</sup> *Ivi*, p. 347.

volte è malinconica, piange, oppure si adira, durante i suoi colloqui solitari. «Se la si avverte di tale loquacità, essa assicura che è costretta a parlare», poiché è il suo amante che parla con lei, aiutato da mezzi che egli solo conosce.

Su tutto ciò che è estraneo alla sua passione, la signora ragiona; essa lavora e custodisce gli oggetti che le servono. Quando tuttavia la sua monomania la sovrasta — in genere durante il periodo mestruale — allora sia l'azione che il linguaggio sono subordinati ai capricci della sua «*passion délirante*».

«Rien n'a pu rendre à la raison — questa la conclusione — cette intéressante malade».

Ci siamo limitati a parafrasare alcune parti di questo *récit*, senza alternarne lo stile ed il lessico. Un racconto significativo, nel quale la fascinazione subita dal medico è palese, anche se la parola della paziente non si intreccia con la sua. È una parola ascoltata, seguita, spiata: la signora parla spesso sola, si dice infatti, durante il giorno e durante la notte. È una parola funzionale alle conoscenze dell'alienista, utile alla sua nosografia, ma totalmente estranea ad ogni possibilità di un commercio terapeutico o di un semplice contatto interpersonale. Ciononostante, il resoconto è attraversato da una forte tensione stilistica e da una certa vena di lirismo. A questa parola solitaria, sovrana e inaccessibile — rimasta tale nonostante il ricorso all'«*appareil de la force*» ed alle «*paroles énergiquement prononcées*» per sedare il parossismo — l'alienista riconosce il fascino ambiguo della radicalità e della coerenza.

Altre volte — soprattutto nel caso della *monomania ragionante* — ciò che attrae l'attenzione, se non l'ammirazione, dello psichiatra, è proprio questa convivenza contraddittoria, quasi impossibile, apparentemente assurda, tra un'idea fissa, gli stati emotivi che ne dipendono, ed una vita psichica che su tutto il resto funziona normalmente. Sarebbe impossibile, dice Esquirol a proposito d'uno di questi casi, in qualsiasi momento, «sorprendere il minimo disordine nelle sensazioni, nel ragionamento, negli affetti di questa *intéressante ammalata*»<sup>162</sup>. Una malata che, come spesso accade, parla con il medico della sua malattia, della necessità di guarirla, dei mezzi terapeutici più idonei. Sentiamo. «Non sragiona mai; ha il sentimento del suo stato, riconosce il ridicolo delle sue apprensioni, l'assurdità delle sue precauzioni; ne ride; ci scherza sopra; per questo geme e talvolta

162 *Ivi*, p. 364.

piange; non solo fa degli sforzi per vincersi, ma indica i *mezzi* anche sgradevoli che crede idonei ad aiutarla per vincere le sue apprensioni e le sue precauzioni»<sup>163</sup>.

La parola della monomane e quella di chi vorrebbe guarirla si intrecciano, a tal punto che il proposito già espresso da Esquirol nella *thèse* — quello cioè di *mettersi in armonia con l'idea-madre* del delirio<sup>164</sup> — lascia il posto ad una sorta di tecnologia dell'incorporazione. La paziente dimentica il suo delirio. Lo mette tra parentesi. Interiorizza i valori morali ed i principi terapeutici dell'alienista. Coopera con lui, rinunciando così a capire la sua malattia, a metterla in relazione con la sua vita e con la storia che l'ha resa possibile. A ben guardare, per un funzionario della norma, della salute mentale e dell'*utilità pubblica*<sup>165</sup>, non potrebbe esservi follia più desiderabile e rassicurante.

<sup>163</sup> *Ibidem.*

<sup>164</sup> Cfr. la nota 23 di questo capitolo.

<sup>165</sup> Sono queste, lo si ricordi, le due parole che chiudono la prima edizione del *Traité* di Pinel (cit., p. 304).