



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di filosofia, sociologia, pedagogia e psicologia  
applicata (fisppa)**

**Corso di laurea magistrale in psicologia Clinico-Dinamica  
Elaborato finale**

**Normalità e patologia: la diagnosi può diventare  
un destino?**

**Normality and pathology: can diagnosis become a destiny?**

***Relatore:***

**Prof.ssa Ilaria Malaguti**

***Laureanda:*** Elena Ambrosini

***Matricola:*** 2015619

Anno accademico 2021/2022



*“La psicologia non potrà mai dire la verità sulla follia, perché è  
la follia che detiene la verità della psicologia.”*

Michel Foucault

*“La fragilità a cui ci espone la diagnosi è ormai parte di noi, per  
poco tempo o per sempre. Con sé può portare la possibilità di  
ripensare la nostra storia e il nostro futuro,  
il nostro posto nel mondo.”*

Vittorio Lingiardi



# INDICE

INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO PRIMO: LO STIGMA DELLA MALATTIA MENTALE .....	10
1.1 Lo stigma legato alla malattia mentale: un primo tentativo di definirne i caratteri costitutivi .....	14
1.2 Rappresentazioni “mediate” della malattia mentale .....	16
1.3 La diagnosi come tormento .....	23
1.4 Colloquio e poesia.....	30
1.5 La poetessa dei Navigli.....	32
1.6 Lo stigma della malattia mentale: le origini, le articolazioni, le conseguenze .....	34
CAPITOLO SECONDO: IL CONFINE TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA.....	51
<i>2.1 IL NORMALE E IL PATOLOGICO.....</i>	<i>51</i>
2.12 L’evoluzione storica del pensiero medico tra Ottocento e Novecento: Comte, Bernard e Lariche .....	52
2.13 La normatività biologica.....	55
2.14 Un rinnovato sguardo epistemologico .....	57
<i>2.2 STORIA DELLA FOLLIA NELL’ETA’ CLASSICA .....</i>	<i>58</i>
2.21 Il disegno foucaultiano.....	58

2.22 Il Medioevo .....	60
2.23 Il Rinascimento .....	61
2.24 Il grande internamento .....	64
2.25 La nascita del manicomio: Tuke e Pinel.....	69
2.26 Il cerchio antropologico .....	72
CAPITOLO TERZO: DUE STORIE DI PSICOTICI.....	77
<i>3.1 MEMORIE DI UN MALATO DI NERVI.....</i>	<i>78</i>
3.12 Il caso clinico del presidente Schreber .....	78
3.13 Le interpretazioni di Sigmund Freud e di Elias Canetti .....	82
<i>3.2 PERCEVAL. UN PAZIENTE NARRA LA PROPRIA PSICOSI .....</i>	<i>87</i>
3.21 Il Racconto .....	87
3.22 L'analisi di Gregory Bateson.....	97
CONCLUSIONI .....	101
BIBLIOGRAFIA (OPERE CITATE E CONSULTATE).....	103

## INTRODUZIONE

Il presente elaborato dal titolo *Normalità o patologia: può la diagnosi può diventare un destino?* non ha certo la pretesa di dare la risposta che ognuno di noi si pone quando, incamminato sulla strada della vita, si trova ad affrontare una malattia, un grave inciampo della salute che ne interrompe la continuità di progetto e di senso.

Data l'improbabilità di ogni possibile risposta ad una tale impronunciabile domanda, si è inteso indicare alcune linee tematiche che consentano comunque almeno una convergenza, un orientamento di studio e di riflessioni intorno ad essa: interpretazione di un fenomeno socio-culturale quale è lo stigma della malattia mentale, indagine sui concetti di diagnosi e malattia, nonché di normale e patologico, sguardo su un'esperienza poetica in cui hanno convissuto inscindibilmente poesia e follia, analisi di un grande affresco storico dell'esperienza dell'alienazione mentale e della sua marginalizzazione sociale nell'età moderna, infine ricostruzione e commento di due drammatiche autobiografie di psicotici che del loro percorso di analisi interiore e di sofferenza hanno fermamente voluto lasciare una traccia indelebile.

Il lavoro si compone di tre parti, a loro volta suddivise in paragrafi, che affrontano gli argomenti sopracitati attraverso i contributi di vari autori appartenenti ad ambiti disciplinari diversi.

Il primo capitolo si sviluppa intorno ad alcuni nuclei tematici: quello dello stigma, innanzitutto. Dopo una prima suggestione narrativa e lirica, la trattazione dello stigma mentale è svolta mediante l'individuazione dei suoi caratteri essenziali in rapporto alla dicotomia inclusione/esclusione; successivamente è presentata l'indagine antropologica di Roy Grinker sulle sue origini, l'evoluzione in alcune società primitive o ipersviluppate, i paradigmi che ne descrivono la configurazione sociale-culturale, la sua permanenza nelle società cosiddette evolute a economia di mercato. L'analisi dell'impatto delle rappresentazioni psicopatologiche, "mediate" dai moderni e pervasivi strumenti della comunicazione sulla nostra percezione sociale e culturale, svolte da Pina Lalli, introducono nel discorso dello stigma alcuni aspetti (stereotipizzazioni, deformazioni delle nostre paure, permanenza dei pregiudizi, ecc.) che spesso sfuggono alla nostra consapevolezza di fruitori compulsivi di informazioni. La seconda parte del primo capitolo propone invece una riflessione sui concetti di

diagnosi e malattia mentale secondo le diverse declinazioni che ne dà Vittorio Lingiardi: diagnosi come tormento secondo un approccio che privilegia la relazione medico-paziente; diagnosi come strumento essenzialmente descrittivo, conoscitivo, apparentemente spersonalizzante ma indispensabile alla correttezza scientifica; infine - una sorta di terza via - diagnosi comprendente le migliori caratteristiche dei due paradigmi precedenti. Sull'essere malati e sulla malattia Lingiardi mette in luce due interpretazioni specularmente divergenti: quella sociale, che, deformata nelle sue metaforizzazioni, sconfinava con lo stigma; quella introspettiva secondo cui la malattia viene vissuta interiormente come preziosa opportunità di incontro con la propria dimensione più profonda, altrimenti ancora sconosciuta. Evidentemente connessa a quest'ultima concezione è pure quella di Eugenio Borgna, il cui riconoscimento della comune e umana fragilità di fronte alla sofferenza psichica e l'ascolto intriso di sensibilità ed empatia nei confronti del soggetto malato costituiscono gli assi portanti della sua lunga esperienza nella pratica clinica cui saldare un'attitudine culturale verso la poesia. Complementarietà necessaria quest'ultima in quanto, nella magia della parola poetica, si possono cogliere articolazioni tematiche e orizzonti di senso capaci di lenire la sofferenza psichica.

Una speciale contiguità tra follia e poesia si è pure evidenziata nella produzione poetica di Alda Merini, dove si trovano a convivere delirio e arte poetica, che a tratti paiono alimentarsi vicendevolmente. Tuttavia, al di fuori di scenari mitizzanti il momento della creazione lirica, la Merini sottolinea come la sua opera nasca dal dolore, che si sublima in poesia secondo un destino che, sin da ragazza, ha potuto dare un senso al proprio destino altrimenti votato al dolore e all'esclusione.

Il secondo capitolo tratta alcuni aspetti di due grandi opere della cultura francese ed europea del Novecento, *Il normale e il patologico* di Georges Canguilhem e *Storia della follia nell'età classica* di Michel Foucault, l'influenza e la portata innovativa delle quali sono riconosciute ancor oggi.

Circa la prima, si è evidenziata, in primo luogo, la messa in discussione della concezione positivista, fondata sulla distinzione tra patologia e normalità rispetto a norme ritenute oggettive, imperniata su paradigmi puramente quantitativi. Nel *Saggio* l'abbandono di tale approccio epistemologico viene motivato da Canguilhem da una posizione in favore di una medicina non tanto intesa come scienza quanto come pratica clinica, sì sulla scienza, ma che operi in un mondo di valori innescati dalle capacità

adattative e di normatività connaturate ad ogni individuo vivente. Dell'opera di Foucault si è seguito il percorso di ricostruzione storica della percezione e dell'esperienza della follia a partire dal Medioevo, passando per la lunga fase classica del grande internamento fino alla riapparizione di alcune *esperienze-limite* di essa, che hanno caratterizzato parte dell'Ottocento e del primo Novecento con le opere di grandi scrittori e pittori. Parallelamente si è cercato di cogliere la lezione - ravvisata nella straordinaria capacità dell'autore di assemblare in un disegno così vasto una molteplicità di sguardi disciplinari - della necessità, ancora attuale, di staccarsi dai presunti saperi oggettivanti della scienza psichiatrica, per lasciare spazio ad una pratica clinica in cui convivano paradigmi di analisi diversi.

Nell'ultimo capitolo le esperienze autobiograficamente narrate da due psicotici vissuti nel XIX secolo, il giudice Daniel Paul Schreber e John Perceval, hanno consentito un'analisi delle loro opere, orientata principalmente in due direzioni: da un lato si è ricostruito la trama narrativa delle vicende personali di ciascuna di esse, allo scopo di contestualizzare le condizioni che hanno determinato la gestazione e l'apparire del fenomeno psicotico; dall'altra si sono messi in rilievo le dinamiche diverse che hanno caratterizzato lo svolgersi del fenomeno psicotico stesso, in quanto entrambi i soggetti ne hanno tentato una comprensione, per quanto possibile, consapevole. Nell'interpretazione del caso Schreber si sono chiamate in causa le analisi che ne hanno fornito Sigmund Freud e Elias Canetti: da spiegarsi su meccanismi di inversione imputabili all'amore omosessuale rimosso, sfociata nel momento di maggior crisi in un complicatissimo delirio di grandezza, per il primo; da associarsi ai deliri di onnipotenza e invulnerabilità, tipici degli uomini di potere nella ricerca di un'identità che assuma su di sé l'ambiguo sentire della massa, per il secondo.

Infine si è dato rilievo ad alcuni punti dell'interpretazione di Gregory Bateson incentrata sul rinvenimento, nel racconto di Perceval, di importanti snodi concettuali cui lo stesso antropologo stava lavorando per la sua teoria sull'origine della schizofrenia: il conflitto tra istanze contraddittorie tra le voci interiori che affliggevano il protagonista (la questione del doppio legame), verosimilmente riflesso di un contesto familiare contrastato; l'individuazione nelle stesse voci di un linguaggio metaforico da accostarsi alla poesia piuttosto che al senso letterale di esse; infine, l'idea che il delirio schizofrenico sia una sorta di processo di autoguarigione, innescato dal proprio corpo per proteggersi da una patologia più profonda.

## CAPITOLO PRIMO: LO STIGMA DELLA MALATTIA MENTALE

Nell'introduzione al volume da lui dedicato allo stigma della malattia mentale, l'antropologo americano Roy R. Grinker rievoca un episodio, capitatogli quand'era un ragazzo di una quindicina d'anni, in occasione del quale, per la prima volta, si rese conto della specificità e della persistenza dello stigma sociale che contrassegnava la malattia psichica:

*Crebbi in una famiglia in cui si credeva che tutti potessero avere una piccola malattia mentale, che il dolore emotivo fosse una parte normale della vita e che le malattie mentali esistessero all'interno della estesa gerarchia nella quale si trovano tutte le malattie possibili. L'ansia, ad esempio, era più grave del comune raffreddore e meno grave dei tumori, ma era comunque nel novero di quei disagi che gli esseri umani devono tipicamente affrontare nel corso della loro vita. Ignoravo lo stigma riservato alle malattie mentali finché, fuori dalla scuola, ho sentito molte persone che ne parlavano non con il consueto tono di voce, ma sussurrando. In realtà le persone parlavano a bassa voce anche del cancro, della demenza e delle malattie sessualmente trasmissibili. Mi ci volle un po' per capire la differenza tra lo stigma della malattia mentale e quello della malattia fisica. Questa presa di coscienza arrivò dopo che ebbi terminato i dieci anni di scuola elementare, quando mio nonno mi aiutò a trovare un'occupazione estiva in un ospedale psichiatrico, lavoro che consisteva soprattutto nel fare delle pulizie e nel piegare delle lenzuola.*

*Un giorno, intento nelle mie mansioni, incontrai in una ragazza emaciata che era stata una mia compagna di classe. Lei era una paziente e il semplice fatto che io l'avessi vista in quel luogo causò un enorme subbuglio intorno a me. Venni messo in guardia tanto pressantemente e da così tante persone - il nostro preside della scuola, i suoi genitori, i miei genitori, mio nonno, i suoi medici, il mio supervisore del lavoro - affinché non facessi parola del suo ricovero in ospedale, che mi sentii come se avessi commesso un crimine. Posso solo immaginare quanto lei si sentisse a disagio, mentre lottava per un verso con la sua malattia e per l'altro anche con quel trambusto che la circondava. Ho riconosciuto allora fino a che punto la nostra società aveva reso le condizioni psichiatriche spaventose e vergognose, come una doppia malattia: in primo luogo, la malattia stessa e, in secondo luogo, il giudizio negativo che ne dava la società.<sup>1</sup>*

Imbattendosi casualmente nella sua mansione di inserviente di una clinica psichiatrica in una compagna di classe e, vedendo le conseguenze che tale incontro aveva sortito,

---

<sup>1</sup>Grinker R. R., *Nobody's Normal. How Culture Created the Stigma of Mental Illness*, (Nessuno è normale. Come la cultura ha creato lo stigma della malattia mentale), W. H. Norton & Company, New York, 2021, p. 9

più che sulla ragazza in sé, sul contesto sociale prossimale, il giovane Grinker percepì che, mentre la maggior parte delle malattie fisiche poteva innescare nelle persone vicine ai malati reazioni empatiche, alla malattia mentale toccava una sorte analoga a quella di un infamante segreto da tenere nascosto, o quantomeno da trattare con la massima discrezione possibile.

Nell'indagine rivolta a questo fenomeno sociale, condotta attraverso una lente prismatica dalle numerose sfaccettature, lo stesso antropologo prende le mosse da una toccante lirica della poetessa statunitense Anne Sexton (1928-1974), composta proprio dopo un tentativo di suicidio da lei messo in atto, e rivolta a coloro che le vivevano intorno. Da quel momento lo sguardo di questi ultimi era cambiato nei suoi confronti non tanto per la preoccupazione riguardante il suo benessere psichico, bensì per una sorta di repulsione nei confronti del suo gesto e del suo vissuto. La lirica in questione è *The Double Image (La doppia immagine)* ed è in particolar modo nella prima e nella seconda stanza che Grinker si sofferma per segnalare quale tipo di rapporto si è venuto instaurando tra Anne e i suoi familiari più prossimi:

*I*

*[...]*

*Io, che ho tentato due volte di ammazzarmi,  
ti avevo dato un nomignolo  
appena arrivata, nei mesi del mio piagnucolare;  
poi una febbre ti è rantolata in gola  
e io mi muovevo come una pantomima  
attorno alla tua testolina.  
Angeli brutti mi hanno parlato. La colpa,  
dicevano, era mia. Complottavano tra loro  
come streghe verdi versandomi nella testa la rovina  
come un rubinetto rotto;  
come se la rovina avesse inondato il mio ventre e sommerso la tua culla,  
un vecchio debito che dovevo accollarmi.*

*La morte era più semplice di quanto credessi  
il giorno che la vita ti ha restituito sana e salva  
Ho lasciato che le streghe rapissero la mia anima  
presa dai sensi di colpa.  
Ho finto d'esser morta  
finchè uomini bianchi mi hanno estratto il veleno,*

*m'hanno messo senza braccia e risciacquata  
attraverso una trafila di scatole parlanti e letti elettrici.*

*Ridevo a vedermi messa ai ferri in quell'hotel.  
Oggi le foglie gialle  
Sono stremate. Mi chiedi dove vanno.  
Ti dico che l'oggi ha creduto in se stesso, altrimenti avrebbe ceduto.  
[...]*

*2.*

*Mi hanno spedito lettere con tue notizie  
E io cucivo mocassini che non avrei mai usato.  
Quando cominciasti a stare meglio e a sopportarmi  
Andai a stare con la mamma. Troppo tardi,  
troppo tardi dissero le streghe, per stare con la mamma.  
Non me ne sono andata.  
Ma mi sono fatta fare un ritratto.*

*Ripartita dal Beldam (ospedale psichiatrico),  
tornai alla casa di mia madre a Gloucester.  
Ed è così come sono venuta a prenderla,  
ed è così che l'ho persa.  
Mia madre disse, per il suicidio non posso perdonarti.  
E non ha mai potuto farlo.  
Ma ho lasciato che mi facesse un ritratto.*

*Ho vissuto come un 'ospite rabbiosa,  
una cosa aggiustata a metà, una bimba troppo cresciuta.  
Ricordo che mia madre faceva del suo meglio.  
Mi portò a Boston per farmi cambiare il taglio.  
Il tuo sorriso è come quello di tua madre, disse l'artista.  
Non me ne importava nulla,  
Ma mi sono fatta fare un ritratto.*

*C'era una chiesa là dove sono cresciuta,  
là in bianchi armadi ci chiudevano dentro  
come marinai, o puritani, tutti in fila a cantare insieme.  
Mio padre passava col piattino per la carità.  
Dissero le streghe, troppo tardi per essere perdonata, e non fui mai  
propriamente perdonata.  
Ma ho lasciato che mi facessero un ritratto.<sup>2</sup>*

La “doppia immagine” di cui parla la poetessa, chiarisce lo studioso, altro non è che il contrasto che, nel caso di una malattia mentale come la depressione (che nel caso della Sexton scaturiva dal trauma generato da un abuso sessuale subito in famiglia in giovanissima età), si crea tra l’immagine che le persone, anche i familiari, hanno del malato prima dell’episodio apicale - quello che rende impossibile ignorare che qualcosa effettivamente non va nella persona che soffre - e quella che viene a crearsi, allorché si scopre che un individuo è affetto da una malattia mentale. Ora, la differenza tra queste due immagini può avere effetti drammatici per la vita dell’individuo, che pure ontologicamente è rimasto il medesimo: proprio per questo motivo il supervisore del giovane Grinker, i suoi familiari (in particolare il nonno psichiatra), i familiari della ragazza, il preside della scuola e tutte le persone coinvolte lo avevano redarguito tanto duramente a proposito della possibilità che si lasciasse sfuggire che la compagna di classe era stata una paziente nella clinica psichiatrica in cui lui lavorava quell’estate.

---

<sup>2</sup> Sexton A., *The Double Image, (La doppia immagine)* (1981), pp. 12-13.

## 1.1 Lo stigma legato alla malattia mentale: un primo tentativo di definirne i caratteri costitutivi

Una prima definizione di un concetto così complesso com'è quello di stigma “include problemi di conoscenza (ignoranza o mis-informazione) di attitudine (pregiudizio) e di comportamento (discriminazione)”.<sup>3</sup>

Ferrara analizza i risultati di un una ricerca pubblicata su *Lancet* da Graham Thornicroft con altri colleghi dell'INDIGO.<sup>4</sup>

In generale ogni genere di stigma si produce in una società in cui un certo tipo di mentalità e di atteggiamenti culturali dominanti e/o diffusi legano le persone etichettate a caratteristiche indesiderabili; in tale contesto lo spazio culturale si configura come suddiviso in due parti da una primaria categorizzazione (NOI/LORO) che si basa in primo luogo sull'appartenenza o meno al gruppo gerarchicamente considerato inferiore. Ciò comporta che le persone stigmatizzate si trovano a sperimentare una immediata perdita di status e, contestualmente, a subire la prima grave discriminazione, ovvero quella vedere trasformate le proprie abituali relazioni in relazioni impersonali in quanto la discriminazione basata sulla dicotomia inclusione/esclusione toglie il valore alle differenze umane dei singoli individui e innesca comportamenti e stili che accentuano la distanza sociale.<sup>5</sup>

In particolare lo stigma verso il disagio psichico grave si basa su stereotipi che miscelano pericolosità, imprevedibilità, desocializzazione, inadeguatezza; quest'ultimi due fattori in particolare imputabili sia all'incapacità a conformarsi e a rapportarsi a regole e stimoli sociali che sono intesi come norma civile, sia ad una sorta di inettitudine di cui tali persone sarebbero almeno in parte considerate responsabili.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Ferrara M., “Sulla particolarità dello stigma legato alla malattia mentale” da Salute Internazionale.info, 25/09/2009

<sup>4</sup> Thornicroft G., INDIGO Study Group of Discrimination and Stigma Outcomes, Epub 2009 Jan 21

<sup>5</sup> Ferrara M., *Sulla particolarità...*, p. 3

<sup>6</sup> *Ivi*, Relativamente alla discriminazione nelle interazioni sociali manifeste e alla distanza sociale che via via si genera a svantaggio degli esclusi, Ferrara fa notare come non tutto possa essere spiegato con la categoria dello stigma nel senso che nelle relazioni più intime e personali (famiglia, parenti, amici, ecc) entrano in gioco la complessità dei vissuti di tutti gli attori compresi nell'interazione, le comunicazioni sintomatiche non immediatamente decifrabili, la non comprensibilità di gran parte delle dinamiche psichiche, la paura del “coinvolgimento occulto”. (Goffman 2002) p. 3

L'indagine INDIGO si sofferma inoltre su un altro elemento importante che spesso caratterizza i processi di stigmatizzazione, ovvero la bassa autostima dei pazienti, conseguenza di una introiezione di quanto di negativo vi è nella rappresentazione dello stereotipo sociale del malato psichico. Si tratta in altre parole una specie di stigma interno, un'auto-discriminazione anticipatoria che avviene quando nelle relazioni interpersonali viene a determinarsi una circolarità negativa di aspettative reciproche che vengono deluse e che ricadono in particolar modo sul paziente. Non riuscendo a “farsi” soggetto, cioè produttore di proprie narrazioni, il malato psichico si avvia verso una azione sociale aderente allo stereotipo stesso e inevitabilmente ad una progressiva desocializzazione.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> *Ivi*, p.5

## 1.2 Rappresentazioni “mediate” della malattia mentale

Nel delineare le specificità dello stigma vale la pena domandarsi, da un punto di vista socio-culturale, quale ruolo sia rivestito dai mezzi di comunicazione di massa e in quali modi e misura essi partecipino alla rappresentazione condivisa di temi prioritari e cornici significative entro cui inquadrare malattie mentali e persone con diagnosi psichiatrica. L'intento è quello di iniziare a comprendere come nelle società della tarda modernità si faccia ordinariamente esperienza “mediata”, per esempio di ciò che dai media viene ritenuto pericoloso oppure non o “poco normale e adeguato” in relazione ad episodi, per lo più di cronaca, connessi a sintomi, indizi, effetti, riconducibili a comportamenti reputati “folli”.

Senza alcuna pretesa di individuare tendenze monolitiche egemoni o addirittura di attribuire ad origini mediatiche in materia di rappresentazioni psicopatologiche le uniche informazioni di cui oggi dispone il nostro immaginario collettivo - immaginario già abbondantemente nutrito di stratificazioni e suggestioni provenienti dal passato - il saggio di Pina Lalli *“Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?”*<sup>8</sup> mette in evidenza come l'introduzione massiccia di tecnologie nei nostri contesti sociali moderni abbia apportato una variazione al tradizionale senso di prossimità fisica, spaziale e temporale, diretto ed interpersonale. E ciò è tanto più vero nella società di oggi, in cui tutti incorporiamo negli atteggiamenti quotidiani svariate fonti di esperienza “mediata” e reagiamo ad esse in maniera selettiva oppure in modo più o meno riflessivo e consapevole<sup>9</sup>

Gli effetti che si sono manifestati e che si prefigurano all'orizzonte, stante l'inevitabile affermazione di un tale scenario (stereotipizzazione, manipolazione, spettacolarizzazione, superficialità, ecc), non vanno sottovalutati, soprattutto se li mettiamo in relazione al discorso che stiamo sviluppando intorno malattie mentali. Tuttavia, a partire dall'introduzione della normativa di riforma Basaglia del 1978, le

---

<sup>8</sup> Lalli P., *Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?* in "Rivista Sperimentale di Freniatria", Vol. CXXXV - N°1, Franco Angeli Editore Milano, 2011, “I mezzi di comunicazione di massa hanno trasformato la visibilità pubblica (Thompson1998) di tutta una serie di problemi e hanno dato accesso anche ai non esperti “pensatori dilettanti” Moscovici (1989) ad informazioni che contribuiscono a costituire la base argomentativa delle loro opinioni, quelle che a loro volta influenzano i processi decisionali delle policies pubbliche, spesso confrontate, in regime democratico, con l'esigenza di consenso da parte dei cittadini” p. 1

<sup>9</sup> *Ivi*, “Nella tarda modernità, viviamo dunque nel mondo in maniera diversa da epoche storiche precedenti. Da un lato, si continua a vivere una vita locale entro determinati confini fisici e corporei, situati in precisi contesti spaziali e temporali. Ma dall'altro, l'introduzione di tecnologie che variano il nostro senso della prossimità fisica rendono possibili “comunicazioni a distanza” che si mescolano alle attività locali e combinano l'esperienza mediata con quella diretta, interpersonale.” p. 2

occasioni di visibilità prossemica con persone non più recluse e isolate dallo sguardo altrui si sono ampliate. Ciò ha fornito l'opportunità di integrare le nostre esperienze quotidiane con nuove competenze relazionali che, si presume siano state parzialmente acquisite o che, cammin facendo, si acquisiranno, fornendoci la possibilità di conoscere persone e non più etichette astratte, pur tenendo conto delle oggettive difficoltà inerenti una relazione di reciprocità con esse.<sup>10</sup>

Includendo con molta approssimazione nell'espressione "malattia mentale" diverse forme di sofferenza psichica connessa a sintomi nel loro manifestarsi come evento sociale<sup>11</sup>, è possibile rintracciare tutta una serie di rappresentazioni provenienti da mezzi di comunicazione che si pongono come mediatori tra gli infiniti flussi informativi più o meno scientifici e il senso comune. Tali mezzi, data la loro capillare diffusione e l'affinamento rapidissimo e costante della loro capacità pervasive, "fungono nel contempo sia da indicatori di norme culturali egemoni e legittimazioni egemoni e controverse sia da operatori di senso comune e quindi soggetti attivi di costruzione di senso e di mutamento o manipolazione del senso stesso."<sup>12</sup>

Essi, utilizzando molteplici strumenti, formati, modalità attraverso le quali intrecciare, spettacolarizzare, trasmettere i loro contenuti, forniscono rappresentazioni/informazioni che vanno a costituire "il kit degli attrezzi culturali utilizzabili oggi per definire negoziare o contrapporre significati diversi di malattia mentale, follia, psicosi, pericolosità, stigma di esclusione e opportunità di inclusione sociale".<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Ivi, "Ci si riferisce qui alla paura del "coinvolgimento occulto" segnalato da Goffman (2002), ovvero alla difficile reciprocità di cui si può fare esperienza in una circostanza casuale con chi, ad esempio, ci appare delirante: prevale il timore di non cogliere il modo in cui il nostro interlocutore è implicato nella relazione con noi, vale a dire che il fatto di non sapere se l'altro condivide la nostra stessa rappresentazione della porzione di realtà in cui ci troviamo compresenti entrambi può di per sé costituire una minaccia incombente sul nostro mondo sociale, facendolo apparire d'improvviso fragile perché esposto al contagio di un'interazione che per noi è "insensata". p. 3

<sup>11</sup> Ivi, "Oltre che un oggetto di conoscenza esperta, la malattia, in particolar modo quella connessa a sintomi psicotici, può configurarsi come evento sociale che "incappa nella rete delle rappresentazioni che si producono nel pensiero dilettante della vita quotidiana, posta oggi al crocevia di molteplici flussi informativi. In quanto tale essa è quindi legata a costruzioni di senso che sono co-prodotte all'interno di un contesto socio-storico". p. 7

<sup>12</sup> Ivi, p.7 "Ciò ha effetti importanti sugli spazi di costruzione del senso comune (inteso come fondo di conoscenze socialmente approvate dal gruppo o dai gruppi ai quali si appartiene). Il nostro inoltre è un contesto sociale complesso, nel quale è possibile appartenere a più gruppi sociali contemporaneamente (es.: malati, utente tv, utente internet, membro di una comunità di esperti di questa o quella disciplina, etc.). Gli effetti sociali sono pertanto molteplici: maggiore riflessività, ma anche, come si diceva, possibile disorientamento, pluralità delle fonti d'informazione, distacco e difficile controllo dell'adesione normativa, pluralità di opzioni, problema della rilevanza e della legittimazione, differenziazione degli spazi di autonomia e di potere interpretativo, etc. In una parola: costituzione di vere e proprie arene plurali in cui fonti concorrenziali competono per conquistare legittimità e quindi vincere sul piano della costruzione di significato socialmente approvata del messaggio e dell'informazione." p. 7

<sup>13</sup> Ivi, p.8

A questo punto della trattazione, Lalli propone indicativamente una suddivisione dello scenario della comunicazione sociale in quattro spazi mediatici, articolati in un suo precedente saggio,<sup>14</sup> ma ancora funzionale per illustrare quanti e di quali modi si avvalgono i mass media per darci informazioni a distanza, rappresentandoci temi prioritari e cornici di senso entro cui inquadrare la malattia mentale e le persone con diagnosi psichiatrica<sup>15</sup>:

a. Spazi diretti (le news, e quindi la cronaca, gli approfondimenti e i vari servizi giornalistici).

Sono gli spazi privilegiati per rilanciare la questione della follia nella discussione pubblica, sull'onda emotiva di episodi di cronaca "sensazionali" (incidenti, crimini, violenze, ecc.) che coinvolgono qualcuno giudicato "incapace di intendere e volere" o spinto "da un raptus di follia", mentre briciole di notorietà vengono concesse a dettagli scientifici, a scoperte scientifiche di particolare rilevanza o a trattamenti farmacologici innovativi. Per lo più i protagonisti di tali fatti vengono inquadrati come pericolosi o tanto più pericolosi, quando le loro vicissitudini sono connesse a negligenze del sistema (malasanità) o sfuggite a qualche esperto che avrebbe dovuto prevenire, curare, controllare.<sup>16</sup>

La stigmatizzazione appare in queste occasioni tanto più grave in quanto "la routine giornalistica presenta spesso questi episodi e personaggi secondo caratteri retorici di semplificazione e di stereotipia,"<sup>17</sup> mentre è da varie parti sostenuto che, nella stragrande maggioranza dei casi, le violenze che trovano spazio nella cronaca nera sono in quantità irrilevante imputabili a pazienti psichiatrici,<sup>18</sup> generalmente incapaci di condotte pericolose per l'incolumità fisica di che si rapporta con loro.

---

<sup>14</sup> Lalli P., *Etica e comunicazione per la salute nell'era della comunicazione pubblica e di massa*, in A. M. Bertazzoni e A. De Angeli (a cura di), *Etica, comunicazione e salute*, Milano, Franco Angeli, 2000 pp. 103-126.

<sup>15</sup> Lalli P., *Itinerari dello stigma*, pp. 8-11

<sup>16</sup> *Ivi*, Come ci fa rilevare una serie di studi sugli effetti dei media, "particolare rilevanza assume il framing (Tuchman, 1978), vale a dire la cornice entro cui si collocano gli eventi notiziati. Nel caso della malattia mentale, tendono a prevalere nettamente, nell'agenda setting gli episodi esito di violenza, e dunque inquadrati come pericolosi, ancor più "pericolosi" perché spesso inspiegabili se non attribuendone la responsabilità alla negligenza di qualche sistema o persona esperta che non abbia saputo – com'era invece suo compito - prevenirlo, controllarlo o evitarlo. Un framing di eventuale particolarmente pericolosa "malasanità", dunque. Tanto più influente quanto meno sappiamo di cosa e come effettivamente si faccia per comprendere, curare i tanti altri che di violento non hanno nulla". p. 8

<sup>17</sup> *Ivi*, Da non trascurare la considerazione della Lalli secondo cui "è possibile che, in questi spazi informativi diretti", sorga [anche] la necessità di orientare le scelte gli episodi da proporre all'attenzione dei lettori o dei telespettatori in considerazione di possibili" vincoli dati da effetti possibili di saturazione o, viceversa, di ricerca di "novità" o "casi drammatici" sensazionali." p. 9

<sup>18</sup> Borgna E., *La follia che è anche in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2018

b. Spazi intermedi (i documentari, i talk show specifici)

La tematizzazione del disagio psichico è declinata mediante inchieste, servizi giornalistici nel formato del documentario, talvolta più attenta e problematizzante, ma tendenzialmente sottorappresentata se non in occasioni particolari (anniversari, giornate dedicate, ecc.) e comunque meno frequente rispetto al dibattito che ha caratterizzato gli anni '70 e '80 del secolo scorso.<sup>19</sup>

Nei talk show la consulenza di specialisti dei vari ambiti della sofferenza psichica viene giustificata per aiutare il pubblico a capire, ma la necessità di utilizzare una terminologia non troppo tecnica e un tono colloquiale e non professorale, adatti ad un largo seguito, e “lo spazio lasciato alla topica raffigurativa del sentimento o dell'indignazione” finiscono per distogliere lo sguardo a distanza del pubblico a casa dalla persona malata. Nel complesso prevale una volta di più un'immagine vaga e stereotipica che, a seconda dei casi, evidenzia o l'incurabilità o l'incomprensione istituzionale che non ha saputo fronteggiare la pericolosità del malato o la deriva della malattia.<sup>20</sup>

c. Spazi indiretti (le fiction, i film, la pubblicità)

Sono fonti di influenza indiretta e implicita, ma non per questo da ritenere meno influenti. Si tratta a volte di fiction di intrattenimento più popolari, dove prevalgono le rappresentazioni della malattia mentale coinvolgenti per lo più persone violente e criminali.<sup>21</sup> Altre volte serie più attente ad una maggiore riflessività del pubblico, spesso incentrate in reparti ospedalieri, in qualche caso di psichiatria,<sup>22</sup> con storie che assumono la categoria del realistico perché modelli di intervento idealizzati da parte di medici si intrecciano con vicende che coinvolgono la quotidianità dei personaggi coinvolti a vario titolo. Predomina un'immagine della psicosi come esperienza minacciosa, dagli sviluppi poco chiari, connotata da incomprendibilità e instabilità; una

---

Tra gli altri, anche lo psichiatra e docente piemontese, sulla base di una lunghissima esperienza clinica, chiarisce “La follia non è violenza, lo è solo talora, e in misura radicalmente meno frequente che non nelle condizioni di vita normale” p. 109

<sup>19</sup> Lalli P., *Itinerari dello stigma*, “Talora sono realizzati o diffusi in occasioni particolari (ad esempio la giornata dedicata alla malattia mentale, o per anniversari relativi alla legge Basaglia) e tendono quindi a configurarsi più come spazio-evento rituale che non come appuntamento ripetuto nel tempo.” p. 9

<sup>20</sup> *Ivi*, p. 9

<sup>21</sup> *Ivi*, Il riferimento è alle serie televisive *crime drama* o ai film gialli in cui episodi criminosi sono imputabili a soggetti animati da pulsioni non strumentali ma irrazionali, vittime di raptus, sdoppiamenti della personalità o sindrome da personalità multipla, schizofrenia, ecc. p. 10

<sup>22</sup> *Ibidem*, Basti pensare alle modalità di rappresentazione del medico e del reparto di psichiatria negli ancora numerosissimi *medical drama* televisivi. p. 10

variante alla continuità della rappresentazione della pericolosità è inoltre quella tra il romantico e il ribellistico di spiriti geniali, narcisistici, scienziati pazzi ma geniali o paranoici.

Un discorso diverso si può almeno parzialmente fare per un certo tipo di cinematografia impegnata o per alcune serie televisive in cui temi e approfondimenti relativi alla galassia della sofferenza psichica sono trattati con qualità, consentendo di ampliare lo sguardo dello spettatore e permettendogli di soffermarsi su situazioni diverse dalle solite stereotipiche o stigmatizzanti.<sup>23</sup>

Tuttavia sembra che, se non rinforzata da altri “cornici” simili in altri spazi mediatici, l’influenza della letteratura e della fiction impegnata non sia di grande apporto, giacché tanto più forte ed efficace risulta essere quella del sensazionalismo della cronaca, di un certo tipo di pubblicità estetizzante o dalle fiction popolari realistiche ma irriflessive cui sopra si accennava.

#### d. Spazi-evento (trasmissioni speciali)

In particolari occasioni, spazi ad hoc vengono ricavati nella programmazione televisiva a favore iniziative di sensibilizzazione, raccolte di fondi per promuovere la ricerca o l’assistenza in supporto di malattie (cancro, sclerosi multipla, donazioni, ecc.) che in un determinato frangente socio-culturale ottengono una temporanea attenzione mediatica. È però il caso di rilevare, che i temi legati esplicitamente alla psicosi e alle patologie affini costituiscono nei fatti una minor attrattiva sociale rispetto ad altri.<sup>24</sup>

Nell’ultima parte del suo saggio Lalli nota che, nella pur generica e profana rappresentazione che i media non raramente danno del variegato mondo del disagio psichico, alcune ricerche evidenziano come, nella percezione del senso comune, un’area a se stante si sta ritagliando, da qualche tempo, uno spazio privilegiato: si tratta della depressione.<sup>25</sup>

Non rientra nel presente lavoro seguire nello specifico come tale differenziazione si sia venuta configurando, mentre più interessante è notare come, ai fini del nostro discorso, il conseguimento dello status di “malattia curabile e spesso guaribile” e quindi

---

<sup>23</sup> Ivi, “Si pensi ad esempio alla produzione televisiva del film che ricostruiva la storia di Basaglia intitolato *C’era una volta la città dei matti* (2010) di Marco Turco che ha riportato all’attenzione e fatto conoscere anche ai più giovani il dibattito sull’esperienza manicomiale, la vergogna dei trattamenti d’un tempo, la nuova apertura verso orizzonti di trattamento e cura delle sofferenze”. pp 10-11

<sup>24</sup> Ivi, p. 11

<sup>25</sup> Ivi, p. 11

“normale” della depressione abbia aperto ad essa uno spazio di dibattito pubblico (conoscenza superficiale almeno, se non comprensione) che l’ha sostanzialmente allontanata dalle peggiori stigmatizzazioni della galassia delle malattie mentali<sup>26</sup> e, come effetto trainante, abbia riportato parzialmente l’attenzione sulla sofferenza psichica in generale, sulle statistiche della sua diffusione e sulla salute mentale complessiva dei cittadini.

Le conclusioni del saggio cui giunge Lalli fanno emergere, malgrado le nuove e sempre crescenti potenzialità degli strumenti tecnologici della comunicazione, utilizzati da un numero sempre maggiore di utenti, vi sia una sostanziale permanenza nelle rappresentazioni mediatiche di stereotipi stigmatizzanti che richiamano la potenziale pericolosità sociale e dell’inadeguatezza del malato di mente rispetto alle situazioni di normalità. Tale stallo è controbilanciato, in positivo, dalla constatazione di alcuni lenti passi fatti nella direzione di una maggior/miglior conoscenza del complesso mondo della sofferenza psichica, cui non è stato, e non è a maggior ragione oggi, del tutto estraneo l’apporto dato dal sistema dei mass media tradizionali e dalle reti telematiche attraverso modalità che, come qui abbiamo tratteggiato, non sono da considerarsi certo di facile lettura nel puzzle culturale delle nostre società altamente tecnologiche.

Restano tuttavia ben lontane dall’essere estromesse dall’immaginario collettivo, e ancora largamente diffuse, stigmatizzazioni stereotipiche, quali specchi deformanti delle nostre antiche paure di vario genere nei confronti delle persone con diagnosi psichiatrica e pregiudizi ancora dilaganti, che considerano la sofferenza psichica una forma di vita estranea alla condizione umana, e destituita di ogni senso. Gli spunti di riflessività raramente mobilitati dai mass media, cui si è accennato in precedenza, sono ben lontani dallo scalfire “la resistenza oserei dire intrinseca della frontiera tra normale e patologico che, oltretutto, nel caso della malattia mentale implica una complessità specifica delle competenze sociali richieste nell’interazione”<sup>27</sup>.

“Tutto sommato conviviamo con i matti [...], ma è come se ci apparissero dei casi privilegiati che tolleriamo purché restino entro certi limiti, entro i confini di una certa

---

<sup>26</sup> Ivi, “Poter chiamare “malattia” la depressione ha favorito l’integrazione del disturbo psichico in un dibattito pubblico che invece di spaventare poteva infine aprire nuove speranze di cura e di guarigione. Con tanto di guadagnato - oltre che per i “depressi” - anche per le discipline deputate ad occuparsene come per le case farmaceutiche che con istanze strategiche hanno coltivato l’esigenza di rimedi farmacologici.” In definitiva [...] “la depressione appare più accettabile socialmente anche perché è diventata via via opinione comune che sia più transitoria e meno pericolosa per gli altri”. p. 12

<sup>27</sup> Ivi, p. 14

convivenza che ci faccia sentire, nonostante tutto, tutelati da qualcuno supposto a controllare che quelli pericolosi non girino indisturbati. [...] Tutt'a un tratto possiamo accorgerci che le cose non sono così semplici e che – almeno a sentire i media - priva di un motivo ragionevole, la follia può sfondare la cronaca del tran tran e manifestarsi minacciosa nella notizia di un gesto tanto cruento quanto per noi privo di senso. [...] E allora, ritornando la paura, si fa forte il sentimento di dover prendere le distanze, di dover porre barriere, di dover isolare... [...] Forse invece sarebbe importante ricordare che cosa significhino e cosa comportino queste barriere più o meno palpabili, che cosa significhi stigmatizzare in un modo piuttosto che un altro, che cosa significhi escludere invece che includere, isolare invece che aggregare”.<sup>28</sup>

Malgrado gli epocali rivolgimenti socio-sanitari innescati dalla perdurante pandemia da covid 19 in cui ci stiamo ancora dibattendo e di quali e quante dinamiche psicopatologiche abbia verosimilmente innescato, è sensazione comune che, per alcuni aspetti, la qualità della vita della persona malata, anche di quella sofferente psichicamente, abbia ottenuto un maggior riconoscimento, una maggior attenzione. Ma dal punto di vista sociale e culturale, sulla nostra capacità di interagire con una persona affetta da disturbo psichico, così come sulla nostra rappresentazione della follia (e dei folli), “permangono aloni di incertezza e confusione che non eliminano né le paure delle nostre identità sociali né la sofferenza di chi, genericamente, sta male e trova ad esempio nel delirio eventuali compensazioni e attribuzioni di significato che, forse, non sono distorte ma, drammaticamente, auto-riferite ad un'angoscia irriducibile che, noi profani, non riusciamo a comprendere”.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> *Ivi*, pp. 14 - 15

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 16

### 1.3 La diagnosi come *tormento*

Come la comune esperienza di vita e il senso comune ci portano a constatare, spesso, per dirla con le parole dello psichiatra Vittorio Lingiardi, “una diagnosi può produrre un destino”<sup>30</sup>: ciò accade, spiega lo studioso, rifacendosi alle indagini epocali di Susan Sontag su neoplasie e AIDS, perché la malattia irrompe nelle vite degli individui non soltanto con il gravame di sofferenze, fisiche e/o esistenziali che la caratterizzano, ma anche con tutto il peso di un impatto sociale a volte devastante – nel caso della malattia mentale, così come per le malattie prese in considerazione dalla filosofa statunitense, cancro e AIDS - per il fatto che troppo spesso la malattia e la sofferenza sono interpretate come metafore colpevolizzanti di uno stile di vita, di una relazione, di un atteggiamento verso il mondo sostanzialmente sbagliati.<sup>31</sup>

Caricando una malattia, “il lato notturno della vita” di significati per così dire supplementari, mentre “la maniera più corretta di considerarla – e la maniera più sana di essere malati – è quella più libera e aliena da pensieri metaforici”<sup>32</sup>, fatalmente la si connota di una dimensione moralistica, colpevolizzante che finisce per mescolare indebitamente realtà biologica della malattia con le rappresentazioni psicologiche e culturali che le si attribuiscono.<sup>33</sup>

La Sontag, che aveva negli anni Ottanta perduto numerosi amici colpiti dall’AIDS, denuncia il pesante clima sociale che si era venuto determinando in quel periodo intorno a quella che veniva etichettata la “nuova peste” del XX secolo: un contesto socio-culturale avvelenato da anatemi e stigmi vergognosi e crudeli, inesorabili metafore punitive della colpa commessa che tanto più grave se affiancata da termini quali omosessualità e tossicodipendenza.

Le ragioni e l’autorevolezza della personale testimonianza della Sontag circa il pericolo di metaforizzare la malattia coglie la dimensione sociale della malattia, la pericolosità dello stigma sociale, - specie se tale timore si rivolge alle grandi malattie temute e

---

<sup>30</sup> Lingiardi, V., *Diagnosi e destino*, Einaudi Editore, Torino, 2018

<sup>31</sup> *Ivi*, pp. 3-5

<sup>32</sup> Sontag S., *Malattia come metafora, (Aids e Cancro)*, Einaudi editore, Torino, 1992 p.5

<sup>33</sup> *Ivi*, “Le bugie che si dicono ai malati di cancro, e che essi stessi dicono, indicano quanto sia diventato difficile per le società industrializzate adattarsi alla morte. Dal momento che la morte è ritenuta oggi un evento oltraggiosamente insensato, la malattia che viene largamente considerata sinonimo della morte è sentita come qualcosa che bisogna nascondere”. p.10

misteriose (cancro, AIDS, tubercolosi) che in qualche misura diventano “moralmente contagiose” in quanto “persino i loro nomi sembrano avere un potere magico”<sup>34</sup> - ma, estendendola a molte patologie e per giunta molto diverse tra di loro, questa visione porta con sé il rischio di una indebita generalizzazione.<sup>35</sup>

Ma l’impatto con la diagnosi, anche per malattie di poco conto, è difficilmente evitabile nella storia di una vita e, attribuendo un nome alla sofferenza, essa riporta sempre alla fragilità e al senso della precarietà insite nell’esistenza umana.

Secondo Lingiardi “la diagnosi richiede un esperto”<sup>36</sup> - che deve certo aver acquisito le competenze scientifiche e professionali necessarie per esercitare – ed inoltre, essendo un clinico<sup>37</sup>, deve mettere a punto un processo conoscitivo<sup>38</sup> nei confronti del paziente, ovvero deve esercitare “una disciplina fondata sull’osservazione e l’ascolto”<sup>39</sup>, l’esperienza e la capacità di previsione.”<sup>40</sup>

Sono in prima battuta le modalità di elaborazione, formulazione e comunicazione della diagnosi ad entrare in gioco: a questo proposito Lingiardi cita Karl Jaspers secondo il quale la diagnosi deve rappresentare “un tormento”<sup>41</sup> per il clinico. Il medico deve sì curare un corpo, ma soprattutto prendersi cura di una persona<sup>42</sup>: sono in gioco, appunto, competenze scientifiche e qualità relazionali e comunicative, attitudini all’osservazione ed emozionali del medico che sappiano valutare l’impatto della comunicazione attesa rispetto alle caratteristiche del paziente, alle sue capacità psicologiche di conoscerla e di fronteggiarla sin dai primi momenti. La sintonizzazione empatica durante il colloquio è il primo passo verso la cura: “medico e paziente devono essere alleati e la loro relazione si chiama *alleanza terapeutica*. Per costruirla è necessario partire da un’*alleanza*

---

<sup>34</sup> *Ivi*, p. 6-7

<sup>35</sup> Lingiardi, V., *Diagnosi...*, p. 5

<sup>36</sup> *Ivi*, p. XV

<sup>37</sup> Lingiardi precisa che il termine *clinico* rimanda al letto del paziente e al gesto di chinarsi su di lui, di *inclinarsi*” *Ivi*, p. XI

<sup>38</sup> “La conoscenza avviene attraverso la raccolta dei dati relativi ai sintomi (soggettivi e riferiti dal paziente) e i segni (oggettivi e riscontrati dal medico) grazie ai quali si può risalire alle cause e si possono fare ipotesi, confronti, previsioni” *Ivi*, p. 85

<sup>39</sup> “Ecco il significato ultimo della parola diagnosi: conoscenza e ascolto nell’incontro”. *Ibidem*

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

<sup>41</sup> Citato in Lingiardi V., *Diagnosi...*, p. 9

<sup>42</sup> Lingiardi a questo proposito riporta le parole di Hans-Georg Gadamer contenute nel saggio *Dove si nasconde la salute*: [c’è sempre un dolore] “contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente” *Ivi*, p.35

*diagnostica*<sup>43</sup>. Si tratta di componenti di diversa natura che diventano decisive in quanto “il medico non deve mai dimenticare che la persona malata ha perso qualcosa: la rappresentazione di sé cui è abituata, il senso di sicurezza, a volte l’autostima”<sup>44</sup> e inizia un nuovo percorso della conoscenza di sé sia nel momento tipico della ricezione della diagnosi sia soprattutto nella fase successiva del decorso in quanto l’atteggiamento psicologico del paziente e di chi lo affiancherà può influire in modo determinante nel proseguo della cura.

Malgrado l’intento di oggettivare e di de-psicologizzare la malattia tanto invocato da Sontag<sup>45</sup> allo scopo di una pacata, razionale convivenza e conoscenza dello sgraditissimo ospite, secondo Lingiardi, diagnosi e connesso utilizzo di metafore, rappresentazioni e mitologie individuali e collettive per descrivere e interpretare patologie e sofferenze, sono inevitabilmente connessi e difficilmente vi si può rinunciare. Prova ne sia il fatto che al fatidico appuntamento con la malattia che sconvolge la vita “non tutti arrivano tenuti per mano dalla razionalità dell’evidenza scientifica e dalla laicità di un pensiero non metaforico”<sup>46</sup>. E’ ciò che pensa, in linea con la cosiddetta “medicina narrativa”, anche Oliver Sacks, secondo il quale “ognuno di noi ha una storia del proprio vissuto, un racconto interiore, la cui continuità, il cui senso è la nostra vita, [...] per la sua identità, il suo sé.

Oltre i suoi sintomi e le informazioni sul suo stato di salute, il paziente porta allo specialista della salute mentale l’unicità della propria esperienza umana, sociale e culturale rendendo in tal modo inseparabili malattia e malato, come abbiamo più volte sottolineato; e al tempo stesso lo psicologo o lo psichiatra devono saper trasportare in una classe generalizzabile, ad esempio, il concetto di esperienza depressiva o quello di ansia o di personalità narcisistica, ecc. Il “tormento” del clinico consiste anche in questo: nello spostamento continuo dal soggetto intero e unico al tentativo di ricondurre

---

<sup>43</sup> Ivi, p. X Complementare all’*alleanza diagnostica* è la *restituzione* al paziente di quanto egli ha capito in termini di diagnosi, sicchè vi sia una condivisione dei dati raccolti.

<sup>44</sup> Ivi, p. XI

<sup>45</sup> Sontag S., *Malattia come metafora*, “Fin quando una particolare malattia viene trattata come un predatore diabolico e invincibile, e non come una semplice malattia, quasi tutte le persone affette non potranno che demoralizzarsi apprendendo di quale male soffrono. La soluzione non consiste dunque nel non dire ai pazienti la verità, ma nel rettificare la loro idea di malattia, nel demistificarla.” p. 8

<sup>46</sup> Lingiardi, V., *Diagnosi...*, p. 14

quella sua esperienza singolare ad una sua “generalizzabilità”<sup>47</sup> che può essere raccontata con le parole della psicopatologia e delle configurazioni cliniche sistematizzate nei manuali diagnostici dei disturbi mentali e di personalità.

Nell’ambito della psicologia e della psichiatria il termine *diagnosi* per lungo tempo è stata considerato “sinonimo di semplificazione, oggettivazione, stigma, [...] e suscita ancora una certa diffidenza.”<sup>48</sup> Le ultime parole di questa frase risuonano come un riferimento, nemmeno troppo velato, a quelle che Lingiardi stesso definisce le “tavole della discordia”<sup>49</sup>: il DSM, il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*.<sup>50</sup> Le maggiori critiche rivolta a questo “strumento” diagnostico costituiscono, a loro volta, un lungo elenco: reificazione, oggettivazione, medicalizzazione, inflazione diagnostica, connivenza con il sistema sanitario, le categorie professionali della medicina e con le aziende farmaceutiche e assicurative, ed altre ancora.<sup>51</sup>

Lasciando cadere, di passaggio, che anche Freud era favorevole alla diagnosi medica e che, in ogni caso, anche semplicemente per contrastarle, le tavole del DSM dovrebbero essere conosciute da ogni clinico, Lingiardi sottolinea che “l’atto diagnostico deve svolgersi nel modo più libero possibile essere libero da vincoli”<sup>52</sup> e che le diagnosi non possono non essere influenzate dal contesto storico, socio-economico, scientifico e culturale in cui sono formulate. A ciò si aggiunga che “le nebbie epistemologiche che circondano la conoscenza diagnostica nel campo della malattia mentale”<sup>53</sup> sono ancora fitte e che “le psicosi, come buona parte della psicopatologia, non hanno ancora eziologia certa, [...] producono sintomi e segni che possono variare [...] nel corso del tempo.”<sup>54</sup>

---

<sup>47</sup> “Perché se è vero che cercare di “riassumere una persona”, per dirla con la Wolf, è un’impresa destinata a fallire, è anche vero che gli esseri umani, pur nella variabilità dei contesti culturali, hanno modi caratteristici di affrontare gli eventi, i problemi e le relazioni. Alcuni tratti del nostro modo di pensare, di fare esperienza e di comportarci tendono infatti a ripetersi e a rimanere relativamente stabili di fronte a stimoli diversi: da qui il concetto di personalità.” *Ivi*, pp.109-110

<sup>48</sup> *Ivi*, p.80

<sup>49</sup> *Ivi*, p. 87

<sup>50</sup> Si tratta di un elenco delle malattie mentali, diventato via via sempre più ampio a partire dal 1952 e attualmente arrivato alla sua quinta edizione, che viene redatto dall’American Psychiatric Association: non ha teorie alle spalle; non ne spiega l’eziologia; è nosografico, cioè descrive e individua i sintomi, per così dire, oggettivamente; è categoriale, stabilisce cioè un numero di criteri in ragione dei quali lo specialista considera o meno patologica lo stato mentale di un soggetto. *Ivi*, pp.87-88

<sup>51</sup> *Ivi*, pp. 90-91

<sup>52</sup> *Ivi*, p. 91

<sup>53</sup> *Ivi*, p. 101

<sup>54</sup> *Ibidem*

Senza riportare le attribuzioni diagnostiche e la percezione sociale che ne è derivata, relativamente ad alcune patologie psichiche, o presunte tali, ottocentesche e primonovecentesche, è opportuno invece soffermarsi brevemente sul contributo della tradizione filosofica della psichiatria fenomenologica e sul movimento antidiagnostico successivo in quanto introduce una tematica che sarà sviluppata nella seconda parte di questo capitolo. Spostando l'attenzione dai sintomi osservabili dall'esterno, all'interiorità del soggetto nella sua singolare individualità, ai suoi vissuti, alla qualità della relazione paziente-medico, l'impostazione psichiatrica fenomenologica si è aperta alla "possibilità di *sentire* l'altro".<sup>55</sup> Figura di spicco di essa è stato Franco Basaglia, la cui crociata nei confronti dell'internamento asiliare ha portato nel dibattito politico e culturale italiano l'esigenza di smantellare le strutture manicomiali. Tradotta in legge 180 nel 1978 e denominata con il nome del proprio "artefice", criticata per "alcuni eccessi antirazionalisti e per un approccio ideologico alla follia come condizione rivoluzionaria [...] e per i molti limiti nella sua applicazione, [...] il segno lasciato da Basaglia nella psichiatria italiana è tutt'oggi forte."<sup>56</sup> All'esperienza basagliana e all'ambito di formazione centrato intorno agli studi di Michel Foucault, si collega il movimento antidiagnostico che nella diagnosi, appunto, ha colto soprattutto una funzione di etichettamento e di stigma sociale, "non come strumento di conoscenza professionale e possibilità di conoscenza clinica, ma come meccanismo al servizio di un potere."<sup>57</sup>

Sebbene non disconosca la portata della riflessione fenomenologica, Lingiardi sostiene che si "formulano diagnosi per curare e non per sorvegliare e punire", che penalizzandola si finisce per "penalizzare la comunicazione clinica e scientifica", mentre utilizzando "una Gestalt diagnostica e affiancandola da un colloquio clinico condotto secondo tecniche e modalità che dovrebbero far parte del corredo di un buon clinico" [...] "il problema non è se la diagnosi ad essere buona o cattiva, ma se viene usata bene o male".<sup>58</sup> E conclude questo tema affermando: "Limiti e semplificazioni sono intrinseci a ogni tentativo diagnostico, [...] ma "non sono d'accordo con chi, per esempio alcuni psicanalisti, pensa che tentare di descrivere e misurare gli aspetti della

---

<sup>55</sup> *Ivi*, p. 102

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 103

<sup>57</sup> *Ivi*, pp.103-104

<sup>58</sup> *Ivi*, pp. 104-118

personalità equivale a reificare e inaridire l'esperienza umana. Se condotto in modo rispettoso della complessità e delle differenze individuali, gli sforzi nel campo della classificazione diagnostica e della ricerca rappresentano un fattore protettivo rispetto a rischi ideologici, dato che la ricerca implica l'impegno all'evidenza empirica e tende a evitare la persuasione carismatica e il dogma".<sup>59</sup> Si è detto della posizione radicale della Sontag intorno alle grandi malattie; Lingiardi allo scopo di evidenziare una posizione, di altrettanto prestigio internazionale, che ne dia una versione specularmente opposta, e che nel contempo introduca nel discorso nuovi elementi di riflessione, fa riferimento alla scrittrice inglese, Virginia Wolf.<sup>60</sup>

È del 1930 il suo saggio intitolato *Dell'essere malati*, incentrato sulla condizione dell'essere malati e sugli svantaggi della malattia come soggetto letterario. Innanzitutto la Wolf prende in considerazione non soltanto le malattie più devastanti, ma tutte le malattie di cui un corpo può soffrire. La malattia è "il grande confessionale"<sup>61</sup> in quanto permette l'accesso a verità inesplorate che altrimenti sarebbero escluse dalla conoscenza, dapprima individuale e poi collettiva. E prosegue sostenendo che, tuttavia, le malattie del corpo sono state poco tematizzate dalla grande letteratura, invece dovrebbe avere più spazio ciò che accade dentro di noi "una volta che si spengono le luci della salute" e [...] "diventiamo" malati.<sup>62</sup> Ed è tale la trascuratezza descrittiva lasciata cadere intorno al corpo che soffre che, secondo la Wolf, un linguaggio che la esprima adeguatamente non è ancora stato coniato.<sup>63</sup>

Il tema dell'impatto della malattia sul corpo e nella soggettività dell'individuo, in termini di epistemologia medica, verrà ripreso più avanti in questo lavoro, quando si tratterà di soffermarsi ad analizzare un noto saggio di Georges Canguilhem. Per ora è evidente notare che - com'è esperienza di ciascuno di noi anche per patologie non

---

<sup>59</sup> *Ivi*, p. 117-118

<sup>60</sup> *Ivi*, p. 32

<sup>61</sup> Wolf V., *Dell'essere malati*, in *Voltando pagina. Saggi*, Il Saggiatore, Milano, 2011, pp. 548  
"C'è una sincerità infantile nella malattia; si dicono cose, scappano fuori verità che la cauta rispettabilità della salute nasconde"

<sup>62</sup> *Ivi*, p. 545

<sup>63</sup> Wolf V., "La più semplice ragazzina, quando si innamora ha a disposizione Shakespeare, Donne, Keats per esprimere i suoi pensieri, ma uno che soffre, se cerca di descrivere il suo mal alla testa a un dottore, il linguaggio d'improvviso si prosciuga. Non c'è niente di bell'è pronto. E' forzato a coniare le parole da solo e prendendo il dolore in una mano, e un grumo di puro suono nell'altra" deve "premerli l'uno sull'altro, perché una nuova parola alla fine ne esca." p. 546 Lingiardi fa notare che alla parole della Wolf fanno eco quelle di Proust: "La medicina ha messo a segno alcuni piccoli progressi dai tempi di Molière, nel campo della ricerca, ma nessuno nel campo del vocabolario." p. 31

gravissime - quando una malattia attacca, avviene una trasformazione del nostro organismo e “uno scarto rispetto all’idea, all’idealizzazione di salute come stato di equilibrio e benessere”<sup>64</sup>. Se la diagnosi è importante implica una “ridefinizione della propria soggettività e la ricerca di nuove forme di adattamento.”<sup>65</sup> Il che significa attivazione dei “nostri *meccanismi di difesa*, ipotizzati da Freud e studiati e classificati soprattutto da sua figli Anna”<sup>66</sup>, ovvero funzioni psichiche di adattative rispetto alle richieste e alle restrizioni che la nuova condizione impone sia all’esterno che all’interno, “risorse che dell’Io che [...] mettiamo in atto più o meno inconsciamente per affrontare situazioni difficili.”<sup>67</sup>

Lingiardi cita Canguilhem quando sottolinea che la guarigione tuttavia non significa “fine di una perturbazione e ritorno all’ordine anteriore”.<sup>68</sup> Accettare una diagnosi può voler dire convivere o sviluppare nuove forme di adattamento, - a volte anche non idonee e quindi non sufficienti alla sopravvivenza - o, cercando di non “subirla” troppo, e ciò può dipendere anche, ad esempio, dal “tipo di cultura della malattia [...] trasmessa dalla famiglia: [...] un’emergenza ansiosa, una vergogna, una vendetta”<sup>69</sup>. “Ogni paziente è unico e intero, ma [per il medico] è parziale e simile agli altri. Il paziente è contemporaneamente il malato e malattia. Il medico che non comprende questo paradosso rischia di essere un medico a metà e di avere [...] una visione dimezzata del paziente.

Tornando alle due diverse prospettive di cui le due autrici sono state considerate portavoce nella messa a fuoco di malattia e diagnosi - storica e collettiva la Sontag, rintracciando lo stigma e il risvolto sociale che si somma al doloroso fardello della malattia; intima e individuale la Wolf, rivolta verso il proprio mondo interiore dentro il quale però, oltre la fragilità, individuare una opportunità indesiderata ma preziosa di conoscenza di sé<sup>70</sup> - Lingiardi nota che esse aprono uno spazio di riflessione, una tensione tra le due parole *diagnosi* e *destino* che si accompagnano nel titolo del suo libro.

---

<sup>64</sup> Lingiardi V., *Diagnosi...*, p. 40

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 41

<sup>66</sup> *Ibidem*

<sup>67</sup> *Ibidem*

<sup>68</sup> Citato in Lingiardi V., *Diagnosi...*, p. 43

<sup>69</sup> *Ivi*, p. 74

<sup>70</sup> *Ivi*, p.72

Il destino è, per definizione, una prospettiva non certa, non determinata; un concetto che evoca nell'immaginario quella parte di ignoto che c'è nella vita di ognuno. “Così la diagnosi per quanto ben formulata e certa, deve avere le sue aree insature, di realtà o illusione. La diagnosi può produrre *un* destino, ma non *il* destino.”<sup>71</sup>

#### 1.4 Colloquio e poesia

La dimensione interiore e più attenta all'ascolto delle proprie corde più intime e spirituali incarnata dalla Wolf,<sup>72</sup> trova più di una convergenza nell'esperienza professionale di psichiatra e di saggista di Eugenio Borgna. In apertura del suo libro *La follia che è anche in noi*<sup>73</sup>, Borgna rivendica alla fenomenologia di aver attuato agli inizi del secolo scorso una vera e propria rivoluzione culturale in psichiatria, cambiando radicalmente il suo oggetto di ricerca e di cura: non più il cervello con le sue disfunzioni, ma la *soggettività*, l'interiorità dei pazienti, il loro sconfinato universo delle emozioni, il loro modo di essere nel mondo delle relazioni interpersonali,<sup>74</sup> e pone l'accento sul colloquio, considerato il lascito fondamentale dell'apporto fenomenologico alla clinica psichiatrica, attraverso la citazione di un celebre verso di Friedrich Höderlin “Noi siamo un colloquio”. Se già Lingiardi, da una prospettiva di

---

<sup>71</sup> Ivi, p.33

<sup>72</sup> Wolf V., op. cit. p. 551-552 “Nella malattia le parole sembrano possedere una qualità mistica. Afferriamo ciò che sta al di là del loro significato superficiale, istintivamente cogliamo questo e quello e quell'altro –un suono, un colore, qui un accenno, là una pausa - che il poeta ha disperso per evocare, quando tutti i segni siano raccolti, uno stato mentale che né le parole possono esprimere né la ragione spiegare. Nella malattia l'incomprensibilità ha un enorme potere su di noi, più legittimamente forse di quanto gli eretti [*i sani normali*] vogliano ammettere”. Un singolare accostamento a questa un'atmosfera in cui - “ l'audacia” e ”la regale sublimità della malattia spazza via tutto” e concede la libertà di leggere e di scrivere quando” le barriere cadono, i nodi si allentano” e...”le parole liberano il loro profumo, sussurrano come fanno le foglie, ci coprono di luci e di ombre, e poi, se alla fine afferriamo il senso, è tanto più ricco per il lento viaggio che ha fatto, che gli è fiorito sulle ali” (p.552) - lo si ritrova in alcune considerazioni di Alda Merini “Ho scritto sempre come in uno stato di sonnambolico. L'igiene mentale è un lavaggio del cervello delle cose che a te sono più care e vitali per la vita della memoria. (p.29) La poesia... è un traslato della nostra stanchezza (p.118) in Merini A., *La piazza della porta accanto*. Bompiani, Milano, 1995

<sup>73</sup> Borgna E., *La follia che è anche in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2019

<sup>74</sup> Borgna E., op. cit. p. 17 “Sono stati Ludwig Binswanger e Karl Jaspers a costruire le grandi fondazioni della psichiatria fenomenologica che, tra le altre cose, ha condotto alla umanizzazione delle modalità di assistenza e di cura”. Borgna ricorda, a più riprese nel libro, che tale prospettiva è stata via via emarginata e soppiantata da un lato dalla psichiatria farmacologica e dall'altro da quella descrittiva e a-teoretica del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) e che sarebbe scomparsa se non fosse stata rivitalizzata e riconvertita in prassi rivoluzionaria dall'opera di Franco Basaglia”. p. 17

psicologia dinamica, definisce il colloquio "il miglior strumento diagnostico",<sup>75</sup> Borgna ne sancisce l'irrinunciabilità terapeutica sulla scorta della sua lunga esperienza di vita in psichiatria.<sup>76</sup>

Il modo di essere del colloquio fenomenologico implica un lavoro di reciproca conoscenza tra paziente e terapeuta; entrano in gioco partecipazione emozionale e razionale all'ascolto, dialogo, gentilezza, mitezza, immedesimazione, accoglienza della fragilità e della debolezza, attitudini culturali "inclinazioni dell'anima di matrice radicalmente fenomenologica" ribadisce Borgna<sup>77</sup> che, ogni terapeuta e ogni medico che intenda entrare in relazione dialogica con un paziente, dovrebbe avere nel proprio bagaglio. La figura dello psicoterapeuta di ispirazione psicopatologica e fenomenologica dovrebbe connotarsi secondo Borgna non solo per uno spiccato spessore umano e sociale, ma anche di una solida attitudine culturale verso "la grande poesia e le grandi narrazioni che l'aiutano ad avvicinarsi al mistero delle soggettività ferite, o lacerate, dal dolore e dall'angoscia, dalla tristezza e dalle inquietudini dell'anima; e di questa psichiatria gli anni di manicomio mi hanno consentito di cogliere le articolazioni tematiche e gli orizzonti di senso".<sup>78</sup>

La poesia e la letteratura, dunque, quali strumenti di conoscenza, di "aiuto alla psichiatria per riconoscere la fragilità, la sofferenza psichica e l'umanità della follia",<sup>79</sup> la convinzione della fondamentale significazione terapeutica attribuita alle parole specie quelle poetiche in grado con il loro potere evocativo, emozionale, suggestivo di creare configurazioni di senso capaci di lenire le fonti del dolore psichico, che è il nocciolo tematico di ogni follia, ma anche che "la follia è una esperienza estrema della vita, ma pur sempre della vita di ciascuno di noi e che si comprende nella sua natura più profonda"<sup>80</sup> e non la si può destituire di senso.

---

<sup>75</sup> Lingiardi V., *Diagnosi...*, p. 117

<sup>76</sup> Borgna E., *La follia...*, "Non sono stati anni inutili perché mi hanno consentito di conoscere i modi di essere profondi e radicali della follia [...] Mi hanno consentito (anche) di seguire nel tempo il nascere il morire, lo svolgersi e l'interrompersi, il trasformarsi dei sintomi, dei modi di essere della malattia, ascoltando senza fine le pazienti, cogliendone la stanchezza di vivere e la fragilità, la sensibilità e la dolcezza, la sofferenza infinita e la dignità, il desiderio e la nostalgia di una vita liberata dal dolore e dalla solitudine." E più avanti "[...] gli anni di manicomio mi hanno anche insegnato quanta importanza abbia in psichiatria, e nella vita, conoscere se stessi, andare alla ricerca delle emozioni, che si accompagnano ai nostri pensieri e alle nostre azioni, e si intrecciano senza fine nelle nostre scelte razionali." p. 40

<sup>77</sup> Ivi, p.11

<sup>78</sup> Ivi, p. 45

<sup>79</sup> Ivi, p. 6

<sup>80</sup> Ivi p. 55

L'insistenza sulla speciale contiguità tra poesia e follia è senz'altro uno dei temi privilegiati della produzione saggistica di Borgna, che ricorda più volte la definizione che ne ha dato Clemens Brentano: "la follia come sorella minore della poesia",<sup>81</sup> ma la si ritrova anche in ambiti laterali rispetto alla dimensione strettamente psicopatologica della forme più o meno gravi delle malattie mentali.

### 1.5 *La poetessa dei Navigli*

Un'autrice, la cui vasta produzione letteraria, in primo luogo poetica ma anche prosastica, ha tematizzato a più riprese la sfera semantica di *poesia-genio-follia-dolore*, è Alda Merini, *la poetessa milanese dei Navigli* (di Milano).

Nella sulla raccolta *La pazza della porta accanto*,<sup>82</sup> la Merini divaga tra ricostruzione asistemica della propria esistenza e itineranti riflessioni sulla propria professione iniziata in età precocissima,<sup>83</sup> alcune delle quali entrano nel merito della complessa dinamica follia-poesia che sta alla base della sua opera. In appendice alla silloge, ad una domanda postale da un'intervistatrice sul come si riesca a fare poesia della propria malattia, la Merini risponde: "L'esperienza può insegnare a camminare sul filo del rasoio e a vivere sempre in pericolo di cadere, ma non si può usare la pazzia come uno scopo. Il delirio dà alla luce figure, visioni, realtà sommerse. La follia è un capitale enorme, estremamente prolifico, però lo può amministrare solo un poeta."<sup>84</sup>

La Merini, una marginale della vita, è stata una donna che ha conosciuto la tragedia del manicomio, l'offesa dell'emarginazione e della povertà; una diversa davvero, come si è autodefinita<sup>85</sup>, ma è proprio dal "naturale inferno del vivere e dal naturale numinoso dell'essere umano", [come l'ha definito Giorgio Manganelli], che convivono in lei, è da questa diversità al contempo subita e scelta, che nascono il delirio e la grazia della sua

---

<sup>81</sup> Citato in Borgna, E., *La follia...*, p. 5

<sup>82</sup> Merini A., *La pazza della porta accanto*, Bompiani, Milano, 1995

<sup>83</sup> Merini A., *Fiore di poesia. 1951-1997. Paura di Dio*. Giulio Einaudi Editore, Torino, 1998. La giovane autrice, alla sua seconda raccolta, scrive ne *Il Testamento* quasi a presagire il proprio destino: "Io non fui originata/ma balzai prepotentemente/dalle trame del buio/per allacciarmi ad ogni confusione." p. 24 oppure "Sono nata il ventuno a primavera/ma non sapevo che nascere folle/ aprire zolle / potesse scatenar tempesta." In *Vuoto d'amore*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1991 p. 17

<sup>84</sup> Merini A., *La pazza...*, p. 143 In appendice al libro trova spazio una "Conversazione con Alda Merini" (pp. 135-156)

<sup>85</sup> Merini A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, Milano, 1997

poesia”.<sup>86</sup> A rinforzo di queste duplicità inestricabili dell’opera della Merini, Maria Corti si sofferma sul processo creativo seguito dall’amica poetessa: “La Merini scrive in momenti di una sua speciale lucidità benché i fantasmi che recitano da protagonisti del teatro della mente provengono spesso da luoghi frequentati durante la follia. In altre parole vi è una prima realtà tragica vissuta in modo allucinato e in cui lei è vinta, poi la stessa realtà irrompe nell’universo della memoria e viene proiettata in una visione poetica su cui è lei con una penna in mano a vincere.”<sup>87</sup>

È la stessa Merini che, ospitando il lettore “nell’officina” del proprio lavoro, tiene a precisare “La follia va allevata in un ambiente adatto, e allora può dare alla luce cose straordinarie. Diventa dolore, ma anche poesia.”<sup>88</sup> E ancora ...” c’è anche il rischio che la gente faccia un’immagine caricaturale del poeta folle, ma la caricatura il genio non la sopporta”<sup>89</sup>; [...] “ perché non bisogna confondere la naturale follia con quella che è la follia dell’arte, con quella che è la follia della santità”.<sup>90</sup>

Ma queste ed altre precisazioni sul proprio percorso e sulla propria arte poetica, disseminate in tutta la sua opera, frammista di testi poetici e prosastici e in numerose interviste<sup>91</sup> e, negli ultimi anni della vita, in apparizioni televisive cui la poetessa si concedeva, non hanno mai messo in ombra il dato che prepotentemente è sempre emerso e che la Merini non ha mai tradito fin dalla prima giovinezza: “il destino di poeta, nonostante gli affronti di tale destino; [...] affermando l’identità salvifica di vita e poesia”, iniziando una prosa intitolata *La mia poesia*, introduttiva alla raccolta *Fogli bianchi*, e terminandola con la frase “Il cielo della poesia non si arresta, anche se la persona rimane assente, dimenticata in altri luoghi.”<sup>92</sup>

---

<sup>86</sup> Citato in Merini A., *L'altra verità...*, p. VIII Lo scrittore ne ha scritto la prefazione (pp. V-VIII) II) da *Alfabeta*, Milano, settembre 1983

<sup>87</sup> Citata in Merini A., *Vuoto d'amore*, p. VIII

La Corti, curatrice della presente raccolta di poesie e di numerose altre in tempi diversi, ne ha scritto l’*Introduzione*

<sup>88</sup> Merini A., *La pazza della porta...*, p. 146

Inoltre in qualche pagina precedente è l’autrice stessa ad illustrare: “E allora il poeta deve parlare, deve prendere questa materia incandescente... e farne oro colato. Ora la poesia dovrebbe essere un fenomeno diciamo un po’ più che extraconiugale. Per carità, non tutti hanno voglia, quando tornano dal lavoro di leggersi i poeti, che Dio ce ne guardi! Però la poesia educa il cuore, la poesia fa la vita, riempie magari certe brutte lacune, alle volte anche la fame, la sete, il sonno. Magari anche la ferita di un grande amore ...” (p. 75-76)

<sup>89</sup> *Ivi*, p. 143

<sup>90</sup> *Ivi*, p. 75

<sup>91</sup> Merini A., *La pazza della porta accanto*, “Diciamo che non si è mai visto un poeta privo della propria leggenda, né qualcuno che dicendo pane al pane e vino al vino venisse creduto”. p.116

<sup>92</sup> Merini A., *Vuoto d'amore*, p. V

Sulla scorta della valorizzazione della parola e del colloquio terapeutico in funzione diagnostica e terapeutica che Borgna sottolinea in numerosi suoi saggi<sup>93</sup>, appaiono tanto più importanti quelle che Manganelli dedica alla prima parte dell'opera poetica della Merini: "Grazie alla parola, chi ha scritto queste pagine non è mai stata sopraffatta, ed anzi, non è mai stata esclusa dal colloquio con ciò che apparentemente è muto e sordo e cieco; la vocazione salvifica della parola fa sì che il deforme sia, insieme, se stesso e la più mite, indifesa e inattaccabile perfezione della forma. Solo angeli e demoni parlano lo stesso linguaggio da sempre."<sup>94</sup>

## **1.6 Lo stigma della malattia mentale: le origini, le articolazioni, le conseguenze**

L'oscillazione tra le differenti letture e le interpretazioni della sofferenza psichica fin qui tematizzate, trova un punto di incontro nella presa d'atto incontrovertibile che ogni malattia, come abbiamo detto, rompe l'equilibrio di una vita, trasformandone anche l'identità. Una diagnosi preoccupante modifica la vita psichica, le abitudini e le relazioni, private e pubbliche. In particolare ciò che può far diventare una diagnosi di malattia mentale un destino è lo stigma che questa porta con sé: uno stigma tanto ingombrante da far sparire l'individuo sotto la sua impronta, trasformandolo da persona connotata da un carattere e da una storia singolari in nient'altro che un malato mentale.

Ora, per comprendere la pericolosità e la sottile pervasività di questo meccanismo occorre approfondirne l'analisi in un'ottica per così dire genealogista, indagando le sue origini, cogliendo le dinamiche attraverso le quali si è venuto estendendo, illustrando infine le conseguenze che ha via via determinato nei diversi contesti socio-economici e culturali in cui marchiato la sua presenza. I prossimi paragrafi di questo primo capitolo saranno dedicati a questi sviluppi.

Nel 1963, nel celebre studio dedicato alla natura e agli effetti sociali di tale fenomeno, il sociologo canadese Erving Goffman definiva lo stigma a partire dalla sua etimologia greca, come un insieme di "segni fisici che caratterizzano quel tanto di insolito e

---

<sup>93</sup> Citato in Borgna E., *La follia...*, "Da Hugo von Hofmannsthal, un grande scrittore austriaco del secolo scorso, le parole sono chiamate creature viventi." Altri testi dello stesso autore incentrati sulla stessa tematica sono *Parlarsi. La comunicazione perduta* (2015), *L'ascolto gentile* (2017), *Le parole che ci salvano* (2017) p. 78

<sup>94</sup> Merini A., *L'altra verità*, Prefazione di Giorgio Manganelli p. 9

criticabile della condizione morale di chi li ha”. Sempre rifacendosi al mondo greco antico, lo studioso proseguiva precisando che

“[...] questi segni venivano incisi col coltello o impressi a fuoco nel corpo e rendevano chiaro a tutti che chi li portava era uno schiavo, un criminale, un traditore, o comunque una persona segnata, un paria che doveva essere evitato specialmente nei luoghi pubblici [...]. Per definizione crediamo che una persona con uno stigma non sia proprio umana. Partendo da questa premessa pratichiamo diverse specie di discriminazioni, grazie alle quali gli riduciamo con molta efficacia, anche se spesso inconsciamente, la possibilità di vita.<sup>95</sup>”

Come puntualizza Grinker (che comunque si avvale della concettualizzazione di Goffman), è necessario rilevare, almeno riguardo alla malattia mentale, che

[...] “lo stigma ai nostri tempi, tuttavia, è arrivato a connotare qualcos’altro. Lo stigma della

malattia mentale è quando lo stato psicologico definisce la tua identità; quando le persone ti vedono come imperfetto e incapace; quando sei invisibile agli altri; oppure quando le persone, pur vedendo la tua sofferenza, ti incolpano per questo. È l’ombra indesiderata di una persona, prodotta quando una società getta una certa luce sulle differenze umane. E’ anche il processo di nascondere o negare le difficoltà emotive nel vano tentativo di preservare un ideale.”<sup>96</sup>

Nel caso specifico della malattia mentale si tratta, secondo l’antropologo, di un meccanismo in qualche modo più delicato e sottile di quello previsto da Goffman, ma, nel medesimo tempo, spietatamente consequenziale nel suo funzionamento e chirurgico nei suoi effetti. Va tenuto presente, del resto, che Goffman stesso precisava come lo stigma avesse più a che fare con il linguaggio delle relazioni e delle interazioni umane che con la reale concretezza di determinati attributi ritenuti indesiderabili; per dirlo con le parole di Grinker, «lo stigma non è nella nostra biologia, ma è nella nostra cultura; è un processo che impariamo all’interno delle nostre comunità»<sup>97</sup>. Tale processo è stato soggetto agli innumerevoli mutamenti storici e di contesto, tuttavia, nella sua dinamica

---

<sup>95</sup> Goffman E., *Stigma. L’identità negata*, trad. it. a cura di Giammanco R., Laterza, Roma-Bari, 1970, p. 8.

<sup>96</sup> Grinker R. R., *Nessuno è normale*. p. 11

<sup>97</sup> *Ivi*, p. 8

tipica, esso avviene come un itinerario a tappe fisse, che sono state individuate in quattro fasi principali.

Secondo il quadro teorico definito nel 2001 dagli psicologi sociali Link e Phelan, si ha la costruzione di uno stigma quando all'interno di una comunità, innanzi tutto, vengono fatte delle distinzioni sulla base di attributi fisici, temperamentali o di reputazione tra gli individui, e tali distinzioni conducono all'attribuzione di una determinata etichetta; in secondo luogo, la cultura dominante associa alle suddette etichette certi stereotipi negativi, costruendo delle generalizzazioni sulla personalità e il comportamento di coloro che vi rientrano; in un terzo momento avviene la partizione tra "normali" e "devianti", che conduce infine al quarto passaggio, ossia al progressivo isolamento dei devianti dai normali e la loro perdita di status e sicurezza sociali. Devianti che finiscono o per attuare delle strategie di resistenza – nel caso specifico della malattia mentale, evitando di cercare aiuto e nascondendo il più possibile la propria condizione – oppure per trovare supporto principalmente nei propri simili e in coloro che Goffman definisce gli "wise", ossia persone che rientrano nella categoria dei normali ma che, agendo da outsiders o da alleati dei devianti, o per un rapporto di particolare prossimità con questi ultimi, vengono accolti nel gruppo degli stigmatizzati come pari, mentre i normali tendono a isolarli o quantomeno a guardarli con sospetto<sup>98</sup>.

Per comprendere meglio la natura dello stigma associato alla malattia mentale, del resto, si può integrare questa concettualizzazione con quella suggerita già nel 1984 dallo psichiatra sociale Adam Jones, che scomponeva il fenomeno dello stigma in diversi aspetti. Anzitutto, argomentava lo studioso, uno stigma si caratterizza per la sua *concealability*, cioè la facilità con cui la caratteristica sulla quale esso è costruito risulta riconoscibile agli altri; esso in secondo luogo ha una sua *origin* e suo *course*, cioè una relativa storicità (sia individuale che culturale), che fa sì che la condizione stigmatizzata risulti entro certi limiti reversibile; ancor più importante, inoltre, uno stigma ha un tasso di *disruptiveness*, ossia ostacola o interrompe le relazioni sociali della persona stigmatizzata<sup>99</sup>, anche in virtù della sua *aesthetics*, cioè la reazione

---

<sup>98</sup> Per una discussione dello sviluppo del lavoro di Goffman ad opera di Link e Phelan, si rimanda a Gritti P., Gagliardi S., *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali: un problema irrisolto*, in Chieffi L. (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Mimesis, Milano, 2012, pp. 255-256.

<sup>99</sup> A questo proposito, si può osservare con Gritti e Gagliardi (che a loro volta dialogano con gli studi di Jonathan Barry pubblicati a partire dal 1998), come nel caso della malattia mentale spesso possa essere difficile, a prima vista, distinguere tra la restrizione dell'accesso a opportunità di interazioni sociali significative e positive per lo sviluppo dell'identità personale e l'autoesclusione; tuttavia, mettono in guardia gli studiosi, «Dovremmo sempre guardare a ciò che apparentemente sembra autoesclusione con un certo scetticismo. La valutazione di ogni atto volontario dipende dalla qualità della scelta che ci si offre: che l'azione scelta è preferibile alle alternative disponibili in quel momento

emotiva e viscerale (solitamente di avversione, di paura o di disgusto) che esso suscita nei “normali” una volta individuato e del suo *peril*, vale a dire i sentimenti di allerta e pericolo che esso innesca nel gruppo sociale<sup>100</sup>.

Altri studiosi, come John Morgan, suggeriscono invece di provare a guardare il fenomeno dello stigma dal punto di vista dei suoi effetti; in particolare il suddetto psicologo, insieme al suo gruppo di ricerca nel 2007, si valeva delle acquisizioni del Center for the Analysis of Social Exclusion della London School of Economics, per quanto concerne le indagini statistiche che tale centro aveva raccolto, al fine di elaborare un modello dei costi esistenziali dello stigma della malattia mentale a carico delle persone colpite. Tale modello comprendeva quattro aspetti: la *consumption*, ossia la capacità di acquistare beni e servizi (tanto dal punto di vista della capacità economica quanto da quello della concreta possibilità di recarsi nei luoghi deputati o interagire efficacemente coi fornitori del servizio), la *production*, cioè la possibilità di essere coinvolti in modo significativo nelle attività economiche e produttive, il *political engagement*, ossia la possibilità di accedere alla voce in seno al dibattito pubblico relativo a decisioni di interesse collettivo (anche e soprattutto nei casi in cui i malati mentali fossero parte in causa particolarmente interessata dalla discussione) e la *social interaction*, ossia la possibilità di instaurare relazioni sociali significative e affettivamente soddisfacenti in un contesto di riconoscimento reciproco<sup>101</sup>.

In ogni caso, come puntualizza Grinker, è importante riconoscere come nelle prime due decadi del Duemila, in particolare nella seconda, lo stigma in relazione alla malattia mentale in Occidente si sia andato evolvendo e in certa misura attenuato, soprattutto nella fascia di età della popolazione più giovane, meno propensa alla discriminazione e più attenta alle problematiche relative alla salute mentale e più incline a cercare un aiuto

---

non ci dice molto. Quindi, un individuo o un membro di un gruppo può evitare di partecipare alla vita sociale in risposta ad un'esperienza di ostilità o discriminazione vissuta. In questo caso, il rifiuto attuale è volontario, ma il contesto all'interno del quale si verifica lo rende comunque un caso di esclusione sociale, considerandolo un processo in cui individui o gruppi sono esclusi nonostante la loro volontà» (*ivi*, pp. 259-260). L'aspetto più pernicioso di ciò che può essere chiamato “disruptiveness” di uno stigma come quello associato alla malattia mentale; in altri termini, non è soltanto l'effettiva erosione dei legami sociali del malato, ma anche il fatto di conferire a questa erosione una patina di volontarietà: il malato, infatti, spesso si isola per non incorrere in esperienze di discriminazione (temute o già verificatesi in passato), ma tale atto risponde a una logica di sopravvivenza che spinge a scegliere tra due scelte al ribasso dal punto di vista della qualità della vita.

<sup>100</sup> Per una discussione della concettualizzazione di Jones si veda Gritti P., Gagliardi S., *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali: un problema irrisolto*, pp. 257-258.

<sup>101</sup> Per una discussione del lavoro di Morgan e colleghi, si rimanda op. cit., pp. 264-265.

terapeutico laddove necessario<sup>102</sup>; ciò nonostante, osservano Gritti e Gagliardi, molto lavoro resta da fare in termini di corretta informazione alla popolazione adulta e anziana. In particolare la tendenza evidenziata da numerosi studi condotti presso l'opinione pubblica europea e statunitense tra la fine degli anni '90 e quella dei primi dieci anni del terzo millennio è stata quella di una riduzione del divario tra le opinioni degli operatori della salute mentale e quelle delle persone non specializzate in merito alle cause della malattia mentale. Entrando maggiormente nello specifico, viene osservato come l'opinione pubblica abbia manifestato la tendenza crescente a rifiutare le ipotesi e le eziologie rigettate dagli esperti e a dare un sempre maggior peso alla biologia rispetto alle condizioni di vita nell'insorgenza di malattie come la schizofrenia e la depressione<sup>103</sup>.

Contrariamente a quanto ci si potrebbe attendere, però, ciò non ha attenuato lo stigma da parte della popolazione adulta: secondo Gritti e Gagliardi, infatti, la convinzione che una malattia come la schizofrenia possa avere un'origine biogenetica anziché psicologica, induce le persone a ritenere che il malato sia meno in grado di controllarsi e dunque sia potenzialmente più pericoloso, con la conseguenza di ridurre al minimo le interazioni sociali con questo genere di individui. Infine è anche possibile che la spiegazione biogenetica faciliti l'elaborazione inconscia di categorie separate, che permettono alla comunità di allontanare da sé lo spettro della pazzia attraverso alcuni specifici capri espiatori. Non a caso, notano gli studiosi, esiste nelle opinioni dei cittadini una certa ambivalenza in relazione ai diritti civili dei malati: pur non ritenendo, infatti, che siano necessarie leggi particolari per regolamentare le unioni con un coniuge affetto da una malattia mentale, una percentuale significativa di cittadini europei intervistati in uno studio trasversale europeo del 2007 affermava di ritenere opportuno ricoverare il paziente psichiatrico grave in una struttura di lungodegenza sulla base della sua pericolosità e imprevedibilità<sup>104</sup>. Da questi dati si può evincere, affermano Gritti e Gagliardi con il supporto di ulteriori studi più recenti, come sia fondamentale fornire, insieme a un maggiore supporto per le famiglie e alla creazione di una rete assistenziale affidabile e solida per i malati mentali, anche una corretta informazione alla cittadinanza: questa potrebbe avvalersi di interventi mirati di sensibilizzazione in merito

---

<sup>102</sup> Grinker R. R., *Nessuno è normale*, pp. 8-10.

<sup>103</sup> Gritti P. Gagliardi S., *Stigma ed esclusione sociale...*, pp. 266-267.

<sup>104</sup> *Ivi*, p. 267. Lo studio cui gli autori fanno riferimento è Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A., Hansson L., Killan R., Torre-Gonzales F., Turner T., Wiersman D. (2007)

alla discriminazione dei malati psichiatrici, ma anche della costruzione e della valorizzazione di realtà nelle quali sia possibile per i cittadini constatare l'infondatezza del pregiudizio relativo alla pericolosità dei malati mentali, che è quello maggiormente responsabile della persistenza dello stigma<sup>105</sup>.

Ora, lo stigma, come più volte ribadito in questo primo capitolo, non è immutabile ma "trasformabile" in quanto, di fatto, si modifica nel tempo: esso, come puntualizzato da Grinker, fa parte della cultura umana e non della biologia o dell'ontologia della specie *homo sapiens*. Di conseguenza, un inquadramento preliminare dello stigma che colpisce la malattia mentale non può prescindere da un tentativo di analisi sulle origini di tale stigma: a questa indagine sarà dedicato il prossimo paragrafo.

Nell'intraprendere il proprio ragionamento a proposito dello stigma che colpisce la malattia mentale, Grinker riporta le parole di un'altra antropologa che ha dedicato una porzione importante dei propri studi alla salute mentale, Ruth Bededict, che in uno studio del 1934 dedicato all'antropologia della devianza, ha affermato: «Il concetto di normale è propriamente una variante del concetto di bene. È ciò che fondamentalmente la società ha approvato»<sup>106</sup>. Normalità e anormalità, come evidenziato anche da Goffman, sono variabili dipendenti dal contesto storico e sociale: proprio per questo, chiarisce Grinker, è tanto importante non solo prendere in considerazione ciò in cui lo stigma consiste in un determinato periodo e contesto per combatterlo, ma anche dedicarsi a comprenderne le origini e i mutamenti.

“Alcuni studiosi hanno elaborato in profondità quelle matrici storiche e culturali sottostanti che plasmano questo stigma nel tempo. Partendo dal presupposto che lo stigma sia sempre esistito, Alcuni ricercatori che, guidati da grande empatia e compassione, hanno dedicato la loro carriera allo studio dello stigma, si sono concentrati maggiormente sul presente. Su come le etichette e gli stereotipi alienino i malati: come le persone con malattie mentali perdono lo status e vengono discriminate; e, come per necessità, gli individui stigmatizzati gestiscano le loro differenze, spesso assimilandosi il più possibile a una norma percepita e nascondendo il loro attributi

---

<sup>105</sup> Va tenuto presente, d'altra parte, che il pregiudizio sulla pericolosità non colpisce unicamente i cittadini, ma anche gli operatori. Come evidenziato da uno studio di Volavka, J., Swanson, J., Citrome, L., & Ferraro, L. (2017) – citato in Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, op. cit., p. 37 – anche gli operatori specializzati possono eccedere nell'impiego del trattamento o di misure cautelative nel caso di pazienti in crisi psicotica: per evitarlo, è necessario che gli specialisti siano preparati con una sempre migliore formazione, nel contesto della quale, nota Lingiardi stesso, l'eradicazione dello stigma è fondamentale.

<sup>106</sup> Citato in Grinker R. R., *Nessuno è normale*, p. 8

stigmatizzanti, proprio come quando le persone mantengono segrete le loro emozioni preoccupanti o si isolano dalle interazioni sociali.

Tuttavia sappiamo meno del motivo per cui sono emersi particolari tipi di stigma o quali forme di potere li sostengano. Perché, per esempio, una società considera l'omosessualità una forma di follia, mentre un'altra la vede come un crimine e un'altra ancora la vede come una parte normale dello sviluppo umano? Come può una condizione, come il trauma psicologico della guerra, denotare debolezza e femminilità tra i soldati maschi in un periodo storico, mentre un'altra guerra denota patriottismo? Cosa possono imparare le moderne società industrializzate in Europa e nel Nord America dalla storia dello stigma della malattia mentale? Come possono utilizzare questa conoscenza per migliorare la cura e il trattamento delle persone con le malattie più stigmatizzanti? Come possiamo, a nostra volta, aiutare persone in altre società con storie diverse dalle nostre a ridurre la loro sofferenza?"<sup>107</sup>

Un aspetto cui occorre fare attenzione in questa indagine, sottolinea l'antropologo, è quello relativo all'apporto delle scienze biologiche. Infatti, una parte considerevole degli esperti oggi attribuisce, come si è rilevato nel paragrafo precedente, cause organiche a malattie come la schizofrenia o la depressione; ciò malgrado, è improbabile che la sola spiegazione offerta da queste discipline possa risultare soddisfacente: anzi, come si è fatto presente in precedenza, anziché abbattere lo stigma, esse rischiano di finire per esacerbarlo – in questo caso specifico per il fatto che al malato mentale si attribuisce spesso una pericolosità di fondo, per se stesso e per gli altri, che l'ipotesi dell'origine organica della malattia rende ancora più perturbante - dal momento che ciò che accade a livello ormonale e sinaptico è al di fuori del controllo della volontà personale.

Al di là di questa considerazione che ha a che fare la psicologia sociale, però, alla base dell'impossibilità di una spiegazione riduzionistica della malattia mentale, che abbia la pretesa di risultare soddisfacente, stanno considerazioni di carattere epistemologico, che toccano lo statuto conoscitivo della medicina stessa. Grinker, infatti, argomenta che

[...] “i medici non scoprono tanto le realtà, quanto etichettano ciò che osservano con i modelli che hanno sviluppato e accettato per consenso. Si occupano più dei sintomi che

---

<sup>107</sup> *Ivi*, p. 15

delle reali malattie. Le condizioni psichiatriche ci sembrano meno oggettive e concrete solo perché non abbiamo ancora i numeri o i dati per convincerci che lo siano. [...] “patologia” e “malattia” sono termini medici, le strutture mediche attraverso le quali comprendere il disagio manifestato da un paziente; la malattia, tuttavia, è il significato personale e sociale che essa ha assunto, ciò che l’antropologo e psichiatra Arthur Kleinman chiamava “l’esperienza dei sintomi e della differenza... come la persona malata e i membri della famiglia o della rete sociale più ampia di appartenenza percepiscono, convivono e rispondono ai sintomi della disabilità”. La patologia attira la nostra attenzione sui processi biologici mentre la malattia illumina le sfaccettature di una vita reale e concreta.

In definitiva le malattie mentali potrebbero non prestarsi mai allo stesso tipo di modelli di malattia razionali, oggettivi e impersonali che ci aspettiamo dalla scienza e dalla medicina. Questo non è perché la psichiatria ha fallito, ma perché vogliamo che sia qualcosa che non è, qualcosa che non è comune a nessun altro ramo della medicina. Considerata per secoli un’arte, la medicina ora si veste di numeri e di grafici, come se essi potessero rappresentare delle verità. Questo è fuorviante.”<sup>108</sup>

Ciò che l’antropologo intende affermare è innanzitutto che la psichiatria, così come in generale la medicina, non è una scienza esatta: il suo carattere paradossale rispetto alla conoscenza medica si rivela in particolare nell’impossibilità di effettuare scansioni e misurazioni empiriche che risultino affidabili e replicabili come nel caso delle altre discipline, che hanno dalla propria la possibilità di sondare i tessuti, misurarne la densità e verificarne le reazioni a determinati stimoli in determinate condizioni. Ciò non è possibile nel caso della mente anche per il fatto che ad oggi si sa estremamente poco del cervello e del suo funzionamento; ma quando anche fosse possibile disporre di dati più certi in merito, non si sarebbe ancora esaurita con la conoscenza del cervello e del sistema nervoso centrale l’indagine relativa al funzionamento della mente. Pertanto, chiarisce Grinker,

[...] “l’esperienza della patologia – in altre parole una patologia come malattia – non è scritta nelle cellule di un tumore, nelle molecole di un batterio o di un virus, o nel DNA del nostro genoma. E se un giorno riuscissimo a ridurre le malattie mentali a materiali e

---

<sup>108</sup> *Ivi*, p. 25

meccanismi biologici, i significati di quelle condizioni saranno ancora qualcosa di creato da noi.”<sup>109</sup>

Al processo di attribuzione dei significati, tuttavia, non è la biologia a soprintendere, bensì la cultura. E se si guarda alla malattia mentale, le differenze culturali tra l'Occidente contemporaneo e le altre parti del mondo possono risultare assolutamente stupefacenti. A questo riguardo Grinker adduce due esempi: quello di un caso di schizofrenia e quello di un caso di autismo presso la popolazione di cacciatori/raccoglitori Jun/oansi, stanziati nel deserto del Kalahari in Namibia, riscontrati durante un'indagine condotta sul campo nel 2017.

Il primo caso, quello di schizofrenia, riguardava Tamzo, un giovane cacciatore che dichiarava di sentire periodicamente voci rabbiose risuonare nei suoi pensieri. Curato dal guaritore tradizionale, l'uomo una volta al mese visitava anche una clinica occidentale, distante alcuni chilometri dal villaggio, per assumere il trattamento antipsicotico a base di chlorpromazina. Essendo conosciuto da tutti nel villaggio, Tamzo non subiva alcun tipo di stigmatizzazione: si riteneva – coerentemente con la forma di pensiero animista presente nella cornice degli Jun/oansi – che i parenti di una donna vittima di uno stupro commesso da un cugino dell'uomo avessero gettato su di lui un incantesimo per vendetta, scatenandogli contro gli spiriti. La malattia di Tamzo, dunque, non era vista come una colpa, ma come un avvenimento che gli era capitato e con il quale si trovava a dover convivere con l'aiuto della medicina tradizionale e di quella occidentale dal momento che, come riferiva la moglie, “ognuno sa che se non prende le medicine le voci nella sua testa torneranno; gli dicono che può uccidere le persone con i suoi pensieri”<sup>110</sup>. A proposito dell'uomo, Grinker osserva che

[...] “il personale della clinica che fornisce il medicinale scrive “schizofrenia” come diagnosi nelle proprie cartelle. Ma quella parola tecnica è utile solo per loro. A parte una parola gergale che significa “strano” o “pazzo”, i Jun/oansi (popolazioni di cacciatori e raccoglitori della Namibia) non hanno termini per schizofrenia o psicosi e, a prescindere, anche qualcuno che è pazzo, è pazzo solo quando ne mostra i segni. Poiché Tamzo, almeno per ora, non ha più deliri o allucinazioni uditive, non è pazzo e non è stigmatizzato. Quasi certamente presenta la medesima condizione che in Nord America e in Europa chiameremmo schizofrenia. È solo che i Jun/oansi concettualizzano i

---

<sup>109</sup> *Ivi*, p. 31

<sup>110</sup> *Ivi*, p. 32

sintomi in modo diverso. A casa, Tamzo è vittima di un maleficio; solo in clinica ha la schizofrenia.”<sup>111</sup>

Nel contesto nel quale l'uomo viveva, in altri termini, la diagnosi di schizofrenia non comportava alcuno specifico destino.

Lo stesso valeva anche per il piccolo Geshe, un bambino di circa nove anni con sintomi compatibili a un quadro di autismo. Dotato di una memoria e di un senso dell'orientamento prodigiosi e incredibilmente abile nel guidare e tenere in ordine il gregge, il bambino risultava certo diverso dai coetanei, che non si esimevano dal motteggiarlo, ma al tempo stesso ne avevano cura, occupandosi di lui e difendendolo nelle circostanze di potenziale pericolo. Anche in virtù di quest'ultima ragione i genitori, pur rilevandone la sostanziale differenza, non si erano preoccupati di portarlo da uno specialista, giacché era in grado di condurre una vita del tutto normale in seno alla comunità. Proprio questo aspetto aveva sorpreso Grinker, che aveva chiesto loro se non li preoccupasse il futuro del bambino dopo la loro morte; tale domanda, però, aveva molto sorpreso i due Jun/oansi che, facendo cenno al villaggio, si erano limitati a rispondere che non tutta la comunità sarebbe morta insieme e che ci sarebbe sempre stato qualcuno in grado di supportare Geshe. Tale risposta, pur non portando Grinker a indulgere in considerazioni idilliache in merito alla società studiata, conduceva l'antropologo a formulare una riflessione:

“I Jun/oansi hanno creato una società che accetta le differenze che abbiamo respinto. Nessuno di loro si aspetta che una condizione come la schizofrenia o l'autismo definisca una persona nel suo insieme. Nessuno si aspetta che qualcuno viva da solo e sia completamente responsabile dei propri successi e fallimenti. In Europa e Nord America, tuttavia, abbiamo a lungo idealizzato l'individuo autonomo, dignitoso colui che produce più capitale e stigmatizzato colui che produce meno. È infatti, a causa di questa ossessione per l'indipendenza che gli Europei hanno inventato per la prima volta le categorie di malattie mentali durante la Prima rivoluzione industriale. L'idea era di separare i lavoratori improduttivi in identità distinte. Nel capitalismo, le malattie mentali e la dipendenza dalla propria famiglia divennero segni di disgrazia.

Il punto di vista del padre di Geshe, al contrario, deriva dal tipo di società in cui vive, una società in cui ci sono più tutori e una serie di supporti sociali. Nessuno in questi

---

<sup>111</sup> *Ivi*, p. 25

villaggi si aspetta di diventare l'individuo autosufficiente che associano alla persona e al lavoratore ideale del capitalismo occidentale, e quindi le persone con disabilità vivono con meno stigma. In una società come quella di Geshe e Tamzo, non si farebbe mai la domanda alla quale quasi tutti i genitori americani con un figlio autistico, a un certo punto, si chiedono: "Mio figlio sarà mai in grado di vivere in modo autosufficiente?"<sup>112</sup>

Il destino di una persona affetta da malattia mentale, in base a quanto si legge sopra, non è necessariamente quello di dover subire una sistematica stigmatizzazione: in alcune società, come riferisce Grinker, ciò non avviene. Del resto, argomenta lo studioso, non è sempre avvenuto neppure in Occidente: soltanto in tempi relativamente recenti, infatti, una diagnosi di malattia mentale ha iniziato a dar forma a uno specifico destino, associandosi a uno stigma duro a morire. Proprio per questo gli studi storici e antropologici possono risultare cruciali nel comprendere e nel combattere ogni stigmatizzazione. Infatti,

[...] "Facendo luce sulla straordinaria gamma di credenze e pratiche nel mondo, l'antropologia sfida i meccanismi di esclusione –razza, classe, sesso e l'istituzionalizzazione dei "pazzi, per esempio - che medici, scienziati e responsabili politici una volta giustificavano con argomentazioni di carattere biologico. La cultura stessa ha costruita l'illusione delle differenze innate su cui si basa tanta discriminazione. Se c'è qualcosa che conta veramente come natura umana, è la nostra capacità di trascendere la natura attraverso la cultura. [...]"

Negli ultimi secoli, né i progressi medici né quelli scientifici hanno attenuato lo stigma della malattia mentale. Lo stigma è un processo sociale che può essere spiegato attraverso la storia culturale, nelle forme di esclusione che gli esseri umani stessi mettono in atto. I nostri giudizi sulle malattie mentali provengono dalle nostre definizioni di ciò che, in tempi e luoghi diversi, le persone hanno definito come società ideale e persona ideale. Lo stigma va e viene come risultato di profonde condizioni strutturali, in particolare del capitalismo, delle ideologie dell'individualismo e della responsabilità personale e delle pesanti eredità della guerra, del razzismo e del colonialismo. Le nostre concezioni della malattia mentale in continuo cambiamento cavalcano l'onda dei cambiamenti culturali più ampi, e quando la scienza o la medicina

---

<sup>112</sup> Ivi, p. 35

sembrano attenuare lo stigma della sofferenza, lo fanno comunque servendo la cultura dominante.”<sup>113</sup>

L’instaurarsi della stigmatizzazione della malattia mentale, in altri termini, a parere di Grinker (e con lui di una parte notevole dell’antropologia medica e culturale) costituisce l’esito di un ben preciso percorso storico e culturale. Di questo percorso, secondo lo studioso, è possibile individuare almeno tre snodi fondamentali, i quali hanno dato esito non solo all’architettura della società contemporanea, ma anche alla stigmatizzazione di alcuni stili di vita e di alcune condizioni, tra cui proprio la malattia mentale.

Il primo e più cruciale snodo nell’ambito di questo percorso è la nascita e il consolidarsi del capitalismo. Infatti, sebbene alcune condizioni come la schizofrenia o il disturbo bipolare appaiano pericolose perché imprevedibili e, in quanto tali, una minaccia per gli ideali moderni dell’autonomia e dell’autocontrollo, in realtà la malattia mentale nell’età contemporanea è guardata con sospetto per motivazioni che riguardano l’assetto economico della società. Con la nascita del capitalismo, infatti, il modello ideale di individuo realizzato e utile alla società è colui che è in grado di lavorare e produrre per sé e a vantaggio dell’ingranaggio economico; in questo quadro, l’incapacità o la ridotta capacità di lavorare risulta quanto di più indesiderabile si possa immaginare in una persona: lo stigma della malattia mentale, dunque, sorge da una considerazione del malato come un peso per la società, un peso che sceglie di essere tale per pigrizia, cattiva volontà o debolezza di carattere.

“Poiché nella maggior parte del Nord America e dell’Europa occidentale abbiamo creato il nostro concetto di persona all’interno di un ambiente governato dal capitalismo, le persone più stigmatizzate tendono ad essere quelle che si conformano al lavoratore moderno ideale: un individuo autonomo e autosufficiente. In un paese come gli Stati Uniti, con minime distinzioni ereditarie, attribuiamo infatti grande importanza all’indipendenza, alla mobilità sociale ed economica e all’autosufficienza.”<sup>114</sup>

Nel quadro del capitalismo, in altri termini, lo stigma ha origine dall’identificazione del malato mentale con l’individuo pigro, debole di carattere o di volontà e perciò incapace di conformarsi al modello ideale di individuo socialmente desiderabile, cioè colui che è in grado di lavorare e produrre per sé stesso e per mantenere attivo l’ingranaggio economico: non essere in grado di lavorare veniva a costituire un duraturo e

---

<sup>113</sup> *Ivi*, pp. 16-17

<sup>114</sup> *Ivi*, p. 19

disumanizzante marchio d'inferiorità. Impossibilitati a partecipare attivamente alle dinamiche caratterizzanti la società capitalista, gli individui devianti venivano rinchiusi negli ospedali, che secondo Grinker (come si vedrà nel capitolo successivo, trattando con Foucault le esperienze della follia nell'età classica) giocarono un ruolo decisivo nella definizione e nella stigmatizzazione della malattia mentale. Con ciò non s'intende assolutamente affermare che, mette in guardia l'antropologo, il sorgere del capitalismo abbia dato origine alle malattie mentali; semplicemente, il capitalismo portò le malattie mentali ad acquisire nuovi nomi, ad essere inquadrate attraverso concettualizzazioni differenti e a vedersi attribuiti significati che non aveva in precedenza. A tutto ciò va aggiunto che, anche a causa del fatto che i medici negli ospedali ebbero, con il consolidarsi del sistema capitalistico, l'occasione di osservare per la prima volta un gran numero di malati e di sintomi, si vennero sviluppando, in ambito psichiatrico, un vocabolario e delle classificazioni per nominare e dare un ordine alla grande varietà di comportamenti osservati.

Non deve sfuggire che, considerare il capitalismo come uno degli snodi – ma forse, a differenza di Grinker, sarebbe meglio definirlo come una coordinata – fondamentali per comprendere l'instaurarsi dello stigma relativo alla malattia mentale, nonché le conseguenze anche per comprendere l'evoluzione stessa dello stigma. Infatti, se il capitalismo ha modellato l'immagine ideale del perfetto lavoratore moderno, con il suo evolversi – e dunque con la richiesta ad esso di sempre nuove abilità e attitudini – il capitalismo paradossalmente può contribuire in misura decisiva a ridurre lo stigma:

[...] “In effetti i cambiamenti economici hanno portato a nuove sistemazioni e a una maggiore accessibilità per le persone che in precedenza erano emarginate sia dall'istruzione che dal posto di lavoro, comprese le persone che chiamiamo sempre più “neurodiverse”, “non normali”, appartenenti all'ampio spettro della malattia mentale.

Il tipo più apprezzato di lavoratore del lavoratore del ventunesimo secolo è un lavoratore che può lavorare da casa, lavorare part-time, combinare lavoro retribuito con assistenza familiare o volontariato, che preferisce interagire virtualmente piuttosto che di persona e perfino vivere con i propri genitori. Potrebbe essere un po' inibito, avere interessi ristretti per la scienza e la tecnologia e sentirsi più a suo agio nell'interazione con gli altri online che faccia a faccia. Potrebbe apprezzare incarichi ripetitivi di

carattere ripetitivo di carattere tecnico o amministrativo che altri trovano difficile o poco stimolante.’’<sup>115</sup>

L’esempio più lampante, secondo Grinker, è costituito nel ventesimo secolo dai “nerd”, gli appassionati di computer e ingegneria tecnologica solitamente timidi e affetti da ansia sociale tra i quali si sono contati alcuni degli uomini più ricchi e influenti dei primi anni del nuovo millennio, primi tra tutti Steve Jobs e Bill Gates.

Un secondo snodo decisivo da prendere in considerazione è, a parere dell’antropologo, la guerra: essa, per certi versi, avrebbe come campo di studio dello stigma un ruolo opposto e complementare rispetto agli ospedali e agli istituti psichiatrici. Guardando agli studi condotti in psichiatria tra le due guerre mondiali e durante i conflitti successivi, è possibile affermare che

[...] “Mentre i manicomi hanno esacerbato la vergogna dei problemi psicologici, le guerre l’hanno ridotta, sia nella vita militare che in quella civile. In tempo di guerra, i disturbi psichici divennero una risposta accettabile allo stress, sia all’interno che all’esterno del combattimento. E poiché i soldati erano, in effetti, impiegati dai militari, molti di coloro che avrebbero potuto essere disoccupati e stigmatizzati nel settore civile furono integrati in una nuova comunità, le loro differenze di personalità vivevano spesso smorzate dalla conformità alla struttura militare”.<sup>116</sup>

La guerra, inoltre, soprattutto per gli psichiatri di stanza all’estero, ha contribuito a diffondere la consapevolezza che situazioni stressogene esterne possono esacerbare i conflitti interiori e che le fragilità, le crisi psicotiche e le malattie mentali in generale possono avere trattamenti alternativi all’ospedalizzazione. Malauguratamente, però, almeno fino al conflitto in Afghanistan, le acquisizioni in campo psicologico e psichiatrico sono ciclicamente andate disperdendosi e affievolendosi negli anni immediatamente successivi ai conflitti: questo, secondo Grinker, andrebbe imputato ai costi economici delle misure a sostegno della malattia mentale cronica nei periodi di ripresa economica successivi alla guerra; in altri termini, nel contesto emergenziale bellico secondo Grinker sarebbe stato favorito un insieme di consapevolezze che avrebbe contribuito ad attenuare lo stigma, ma le pressioni del contesto capitalista in una situazione di equilibrio avrebbero giocato a sfavore di tali consapevolezze, di fatto

---

<sup>115</sup> *Ivi*, p.23

<sup>116</sup> *Ivi*, p. 25

restaurando lo stigma. Non va dimenticata, comunque, l'importanza della psichiatria militare per i progressi della disciplina: pratiche come la terapia di comunità e la terapia di gruppo, il trattamento a breve termine dei sintomi da stress acuto e lo screening psichiatrico del personale sottoposto a pressioni psicologiche insostenibili hanno avuto origine proprio in contesto militare, come è nato ad uso militare il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), scritto durante la seconda guerra mondiale e successivamente adattato, nel 1953, ad uso civile<sup>117</sup>.

Infine, il terzo e ultimo snodo individuato da Grinker alle origini dello stigma della malattia mentale è costituito dalla crescente medicalizzazione dei malati mentali. L'antropologo, infatti, argomenta:

“La medicalizzazione è il processo mediante interpretiamo aspetti della vita quotidiana, compresi i problemi non medici, come se fossero medici [...]. Quando descriviamo e pensiamo a noi stessi attraverso il linguaggio della medicina, e quando cerchiamo soluzioni tecniche o scientifiche ai nostri problemi, possiamo perdere di vista le origini sociali della malattia e dello stigma. Ogni società e ogni momento storico, come vedremo, ha il suo modo di dare un senso al dolore fisico ed emotivo. Economia, famiglia, politica e tecnologia, tra gli aspetti della società, modellano il modo in cui sperimentiamo, parliamo e giudichiamo malattie e disabilità. La medicalizzazione è essa stessa un prodotto della cultura, una posizione ideologica fondata prima sulla convinzione che possiamo separare il corpo e la mente e, in secondo luogo, sulla convinzione che possiamo separare la mente dagli ambienti in cui viviamo, come se la cultura fosse solo un fattore fastidioso che oscura le realtà biologiche.”<sup>118</sup>

Per chi vive nell'Occidente contemporaneo, la medicalizzazione dei sintomi di una malattia mentale e la scelta di porre l'individuo che li esibisce sotto il controllo dell'autorità sanitaria, magari in una residenza protetta, appare una scelta ovvia e inevitabile; eppure, come evidenziato dai casi di Tamzo e Genshe di cui Grinker fornisce il resoconto, essa non lo è: di fatto, diverse comunità si prendono cura in modo diverso del malato mentale, attribuendogli un ruolo e delle prerogative specifiche.

La medicalizzazione, del resto, porta con sé degli irrisolti non trascurabili che sono frutto di una pesante eredità della cultura occidentale nel pensare l'essere umano: la scissione cartesiana, risalente al diciassettesimo secolo, tra mente e corpo.

---

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 57

<sup>118</sup> Grinker R. R. *Nessuno è normale* p. 27

“La separazione tra corpo e mente è una delle eredità più problematiche della filosofia occidentale. Senza di esso non avremmo mai potuto produrre l’idea che la mente, sebbene situata nel cervello, possa avere i disturbi, o non avremmo mai sviluppato un campo specialistico come la psichiatria. È possibile che senza la distinzione corpo/mente, le malattie mentali oggi sarebbero meno stigmatizzanti e che i trattamenti psichiatrici che agiscono direttamente sul cervello – come la terapia elettroconvulsivante (elettroshock) ad esempio – non sarebbero più stigmatizzanti della scossa di elettricità di un defibrillatore che salva qualcuno da un evento cardiaco pericoloso per la vita. La divisione tra corpo e mente continua ad ostacolare la cura della salute mentale per le persone che hanno disturbi fisici non conformi a un modello medico, come quando un medico dice a un paziente che soffre di mal di testa o mal di schiena che le radiografie o gli esami di laboratorio mostrano niente di “fisicamente” sbagliato in lui e che potrebbe beneficiare di un trattamento psicologico. Molti pazienti si sentono insultati da un tale suggerimento, come se il medico si arrendesse a loro, o dicesse “è solo stress” o “reagisci” [...].

È’ possibile che lo stigma delle condizioni psichiatriche porti molti pazienti a sperimentare inconsciamente il loro disagio emotivo attraverso il corpo, come i soldati della Prima guerra mondiale che non erano stati affatto vicini al combattimento e tuttavia avevano gli stessi sintomi di shock da proiettile di qualcuno che aveva sopportato settimane di spari. Manifestavano quei sintomi che erano considerati socialmente accettabili e che avevano un senso per loro stessi e per le persone che li circondavano”.<sup>119</sup>

Capitalismo, guerra e medicalizzazione, nel contesto di un paradigma filosofico di straordinaria fortuna e tenacia, quello del rapporto mente-corpo cartesiano, hanno contribuito secondo Grinker a dare forma allo stigma della malattia mentale come è stato presente per decenni e decenni nella società occidentale. Queste dimensioni, del resto, agiscono sullo stigma ancora oggi che, anche tra i più giovani, esso è ancora vivo e ben presente, anche se espresso in forme meno violente ed escludenti. Basti pensare alla domanda, posta da uno studente all’antropologo al termine di una lezione in cui Grinker aveva esposto le più recenti relazioni statistiche sulle malattie mentali in America Settentrionale – report che individuavano percentuali notevolmente alte - se

---

<sup>119</sup> *Ivi*, p. 24

più nessuno negli Stati Uniti fosse “normale”. Rievocando l’episodio, l’antropologo scrive:

“Ho risposto no. Nessuno è normale. E, poiché abbiamo usato per così tanto tempo il concetto di “normale” per decidere chi accettare nei nostri mondi sociali e chi rifiutare, è giunto il momento di riconoscere che la normalità è un’illusione dannosa.”<sup>120</sup>

La “normalità”, quando si parla di salute psichica e del comportamento umano in generale, potrebbe risultare – come scrive Grinker – una pericolosa illusione, o più precisamente uno stereotipo tossico. Nel prossimo capitolo ci si propone, attraverso le indagini di Georges Canguilhem e Michel Foucault, di approfondire l’origine e i contenuti del concetto di “normalità” in ambito psichico, per portarne alla luce le contraddizioni e i potenziali rischi.

---

<sup>120</sup> *Ivi*, p. 13

## CAPITOLO SECONDO: IL CONFINE TRA NORMALITÀ, E PATOLOGIA

Abbiamo già avuto modo di accennare nel capitolo precedente a quanto sia arduo tracciare la frontiera tra il normale e il patologico, tra la salute e la malattia mentale, in ragione delle numerose variabili che concorrono a determinarla quali il momento storico, il sistema valoriale e culturale di riferimento, i soggetti coinvolti, ecc.

“I confini tra salute e patologia non sono universali e variano da un sistema culturale ad un altro. La cultura fornisce i contesti interpretativi, normativi e valoriali che modellano l’espressione, ma anche la definizione diagnostica, dei vari quadri psicopatologici”<sup>121</sup>, sostiene Lingiardi, soffermandosi a riflettere sul fiorire delle descrizioni e classificazioni psicopatologiche poste sul cammino della storia. In linea con tali considerazioni, due sono stati i testi fondamentali di riferimento in virtù dello speciale legame che unisce il loro pensiero: *Il normale e il patologico* e *Storia della follia nell’età classica*. Si comincerà con la trattazione di alcuni snodi essenziali del pensiero del filosofo e storico delle scienze Georges Canguilhem il cui contributo, a metà Novecento, è da ritenersi decisivo per seguire la trasformazione dei concetti di normale e patologico, cogliendone nel contempo i presupposti storici, filosofici e scientifici che l’hanno prodotta.

### 2.1 IL NORMALE E IL PATOLOGICO

Nel suo *Saggio su alcuni problemi riguardanti il normale e il patologico (1943)*<sup>122</sup> - contenuto ne *Il normale e il patologico*, in cui sono presenti anche altre riflessioni scritte vent’anni dopo sul medesimo argomento - Canguilhem si prefissa l’intento di studiare “il problema delle strutture e dei comportamenti patologici nell’uomo”<sup>123</sup>, proponendosi di riscrivere la relazione che abitualmente il discorso comune stabilisce tra stato normale e stato patologico nell’organismo, ovvero tra salute e malattia. Come sottolinea egli stesso, per maggior chiarezza, procederà a storicizzare questo dualismo

---

<sup>121</sup> Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, pp.96-97

<sup>122</sup> Canguilhem G., *Essai sur quelques problèmes concernent le normal et le pathologique (1943)*, (*Saggio su alcuni problemi riguardanti il normale e il patologico (1943)*) in *Le normal et le pathologique ( Il normale e il patologico (1943))*, Edizione italiana, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1998

<sup>123</sup> *Ivi*, p. 9

secondo un'analisi genealogica, scavando cioè secondo un procedimento filosofico all'interno della complessità delle cose, indagando a fondo e smascherando convinzioni e stratificazioni culturali millenarie. Si tratta di una modalità di sguardo e di analisi che non sfuggirà ad un suo discepolo, Michel Foucault, che nella postfazione all'edizione italiana gli riconoscerà l'influenza esercitata sul pensiero francese della seconda metà del Novecento<sup>124</sup>.

## **2.12 L'evoluzione storica del pensiero medico tra Ottocento e Novecento:**

### **Comte, Bernard e Lariche**

La prima parte del *Saggio* è dedicata alle origini storiche e alle implicazioni teoriche del principio di patologia: tralasciando senz'altro di soffermarci sui medici ippocratici che definivano lo stato patologico “un disturbo della naturale armonia di cui l'uomo è parte”, tra Sei e Settecento, dall'anatomia patologica di Morgagni passando per la fisiologia di Haller, si giunge all'approdo, nel corso dell'Ottocento, di un'evoluzione del pensiero medico secondo il quale, nell'essere vivente, “lo stato morboso non è se non una semplice variazione quantitativa dei fenomeni fisiologici che definiscono lo stato normale della funzione corrispondente.”<sup>125</sup> In altre parole, si studia il patologico in funzione del normale: lo si indaga per trovare il modo di ritornare alla condizione di salute, di normalità, presupponendo che ci sia una condizione normale, evidente di per sé, nella vita quanto nella conoscenza.

Per il padre del positivismo, Auguste Comte, si tratta quindi di quantificare la negatività del patologico: le malattie svolgono il ruolo, dal punto di vista dello scienziato, di esperimenti per così dire spontanei che gli consentono di comparare i differenti stati anormali dell'organismo con il suo stato normale. “L'interesse va dal patologico al normale al fine di determinare speculativamente le leggi del normale, giacché la malattia appare degna di studi sistematici come sostituto di una sperimentazione biologica spesso impraticabile, soprattutto sull'uomo”.<sup>126</sup>

I vantaggi dell'osservazione medica dei casi patologici appaiono evidenti, rispetto all'osservazione in ambito sperimentale, nella maggior lentezza, ad esempio, con la

---

<sup>124</sup> Citato in Canguilhem G., *Le normal*, Postfazione, *La vita: l'esperienza e la scienza*, “Ma eliminate Canguilhem e non capirete più un granché, di tutta una serie di discussioni intercorse tra [...] vi sfuggirà tutto un aspetto del lavoro teorico [...] in tutto il dibattito di idee che ha preceduto e seguito il movimento del Sessantotto, è facile trovare il posto di coloro che, da vicino o da lontano, si erano formati con Canguilhem”. pp.271-272

<sup>125</sup> *Ivi*, p. 18

<sup>126</sup> *Ivi*, p. 19

quale avviene il passaggio tra la condizione di malattia e il ritorno allo stato normale, dal momento che, quando esso avviene, ne viene fornita spontaneamente una controprova di verifica.

“Va notato – sottolinea Canguilhem - il carattere particolarmente astratto di tale tesi, l’assenza nella sua esposizione letterale, di qualunque preciso esempio medico che possa suffragarla. Mancando esempi cui poter riferire queste proposizioni generali, si ignora da quale punto di vista Comte si ponga per affermare che il fenomeno patologico ha sempre il suo analogo in un fenomeno fisiologico e che esso non costituisce niente di radicalmente nuovo”.<sup>127</sup>

Qualche decennio più tardi, pur rimanendo nel solco già tracciato da Broussais<sup>128</sup> prima e percorso da Comte poi, René Bernard muove invece dal normale al patologico in quanto la conoscenza della malattia dev’essere ricercata a partire e attraverso la fisiologia nella convinzione che essa sia il fondamento teorico di ogni pratica terapeutica. Bernard sostiene che “ogni malattia possiede una funzione normale corrispondente, di cui essa non è che una espressione turbata, esagerata, ridotta o annullata. Se noi oggi non siamo in grado di spiegare tutti i fenomeni delle malattie, è perché la fisiologia non ha ancora compiuto sufficienti progressi, e continua ad esistere una moltitudine di funzioni normali che ci restano sconosciute.”<sup>129</sup> Per tali ragioni egli si oppone all’idea di fisiologi a lui contemporanei secondo cui la malattia sarebbe un’entità, un’essenza extra-fisiologica, estranea alla vita normale. Inoltre, in nome della continuità diffusa ovunque tra i fenomeni<sup>130</sup>, istituisce una serie di relazioni tra il normale e il patologico, la vita e la morte, la natura organica e la materia inorganica; idee alle quali, per altri versi, Canguilhem tributa un certo interesse nel contesto culturale ottocentesco.<sup>131</sup>

Comte e Bernard erano stati dunque i “portabandiera”<sup>132</sup>, seppur con le differenze che abbiamo rilevato, della tesi che definiva la malattia puramente come variazione

---

<sup>127</sup> *Ivi*, Subito dopo, Canguilhem porta un suo esempio per confutare la tesi di Comte: “In che cosa un’arteria sclerotica è analoga a un’arteria normale, in che cosa un cuore asistolico è identico al cuore di un atleta in possesso di tutte le facoltà?” p. 27

<sup>128</sup> *Ivi*, “Broussais stabilì che i fenomeni della malattia coincidono essenzialmente con quelli della salute, dai quali si differenziano soltanto per intensità”. p. 25

<sup>129</sup> Citato in Canguilhem G., *Saggio*, cit. p. 42

<sup>130</sup> *Ivi*, pp.46-47

<sup>131</sup> *Ibidem*

<sup>132</sup> *Ivi*, p. 22

quantitativa rispetto a norme oggettive. Tale postulato era diventato una specie di dogma tra biologi e medici del tempo, grazie all'influenza che essi avevano in ambito filosofico, sociologico e scientifico nella Francia ottocentesca.

Al pensiero di queste due autorità indiscusse, Canguilhem aggiunge le concezioni di René Leriche, vissuto per gran parte nel XX secolo, che fornisce un contributo secondo il quale “la salute è la vita nel silenzio degli organi; al contrario la malattia è ciò che impedisce gli uomini nel normale svolgimento della loro vita e nelle loro occupazioni e, soprattutto, ciò che li fa soffrire”.<sup>133</sup> Tuttavia a detta di Leriche la definizione della malattia non va, per così dire, lasciata al malato, ma spetta al medico in quanto, “se si vuole definire la medicina, è necessario disumanizzarla [...] e nella malattia, in fondo, ciò che meno importa è l'uomo”<sup>134</sup> E ancora: “La malattia non è mai esistita nella coscienza, perviene all'esistenza dalla scienza del medico”.<sup>135</sup>

A questa visione Canguilhem oppone “che non vi sia nulla nella scienza che prima non sia apparso nella coscienza”<sup>136</sup> nel senso che “è sempre perché vi sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non è perché vi sono medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie”.<sup>137</sup> Leriche in definitiva si pone in linea con la continuità e l'inscindibilità dello stato fisiologico dallo stato patologico sostenute da Bernard, salvo ammettere che il dolore è come una malattia, non in quanto modificazione quantitativa di un fenomeno fisiologico o normale, ma evento anormale, contrario cioè alle leggi della sensazione normale. Infine, per un altro aspetto, Canguilhem considera meritevoli di attenzione le concezioni di Leriche riguardanti le modalità di conoscenza dello stato patologico che egli rovescia rispetto a Comte e a Bernard, ritendo che si dovrebbe sempre procedere dalla tecnica medica e chirurgica e dall'esperienza clinica e terapeutica per approdare in astratto alla conoscenza fisiologica.

---

<sup>133</sup> Citato in Canguilhem G., *Saggio...*, p. 65

<sup>134</sup> Citato in Canguilhem G., *Saggio...*, p.66

<sup>135</sup> Canguilhem G., *Saggio...*, p. 66

<sup>136</sup> *Ibidem*

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 67

## 2.13 La normatività biologica

La ristrettezza e l'insufficienza del principio positivista in definitiva finiscono per cancellare "il contrassegno qualitativo della malattia, la sofferenza vissuta dal malato, lo scarto che l'individuo, nella totalità del suo essere, avverte come differenza rispetto alla condizione di salute".<sup>138</sup> È proprio contro tale riduzionismo che Canguilhem intende opporsi: il suo obiettivo è quello di mettere al centro dell'epistemologia medica l'individualità del malato nella totalità del suo essere vivente, nel rapporto che egli costruisce, appunto, con la vita. La malattia non si misura quindi come un oggetto scientifico, ma va rivalutata come esperienza di vita del soggetto malato. "La malattia entra ed esce dall'uomo come da una porta."<sup>139</sup>

Si tratta pertanto di evidenziare come l'individuo organico riesca a mantenersi in vita rispetto agli ostacoli che esso incontra, ai restringimenti, ai vincoli alla qualità della sua vita innescati dalla malattia. Stare bene, essere in salute non vuol dire stare all'interno di una normalità che disconosce la malattia: "la salute non è normalità se non nella misura in cui è normatività"<sup>140</sup>, vale a dire che la vita, se in salute, deve esprimere le proprie capacità inventive di adattamento, di rimodulazione e trasformazione dell'ambiente in cui si trova, producendo costantemente nuove norme di vita. L'uomo è spirito vitale, imprevedibilità qualitativa che eccede il mero dato quantitativo. Vi è dunque un rapporto dialettico tra l'uomo e l'ambiente in cui egli vive: "non è solo sottomissione all'ambiente, ma anche istituzione del proprio ambiente"; e la vita "non pone dei valori soltanto nell'ambiente ma anche nello stesso organismo".<sup>141</sup> Da questa interazione che Canguilhem chiama "normatività biologica"<sup>142</sup>, segue che la normatività, di cui si è detto, è il bisogno essenziale della vita di esprimersi. In tale senso "non si dà vita senza norme di vita, e lo stato morboso è sempre un certo modo di vivere."<sup>143</sup> Detto in altre parole ancora, si può affermare che la vita è un'attività normativa in quanto non si presenta mai come esperienza neutra, come "indifferenza nei confronti delle condizioni

---

<sup>138</sup> *Ivi*, Foucault M., *Storia della follia*, Galzigna M., *Introduzione*, pp. 5-38 p. IX

<sup>139</sup> *Ivi*, p. 15

<sup>140</sup> Canguilhem G., *Il normale e il patologico*, in Porro M., *Canguilhem: la norma e l'errore*, p. IX

<sup>141</sup> *Ivi*, p. 189

<sup>142</sup> *Ibidem*

<sup>143</sup> *Ibidem*

che le sono praticate: la vita è polarità”<sup>144</sup>, polarità dinamica, non neutrale, rispetto ai valori biologici per cui val la pena di vivere e per i quali si desidera vivere.

L’uomo è sano nella misura in cui è normativo in reazione alle fluttuazioni del proprio ambiente. “Le costanti fisiologiche possiedono secondo noi, [...] un valore propulsivo”<sup>145</sup>, quindi positivo. Al contrario, in una condizione di malattia, egli si trova a dover patire una riduzione delle norme di vita abituali. “Le costanti patologiche hanno valore repulsivo e di stretta conservazione”<sup>146</sup>, quindi negativo. Ma tra le due specie di norme, sane e non sane, il patologico non è un mero allontanamento da un presunto canone di normalità, meno che mai quantitativo – che, come abbiamo visto, non può essere definito se non qualitativamente – ma di tutt’altra qualificazione.

“La guarigione è la riconquista di uno stato di stabilità delle norme fisiologiche.”<sup>147</sup> E la salute è tanto più ritrovata quanto più questa stabilità è aperta a eventuali variazioni che nuovamente possono sopraggiungere, “istituendo norme nuove in situazioni nuove”.<sup>148</sup> Ma non si tratta di un semplice ripristino delle condizioni preesistenti la patologia, “nessuna guarigione è un ritorno all’innocenza biologica.”<sup>149</sup> Guarire comporta l’apprestamento di una nuova normatività, la possibilità di creare nuovi valori, talvolta di un livello qualitativo superiore rispetto ai precedenti.

Ora, c’è un altro aspetto sul quale si sofferma lo sguardo critico di Canguilhem ed è quello relativo al concetto di *uomo medio* introdotto da Quêtelet<sup>150</sup>: dalla frequenza statistica più elevata degli esseri viventi non se ne deduce la sottomissione a qualsivoglia legge divina od oggettiva; ma una risposta biologica comune indotta da determinate condizioni e da esigenze di adattamento. Si tratta pertanto di una identificazione scorretta quella tra normalità e frequenza statistica che spersonalizza l’essere umano astraendolo dal suo contesto di vita.

---

<sup>144</sup> *Ivi*, p. 98

<sup>145</sup> *Ivi*, p. 190

<sup>146</sup> *Ibidem*

<sup>147</sup> *Ibidem*

<sup>148</sup> *Ivi*, p. 160

<sup>149</sup> *Ibidem*

<sup>150</sup> Citato in Canguilhem G., *Saggio*, “[...] esiste per la specie umana un tipo o un modulo di cui si possono determinare facilmente le differenti proporzioni; [...] l’uomo medio non è per nulla un uomo impossibile. La prova dell’esistenza di un uomo medio, in un determinato clima, si trova nel modo in cui i numeri ottenuti per ciascuna dimensione misurata (statura, testa, braccia, ecc.) si raggruppano intorno alla media obbedendo alla legge delle cause accidentali”. pp. 124-125

## 2.14 Un rinnovato sguardo epistemologico

L'approccio straordinariamente ampio, a carattere interdisciplinare, ai concetti di normalità e patologia, che Canguilhem ha posto in essere nel suo percorso genealogico, mette anche in rilievo l'arbitrarietà e l'abuso che di tali concetti si è fatto in diversi ambiti delle scienze umane (sociale, etnico, sessuale ecc.), ma anche in ambiti più propriamente scientifici, ricorrendo per esempio a sinonimi quali naturale, innato, ecc.

E in tutto questo che ruolo ha la medicina? Anch'essa è inscindibilmente legata alla cultura di cui essa stessa è un prodotto e tenta di assecondare la normatività di cui si è detto, "prolungando lo sforzo di difesa e di lotta contro tutto ciò che è di valore negativo".<sup>151</sup> Ed è proprio a supporto di tale sforzo adattativo spontaneo - che l'essere vivente mette in atto flessibilmente entro la sua realtà polarizzata - che si situa lo spazio della medicina. Essa non è una scienza, ma una è una tecnica che "utilizza i risultati di tutte le scienze al servizio delle norme di vita"<sup>152</sup> e della pratica clinica e terapeutica nella relazione con l'individuo malato.

Il quadro teorico finora tracciato non deve far pensare ad un Canguilhem che pensi ad una sorta di relativismo o individualismo fisiologico dell'essere umano potenzialmente in grado di fronteggiare autonomamente ogni situazione che egli si trovi ad affrontare: vi sono sì delle variabili, ma vi sono pure delle costanti biologiche - frutto della lunga elaborazione della specie - che devono essere ristabilite qualora esse subiscano degli stravolgimenti patologici importanti con l'indispensabile soccorso di medicina e fisiologia. Ciò che viene messo in discussione è la pretesa di stabilire, propriamente parlando, una scienza biologica del normale. "Si dà, (*invece*), una scienza delle situazioni e delle condizioni biologiche "dette" normali."<sup>153</sup>

L'apporto di Georges Canguilhem nel riconsiderare il binomio "normale e patologico", alla luce dei nuovi presupposti metodologici e concettuali che egli ha proposto, è da ritenersi prezioso: confutato il paradigma quantitativo rispetto alle formazioni patologiche, messa in dubbio la pretesa sicumera dello sguardo oggettivante ottocentesco atto a discriminare la persona malata rispetto a quella sana, ricondotta la storia della psicologia nell'alveo della storia della filosofia in quanto atta a definire in modo corretto la sua idea di uomo, la sua ricerca si incarica della necessità di tener

---

<sup>151</sup> *Ivi*, p.100

<sup>152</sup> *Ivi*, p. 190

<sup>153</sup> *Ibidem*

presente, come imperativo della pratica medica, clinica e terapeutica, il contesto ambientale di formazione e di vita del paziente-soggetto da considerarsi indissolubilmente legato alla sua dimensione vitale di uomo.

## **2.2 STORIA DELLA FOLLIA NELL'ETA' CLASSICA**

### **2.21 Il disegno foucaultiano**

In un passaggio di *Malattia mentale e psicologia*,<sup>154</sup> precedente almeno nella sua prima parte a *Storia della follia nell'età classica*<sup>155</sup> del 1960, Michel Foucault osserva che “si dovrà un giorno tentare uno studio della follia come struttura globale – della follia liberata e disalienata, restituita in un modo o nell'altro al suo linguaggio di origine”.<sup>156</sup> Si tratta di un'intenzione che egli non tarderà a realizzare.

Nella prefazione alla prima edizione della sua *Storia della follia nell'età classica* del 1960, l'autore avverte il lettore che non ha il proposito di scrivere, come d'uso, una storia della follia basata sulle categorie nosografiche della malattia mentale sviluppate dalla medicina e sull'applicazione retrospettiva di esse, ma di ricostruire la percezione e la rielaborazione dell'esperienza della follia nella sua globalità e storicità, quindi una “storia non della psichiatria, ma della follia stessa, nella sua vivacità, prima di ogni cattura da parte del sapere”.<sup>157</sup>

Si tratta di riandare “al grado zero della storia della follia”<sup>158</sup>, nel momento in cui l'esperienza della separazione tra follia e ragione non è ancora avvenuta, e quindi “quando è ancora esperienza indifferenziata”.<sup>159</sup> Si tratta di un passaggio decisivo:

---

<sup>154</sup> Foucault M., *Maladie mentale e psychologie*, (Malattia mentale e psicologia), Raffaello Cortina Editore, Milano, 1987

<sup>155</sup> Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique suivie de Mon corps, ce papier, ce feu e La folie, l'absence d'œuvre* (Storia della follia classica con l'aggiunta di La follia, l'assenza d'opera e Il mio corpo, questo foglio, questo fuoco, BUR Alta Fedeltà, Mianok, 2011

<sup>156</sup> Foucault M., *Maladie mentale...*, p.87

<sup>157</sup> Foucault M., *Storia della follia*, in Prefazione alla *Storia della follia*, p.47 Foucault per “sapere” intende la scienza della malattia mentale che solo dopo l'avvenuta separazione tra follia e ragione, ha individuato nella follia il suo oggetto di analisi. p.p.41-42

Più avanti definisce il linguaggio della psichiatria. “un monologo della ragione sopra la follia”, p. 42

<sup>158</sup> *Ivi*, p.41

<sup>159</sup> *Ibidem*

“allora, e solo allora, potrà apparire quel territorio in cui uomo di follia e uomo di ragione, esprimendosi in un linguaggio molto primitivo [...] ben più aurorale di quello della scienza, intavolano il dialogo della loro rottura, che testimonia in un modo fuggitivo che si parlano ancora”<sup>160</sup>; ed è sul discrimine “del rapporto Ragione-Sragione che la cultura occidentale costituisce una delle dimensioni della sua originalità”.<sup>161</sup>

In epoca moderna, invece, follia e non follia non esistono più l’una per l’altra, “nello scambio che le separa”<sup>162</sup>, “l’uomo moderno non comunica più col folle: [...] non c’è linguaggio comune, o piuttosto non c’è più; la costituzione della malattia mentale alla fine del XVIII secolo, notifica la rottura del dialogo”.<sup>163</sup>

Sull’ampiezza del percorso preso in esame allo scopo di tracciare una grande genealogia della follia, Foucault intende “condurre uno studio strutturale dell’insieme storico che tiene prigioniera una follia il cui stato selvaggio non potrà mai più essere recuperato in se stesso”, e, in mancanza di questa possibilità, tale studio “deve risalire verso la decisione che lega e insieme separa ragione e follia”.<sup>164</sup> E’ questo il “disegno complessivo di Foucault”<sup>165</sup>; e per realizzarlo egli chiama in causa molteplici discipline - dalla letteratura all’arte pittorica, dalla filosofia alla scienza, dall’antropologia alla storia delle idee, dalla sociologia al diritto, ciascuna con il proprio approccio, i propri specifici punti di vista, le proprie tematiche caratterizzanti – coniugate con le risorse di un originale lirismo argomentativo.<sup>166</sup>

---

<sup>160</sup> *Ivi*, p.42

<sup>161</sup> *Ivi*, p.43

<sup>162</sup> *Ivi*, p.42

<sup>163</sup> *Ibidem*, cit. “da una parte c’è l’uomo di ragione che delega il medico verso la follia, autorizzando così un rapporto solo attraverso l’universalità astratta della malattia; dall’altro c’è l’uomo di follia che non comunica con l’altro se non attraverso l’intermediario di una ragione tanto astratta, che è ordine, costrizione fisica e morale, pressione anonima del gruppo, esigenza di conformità.” p.42

<sup>164</sup> *Ivi*, p. 48

<sup>165</sup> Galzigna M., [https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN\\_QIGEQ](https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN_QIGEQ) Seminario dedicato al volume "La Storia della follia nell'Età Classica" di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

<sup>166</sup> Foucault M., *Storia della follia*, Galzigna M., in Introduzione, p. 25, Galzigna ricorda che Canguilhem, “nella sua veste di “rapporteur” della Thèse del 1961, elogiò il lavoro di Foucault, anche per la sua capacità di mettere assieme erudizione e poesia”, nota 40

## 2.22 Il Medioevo

L'incipit con cui si apre il libro "Alla fine del Medioevo la lebbra sparisce dal mondo occidentale"<sup>167</sup> fornisce le prime coordinate temporali in cui collocare la suggestiva immagine della *Stultifera navis*, la nave che trasportava i folli solcando i fiumi d'Europa<sup>168</sup>. E ci consegna immediatamente uno dei temi portanti dell'intera opera: l'esclusione.

I folli conducevano un'esistenza spesso vagabonda, erano cacciati dalle città, spesso vagavano senza meta o erano affidati a mercanti o marinai affinché li abbandonassero. Allo stesso tempo tuttavia essi o la follia, simbolicamente raffigurata, trovavano posto nella "letteratura di racconti e favole"<sup>169</sup> e nelle rappresentazioni artistiche di grandi artisti visionari come Albrecht Dürer, Jeronimus Bosch<sup>170</sup>, Peter Brueghel il Vecchio. Il folle era presente nell'immaginario medievale e rinascimentale europeo, all'interno del quale generava sì inquietudine<sup>171</sup>, ma al tempo stesso segnalava un suo status antropologico misterioso e ambivalente<sup>172</sup>: egli aveva un legame speciale con la verità<sup>173</sup> e con il sapere"<sup>174</sup>.

---

<sup>167</sup> Foucault M., *Storia della follia*, p.61

<sup>168</sup> *Ivi*, pp. 66-67 "Il *Narrenschiff* è evidentemente una creazione letteraria, presa in prestito dal vecchio ciclo degli Argonauti" [...] Di tutti questi vascelli romanzeschi o satirici, il *Narrenschiff* è il solo che abbia avuto un'esistenza reale"

<sup>169</sup> *Ivi*, p.73

<sup>170</sup> Intorno al quadro di Bosch *Het narrenschip* (1494) Foucault fa ruotare la propria interpretazione dell'esperienza medioevale della follia in cui convergono numerosi significati: il folle come figura della sregolatezza e insensatezza della condizione umana, protagonista sì di un viaggio senza meta verso l'ignoto, ma anche alla ricerca della sua ragione, della sua verità, magari verso un sapere universale precluso agli altri; ancora, la navigazione e l'acqua come simboli di isolamento e, al tempo stesso, di purificazione. pp.66-73

<sup>171</sup> *Ivi*, p. 73 "La follia e il folle diventano personaggi importanti nella loro ambiguità: minaccia e derisione, vertiginosa irragionevolezza del mondo e meschino ridicolo degli uomini". Le rappresentazioni pittoriche, specie di area fiamminga e tedesca, mostrano spesso uomini dai visi deformi e dagli arti mutilati, scenari visionari in cui sono riflesse i terrori e le minacce che la società medioevale avvertiva.

<sup>172</sup> *Ivi*, p. 81 La follia in quanto animalità affascina con il suo disordine e il suo furore, la sua mostruosità fantastica.

<sup>173</sup> *Ivi*, p. 73 "E' colui che la detiene e la ricorda a ciascuno"

<sup>174</sup> *Ivi*, pp. 82-83 "La follia affascina perché è sapere [...] difficile, chiuso ed esoterico; [...] il folle, nella sua innocente grullaggine, possiede questo sapere così inaccessibile e temibile; mentre l'uomo di ragione e di saggezza non ne percepisce che degli aspetti frammentari." [...] il folle lo porta tutto intero in una sfera di cristallo, che per tutti è vuota, è piena ai suoi occhi di un sapere invisibile"

## 2.23 Il Rinascimento

Il quadro finora delineato si carica di ulteriori temi letterari, filosofici e morali con l'apporto delle opere di alcuni grandi intellettuali nella fase di passaggio tra Medioevo e Rinascimento, allorché la follia, “generalmente legata al mondo e alle sue forme sotterranee”, ora si lega “piuttosto all'uomo, ai suoi sogni, alle sue illusioni”.<sup>175</sup>

Per Erasmo da Rotterdam essa si insinua nell'uomo o piuttosto si configura come “un rapporto sottile che l'uomo intrattiene con se stesso”<sup>176</sup>; ciò significa che la follia tende ad abbandonare il carattere di “manifestazione cosmica”<sup>177</sup> e, per così dire, si “umanizza”: esistono “delle forme umane della follia” e “non esiste altra follia se non quella presente in ognuno degli uomini, poiché è l'uomo a costituirla nell'affezione che porta a se stesso, e per mezzo delle illusioni di cui si pasce”.<sup>178</sup> Attraverso questa transizione la follia acquisisce una dimensione interiore, “dà e toglie regole alla condotta”<sup>179</sup> degli uomini, innesca movimenti di riflessione morale: essa “non ha tanto a che fare con la verità e con il mondo, ma piuttosto con l'uomo e con la verità di se stesso che egli sa intravedere.”<sup>180</sup>

Seppur in uno scenario in cui le interferenze non cessano di insinuarsi, si delinea quindi una frattura “tra le due forme di esperienza della follia”, [...] tra elemento *tragico* e elemento *critico* che andranno sempre più separandosi, aprendo nell'unità profonda della follia una frattura che non sarà mai più colmata”<sup>181</sup>: da un lato nello “spazio della pura visione, il silenzio delle immagini”<sup>182</sup>; dall'altro lato la follia è accolta “nell'universo del discorso”.<sup>183</sup> Tra le due trionferà la seconda, la coscienza critica della follia, oscurando progressivamente la dimensione tragica che riapparirà solo

---

<sup>175</sup> *Ivi*, p.87

<sup>176</sup> *Ibidem*

<sup>177</sup> *Ibidem*

<sup>178</sup> *Ibidem*

<sup>179</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>180</sup> *Ivi*, p.88

<sup>181</sup> *Ivi*, p. 91

<sup>182</sup> *Ibidem*, cit. “da un lato Bosch, Bruegel, Thierry Bouts, Dürer...”

<sup>183</sup> *Ibidem*, cit. “dall'altro lato con Brandt, con Erasmo, con tutta la tradizione umanistica...”

sporadicamente nei secoli successivi<sup>184</sup> ed uscirà allo scoperto, molto più avanti nel tempo, con l'apporto di Nietzsche.

Questo momento di passaggio segna un punto importante su cui soffermarsi: nel rapporto tra follia e ragione, la follia diventa “una forma relativa alla ragione”<sup>185</sup>, cioè si subordina ad essa, ne viene giudicata e dominata. Al tempo stesso la ragione trova la “propria verità” nella follia: ciascuna delle due “è misura dell'altra”, “si respingono l'un l'altra” e contemporaneamente “si fondano una per mezzo dell'altra”.<sup>186</sup> Nel momento fondativo di entrambe, la ragione assume una immediata preminenza sulla sragione: da quest'ultima espunge quel sapere che le era proprio, per impadronirsene. In tal modo viene a determinarsi una correlazione tra le due in forza della quale, se la follia viene privata di una sua dimensione peculiare, la ragione può giungere alle sue determinazioni soltanto in opposizione ad essa.

Tuttavia “sotto la coscienza critica della follia e le sue norme filosofiche o scientifiche, morali o mediche<sup>187</sup> una sorda coscienza tragica non ha cessato di vegliare”.<sup>188</sup> Nella *Prefazione* Foucault sottolinea che, “al centro delle “esperienze-limite”<sup>189</sup> del mondo occidentale (che hanno mantenuto in vita) l'elemento tragico prorompe, beninteso, quella del tragico stesso: e Nietzsche ha mostrato che la struttura tragica a partire dalla quale si forma la storia del mondo occidentale non è altro che il rifiuto, l'oblio e la silenziosa ricaduta della tragedia”.<sup>190</sup>

È questo il punto di arrivo della ricognizione storica del significato dell'esperienza della follia dal Medioevo fino alla moderna psichiatria, cui l'autore tende attraverso la chiave di lettura privilegiata della letteratura, “un'arte che, nel suo sforzo di dominare questa ragione che cerca se stessa, riconosce la presenza della follia, della *sua* follia, la circonda, la investe, per trionfare infine”.<sup>191</sup>

Entrando a titolo esemplificativo nell'ambito della grande letteratura, Foucault osserva come in Cervantes e Shakespeare alla follia viene riservata “sempre una posizione

---

<sup>184</sup> *Ivi*, pp. 93 “[...] solo in alcune pagine di Sade e l'opera di Goya testimoniano che questa sparizione non significa ancora annientamento” [...] le ultime parole di Nietzsche, le ultime visioni di Van Gogh”

<sup>185</sup> *Ivi*, p.94

<sup>186</sup> *Ibidem*

<sup>187</sup> *Ivi*, p. 93-94 cit. “[...] che conduce il pensiero razionale fino all'analisi della follia come malattia mentale...”

<sup>188</sup> *Ibidem*

<sup>189</sup> *Ivi*, p. 62 Circa gli esponenti di tali esperienze, vedi nota 62

<sup>190</sup> Foucault M., *Prefazione*, in *Storia della follia*, p.44

<sup>191</sup> Foucault M., *Storia della follia*, p. 103

estrema, nel senso che essa è senza rimedio”<sup>192</sup>, ma che, successivamente, ad essa viene assegnata di preferenza “una posizione mediana”, in qualche misura “addomesticata” nell’economia della struttura narrativa delle opere, ma in ogni caso non più considerata nella realtà tragica, nell’assoluta lacerazione che la introduce nell’altro mondo.”<sup>193</sup>

Nelle ultime pagine dello *Stultifer navis*, Foucault introduce l’avvento dell’esperienza classica della follia chiudendo il capitolo circolarmente, così come lo aveva iniziato, con un’altra immagine: quella dell’Hôpital général a Parigi, fondato nel 1656. Nell’enfatizzazione letteraria esso diventa il luogo dove “ogni forma di follia qui trova il suo spazio riservato, le sue insegne, il suo dio protettore [...] tutto un mondo di disordine racchiuso in un ordine perfetto pronuncia a sua volta l’Elogio della ragione [...] l’internamento succede all’imbarco”.<sup>194</sup>

Si tratta di uno dei primi ospitali destinati ad ospitare e correggere i folli e gli alienati, ma non vi è alcun intento medico o terapeutico nella sua istituzione; esso si configura “piuttosto come una struttura semigiuridica, una specie di entità amministrativa”, dotata di “uno strano potere che il re crea tra la polizia e la giustizia, ai limiti della legge: il terzo stato della repressione”.<sup>195</sup> Nelle città, o ai margini di esse, non fu oneroso trovare edifici adatti ad ospitare, come vedremo, una massa abnorme di emarginati in quanto numerose strutture, seppur in cattive condizioni, erano state abbandonate almeno tre secoli prima, quando la lebbra era scomparsa dal contesto europeo, e via via tali ricoveri erano stati recuperati per altri scopi<sup>196</sup>, non perdendo però “i valori e le immagini che si erano legate al personaggio del lebbroso e al significato di quella esclusione”.<sup>197</sup>

---

<sup>192</sup> *Ivi*, p.106

<sup>193</sup> *Ivi*, p. 107

<sup>194</sup> *Ivi*, p.111

<sup>195</sup> *Ivi*, p.119

<sup>196</sup> Vi abitavano “poveri, vagabondi, corrigendi, e “teste pazze” accomunati “stranamente dagli stessi meccanismi di esclusione” *Ivi*, p. 62

<sup>197</sup> *Ibidem*

## 2.24 Il grande internamento

Il fenomeno dell'internamento non era soltanto francese: ne erano interessati molti "paesi europei".<sup>198</sup> Le ragioni che portavano a questi provvedimenti potevano essere molto varie, ma l'intento di circoscrivere la miseria che colpiva gran parte del sottoproletariato urbano e rurale ai limiti della sopravvivenza era probabilmente la più credibile e realistica. Anche il folle era affine ai poveri, ai malati e ai vagabondi, agli inoccupati e inabili al lavoro, agli oziosi: la follia, che durante il Rinascimento occupava un posto particolare nell'orizzonte sociale, ora viene "desacralizzata"<sup>199</sup> e frammista alla massa indistinta degli ultimi della scala sociale. Lo stato si fa carico di queste categorie per una volontà di riordino sociale e di riorientamento al lavoro, ma in un tale contesto i folli non possono che essere accomunati agli oziosi e di conseguenza condannati moralmente. Non è quindi la specificità della condizione di folle a confinarlo verso l'internamento, ma un nuovo quadro sociale che lo preleva da quello stato di libertà almeno immaginaria che la mentalità rinascimentale gli concedeva.

Tra le descrizioni delle condizioni miserabili in cui versavano questi emarginati, Foucault riporta quella celeberrima che ne diede Esquirol<sup>200</sup> nel primo Ottocento, ma lo spazio della sragione convogliava anche altre forme di esperienza deviante come quelle che si connettevano "alla sessualità nei suoi rapporti con l'organizzazione della famiglia borghese, o alla profanazione nei suoi rapporti con la nuova concezione del sacro e dei riti religiosi, o al libertinaggio, cioè ai nuovi rapporti che si stanno instaurando tra il libero pensiero e il sistema delle passioni".<sup>201</sup>

Si assiste ad una sorta di "strana rivoluzione morale", in cui "il comune denominatore di sragione"<sup>202</sup> viene attribuito ad esperienze che in passato non avevano nulla a che fare

---

<sup>198</sup> Alla fine del XVIII secolo Inghilterra, Olanda, Germania, Francia, Italia, Spagna" avevano "importanti sedi di internamento". *Ivi*, p. 126

<sup>199</sup> *Ivi*, p.136

<sup>200</sup> Citato in Foucault M., *Storia della follia*, "Io li ho visti nudi, coperti di stracci, senz'altro che un po' di paglia per proteggersi dalla fredda umidità del selciato su cui sono distesi. Li ho visti grossolanamente nutriti, privati dell'aria per respirare, d'acqua per spegnere la loro sete, e delle cose più necessarie alla vita. Li ho visti in balia di veri carcerieri, abbandonati alla loro brutale sorveglianza. Li ho visti in stambugi stretti, sporchi, infetti, senz'aria, senza luce, rinchiusi in antri dove si temerebbe di rinchiudere le bestie feroci che il lusso dei governanti mantiene con grandi spese nelle capitali" p. 117

<sup>201</sup> *Ivi*, p. 164

<sup>202</sup> *Ivi*, p. 176

tra di loro, ma che ora vengono intrecciate e colpite da una comune e feroce stigmatizzazione<sup>203</sup>.

In un sol colpo ogni eterogena forma sociale, che non veniva a patti con la lucida razionalità secentesca, si trovava indirizzata verso questo universo correzionario. Ma non vi era in ciò solo e soltanto un intento moralistico-punitivo: in qualche misura tale criterio era temperato da una nuova sensibilità nei riguardi della miseria e dei doveri dell'assistenza che doveva trovare la sua propria ragione in un ordine e un luogo comune di redenzione che, ai nostri occhi, non può che apparire espressione di un potere autoritario e coercitivo.

Un ulteriore interessante aspetto che va preso in considerazione è quello relativo alla percezione, per così dire, fisica che, nell'età classica, i contemporanei avevano di questo insieme di dinamiche sociali, giuridiche, culturali, ecc. innescate dall'internamento: rispetto al mondo rinascimentale, in cui l'esperienza polimorfa e dai vari significati della follia erano avvertiti, sognati, sentiti come un certo modo di guardare al mondo ma non percepiti come “*presenza concreta*”, l'internamento “distacca e isola la sragione”, la “*localizza*”, la allontana da sé e la pone a distanza facendola diventare “oggetto di percezione”.<sup>204</sup> Ora il suo luogo “privilegiato” esiste, è delimitato, là “l'uomo di sragione” è un personaggio concreto, tratto da un mondo sociale reale, giudicato e condannato dalla società di cui fa parte<sup>205</sup> e infine esiliato, ridotto al silenzio e incluso nel sistema indifferenziato dell'internamento. Perse tutte le sue caratterizzazioni, il folle - che per larga parte del Medioevo e ancor oltre aveva pur sempre mantenuto un suo “status speciale” ampiamente riconosciuto - entra ora nel novero degli “insensati”, descritto da “formule di internamento” redatte in quei secoli che indicano un'esperienza della follia “che non è possibile ripartire su una superficie nosografica coerente” e che “non presagiscono le nostre malattie”.<sup>206</sup>

---

<sup>203</sup> “Strana base ed estensione delle misure di internamento. Sifilitici, dissoluti, dissipatori, omosessuali, bestemmiatori, alchimisti, libertini: tutta una popolazione variopinta si trova d'un tratto, nella seconda metà del XVII secolo, rigettata al di là di una linea di separazione, e rinchiusa in asili che erano destinati a diventare, dopo un secolo o due, i campi chiusi della follia”. *Ivi*, p. 189

<sup>204</sup> *Ivi*, p. 190

<sup>205</sup> *Ivi*, p. 191

<sup>206</sup> Scelte a caso, Foucault riporta le definizioni attribuite ad alcuni internati: “per disordine mentale”, “litigioso ostinato”, “uomo molto amante dei processi”, “uomo cattivissimo e cavilloso”, “uomo che passai giorni e le notti a importunare gli altri con le sue canzoni e a proferire le più orribili bestemmie”, “satirico”, “gran bugiardo”, “spirito inquieto infelice e burbero” cit. p. 233

Nota lo stesso Foucault poco oltre: “Inutile domandarsi se si tratta di malati, e fino a che punto lo siano. [...] In queste formule non sono indicate malattie, ma delle forme di follia che saranno sentite come punte estreme di difetti” *Ivi*, pp. 232-233

“Nel corso del XVIII secolo qualcosa si è mosso per quel che riguarda la follia<sup>207</sup> [...] non solo “non si smette di ripetere che la follia aumenta”<sup>208</sup>, ma ci si rende conto che tra quei visi prigionieri c’erano delle smorfie singolari, delle grida che invocavano un’altra collera e che chiamavano un’altra violenza”<sup>209</sup> e che quella “omogeneizzazione” applicata alla reclusione aveva avuto un carattere essenzialmente semplificatorio e arbitrario”.<sup>210</sup> Pur riconoscendo i caratteri estremamente involutivi<sup>211</sup> – alcuni dei quali messi in evidenza in questo lavoro - che l’esperienza drammatica della sragione presentò nell’epoca classica rispetto ai secoli precedenti, non si può tuttavia disconoscere che tale periodo, comunque lo si consideri, può riconoscersi come un passaggio necessario alla moderna coscienza medica della follia relativamente all’isolamento e all’internamento psichiatrico come principio di cura.

La nuova separazione che si produce in questo secolo “non consiste nella riforma delle istituzioni dell’internamento o del rinnovamento del loro spirito”, in quanto “la follia non ha rotto il loro cerchio dell’internamento, ma lentamente si sposta e si distanzia”<sup>212</sup>: vengono creati asili destinati ai folli, ora “la folla ha trovato una patria” che “comincia renderla autonoma nei confronti della sragione”.<sup>213</sup> Le motivazioni di tale misura sembrano legarsi al timore “di un male misterioso che si propaga, si dice, dalle case di internamento alle città”, rianimando “vecchie ossessioni, metafore dello spavento” di epoca medioevale e generando un nuovo panico, una paura, “un grande spavento nel pubblico, sotto un aspetto fantastico”<sup>214</sup>. Si tratta, in una prima fase, di purificare le case di internamento, non ancora di sopprimerle, distruggendone le impurità ed impedire al male di diffondersi nell’atmosfera.

---

<sup>207</sup> *Ivi*, p.545

<sup>208</sup> “La Salpêtrière contava tremilacinquecentonove persone nel 1690; cent’anni dopo, ve ne sono più del doppio, [...] per Bicêtre si avevano le medesime proporzioni...” *Ivi*, p. 544-545

<sup>209</sup> *Ivi*, p.200

<sup>210</sup> “Nell’età classica il mondo della follia non era uniforme; [...] sarebbe pericoloso semplificare; [...] alcuni ospedali avevano uno statuto speciale; [...] uno a Parigi si riserva il diritto di curare i poveri che hanno perduto la ragione” *Ivi*, p. 201

<sup>211</sup> Ne sia sufficiente uno: l’internamento non era decretato dal medico ma dal magistrato

<sup>212</sup> *Ivi*, p.551

<sup>213</sup> La “percezione asiliare” adotta un suo linguaggio specifico attraverso cui descrivere i volti dei suoi ospiti inseriti in una classificazione comprendente l’imbecillità, il furore, il delirio, l’alienazione, ecc. con sfumature trascoloranti da una definizione all’altra, sicché “per lungo tempo la ragione medica non dominerà la follia se non con l’analisi astratta di tali differenze” *Ivi*, pp. 549-554

<sup>214</sup> *Ivi*, pp. 511-512

Nella cornice emotiva della “grande paura” e in quello culturale dell’Età dei Lumi, prende faticosamente l’avvio una coscienza storica della follia, non tanto determinata da un mutato atteggiamento “umanitario che [...] l’avrebbe avvicinata alla realtà umana del folle”<sup>215</sup>, quanto per l’animarsi di un dibattito che critica l’internamento indiscriminato anche in relazione ad aspetti economici riguardanti il bilancio dello Stato. Inoltre all’interno degli stessi luoghi di reclusione, i soggetti di sragione protestano a causa della promiscuità in cui si trovano costretti a vivere e, soprattutto, per la vicinanza dei folli; la follia altrui diviene “un’ossessione, l’immagine stessa della loro umiliazione, della loro ragione sconfitta, e ridotta al silenzio.”<sup>216</sup> Non ultima, e forse più concreta delle altre fin qui avanzate, la motivazione secondo la quale molti internati erano abili al lavoro e “il loro posto non è in quelle case costose, dove trascinano una vita inutile”<sup>217</sup>, mentre avrebbero potuto costituirsi come forza-lavoro a basso costo.

Alla vigilia della Rivoluzione francese - riassume Foucault - emergono alcune evidenze: “se il XVIII secolo ha fatto posto [...] alla follia, se ne ha differenziato certi aspetti, lo ha fatto non avvicinandolesi, ma al contrario allontanandosene: è stato necessario [...] circoscrivere[la] in nuovi spazi [...] perché, in mezzo a questo secondo silenzio, [...] potesse infine parlare.”<sup>218</sup> Le differenze descritte nelle formulazioni nosografiche e le distinzioni rilevate non sono il riflesso di una nuova “attenzione che le si accosta, ma a una indifferenza che la scosta”<sup>219</sup>: follia e sragione vengono gradualmente separate e “i loro destini non si incontreranno più”.<sup>220</sup>

Negli anni immediatamente precedenti e durante la Rivoluzione si assiste ad un consistente ridimensionamento delle presenze nelle case di internamento e a provvedimenti che, nel clima rivoluzionario di quel periodo, seguono un andamento spesso assai contraddittorio: per un verso vengono via via liberati i soggetti che si sono abbandonati ad ogni sorta di eccesso, mentre si trattengono quanti “sono incapaci di vivere in mezzo alla società o sono pericolosi al prossimo per il loro furore”<sup>221</sup>; per un altro, stante la reazione sociale alla fuoriuscita di una massa consistente di “esuberanti”,

---

<sup>215</sup> *Ivi*, p. 565

<sup>216</sup> *Ivi*, p.566

<sup>217</sup> *Ivi*, p. 577

<sup>218</sup> *Ivi*, p. 572

<sup>219</sup> *Ivi*, p. 562

<sup>220</sup> *Ivi*, p. 592

<sup>221</sup> *Ivi*, p. 594

vengono adottati dei provvedimenti immediati attraverso i quali “dominare la follia con la forza”.<sup>222</sup>

È il tempo in cui “nel disegno di una prima convergenza” [...] “il pensiero medico e la pratica dell’internamento”<sup>223</sup> si avvicinano, nel senso che a quest’ultima viene conferito un valore medico:

“i folli vengono curati non solo per sottrarli alla società, ma anche perché l’internamento avviene sotto le cure indicate dai medici. Si radica “l’idea che ha tanta importanza nella storia della psichiatria fino alla liberazione psicanalitica: che la follia internata trova in quella coercizione, ma nel stesso tempo lo spazio di poter manifestarsi liberamente, l’elemento privilegiato in cui potranno affiorare le forme essenziali della sua verità”.<sup>224</sup>

L’internamento quindi è diventato “un luogo di guarigione” non tanto per le cure somministrate, quanto “per una sorta di meccanismo autoctono” che, in quell’ambiente di semilibertà ritenuto favorevole, riconduce “l’errore alla verità, la follia alla ragione”.<sup>225</sup> Foucault sottolinea che non dev’essere sopravvalutato il ruolo assegnato alla medicina in quanto prevalsero ragioni politiche, economiche e sociali in quel frangente di fine secolo rispetto ad un vero e proprio cambio di rotta del pensiero medico<sup>226</sup>.

In quel tornante decisivo della Storia, rappresentato dalla *Rivoluzione*, il problema della follia viene considerato dal punto di vista dell’uomo libero, il quale sente minacciata la propria libertà da quella altrui: “l’umanità, la giustizia e la buona medicina prescrivono di rinchiodare i folli che [...] possono nuocere agli altri [...] e a se stessi”<sup>227</sup>. Alle catene si sostituirà entro breve tempo la camicia di forza, non surrogato umanitario ma “gioco sempre relativo, mobile, della libertà e dei suoi limiti”.<sup>228</sup> All’interno degli asili, ai

---

<sup>222</sup> *Ivi*, p. 600

<sup>223</sup> *Ivi*, p. 601

<sup>224</sup> *Ivi*, p. 613 “Senza cercare di dominarla del tutto, l’internamento deve lasciare piuttosto alla follia un certo margine grazie al quale possa essere se stessa e mostrarsi in una libertà spoglia di tutte le reazioni secondarie – violenza, rabbia, furore, disperazione – che sono provocate da una continua oppressione” *Ibidem*

<sup>225</sup> *Ibidem*, [...] si ritiene che essa si sopprima da sola; [...] per il gioco stesso dell’immaginazione, della libertà, del silenzio, dei limiti, per il movimento che li organizza spontaneamente” *Ibidem*.

<sup>226</sup> “Lo sguardo neutro del medico riteneva la follia “come un evento possibile nella catena delle cose” [...] e “incarnando la ragione, guardava alla malattia mentale come un “oggetto”. *Ivi*, p.622

<sup>227</sup> *Ivi*, p.617

<sup>228</sup> *Ivi*, 618

guardiani era assegnato il compito di neutralizzare le manifestazioni parossistiche dell'alienazione mentale e di vigilare, di stare gomito a gomito con i folli e di acquisirne una conoscenza positiva. Ora, nel passaggio storico che conduce alla società ottocentesca e alla formazione di una coscienza borghese, alla follia viene riconosciuta un'esistenza pubblica, sotto sorveglianza, addomesticata, alienata, "sotto la forma di un oggetto calmo"<sup>229</sup>, per lo sguardo altrui. Siccome non si può consentire ai malati mentali di mescolarsi alla società, si può cercare di mantenerli all'interno dello spazio familiare, la cui protezione e cura non vanno oltre lo scandalo che ne seguirebbe qualora, non fossero sufficienti a contenerli.

## 2.25 La nascita del manicomio: Tuke e Pinel

Si scorge un tratto ironico nell'approccio di Foucault al tema della nascita del manicomio: "[...] tutte le storie della psichiatria [...] hanno la funzione di illustrare l'età felice in cui la follia è riconosciuta e trattata secondo una verità davanti alla quale si era restati a lungo troppo ciechi".<sup>230</sup> L'autore individua in Samuel Tuke e Philippe Pinel i protagonisti che, in linea con il movimento di riforma che aveva percorso buona parte del secondo Settecento, hanno portato a compimento la presa in carico della medicina dello spazio dell'esclusione.

Le esperienze professionali di entrambi, cui non è esente una dimensione mitica<sup>231</sup>, sono narrate in modo intrecciato: Tuke, inglese, quacchero, fu il fondatore di una casa privata in cui accolse persone con disturbi mentali.<sup>232</sup> L'idea di base che caratterizza il suo pensiero era quella di fondare gruppi sociali, chiamati "ritiri", in cui inserire il malato in un ambiente a stretto contatto con la natura in quanto "la malattia non è della natura, né dell'uomo stesso, ma della società".<sup>233</sup> In un tale contesto, connesso al mito della famiglia patriarcale e ad un rigoroso senso morale di ispirazione quacchera, gli alienati avrebbero dovuto essere come bambini della famiglia nella sua idealità primitiva,

---

<sup>229</sup> *Ivi*, p.620

<sup>230</sup> *Ivi*, p.647

<sup>231</sup> *Ivi*, p.667

<sup>232</sup> "La casa è situata a un miglio da York, in mezzo alla campagna, [...] non fa pensare a una prigione, ma piuttosto a una fattoria rustica, [...] niente sbarre, niente grate alle finestre" *Ibidem*

<sup>233</sup> *Ivi*, p. 658 "Prodotto di una vita che si stacca dalla natura, la follia appartiene solo all'ordine delle conseguenze" *Ibidem*.

improntata a rapporti semplici ed elementari conformi all'origine. In realtà, nel "ritiro", la grande famiglia artificiale di malati e sorveglianti aliena il malato ancora di più: lo abbandona interamente, come soggetto psicologico, all'autorità e al prestigio dell'uomo di ragione, adulto e superiore, che "per lui conserverà i tratti del "Padre".<sup>234</sup>

La presunta vicinanza che qui si instaura non è indice di una ritrovata umanità tra pazienti e guardiani, ma "vicinanza dello sguardo giudicante che sorveglia, che spia"<sup>235</sup>, mai dialogo, ma "sempre e solo osservazione e classificazione".<sup>236</sup>

A Pinel è legata l'immagine, trasformata in mito, della liberazione degli alienati di Bicêtre<sup>237</sup>: il merito di aver tolto le catene ai prigionieri delle segrete, "dominando le loro passioni e introducendoli nel mondo calmo delle virtù".<sup>238</sup> La prospettiva di Pinel poggiava sulla convinzione che, abolendo le forme immaginarie e fantastiche della religione ma conservandone il contenuto morale, si sarebbe combattuto l'alienazione, calmato le passioni e restituito il soggetto alla sua verità morale. All'asilo era quindi assegnata la funzione di rigenerazione in ordine alle virtù morali, del lavoro e della vita attraverso tre modi principali: il silenzio<sup>239</sup>, il riconoscimento dello specchio<sup>240</sup>, il giudizio perpetuo<sup>241</sup>.

Alle strutture sopra elencate Foucault ne aggiunge una quarta caratteristica del mondo dell'asilo: "l'apoteosi del personaggio del medico".<sup>242</sup> Prima egli non partecipava alla vita dell'internamento, ora diventa la figura essenziale dell'asilo: permette l'ingresso ai

---

<sup>234</sup> *Ivi*, p.680

<sup>235</sup> *Ivi*, p. 676

<sup>236</sup> *Ibidem*

<sup>237</sup> *Ivi*, p.647

<sup>238</sup> *Ivi*, p. 667 "Le catene cadono; il folle si ritrova libero. E in quel momento recupera la ragione." *Ivi*, p.665

<sup>239</sup> "Come struttura fondamentale della vita dell'asilo vi doveva essere l'assenza di linguaggio" [...] non tra ragione e sragione; [...] al linguaggio del delirio non può che rispondere l'assenza di linguaggio; [...] nella coscienza al fine silenziosa, egli rinvia soltanto alla colpa" *Ivi*, p.688

<sup>240</sup> La follia [...] vedrà se stessa e sarà vista da se stessa; sarà contemporaneamente puro oggetto e soggetto assoluto [...] La follia è chiamata a vedere se stessa ma [...] come semplice delirio è proiettata negli altri; [...] Viene la fase di ridimensionamento: identificato presuntuosamente all'oggetto del proprio delirio, il folle si riconosce davanti allo specchio [...]; ora è guardato impietosamente da se stesso". *Ivi*, p.p. 668-690

<sup>241</sup> Tutto è organizzato in modo alla colpa che il folle si riconosca in un mondo del giudizio che lo circonda da ogni parte; egli deve sapersi giudicato, condannato; dalla colpevolezza alla punizione il legame dev'essere riconosciuto da tutti. [...] Tutto ciò deve condurre all'interiorizzazione [...] alla nascita del rimorso nello spirito del malato" *Ivi*, p.693

<sup>242</sup> *Ivi*, p. 695

soggetti richiedenti; esercita un'autorità “giuridica e morale, e non scientifica”; “delimita la follia ma non la domina”, deve spiccare per saggezza non per sapienza.<sup>243</sup>

In definitiva secondo Pinel “il personaggio medico doveva agire, non già partendo da una definizione oggettiva della malattia o da una certa diagnosi classificatrice, sibbene appoggiandosi sul prestigio in cui sono racchiusi i segreti della Famiglia, dell’Autorità, della Punizione e dell’Amore; [...] assumendo la maschera del Padre e del Giustiziere,[...] divent[ando] operatore quasi magico della guarigione e assume un aspetto da taumaturgo”.<sup>244</sup>

Via via, nel corso del XIX secolo, la conoscenza medica della malattia mentale, diventata dominio della psichiatria e della psicologia, si dirama in direzioni che paiono allontanarsi molto l’una rispetto all’altra: da un lato, mentre il positivismo s’impone gradualmente alla medicina e alla psichiatria, oggettivando con pretese scientifiche il suo sguardo, viene a determinarsi un’ulteriore distanza tra il medico e il paziente; dall’altro, la stessa coppia medico-malato viene a ricostituirsi su un altro piano in cui sono simbolizzate le grandi strutture di riferimento della società borghese e dei suoi valori: [...] “Famiglia-Bambini [...], Colpa-Punizione [...], Follia-Disordine”<sup>245</sup>, sicché il medico acquista un prestigio che sconfinava in una dimensione magica<sup>246</sup>.

Se nei fatti la psichiatria del XIX secolo ha smantellato criticamente le strutture dell’asilo e Freud “ha fatto tacere le istanze della condanna”<sup>247</sup>, osserva Foucault, è anche da notare come egli sia stato “il primo che ha accettato nella sua serietà la realtà della coppia medico-malato”, [...] che non abbia accettato di mascherarla in una teoria psichiatrica [...], ma in compenso ha sfruttato la struttura che avvolge il personaggio medico, [...] ne ha fatto lo specchio in cui la follia [...] si innamora e si disamora di se stessa”.<sup>248</sup> In questo senso l’apporto di Freud non è stato interamente liberatorio in quanto “non ha liberato ciò che vi era di essenziale nell’esistenza” (di quei pazienti); [...] “nella situazione psicanalitica [...], per un corto circuito geniale, l’alienazione

---

<sup>243</sup> *Ivi*, pp. 695-699

<sup>244</sup> *Ivi*, p.699

<sup>245</sup> *Ivi*, p.700

<sup>246</sup> *Ivi*,p. 701

<sup>247</sup> *Ivi*, p.703

<sup>248</sup> *Ibidem*

sconfigge l'alienazione, inquantoché nel medico essa diventa soggetto".<sup>249</sup> E sebbene "la psicanalisi può risolvere qualcuna delle forme di follia, essa non può [...] spiegare ciò che di essenziale vi è in questo lavoro".<sup>250</sup>

"A partire dalla fine del XVIII secolo, la vita della sragione si manifesta ormai soltanto nella folgorazione di opere come quelle di Höderlin, di Nerval, di Nietzsche o di Artaud: assolutamente irriducibili a queste alienazioni che guariscono, resistenti per forza propria a questa morale, che si ha l'abitudine di chiamare, certo per antifrasi, la liberazione degli alienati di Pinel e Tuke".<sup>251</sup>

## 2.26 Il cerchio antropologico

Prima del lungo periodo della reclusione, ovvero nel Medioevo e nel Rinascimento, come si è illustrato in precedenza, "la follia era possibile soltanto nella misura in cui c'era [...] uno spazio che consentiva al soggetto di parlare il linguaggio della propria follia e di costituirsi folle".<sup>252</sup> Sul finire del Settecento Pinel e Tuke avevano pensato di concedere ai folli la libertà; in realtà essa non venne data, nel senso che non avrebbe potuto essere offerta in nessuna delle strutture che la ragione aveva deciso di poterla confinare. "Ma circolava sordamente [...], verità intravista, esigenza indecisa, ai confini di ciò che si era detto, pensato e fatto a proposito del folle, presenza testarda che non si lasciava mai del tutto afferrare".<sup>253</sup>

Dove? Foucault propone alcuni esempi: il primo dei quali si trova in un romanzo di Denis Diderot, *Le Neveu de Rameau*, personaggio di cui "il XVIII secolo non poteva comprendere esattamente il significato"<sup>254</sup>, ma che riappare, ritagliandosi uno spazio sociale e incarnando l'esperienza visibile della sragione in un momento in cui essa è internata. Un personaggio eccentrico sul genere dei buffoni medioevali, ma ultimo personaggio dell'età classica "in cui follia e sragione si riuniscono e anche quello in cui

---

<sup>249</sup> *Ivi*, pp. 703-704

<sup>250</sup> *Ivi*, p. 704

<sup>251</sup> *Ibidem*

<sup>252</sup> *Ivi*, p. 705

<sup>253</sup> *Ibidem*

<sup>254</sup> *Ivi*, p. 509

viene prefigurata la separazione”.<sup>255</sup> Se “da tempo taceva quel linguaggio [della follia] che cantava il suo elogio”<sup>256</sup>, con il romanzo di Diderot, e dopo di esso,” tutta una moda letteraria indicava la riapparizione della follia nel dominio del linguaggio in cui le era concesso di parlare in prima persona e di enunciare, fra i tanti vani discorsi e nella grammatica insensata dei suoi paradossi, qualcosa che aveva un rapporto essenziale con la verità”.<sup>257</sup>

Gli autori cui si riferisce Foucault sono citati, in vario ordine, in più parti del libro e rispondono ai nomi di Roussel, Artaud, Höderlin, Nerval, Nietzsche e Van Gogh<sup>258</sup>. Si tratta di liberare quelle esperienze-limite della follia<sup>259</sup> “dalle nozioni patologiche di cui la si è ricoperta”<sup>260</sup> in un’ottica positivista - la quale non può che averne offerto “un significato alterato e superficiale,<sup>261</sup> -cogliendone invece “la continuità”<sup>262</sup> e andare al centro stesso della loro esperienza di sragione “per comprender[ne] [...] i due movimenti di conversione poetica e di evoluzione psicologica”.<sup>263</sup> In altri termini, ricollegandosi all’epoca rinascimentale, riappare “ciò che la follia dice di se stessa”<sup>264</sup>: essa può scardinare le regole sintattiche e semantiche della lingua, può utilizzare un linguaggio, per così dire, pre-razionale per esprimere “una verità al di sotto della verità, più vicina al sorgere della soggettività e la più estesa sul piano delle cose”.<sup>265</sup>

Foucault rinviene nel linguaggio della poesia romantica - definendolo “il linguaggio della fine estrema, e quello dell’assoluto ricominciamento”<sup>266</sup> - la follia che ritrova [...] il suo linguaggio”.<sup>267</sup>

---

<sup>255</sup> *Ivi*, p. 505

<sup>256</sup> “La follia classica apparteneva alle regioni del silenzio [...]; numerosi [erano] i testi in cui si trattava di follia [...] ma essa vi è citata come una specie medica [...] la sorda verità dell’errore. [...] In se stessa, essa è cosa muta; nell’età classica non esiste letteratura della follia” *Ivi*, p.710

<sup>257</sup> *Ibidem*

<sup>258</sup> *Ivi*, pp. 498, 506-508, 735-737, nonché nella prefazione del 1960

<sup>259</sup> “Il ritorno all’immediatezza delle ultime poesie di Höderlin, la sacralizzazione del sensibile in Nerval” *Ivi*, p.506

<sup>260</sup> *Ibidem*

<sup>261</sup> “Che non può darne che” un significato alterato e superficiale” *Ibidem*

<sup>262</sup> *Ibidem*

<sup>263</sup> *Ivi*, 507

<sup>264</sup> *Ivi*, p.711

<sup>265</sup> *Ibidem*

<sup>266</sup> *Ibidem*

Nell'ultima parte del *Cerchio antropologico* vengono individuati altri esempi di opere, stavolta tratte dal mondo della pittura, come spazi privilegiati della riproposizione dell'esperienza visibile della sragione. Si tratta alcuni dipinti di Goya: *Corral de locos*, (Il cortile dei folli), *Los Caprichos* (I Capricci), *Los disparates* (Le follie).

Nell'analisi interpretativa di tali opere, Foucault si focalizza su alcuni elementi di esse riguardanti il discorso finora sviluppato. Il raffronto tra i dipinti del pittore spagnolo e quelli di artisti rinascimentali, come Bosch e Bruegel, mostra come nell'immaginario rinascimentale venisse raffigurato un mondo visionario<sup>268</sup> ma umanizzato, popolato da esseri viventi, “forme che nascevano dal mondo stesso; attraverso le fessure di una strana poesia”.<sup>269</sup>

Il Goya dei *Disparates* e della *Casa del Sordo*, dei *Caprichos* rappresenta invece la follia dell'uomo gettato nella notte, senza sfondo; immagini che si apparentano ai dipinti di Bosch<sup>270</sup> ma che il pittore spagnolo ripropone con un altro intento, ovvero come figure dimenticate della follia, ma non inserite in un paesaggio, “forme [che] non nascono dal nulla: [...] nulla può definire la loro origine”.<sup>271</sup> La pittura di Goya smaterializza i volti, li decompone: la follia sotto tali maschere “rode i tratti del viso; non ci sono più bocche né occhi, ma sguardi che vengono dal nulla e si fissano sul nulla”.<sup>272</sup>

Follie estranee, queste, all'esperienza dei contemporanei di Diderot e Goya, ma “per coloro che sono capaci di accoglierla - Nietzsche e Artaud -, le parole, appena udibili, della sragione classica in cui si trattava del nulla e della notte, [...] queste parole non hanno trasmesso forse “dando loro, per la prima volta, un'espressione, un diritto di cittadinanza e una presa sulla cultura occidentale, a partire dalla quale diventano possibili tutte le contestazioni”?<sup>273</sup>

---

<sup>267</sup> Ivi, p.712 “Linguaggio che - precisa Foucault - che ha tutt'altri significati rispetto “ai vecchi discorsi della Renaissance” [...] questo linguaggio rinasce, ma come scoppio lirico”. *Ibidem*

<sup>268</sup> “Nello spazio della pura visione [...] fantasmi e minacce, pure apparenze del sogno, [...] estremo disordine che precede immediatamente l'ordine monotono del compimento” p. 91

<sup>269</sup> Ivi, p. 729

<sup>270</sup> Ivi, “Il Goya dei *Disparates* e della *Casa del Sordo* [...] non si ricollega forse [...] coi vecchi mondi degli incatenamenti, delle cavalcate fantastiche, delle streghe appollaiate sui rami di alberi morti? Il mostro che soffia i suoi segreti nell'orecchio del Monaco non è forse parente dello gnomo che affascinava il Sant'Antonio di Bosch?” Ivi, pp. 728-729.

<sup>271</sup> *Ibidem*

<sup>272</sup> Ivi, p. 730 “La follia è diventata la possibilità di abolire l'uomo e il mondo” *Ibidem*

<sup>273</sup> *Ibidem*

La domanda, che Foucault pone, non maschera l'opportunità che si offre alla cultura occidentale: "attraverso Sade e Goya il mondo occidentale ha "la possibilità di oltrepassare la sua ragione" e "di ritrovare l'esperienza tragica al di là delle promesse della dialettica".<sup>274</sup>

Dopo Sade e Goya, in altre parole, ciò che c'è di decisivo in ogni opera ha a che vedere con la sragione. "Questo non vuol dire che la follia sia il solo linguaggio comune all'opera e al mondo moderno; [...]; significa invece che, con la follia, un'opera che sembra [...] rivelar[e] al mondo stesso "il suo non-senso e trasfigurarsi solo nei tratti del patologico, in fondo coinvolge il tempo del mondo [...] e lo conduce; a causa della follia che la interrompe, un'opera apre un vuoto,[...] una domanda senza risposta, provoca una lacerazione senza rimedio in cui il mondo è obbligato a interrogarsi".<sup>275</sup> "Non c'è follia se non come istante supremo dell'opera, e quest'ultima la respinge indefinitamente ai suoi confini; *dove c'è opera non c'è follia*; e tuttavia la follia è contemporanea all'opera, poiché inaugura il tempo della verità".<sup>276</sup>

Una possibile rilettura della *Storia della follia nell'età classica* quale attualità può avere a distanza di decenni dalla sua pubblicazione? Secondo Mario Galzigna, che ne ha scritto l'*Introduzione* all'edizione italiana<sup>277</sup>, "bisogna seguire l'invito di Foucault a cogliere la verità della follia fuori dai territori della confisca medico-istituzionale"<sup>278</sup> per poter accedere a questa esperienza radicale, verticale, estrema, senza farsi pre-orientare dai saperi che l'hanno codificata".<sup>279</sup> Si tratta di accostarsi ad essa attraverso molteplici vie di accesso, "di creare un'interazione tra paradigmi diversi, senza avere la pretesa di possedere una sorta di *clavis universalis* che dischiuda ad una comprensione piena della follia"<sup>280</sup>, affinché la clinica diventi il campo su cui queste sinergie possano trovare

---

<sup>274</sup> *Ivi*, p.734

<sup>275</sup> *Ivi*, pp.736-737

<sup>276</sup> *Ivi*, p.737

<sup>277</sup> Foucault M., *Storia della follia*, Galzigna M., *Introduzione*, pp. 5-38

<sup>278</sup> G., [https://www.youtube.com/watch?v=r\\_cD\\_xvC1M&t=143s](https://www.youtube.com/watch?v=r_cD_xvC1M&t=143s) Seminario dedicato al volume "La Storia della follia nell'Eta' Classica" di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013. Con questa espressione Galzigna intende le categorie nosografiche, la gestione istituzionale e psichiatrica del territorio, gli ambiti che vanno dalla farmacochimica alla neurobiologia.

<sup>279</sup> Galzigna M., [https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN\\_QIGEQ](https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN_QIGEQ) Seminario dedicato al volume "La Storia della follia nell'Eta' Classica" di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

<sup>280</sup> Galzina M., [https://www.youtube.com/watch?v=r\\_cD\\_xvC1M&t=143s](https://www.youtube.com/watch?v=r_cD_xvC1M&t=143s)

confronto e applicazione. La traccia segnata da Canguilhem e dal suo discepolo Foucault può trovare in queste poche frasi una possibile sintesi.

Quali le vie di accesso privilegiate da Foucault nel suo studio strutturale? La letteratura, la filosofia e l'arte pittorica: queste tre in particolare. Ed in effetti il libro si caratterizza per un registro espressivo multiforme: da un lato una prosa con una forte connotazione lirica nei passaggi letterari e artistici, dall'altro una modalità di argomentare molto serrata e impegnativa nelle parti più concettuali; talvolta, invece, queste due traiettorie si intrecciano senza potersi separare.

Un ultimo punto sul quale Galzigna si sofferma è quello della ricerca foucaultiana: cosa cerca egli dentro la letteratura e l'arte? Traccia e figura delle "esperienze-limite", forme estreme della soggettività: "parole senza sintassi fissa, deliranti, parole-grido, glossolalie, vociferazioni, linguaggio della destrutturazione dell'io spezzato; riflessi del dolore e della sofferenza psichica, al di là di tutte le mitologie costruite intorno ad esse".<sup>281</sup>

Cogliendo questa dimensione disgregata, Foucault crea "un tessuto di continuità e contiguità con la follia dell'altro"<sup>282</sup> dice Galzigna, il quale sottolinea quanto sia importante per la clinica psichiatrica una formazione che fornisca ai futuri "camici bianchi" anche strumenti di vario contenuto culturale, e non soltanto strettamente scientifico, per restituire un orizzonte di senso alla sofferenza psichica. A tal fine, la lettura della *Storia della follia nell'età classica* risponde ad un'esigenza ancora attuale.

---

<sup>281</sup> *Ibidem*

<sup>282</sup> Galzigna M., <https://www.youtube.com/watch?v=eQhOKi4Wcuw&t=12s> Seminario dedicato al volume "La Storia della follia nell'Età Classica" di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

## CAPITOLO TERZO: DUE STORIE DI PSICOTICI

Le autobiografie, *Memorie di un malato di nervi* di Daniel Paul Schreber<sup>283</sup> e *Perceval, un paziente narra la propria psicosi, 1830-1832* di John Perceval<sup>284</sup>, rappresentano due noti esempi di esperienze psicotiche raccontate dai due protagonisti che, nell'intento di comprenderle essi stessi e di farle conoscere, seppur per ragioni diverse, decisero di pubblicarle affinché costituissero delle memorabili testimonianze della loro drammatica e tormentata esistenza<sup>285</sup>.

Nella prima parte di questo capitolo si tratterà il “caso clinico del presidente Schreber” attraverso una ricostruzione narrativa, a partire dai primi esordi allucinatori, passando per le principali fasi del suo svolgersi fino alla morte del protagonista, dopodiché si cercherà di tratteggiare brevemente le due interpretazioni che, Sigmund Freud ed Elias Canetti hanno dato di questa vicenda delirante tanto analizzata dalla letteratura psichiatrica e psicanalitica posteriore.

Successivamente il capitolo proseguirà con il racconto sintetico della sofferta storia personale di John Perceval e della sua pugnace battaglia per la riforma degli istituti psichiatrici; infine si tratteranno le coordinate essenziali dell'interpretazione di Gregory Bateson, che del manoscritto di Perceval fu scopritore e curatore.

---

<sup>283</sup> Schreber D. P., *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken (Memorie di un malato di nervi)*, ed. it. a cura di Calasso R., Adelphi, Milano, 2007

<sup>284</sup> Perceval J., *A Narrative of the Treatment Experienced by a Gentleman, during a State of Mental Derangement, Designed to Explain the Course of the Nature of Insanity (and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards Many Unfortunate Sufferers under that Calamity)* in G.Bateson, (*Perceval, un paziente narra la propria psicosi, 1830-1832*), ed. It. a cura di Paolo Bertrando, Bollati Boringhieri, Torino, 2005

<sup>285</sup> Schreber D.P., *Memorie di un malato di nervi*, p.p. ... Schreber aveva il preciso intento di sottoporre il proprio caso all'attenzione di medici e psichiatri nonché di mettere a disposizione dell'umanità le proprie scoperte in ambito spirituale e scientifico.

G.Bateson, *Perceval, un paziente narra la propria psicosi*, “Perceval spera di rivolgersi “a uomini capaci di comprendere [...] nell'interesse delle persone più miserabili, più oppresse e indifese dell'intera umanità. [...] Apro la bocca per quelli che non possono parlare” p. 30

### 3.1 MEMORIE DI UN MALATO DI NERVI

#### 3.12 Il caso clinico del presidente Schreber

Quando poco più che quarantenne, nel 1884, Daniel Schreber, non ancora presidente della Corte d'appello di Dresda a quell'epoca, ma già magistrato in grande ascesa nell'ambito giudiziario tedesco, ebbe l'episodio iniziale della sua malattia mentale<sup>286</sup>, fu necessario un primo ricovero di sei mesi nella clinica del dottor Paul Flechsig a Lipsia. Schreber aveva imputato quel suo malessere mentale all'eccessiva fatica intellettuale del lavoro e allo stress determinato dalla sua candidatura al Reichstag, e posteriormente alla cura, sul finire del 1885, poteva definirsi completamente ristabilito e grato al professor Flechsig per la soddisfacente guarigione ottenuta.<sup>287</sup> I successivi otto anni del dottor Schreber trascorsero in tranquillità: con la dedizione che gli era propria egli si consacrò al lavoro e alla famiglia. Unico cruccio del suo matrimonio molto felice era, per entrambi i coniugi, la "ripetuta delusione della nostra speranza di avere bambini".<sup>288</sup>

Nel giugno 1893 la situazione cambiò: Schreber venne a conoscenza della sua imminente nomina a presidente della Corte d'appello di Dresda e ad ottobre assunse effettivamente tale carica, ma, nel periodo che intercorse tra la nomina e l'entrata in ruolo, apparvero i primi sintomi della psicosi, ovvero "alcuni sogni ai quali egli fu indotto solo più tardi a dare importanza."<sup>289</sup>

Si trattava di esperienze oniriche che raffiguravano il ritorno alla sua passata malattia nervosa e che gli procurarono una forte agitazione, ma sollievo al risveglio per la consapevolezza di aver soltanto sognato. Tuttavia, qualche tempo dopo, nel dormiveglia gli si affacciò alla mente "la rappresentazione che dovesse essere davvero bello essere una donna che soggiace alla copula"<sup>290</sup>, pensiero che rigettò con la più grande indignazione non appena sveglio.

---

<sup>286</sup> Schreber D. P., *Memorie di un malato di nervi*, "Grave attacco di ipocondria" p. 389. Così fu indicato nella perizia medico-legale che gli venne rilasciato successivamente dal dottor Flechsig.

<sup>287</sup> *Ivi*, p. 55

<sup>288</sup> *Ivi*, p. 56

<sup>289</sup> Freud S., *Casi clinici 6 Il presidente Schreber, Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente*, Biblioteca Boringhieri, Torino 1975, p. 15

<sup>290</sup> Schreber D. P., *Memorie di un malato di nervi*, p. 56

A partire da questo secondo episodio psicotico, Schreber, in preda all'angoscia, volle consultare nuovamente a Lipsia il dottor Flechsig che gli prescrisse un lungo sonno indotto da sonniferi. Ma durante la stessa notte le sue condizioni peggiorarono<sup>291</sup>, al punto che si rese necessario un secondo ricovero nella clinica psichiatrica di Flechsig, nel novembre di quello stesso anno.

Qui affiorarono sempre con maggior numero e intensità idee di persecuzione, allucinazioni, intenzioni suicidarie che occuparono la totalità delle sue sensazioni, come venne illustrato dalla prima perizia del 1899 cui fu sottoposto da parte del dottor Weber, e che si trova inserita nella parte finale del suo memoriale.

La descrizione del delirio che Schreber svolge nelle sue *Memorie* è molto analitica e ha certamente i contorni di una fantasia macabra<sup>292</sup>, ma a sorprendere sono soprattutto la precisione del linguaggio e il rigore logico dello sviluppo del delirio stesso, caratteri tipici della sua attività di alto magistrato, coerenti, per così dire, con la complessità della ri-creazione della realtà allucinata che egli andava via via elaborando. Gradualmente le idee deliranti assunsero un carattere mistico e religioso: alla base della costruzione mentale vi era la convinzione di trovarsi in procinto di essere trasformato in una donna e, al tempo stesso, di dover lottare strenuamente contro Dio. Posto al centro del suo sistema, il Dio di Schreber era un dio doppio e persecutore, col quale egli comunicava e che a lui si rivolgeva in un tedesco arcaico e nobile, chiedendogli di ripristinare l'Ordine del Mondo. Talora le sue visioni allucinate attraversavano tutti gli estremi della tortura e della voluttà, mentre altre volte avevano un carattere più lirico: egli parlava con il sole, gli alberi, gli uccelli, immaginandoli come frammenti di anime perdute di persone decedute. Ogni essere umano inoltre era attraversato da sottilissimi nervi posti da Dio nel momento della nascita; e tali nervi, che erano il principio costitutivo dell'intelletto umano e delle sue facoltà spirituali, nonché dell'anima, erano destinati a ricongiungersi con il Supremo dopo la morte di ciascuna persona. Altre volte ancora, il Dio delle visioni allucinate mostrava di sé un lato più oscuro, arrivando a subire la forza attrattiva di alcuni uomini al punto da rischiare la perdita della sua sopravvivenza; nel contempo

---

<sup>291</sup> Schreber effettuò un tentativo di suicidio. *Ivi*, p. 60

<sup>292</sup> Basti far cenno ad alcuni esempi: "Egli riteneva di essere morto e in parte già putrefatto, malato di peste... [...] e il suo corpo fosse oggetto di orribili manipolazioni... [...] e subiva cose più terrificanti di quel che si possa immaginare- e tutto ciò per una causa sacra". *Ivi*, pp. 93-100

il magistrato inoltre udiva musica sacra, vedeva apparizioni miracolose e addirittura giungeva a credere di vivere in un altro mondo.<sup>293</sup>

Le alterazioni mentali di cui il presidente Schreber era vittima e che caratterizzarono i primi anni di cura a Lipsia, descritte in un'altra perizia del dottor Weber, lo conducevano ad uno stato di tensione parossistica, associato a smorfie ed eccitabilità, e a mostrare una forte sensibilità, alla luce e ai rumori; inoltre rifuggiva la compagnia di altre persone sostenendo che impedissero il passaggio di "raggi divini".<sup>294</sup> Durante queste crisi allucinatorie il paziente, oltre a rivolgere invettive all'indirizzo di varie persone da cui si sentiva perseguitato, se la prendeva in particolare con il suo vecchio medico curante Flechsing, che chiamava "assassino di anime" o, in tono denigratorio, "piccolo Flechsing."<sup>295</sup>

Nel 1896 Schreber venne trasferito alla clinica di Sonnenstein e vi rimase fino al 1902. Inizialmente nel nuovo istituto di cura il suo quadro clinico, per alcuni versi, non mutò sostanzialmente fisionomia, rafforzando semmai le caratteristiche del delirio strutturato già manifestate in precedenza; per altri, pur senza esplicitamente prendere mai le distanze dalla propria costruzione delirante, egli giorno dopo giorno si era venuto plasmando una personalità capace di dominare gli eccessi della sua malattia mentale e di adeguarsi, tranne che per qualche isolato disturbo, ai compiti e alle situazioni dell'esistenza quotidiana.<sup>296</sup>

Mentre procedeva autonomamente, grazie alle sue notevolissime qualità intellettuali e relazionali, ad una normalizzazione apparente e tutta esteriore del proprio comportamento e delle proprie attività, in Schreber si venne radicando l'idea che egli fosse il soggetto destinato a redimere il mondo e che tale redenzione non potesse che avvenire - riallacciandosi ad uno dei primi episodi allucinogeni della sua psicosi - attraverso una sua definitiva trasformazione in donna. A tal proposito avvertiva nel proprio corpo modificazioni nell'aspetto, nella statura, nel rigonfiamento del petto, e

---

<sup>293</sup> *Ivi*, pp. 389-90

<sup>294</sup> *Ivi*, pp. 29

<sup>295</sup> *Ivi*, p. 392

<sup>296</sup> "Tuttavia le sue occupazioni diventarono più varie e durevoli e spesso non si riusciva quasi a comprendere in che modo, nonostante i continui disturbi allucinatori evidentemente gravi, riuscisse a trovare tranquillità e raccoglimento per siffatta attività mentale, per esprimere giudizi fondati sui più diversi argomenti e per dominarsi anche altrimenti in maniera tale da nascondere per un certo tempo momenti patologici". *Ivi*, p. 395

perfino, per un breve periodo, si convinse di aver dato l'avvio ad una sorta di gestazione giacché percepiva nel proprio ventre i movimenti tipici del feto.<sup>297</sup>

Quando, nell'anno 1900, cominciava la stesura delle sue *Memorie*, Schreber venne a conoscenza della interdizione a svolgere il suo ruolo di presidente da parte del Pretura di Dresda, sentenza che egli considerò inaccettabile nei riguardi del proprio onore e contro la quale ricorse in appello, con successo, due anni dopo. Fu durante il processo che si concluse con l'annullamento della sentenza precedente che vennero scritte le relazioni del dottor Weber<sup>298</sup>, inerenti la permanenza nella clinica di Sonnenstein e che costituiscono la fonte principale delle informazioni sulle quali successivamente lavorò Freud.

Nel 1903 Schreber, a spese proprie, inviò alle stampe le sue *Memorie di un malato di nervi* - malgrado la famiglia si opponesse recisamente a tale iniziativa e tentò di acquistare tutte le copie uscite - non rinnegando la sua costruzione delirante e annunciando, nelle ultime pagine del memoriale che, in un futuro non precisato, la sua trasformazione sarebbe giunta a compimento, così come il suo destino.<sup>299</sup>

Dopo la scomparsa della madre, avvenuta nel 1907, il presidente Schreber venne ricoverato nella clinica di Dösen, dove, a causa di un'ultima crisi, morì nel 1911.

---

<sup>297</sup> *Ivi*, p. 24

<sup>298</sup> Freud S., *Osservazioni*, "Il paziente era cambiato a tal segno che oramai si considerava capace di governare da solo la sua esistenza, e da solo iniziò le pratiche volte ad ottenere la revoca della sua interdizione e a ottenere la dimissione dall'istituto di cura. Il dottor Weber, però, si opponeva a tali aspirazioni esprimendo parere contrario... [...] seppur non potendo fare a meno di descrivere il carattere e il comportamento del paziente in termini elogiativi" cit. p. 18

<sup>299</sup> Schreber D. P., *Memorie di un malato di nervi*, cit. p. 56

### 3.13 Le interpretazioni di Sigmund Freud e di Elias Canetti

L'interesse di Sigmund Freud al libro di Schreber risale alla primavera del 1910, quando Carl Gustav Jung<sup>300</sup> glielo segnalò entusiasticamente come oggetto di indagine psicanalitica, seppur ritenendolo privo di dettagli relativi agli anni precedenti la comparsa della malattia, rappresentata anch'essa non nella sua evoluzione nel tempo, ma nella sua forma finale.

Malgrado tali incompletezze, anche Freud lesse il memoriale con trepidazione in quanto vi ritrovò alcune sorprendenti concordanze tra la rappresentazione del delirio che Schreber aveva illustrato e alcune sue intuizioni che già nel 1895 aveva iniziato a elaborare sulla paranoia e il connesso meccanismo della proiezione.

Qualche mese dopo "Il caso clinico del presidente Schreber" dello psicanalista viennese fu pubblicato su una rivista di psicanalisi e di psicopatologia con il titolo *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (Dementia paranoides) descritto autobiograficamente*<sup>301</sup>, ma come si è detto, egli non conosceva il paziente Schreber, pertanto la sua teoria della psicosi non si è venuta costituendo da un'esperienza clinica ma da una lettura.

Ora, la psichiatria ottocentesca aveva acquisito uno statuto scientifico<sup>302</sup> e si era data come oggetto di osservazione la malattia mentale nelle sue manifestazioni, nei suoi segni esterni, ed era quindi una scienza sostanzialmente descrittiva, classificatoria, e prefarmacologica.

Freud inaugurò un rovesciamento delle modalità di approccio, entrando invece all'interno del delirio, indagandone cioè le strutture interne, il senso, la "logica" che il malato dà al delirio stesso. In tal modo il soggetto, seppure in assenza come nel caso di Schreber, diventa l'interlocutore: è questo il punto di vista che caratterizza la psicanalisi.

La teoria illustrata nell'analisi del caso del presidente Schreber era stata elaborata da Freud negli anni immediatamente precedenti il 1910 in collaborazione con Jung e

---

<sup>300</sup> Eco U. Fedriga R., *Storia della filosofia*, Volume 3 Ottocento e Novecento, Editori Laterza, Bari, 2014 p. 380. Lo psichiatra svizzero, lavorando al Burghölzli di Zurigo, era quotidianamente a contatto con pazienti psicotici.

<sup>301</sup> Freud S., *Osservazioni*, cit. p.2 Il titolo in tedesco è il seguente: *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographologischen beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)*. Il saggio venne inserito nella rivista "Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen" Vol. 3

<sup>302</sup> Eco U. Fedriga R., *Storia della filosofia*, p. 229

Sándor Ferenczi<sup>303</sup> ed è incentrata sul collegamento tra sindrome paranoide<sup>304</sup> e libido sessuale repressa.

Due in particolare erano gli aspetti del delirio di Schreber che Freud porrà alla base della configurazione teorica della paranoia e sui quali si soffermò nella sua analisi: il primo era relativo alla convinzione, che il magistrato aveva elaborato, di essere coinvolto in un processo di trasformazione da uomo a donna; il secondo riguardava il rapporto privilegiato che egli aveva stabilito con Dio. Il nesso che collegava entrambi gli elementi nell'articolatissimo sistema delirante era l'atteggiamento femminile verso Dio.<sup>305</sup>

Circa il primo punto, fantasie di trasformazione sessuale e visioni religiose si coagulavano in Schreber nell'intenzione di doversi demascolinizzare per salvare il mondo e facevano parte dell'illusione secondo la quale egli avrebbe rivestito il ruolo religioso di redentore del mondo stesso. Freud interpretò tale desiderio della trasformazione in donna come una fantasia di demascolinizzazione che soddisfaceva gli innati impulsi omosessuali di Schreber.<sup>306</sup>

“La causa determinante di questa malattia fu dunque un assalto di libido omosessuale, il cui oggetto in origine fu, con ogni probabilità, il dottor Flechsing<sup>307</sup>, e la lotta contro questo impulso libidico provocò il conflitto che generò le manifestazioni patologiche”<sup>308</sup>

Ora, secondo l'interpretazione psicoanalitica, il primo oggetto d'amore sarebbe stato il padre<sup>309</sup>, nei confronti del quale il piccolo Daniel Paul aveva una vera e propria

---

<sup>303</sup> Freud S., *Osservazioni*, p.73

<sup>304</sup> *Ibidem*, “Il segno distintivo della paranoia (o della dementia paranoides) va individuato in qualcos'altro, e cioè nella particolare forma in cui si manifestano i sintomi, dei quali dobbiamo presumere siano responsabili non i complessi in quanto tali, ma il meccanismo di formazione dei sintomi o quello che ha dato luogo alla rimozione”.

<sup>305</sup> *Ivi*, p. 42

<sup>306</sup> “Ma il delirio porta regolarmente alla luce la natura di questi rapporti riconducendo il senso sociale alla sua ultima radice di grossolano desiderio erotico. Lo stesso dottor Schreber, il cui delirio culmina in una fantasia di desiderio di cui è impossibile disconoscere la natura omosessuale, non presentava - finché era sano e secondo quanto unanimemente riferito - il minimo segno di omosessualità nel senso comune della parola. *Ivi* pp.74-75

<sup>307</sup> “E' probabile che si fosse serbato in lui, dal precedente stato morboso, un tenero attaccamento per il medico, che ora - per motivi sconosciuti - si è intensificato fino a raggiungere le caratteristiche di una inclinazione erotica. Tosto si determinò una indignata ripulsa della fantasia di femminilità che aveva ancora un carattere impersonale, una vera e propria “protesta virile”, secondo l'espressione adleriana. *Ivi*, p. 52

<sup>308</sup> *Ivi*, cit. p.53

<sup>309</sup> Schatzman M., *La famiglia che uccide*, Feltrinelli Editore, Milano, 1973 p. 24-33

Daniel Gottlieb Moritz Schreber era un medico molto noto nella Germania ottocentesca per i suoi scritti in cui, denigrando la fiacchezza e la decadenza dei suoi tempi, proponeva precetti morali e fisici fondendoli in un sistema pedagogico globale per genitori e insegnanti. I suoi metodi, che sosteneva di aver applicato con successo ai propri

venerazione; dopo la morte di questi, la venerazione si sarebbe riversata sul fratello maggiore<sup>310</sup>, anch'egli morto prematuramente nel momento in cui Schreber ebbe le crisi iniziali.

Alla morte del fratello maggiore Gustav, il presidente avrebbe scelto una terza figura sostitutiva, il dottor Flechsing appunto. Non riuscendo ad accettare che l'oggetto del desiderio omosessuale fosse il medico di Lipsia, si sarebbe generata, secondo Freud, una lotta difensiva "che tra le forme diverse che avrebbe potuto assumere, ha scelto, quello del delirio di persecuzione."<sup>311</sup>

Il magistrato avrebbe dunque ri-creato il mondo per poter almeno vivere in esso. E lo ricostruì con un'elaborazione propria, cioè attraverso il suo delirio. "La formazione delirante che noi consideriamo il prodotto della malattia costituisce in verità il tentativo di guarigione, la ricostruzione. [...] L'uomo ha recuperato la capacità di stabilire un rapporto, spesso molto intenso, con persone e cose di questo mondo, anche se ora è ostile il rapporto che in passato era pieno di tenerezza"<sup>312</sup>. Detto in altre parole il processo di guarigione fa recedere la rimozione (il cui meccanismo essenziale consiste in un distacco della libido dalle persone e cose precedentemente amate), riconducendo la libido a ciò che essa aveva allontanato da sé non più come percezione interna, ma come percezione esterna.<sup>313</sup> In un ulteriore stadio del delirio si attuano delle decisive trasformazioni: l'odiata figura del dottor Flechsing è sostituita con la ben più alta figura di Dio; quella che potrebbe configurarsi come un'acutizzazione del conflitto, un intensificarsi intollerabile della persecuzione, prepara una seconda trasformazione ad un livello più alto e con essa la soluzione del conflitto.

---

figli, si caratterizzavano per la durezza e per le modalità repressive nei confronti dei bambini e dei ragazzi al fine di rendere costoro obbedienti e sottoposti nei confronti degli adulti.

<sup>310</sup> "Più concretamente, attraverso il medico [Flechsing] possono essere state riportate alla memoria le figure del fratello o del padre; nel medico egli può aver ritrovato l'uno e l'altro di essi [...] in determinate circostanze, la nostalgia di questa persona sostitutiva rinasce in lui e agisce con una intensità che può essere spiegata solo tenendo conto della sua fonte e del suo significato originario". Il fratello maggiore Gustav si era suicidato poco più che trentenne. *Ivi*, p. 58

<sup>311</sup> La persona agognata diventa ora il persecutore e il contenuto della fantasia diventa il contenuto della persecuzione.

Il delirio persecutorio si articola nella seguente formulazione: "Io (un uomo) amo lui (un uomo)." Non potendo questa verità essere accettata, si trasforma in: "Io non lo amo – io l'odio", passando attraverso la proposizione-ponte "Egli mi odia (mi perseguita) e ciò mi autorizza ad odiarlo". In tal modo il sentimento inconscio propulsore si presenta come conseguenza di una profonda convinzione: "Io non l'amo – Io l'odio perché EGLI MI PERSEGUITA" *Ivi*, p. 58

<sup>312</sup> *Ivi*, p. 88

<sup>313</sup> *Ivi*, "Il meccanismo di formazione del sintomo della paranoia implica che la percezione interna, il sentimento, siano sostituiti da una percezione proveniente dall'esterno." p.78

“Se era impossibile per Schreber prendere confidenza con la parte della prostituta che si concede al suo medico, il compito di offrire a Dio la stessa pienezza di voluttà che Egli cerca, non urta contro la stessa resistenza da parte dell’Io di Schreber.<sup>314</sup> L’evirazione e la conseguente trasformazione in donna non sono più considerati come “un oltraggio”, ma diventano conformi all’Ordine del Mondo in quanto parte di un” grande disegno cosmico”, in cui il sacrificio di Schreber diventa, per così dire, funzionale ad una rinnovata creazione del genere umano quando esso sarà giunto alla fine. Sicché, attraverso la fecondazione divina, “nuovi uomini dallo spirito di Schreber”<sup>315</sup> onoreranno, considerandolo il proprio capostipite, colui che oggi si ritiene vittima di una persecuzione.

“È trovata in tal modo una via di sfogo soddisfacente per entrambe le istanze del conflitto: l’Io di Schreber si compensa nel delirio di grandezza, mentre alla fantasia femminile di desiderio è stato consentito di affermarsi e di rendersi accettabile. Conflitto e malattia possono ora cessare, ma il senso di realtà, che si era nel frattempo rinvigorito, costringe ora l’infermo a rinviare dal presente a un lontano avvenire la soluzione”<sup>316</sup>.

Nel panorama culturale psicanalitico e psichiatrico il caso del presidente Schreber (e dell’omosessualità come causa del delirio paranoico) è paradigmatico già a partire da Jacques Lacan<sup>317</sup>, da Morton Schatzman<sup>318</sup> e da numerosi studiosi di matrice freudiana. Secondo Remo Bodei altre interpretazioni integrative o di diverso orientamento sono interessanti “in quanto il delirio di Schreber, come molti altri, è opportunistico, cerca cioè dei pretesti (storicamente e culturalmente variabili) per esprimersi e plasmarsi, ponendo così un argine alla paranoia.”<sup>319</sup>

Per esempio Elias Canetti ha associato il delirio del magistrato tedesco a quello degli uomini di potere, attribuendogli cioè un significato politico, sicché afferma che la

---

<sup>314</sup> *Ivi*, p. 59

<sup>315</sup> Schreber D. P., *Memorie di un uomo malato di nervi*, p.271

<sup>316</sup> Freud S., *Osservazioni*, cit. p.59

<sup>317</sup> Del 1932 è la sua tesi di dottorato *Della psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità*, mentre al 1955-56 risale il *Seminario III. Le psicosi*. È quest’ultimo in particolare che tratta del caso Schreber presentato come una “decifrazione champollionesca” della follia.

<sup>318</sup> Uscito negli Stati Uniti nel 1973, *La famiglia che uccide* presenta in parte una revisione delle interpretazioni freudiane del caso Schreber, allargando l’analisi al contesto familiare e soprattutto ai rapporti tra il padre Moritz e il figlio Daniel Paul. Ne emerge la sconvolgente figura del padre, appunto, autoritario e repressivo, la cui pedagogia repressiva traumatizzò indelebilmente i due figli maschi.

<sup>319</sup> Bodei R., *Le logiche del delirio, Ragione, affetti e follia*. Editori Laterza, Bari, 2000 cit. p. 56

paranoia e “una malattia di potere”<sup>320</sup>. Il ragionamento che Canetti svolge per giungere a tali conclusioni è questo: la maggior parte degli individui è costretta a subire ordini ed imposizioni ai quali obbedisce generalmente con sofferenza e rassegnazione; tuttavia può giungere il momento in cui tali ordini, vissuti come “spine” conficcate dentro il corpo sofferente, varchino il limite della sopportazione per cui difendersi da nuovi ordini diventa vitale per la sopravvivenza. Pertanto si farà di tutto per non riceverne più: si cercherà di non udirli, se si dovranno capire non li si capiranno, si sfuggirà ad essi in ogni modo, facendo esattamente il contrario di quanto viene richiesto. Questo atteggiamento tenacemente oppositivo si rovescia spesso in “accessi di servilismo”, ovvero in una identificazione con chi emette il comando.<sup>321</sup>

Il presidente Schreber, sottoposto fin dalla più tenera infanzia alle angherie dell’educazione del padre, rivissuta successivamente nelle limitazioni che gli furono imposte dal dottor Flechsing nella clinica di Lipsia, cerca la salvezza alla propria distruzione prefigurando deliri di invulnerabilità e onnipotenza.<sup>322</sup> Credendo che Dio abbia stabilito un’alleanza con Flechsing per perseguitarlo e annientarlo, combatte e sgomina le anime avversarie sino a restare l’unico uomo vivente sulla terra.

Nel delirio di Schreber, secondo Canetti, verrebbero alla luce le caratteristiche che potere moderno e masse hanno via via assunto nella società contemporanee, in particolare le modalità di interazione tra loro: per un verso l’attrazione e la domesticazione delle masse esercitata consapevolmente dal potere, per l’altro l’immedesimazione, “il riassorbimento della massa nel potente che rappresenta il potere politico nella sua persona”.<sup>323</sup>

Tornando al caso Schreber, il desiderio del magistrato di tramutarsi in donna per generare con Dio una nuova stirpe di esseri, non è riducibile pertanto al solo desiderio omosessuale rimosso. Secondo Canetti l’essere donna di Schreber “è una forma di sottomissione, di lusinga verso Dio”; altri si inginocchiano dinanzi a Dio, egli si offriva per godere del suo corpo”, portandolo a sé, adescandolo, “per impadronirsi di lui” e per “tenerselo stretto con ogni mezzo”.<sup>324</sup>

---

<sup>320</sup> Canetti E., *Massa e potere*, Adelphi, Milano, 1972 in Bodei R., *Le logiche del delirio*, cit. p.57

<sup>321</sup> *Ibidem*

<sup>322</sup> *Ibidem*, cit. “Innalzandosi sino alle stelle e a Dio, trasformandosi in un potente sovrano nel centro dell’universo a cui tutto si riferisce”

<sup>323</sup> *Ivi*, p.58

<sup>324</sup> *Ibidem*

## 3.2 PERCEVAL, UN PAZIENTE NARRA LA PROPRIA PSICOSI

### 3.21 Il Racconto

“Per mia sventura, nell’anno 1830 fui privato dell’uso della ragione.”<sup>325</sup> Con queste parole comincia il racconto di John Perceval, quinto maschio del primo ministro inglese Spencer Perceval, che nel 1812 venne assassinato fuori dalla Camera dei Comuni. L’omicida fu impiccato e alla famiglia venne corrisposta una consistente indennità che le permise di sopravvivere in condizioni più che discrete. Questo episodio segnò sicuramente il bambino John, di nove anni, che trascorse un’adolescenza comunque serena, con l’acquisizione di abitudini moderate e controllate, una profonda devozione della religione del proprio paese, e gratificata da buoni riconoscimenti scolastici. Nel frattempo la madre si era risposata con il tenente colonnello Sir Henry Carr, chiamato in lettere KCB da Perceval, che disapprovava il secondo matrimonio della madre.

All’età di diciassette anni, assecondando un’aspirazione coltivata fin dall’infanzia alla vita militare, egli entrò in un reggimento di cavalleria dell’esercito inglese. Il periodo della giovinezza fu caratterizzato dal costituirsi di un carattere duro, insofferente nei confronti della dubbia moralità dei compagni. “Nel mio intimo ero lacerato da un profondo conflitto sulla verità e la natura della religione cristiana, unito al dolore per l’incoerenza che rilevavo, tra, da un lato, il mio comportamento e i miei sentimenti che avevo appreso da Gesù e i suoi Apostoli; mi sentivo confuso e stupefatto, affacciato al gorgo della dissipazione e delle contraddizioni caratteristiche della società che mi circondava.”<sup>326</sup>

Il padre Spencer era stato un convinto anticattolico ed anche il figlio subì l’influsso delle idee del culto evangelico<sup>327</sup>, dalle quali avvertì la potente suggestione di dover divulgare e spiegare agli altri le dottrine che gli avevano donato la salvezza. Si spostò a Dublino, dove ebbe modo di esprimere il suo fervore religioso non solo verso i poveri e i malati, ma anche nei confronti dei soldati. La sua condotta e la distribuzione di testi religiosi di cui si era occupato, attirò sulla sua persona critiche e biasimi sia da parte dei suoi superiori sia dagli ambienti religiosi ufficiali. Era chiaro oramai che la vita

---

<sup>325</sup> G.Bateson, *Perceval, un paziente narra la propria psicosi*, p. 29

<sup>326</sup> *Ivi*, p.32

<sup>327</sup> Gli adepti di questo culto furono denominati in seguito Irvingiti e parlavano un idioma incomprensibile, seguendo l’esempio di quanto era successo agli Apostoli dopo la Pentecoste. *Ivi*, p. 9

militare non era più compatibile con il forte sentimento religioso che sentiva radicato in sé, né voleva accettare “di essere un cieco strumento del potere”.<sup>328</sup>

Nel 1830 si recò in Scozia in un momento in cui si diceva che avvenissero dei miracoli presso Row e Port Glasgow; qui fece conoscenza con alcuni seguaci della Chiesa irvingita che gli sembravano mossi dallo Spirito Santo. A grandi passi si avviò sulla via della conversione, entusiasta ed eccitato, ma allo stesso tempo “non partecipavo a questi incontri senza che profondi conflitti interiori e senza provare in seguito una profonda depressione. L’ansia mi pervadeva e sembrava che un peso mi opprimesse il corpo intero il mio corpo”<sup>329</sup>.

A Port Glasgow ebbe molti colloqui con altri fedeli irvingiti ispirati come lui, senonché in sé avvertiva scendere lo Spirito Santo che lo trasformava in un suo strumento: cantava melodie sublimi, parole di purezza, bontà e consolazione, ma non gli era dato rendersi conto di quanto gli avveniva. Credeva indubitabilmente ai miracoli di cui aveva sentito parlare con tanto fervore, e riteneva che egli stesso avrebbe “avuto un ruolo da protagonista in quelle vicende straordinarie”<sup>330</sup>, sentendosi “come un esempio vivente dello Spirito Santo che agiva nell’uomo”<sup>331</sup>, in possesso di doni straordinari che via via si stavano manifestando. Sapeva che si sarebbe potuto rifiutare di obbedire alla guida dello Spirito, ma che non avrebbe “potuto controllare le Sue esternazioni”.<sup>332</sup>

Guidato dallo Spirito nella lettura di alcuni passi del Vecchio Testamento che contenevano riprovazioni ed ammonimenti verso il profeta Geremia, avvertì che quelle parole minacciose erano invece rivolte a lui,<sup>333</sup> ma che non se ne capacitava giacché aveva la certezza che “il Signore ha promesso di sostenermi, oltre che di salvarmi e convertirmi.”<sup>334</sup>

È possibile cogliere già in queste pagine iniziali del libro le prime avvisaglie della malattia mentale che lo colpì e a causa della quale qualche mese dopo venne internato. Tuttavia la fiducia che Perceval aveva riposto in Dio, era tale che quelle voci che, pur sentiva risuonargli dentro, erano attribuite a nuovi doni che la volontà di Lui gli

---

<sup>328</sup> *Ivi*, cit. p. 36

<sup>329</sup> *Ivi*, p.44

<sup>330</sup> *Ivi*, p. 46

<sup>331</sup> *Ivi*, p. 48

<sup>332</sup> *Ibidem*, cit.

<sup>333</sup> *Ivi*, p. 49

<sup>334</sup> *Ibidem*,

offriva<sup>335</sup> e “soprattutto all’estrema eccitazione nervosa che portò all’annientamento di quella la pace recentemente acquistata, e infine alla mia rovina.”<sup>336</sup>

In un successivo viaggio in Irlanda il suo stato di salute mentale e fisica precipitò: per un verso egli si lasciava ancora guidare dallo Spirito, ma secondo una modalità per così dire intermittente<sup>337</sup>, per un altro intrattenne rapporti sessuali con una “donna del luogo” contraendo o “convincendosi di aver così contratto la sifilide.”<sup>338</sup>

Perceval si riprese comunque in pochi giorni, attribuendo la veloce guarigione sia alle cure mediche sia a sopraggiunti interventi miracolosi.

Di lì a poco il giovane cominciò a parlare una lingua sconosciuta e a fare gesti bizzarri davanti a tutti. Durante una di quelle notti il delirio si dispiegò in tutta la sua forza: sentiva una voce che gli parlava e avvertiva una trasformazione del proprio corpo guidata da uno spirito che lo costringeva a disporsi in determinate posizioni sul pavimento per sottrarsi alle fiamme infernali. Solo obbedendo allo Spirito di Gesù si sarebbe salvato, non altrimenti.<sup>339</sup>

In seguito Perceval fu di nuovo visitato da più spiriti di diversa natura che lo guidavano imponendogli movimenti, pensieri e azioni edificanti ma spesso contraddittori, ottenendo così l’effetto di stordirlo ancor più.<sup>340</sup> Oramai le voci allucinatorie lo perseguitavano e ne indirizzavano il comportamento che si faceva sempre più

---

<sup>335</sup> “Avevo il sospetto che mi fosse stato conferito un nuovo potere, che consisteva nel saper discernere che parlavano per tramite di altri uomini [...] ritenevo che potesse rappresentare, se non si trattava di una allucinazione, una benefica vigilanza [...] per esempi ero convinto di saper riconoscere il male in se stesso e negli altri attraverso una speciale sensazione sul palato e nella gola e altre sensazioni uditive”. *Ibidem*

<sup>336</sup> *Ibidem*, Quest’ultima notazione è fatta da Perceval a posteriori, ovvero riandando al passato sul filo della memoria di quel tempo della sua vita.

<sup>337</sup> “Le frasi che pronunciavo in risposta [...] erano spesso accompagnate dal dolore fisico, ma nello stesso tempo ... non riuscivo a fare a meno di rispondere e non riuscivo a frenare le parole. Se reprimevo l’impulso mi sentivo a disagio e suscitavo dolore. [...] o dovevo trattenermi dal parlare o esprimermi com’ero indotto dalla mia guida, oppure manifestare i miei propri pensieri. E quando non ero guidato mi capitava talvolta di inciampare e lasciare le frasi a metà [...] e cadere nel ridicolo quando, dopo aver aperto la bocca per parlare, il mio spirito si abbandonava prima che finissi la frase. [...] gemevo e soffrivo nello spirito, provavo un reale dolore fisico e temevo di essere colpevole e accusavo me stesso di infinita ingratitudine per essermi ribellato [...] allo Spirito Santo”. *Ivi*, pp. 40-50

<sup>338</sup> È Bateson che, nell’introduzione al racconto, precisa che Perceval “racconta di aver frequentato una prostituta, convincendosi di aver così contratto la sifilide” *Ivi*, p. 10

<sup>339</sup> Perceval doveva rimanere in una postura supina, sul pavimento e rimanervi fino al mattino. Finalmente coricato nel proprio letto si ritrovò ad immaginare che lo Spirito Santo e Gesù fossero scesi per sopportare il dolore al posto suo e per dargli la salvezza. *Ivi*, p. 55

<sup>340</sup> “Ero tormentato dai comandi di quello che avevo immaginato essere lo Spirito Santo, che mi chiedeva di dire altre cose, ma ogni volta che tentavo di obbedire mi rimproverava tremendamente per aver cominciato con la voce e non quella che mi era stata data. [...] Poiché gli ordini di parlare m’erano impartiti sotto la pena di tormenti terribili, avevo paura di provocare la collera dello Spirito Santo e di incorrere nel senso di colpa [...] Tutte le volte che cercavo di parlare mi si rimproverava con asprezza per non aver usato le espressioni dello spirito che m’era stato inviato” *Ivi*, p. 58

disordinato e bizzarro, sicché, visitato da un medico, il giovane venne costretto ad indossare una camicia di forza e a subire inaspettati maltrattamenti, mentre le voci interiori gli dicevano che solo un intervento miracoloso dello spirito di Gesù e dello Spirito Santo l'avrebbe salvato.

In questa fase di escalation verticale del suo delirio emerge con evidenza il tratto che lo caratterizza: il dubbio assillante. Perceval insiste in più parti del racconto sulle voci che attraversavano continuamente la sua coscienza: non erano voci univoche; alcune lo facevano sentire in colpa, altre lo incoraggiavano; talune lo esaltavano nella fede, talaltre lo colpevolizzavano e lo deprimevano al punto di fargli sentire le fiamme dell'inferno. E, in mezzo a tutto questo turbinio, il dubbio<sup>341</sup>: il dubbio di dar loro credito fino in fondo oppure di lasciar spazio al suo proprio giudizio, al suo proprio pensiero.<sup>342</sup>

Nella loro essenza le voci che tormentavano Perceval non erano in fin dei conti che “caricature e iperboli del suo puritanesimo distorto e dei suoi sensi di colpa” [...] e “i deliri contengono in forma invertita o nascosta, proprio quei dubbi che lui teme di nutrire in forme più coscienti”<sup>343</sup>. Quindi sarà il dubbio, l'incoerenza via via sempre più avvertita del suo sragionare, le “ripetute esperienze del ridicolo che lo porteranno alla fine a rinsavire”<sup>344</sup>.

Agli inizi del 1831, mentre le sue condizioni mentali si arricchivano di ulteriori manifestazioni visionarie, ricevette la visita del fratello maggiore Spencer. John, che sperava in una fraterna accettazione del familiare, fu immediatamente e disperatamente deluso. “Quando mio fratello [Spencer] comparve per la prima volta al mio capezzale, gli dissi: «Ho speranze ora, sarò compreso e rispettato», perché mi aveva scritto che credeva nei miracoli di cui si raccontava a Row. Quando, tuttavia, gli dissi per la prima: «Mi si chiede di fare questo e quello», «Mi si chiede di fare questa o quella azione», egli replicò in tono sbrigativo e superficiale, come se si rivolgesse ad un bambino, e si fece beffe delle mie affermazioni. Le speranze di esser compreso erano svanite, e il mio

---

<sup>341</sup> “Eppure, non diedi credito completamente a queste voci, o almeno, esercitavo in un certo senso ancora il mio giudizio e talvolta sospettavo di esse. [...] Soccombetti a un abituale della mente [...] quello del timore di dubitare e di accettare la colpa del dubbio sulla mia coscienza.” *Ivi*, p. 62

<sup>342</sup> Bateson sottolinea come alcune riflessioni che Perceval svolge nella sua narrazione siano improntate ad una “saggezza retrospettiva”, tralasciando che “il coraggio di mettere in dubbio le sue voci crebbe in lui con dolorosa lentezza, e che i deliri stessi contribuirono alla sua crescita” G.Bateson, *Perceval, un paziente narra la propria psicosi*, Introduzione p.11

<sup>343</sup> *Ivi*, p.12

<sup>344</sup> *Ibidem*

cuore si allontanò da lui [...] Poi mi chiusi di nuovo nel silenzio e non mi rivolsi più a nessuno”<sup>345</sup>.

A questo punto Perceval introduce una considerazione retrospettiva e importante circa la consapevolezza che egli maturò alcuni anni più tardi, riflettendo sul proprio percorso di malato: se solo il fratello lo avesse ascoltato e aiutato a riflettere sulle voci e sulle rivelazioni che avvertiva, riconoscendo anche la possibilità che esse potessero essere negate o messe in dubbio, forse egli sarebbe stato rapidamente salvato da quella condizione orribile e dalla rovina. Ma così non fu.”<sup>346</sup>

Sul finire di gennaio, accompagnato in viaggio dal fratello che “non diede peso alle mie suppliche di salire in coperta e si prese gioco dei miei timori”,<sup>347</sup> Perceval approdò a Bristol e fu ricoverato in casa di cura del dottor Fox nei pressi della città a causa della sua folle immaginazione, e qui venne abbandonato.<sup>348</sup>

Il dottor Fox era un vecchio amico del padre, ma il giovane non ebbe alcun trattamento di favore: venne subito legato e costretto ad indossare una camicia di forza, senza consapevolezza della propria follia.<sup>349</sup> Perfino nei momenti di minor tensione, egli sentiva che lo spirito scendeva ad assillarlo, per metterlo alla prova, esponendolo al ridicolo, e talvolta all’inganno. Spesso ebbe delle crisi, durante le quali manifestava anche atteggiamenti violenti nei confronti degli altri pazienti e degli inservienti dell’istituto. Nei confronti di questi ultimi e dei medici sceglieva di tenere la condotta più sgradita e orripilante ai loro occhi, in realtà la più gradita a loro in quanto essi intensificavano i trattamenti sui pazienti a scopi punitivi. Dopo alcune settimane di permanenza il narratore poté sperimentare su di sé la “qualità” dei trattamenti<sup>350</sup>

---

<sup>345</sup> *Ivi*, p.78-79

<sup>346</sup> *Ivi*, Bateson, nell’introduzione, fa notare che Spencer avrebbe invece dovuto accettare la realtà del delirio di suo fratello, aiutarlo a rafforzare i dubbi che quest’ultimo stava gradualmente maturando sull’autenticità delle voci, allo scopo di indirizzarlo verso la guarigione. *Ivi*, p. 14

<sup>347</sup> *Ivi*, p. 81

<sup>348</sup> “E così mio fratello partì e mi lasciò nelle mani di sconosciuti”. *Ivi*, p. 85

<sup>349</sup> “E la mia follia si differenziava per un aspetto da quella degli altri pazienti: non ero indotto a ad agire da impressioni e sensazioni, bensì ispirato da sensazioni udibili o visibili”. *Ivi*, p. 90

<sup>350</sup> “Mai avanzai rimostranze per questo o quel trattamento, per quanto potesse essere negativo [...] Fui portato nella mia nicchia, fatto sedere e legato con una cinghia [...] di solito, mi liberavano una mano dalla camicia di forza [...] e il primo uso che ne facevo era di colpire l’assistente che mi aveva liberato [...] e sembrava che il desiderio più grande del sorvegliante fosse restituirmi il colpo [...] le percosse le accettavo solitamente di buon grado. [...] A volte due uomini mi legavano mani e piedi e mi gettavano all’indietro nel bagno; non capivo che bisogno vi fosse per usare la violenza [...] una volta, Semplicità allungò una barra di ferro per spingermi sott’acqua [...] e mi porse una barra rovente, come fosse appena stata levata dal fuoco [...] mi gettava indietro con violenza sul sedile e, una volta seduto, mi colpiva all’addome e poi al viso. Quest’uomo possente mi picchiava spesso con gran ferocia e spirito di vendetta...” *Ivi*, p.101-103

assegnati ai pazienti più riottosi. Intanto l'evoluzione del delirio si alimentava di sempre nuove guide invisibili che, ad esempio, lo portavano a scambiare “due o tre domestiche del manicomio mi furono indicate come mia madre”<sup>351</sup> oppure a doversi ritenere colpevole a causa dei peccati che aveva commesso, di tutte le calamità e le sventure inflitte dall'Onnipotente alla nazione. Ricevendo quelle voci come ordini o come reprimende provenienti da Dio, non vi era altra possibilità che obbedirvi per quanto potessero parere assurde a lui o ad altri<sup>352</sup>. Durante la maggior parte delle giornate era confinato in un angolo, legato ad un sedile, ignorato dagli altri pazienti o dai medici, tranne la domenica quando il dottor F. (Fox), entrava nel salone in visita ai pazienti.

Talvolta i pazienti venivano accompagnati a fare qualche uscita fuori dalla casa di cura e spesso i sorveglianti lo prendevano bonariamente in giro per i suoi deliri, aggiungendo altre voci, ordini e minacce a quelle che già sentiva dentro di sé e che lui prendeva sul serio; altre volte, gli spiriti che lo istigavano a dubitare della sua stessa identità o dell'esistenza dei suoi parenti più prossimi.

Dopo nove mesi trascorsi nella casa di cura, a Perceval parve che la reclusione cui era sottoposto durasse “un tempo ben più lungo del necessario”<sup>353</sup> e, incominciando a tornare in sé e a indignarsi per il trattamento che gli era riservato, chiese di poter essere slegato, ma le sue richieste vennero negate.<sup>354</sup>

I suoi atteggiamenti e le sue riflessioni di questa fase indicano una evoluzione in senso positivo della sua malattia, una consapevolezza nuova: “ero degradato, è vero, precipitato in una sventura immensa, eppure rimanevo a loro superiore per rango e istruzione, e avevo diritto al rispetto anche [...] alla tolleranza della mia infermità”<sup>355</sup>; ed in altro passaggio [...] “il sistema non era altro che una crudele irrisione del paziente. Si finge che egli sia l'oggetto penoso di cure scrupolose, il bersaglio innocente di deliri

---

<sup>351</sup> *Ivi*, p.106

<sup>352</sup> “L'orribile impressione di paura prodotta dalle minacce abnormi; il rimorso che provavo per i precedenti atti di ingratitude, gli appelli dello spirito al mio attaccamento, al senso dell'onore e al senso del dovere; la speranza di redimere milioni di anime con un atto di obbedienza, in presenza di Gesù e di suo Padre, erano troppo forti perché potessi resistere. Solo verificare la falsità delle promesse mi avrebbe fatto rinunciare a quei tentativi; e quell'esperienza era lenta a venire...” *Ivi*, p. 108

<sup>353</sup> *Ivi*, p. 118

<sup>354</sup> La considerazione che segue questo passo lascia intendere, chiaramente retrospettiva come molte altre disseminate in questa parte del racconto, apre al tema dell'ignoranza crassa, della faciloneria, dell'arroganza della classe dei medici inglesi che verrà trattato più ampiamente in seguito “Un medico dei folli, in un certo senso, è piuttosto sicuro di essere nel giusto; non corre il rischio di rovinare la propria reputazione”. *Ibidem*.

<sup>355</sup> *Ivi*, p. 122

incomprensibili, ma lo si tratta come se ne fosse responsabile, come se il raggio che subisce fosse una colpa; e poi, se oppone resistenza al trattamento, allora è un pazzo!”<sup>356</sup> Oramai le violenze che era costretto a subire o a sfogare dai e sui suoi aggressori non gli erano più così incomprensibili come nei mesi precedenti; ora le iscriveva nell’insensatezza e nella crudeltà di chi le esercitava sui lunatici, così erano chiamati i pazienti nella casa di cura del dottor F, oppure le giustificava come necessità di difesa e sopravvivenza sua e degli altri internati.

I capitoli relativi alle spaventose condizioni di igiene e di degenza del manicomio di Brisslington, dai maltrattamenti stoicamente sopportati e alle conseguenti riflessioni e denunce di quanto personalmente subito e testimoniato, costituiscono la parte centrale e più consistente del racconto di Perceval. Emergono descrizioni di dettagli raccapriccianti, di situazioni inimmaginabili per crudeltà e degradazione fisica e morale rispetto ai quali l’intenzione del narratore è certo quella di fornire un quadro quanto più realistico possibile delle condizioni generali in cui versavano i malati mentali nei manicomi, ma certamente anche quella di attrarre l’attenzione sul mondo della sofferenza psichica pignorato e lasciato ai margini della considerazione sociale del suo tempo. Di tali e altri particolari Perceval mise a conoscenza i suoi familiari attraverso accorate lettere – peraltro controllate dalla direzione del manicomio in accordo con il fratello – ma non queste e nemmeno alcune loro visite a Bristol, valsero a cambiare il corso drammatico della sua degenza,<sup>357</sup> sicché egli maturò gradualmente, specie nei confronti di sua madre, un’avversione e un odio insopprimibili.

Seppur non abbandonato dalle voci che gli risuonavano internamente e che tentavano spesso di fuorviarlo e di ingannarlo, il narratore era consapevole di cogliere dei progressivi mutamenti in positivo nel suo animo<sup>358</sup>, ma nel contempo era certo che la propria permanenza avrebbe apportato un peggioramento alla sua mente. Con la quasi totale sparizione dei deliri a Perceval venne comunque concesso maggior libertà di movimento, infatti prese a lavorare all’esterno nel giardino del dottor F. e gli fu

---

<sup>356</sup> *Ivi*, p. 126

<sup>357</sup> “Quando cominciai a scrivere a mio fratello e mia madre, lagnandomi con loro della mia condizione [...] non mi concessero alcun’attenzione. [...] In veste di singolo, non sapevo quale condannare più aspramente, se il medico la famiglia.” *Ivi*, p. 153

<sup>358</sup> “Cominciai a ad ammirare i cestini da lavoro della cameriera e altri oggetti simili [...] mi sembravano semplici, puliti e belli; [...] quand’ero in gran parte guarito dai miei deliri, e in miglior salute, e riuscivo a vigilare e controllare le mie azioni in modo costante e dettagliato, riuscendo a osservarne le cause, uscii... [...] La mia guarigione fu molto graduale, ma le sue fasi notevoli [...] Cominciai a non essere tanto disposto a rinunciare ai dettami del buonsenso...” *Ivi*, p. 153 cit.

consentito di tracciare un sentiero in mezzo boscaglia, utilizzando attrezzi da taglio, ma quando fece delle richieste di maggior autonomia ricevette “un netto rifiuto da parte del dottore.”<sup>359</sup>

John Perceval “rimase in quell’istituto [di Brisslington] fino al maggio del 1832, quando venne trasferito nella casa di cura del signor Newington, a Ticehurst nel Sussex, dove sembra sia rimasto fino all’inizio del 1834.”<sup>360</sup> Fu questa una fase in cui, riflettendo sulla sua lunga e tormentata vicenda, Perceval si ritrovò a pensare che molti deliri che lo avevano angustiato in passato e che ancora lo tormentavano, e che affliggevano anche altri pazienti, derivassero “dall’interpretazione letterale d’una forma poetica o figurativa di comunicazione”.<sup>361</sup>

Questa osservazione gli era sopraggiunta negli anni di ricovero a Brisslington ed egli riteneva che avrebbe potuto rivestire grande importanza per la cura dei lunatici e, in buona sostanza, egli la formulò così: “lo spirito parla in forma poetica, ma l’uomo intende le sue parole in senso letterale”<sup>362</sup>. Altre osservazioni molto interessanti, che testimoniano il notevole sforzo di Perceval nell’analisi delle proprie dinamiche interiori e sulle quali Bateson si sofferma nella sua *Introduzione al Racconto*, si sviluppano nella ricerca dei meccanismi che portano all’instaurarsi della follia.

Un esempio di tale indagine, preso non a caso dalla religione cristiana, riguarda lo stato di confusione e di fraintendimento in cui si trova la mente allorché sia costretta ad ospitare messaggi per così dire contraddittori: “Intendo dire che nel funzionamento della mente umana, la divinità, se non sempre, molto spesso, impone il suo volere scherzando, se così si può dire, con i suoi figli; che il peccato originale consiste nel fraintendimento o nell’aberrazione di questa forma di comunicazione; o che tale fraintendimento sia la prima conseguenza di del peccato originale (se peccato vi fu), che ha pervaso e falsato ogni deliberazione, ogni concezione e ogni azione futura. Pertanto, ritengo che quanti professano la religione siano spesso tanto ipocriti, perché il vero

---

<sup>359</sup> *Ivi*, p. 207

<sup>360</sup> *Ivi*, p.10

<sup>361</sup> *Ivi*, p. 293

<sup>362</sup> Perceval fornisce un esempio di tale meccanismo: “Analogamente, quando (gli spiriti) mi chiedevano di soffocarmi con il cuscino e mi dicevano che altri stavano soffocando me, ecc., ritengo che lo spirito si riferisse all’oppressione dei miei sentimenti, al fatto che stessi soffocando il mio dolore [...] sul cuscino della mia coscienza” e ancora.” Perciò la follia consiste anche nello scambiare [...] un ordine di carattere mentale per uno di natura fisica” *Ivi*, p. 294

ipocrita è colui che, come i Farisei, pensa di essere religioso ma non lo è.”<sup>363</sup> Oppure, quando l’autore, in cerca di un’altra definizione per dare contorni più suggestivi alla follia, osserva: “la follia è la confusione delle facoltà dell’intelletto, ma anche l’emancipazione di tali facoltà dal controllo di un giudizio naturale, ma spesso inesatto, e di per sé già confuso; in questo modo si liberano doti naturali che prima erano state inibite, e che coloro che prima erano repressi manifestano.”<sup>364</sup>

Nell’istituto del signor Newington, John Perceval giunse quando era “in gran misura guarito da molti dei miei deliri, e quelli che mi assillavano non erano più tanto preoccupanti da dover essere tenuto alla larga da ogni pericolo”.<sup>365</sup> Consapevole del proprio recupero mentale e fisico tanto agognato, Perceval non poté fare a meno di notare quanto lo stigma sociale fosse crudele nei confronti dei lunatici: “intendo il fatto che durante la guarigione per via delle convenzioni sociali, non sia loro permesso esprimere i propri sentimenti nei modi e nel tono che s’addice alla loro situazione; e se lo fanno corrono il rischio di vedersi protrarre quella deleteria e orribile reclusione, perché il mondo, i magistrati e i medici, che sono i loro giudici, che si considerano sani di mente, s’attendono da quanti hanno attraversato la follia e sono sensibili alla propria stessa disgrazia, lo stesso tono, gli stessi gesti, lo stesso ritmo e la stessa pacatezza che ritrovano in quanti mai hanno attraversato quelle sconcertanti vicissitudini.”<sup>366</sup> Ed ancora, malgrado la terribile esperienza a Brisslington, quasi con sgomento si domanda: “Dire che sono stupefatto dell’ignoranza di un dottore per folli sarebbe come dire che mi stupisco che la notte è buia. Ma perché si è permesso che quell’ignoranza imbrogliasse il mondo intero? Sembrano totalmente privi di cognizione della sofferenza dei pazienti di nervi”<sup>367</sup>

All’inizio del 1834, dopo pressanti e vane insistenze nei confronti della madre, affinché intercedesse presso i medici per ottenere il suo rilascio, Perceval ottenne di uscire definitivamente dalla casa di cura di Ticehrust: come si espresse con poca delicatezza

---

<sup>363</sup> *Ivi*, cit. p. 304 Per chiarire lo stesso concetto Perceval ricorre ad un esempio più semplice: “Ma non siamo forse consapevoli di quante volte, da ragazzi, a scuola, abbiamo disobbedito agli ordini e fatto cose solo perché erano vietate, non sappiamo forse che il modo migliore per indurre qualcuno a leggere un libro è dire che non dovrebbe leggerlo?” *Ivi*, p. 304

<sup>364</sup> *Ivi*, p.305

<sup>365</sup> *Ivi*, p. 315

<sup>366</sup> *Ivi*, p. 316

<sup>367</sup> *Ivi*, p. 317

l'atto del Parlamento, finalmente “non ero persona atta ad essere internata”.<sup>368</sup> Ritornò a Londra e nello stesso anno si sposò con Anna Gardner, dalla quale ebbe quattro figli. Nel frattempo, dando corso ad un suo “progetto inteso a tranquillizzarmi e rafforzarmi, a stimolarmi e a rallegrarmi”<sup>369</sup> per scongiurare una ricaduta nella malattia, il narratore iniziò con grande determinazione una serie di azioni legali nei confronti di alcuni medici ai quali doveva il suo calvario personale e prese la decisione di scrivere un libro di denuncia sociale. A questo proposito sottolinea Paolo Bertrando nella *Nota finale* in appendice al *Racconto* “Non si trattava di un progetto puramente egocentrico: l’idea è certo di raccontare le sue personali vicissitudini, ma al fine di alleviare le sofferenze [...] delle persone internate in un’istituzione manicomiale”.<sup>370</sup>

Nel 1935 Perceval fu a Parigi, dove prese a scrivere la prima parte della sua testimonianza, e dove in quegli anni lavorava lo psichiatra Jean-Étienne Esquirol, continuatore della riforma manicomiale introdotta da Pinel. Nel 1838 uscì il primo libro del *Racconto*, mentre il secondo vide la luce nel 1840.

Nella sua *Introduzione* al testo di Perceval, sul quale ha apportato riduzioni e adattamenti, Bateson afferma che non ha “quasi nessuna informazione sul resto della vita”<sup>371</sup> del narratore. Non numerose in effetti sono quelle che si ricavano da altre fonti. Bertrando nella *Nota finale* all’opera aggiunge che Perceval trascorse gli anni successivi battendosi per una riforma delle leggi sulla follia e per un miglioramento dei detenuti d’asilo, nonché di singoli casi, definendosi “il procuratore generale dei pazzi di Sua Maestà”.<sup>372</sup> Nel 1846, costituendo un gruppo di ex-pazienti di manicomio, fondò la *Società degli amici dei presunti lunatici* che intraprese una serie di cause, spesso vinte, contro le case di cura private e che lottò per rendere più umane le condizioni di vita dei ricoverati e per introdurre un nuovo regolamento manicomiale. “Per quanto vittoriosa in molte battaglie, la *Società* non riuscì a vincere la guerra”,<sup>373</sup> sicché a Perceval toccò constatare amaramente che la qualità delle degenze nelle case di cura non aveva fatto

---

<sup>368</sup> *Ivi*, p. 338

<sup>369</sup> *Ibidem*, Subito dopo ne esplicita le necessità:[...] avevo bisogno di sicurezza, perfino di isolamento [...] avevo bisogno di allegria e di vivaci intorno a me [...] bramavo ora la compagnia femminile, raffinata e discreta.” p. 339

<sup>370</sup> Bertrando P., *Versioni di Perceval*, in Bateson G., *Perceval* cit. p.359 “Pensai a quanti erano nella stessa situazione in cui ero stato io [...] e mi dissi: chi parlerà per loro se non lo faccio io? Chi intercederà per loro se io taccio? Come posso tradirli avallando la sottile malvagità, la crudeltà e la tirannia dei medici e tradire me stesso?”

<sup>371</sup> Bateson G., *Introduzione*, in *Perceval...*, cit. p.10

<sup>372</sup> Bertrando P., *Versioni di Perceval*, cit. p.361

<sup>373</sup> *Ivi*, cit. p. 362

grandi progressi rispetto al suo internamento. John Perceval visse in tranquillità gli ultimi anni della sua vita e morì settantatreenne nel 1876.

### 3.22 L'analisi di Gregory Bateson

La casualità dell'acquisto su una bancarella dei due volumi del *Racconto* da parte di Gregory Bateson (1904-1980) di ritorno da un viaggio in Nuova Guinea, nel 1935, dona un tratto romanzesco alla vicenda dell'autobiografia di Perceval alla quale l'antropologo e psichiatra inglese, dopo aver apportato tagli ed adattamenti, per così dire, "funzionali" al suo sguardo<sup>374</sup>, diede la luce a 25 anni dal suo ritrovamento, premettendovi altresì un'introduzione<sup>375</sup> in cui fornisce una sua interpretazione che in quest'ultima parte del capitolo verrà affrontata in alcuni dei punti salienti.

In primo luogo si pone la questione delle ragioni per le quali Bateson trovò affascinante il memoriale dello psicotico inglese: secondo la *Nota finale* al *Racconto* di Paolo Bertrando<sup>376</sup> "possiamo dire allora che Perceval sta in qualche modo a metà strada tra Schreber e Beers.<sup>377</sup> Come il primo, fornisce un'acutissima indagine introspettiva del proprio delirio e della vita interiore di uno psicotico, come il secondo, s'investe di una missione e la segue per tutta la vita. Di più: a differenza di entrambi, Perceval ambisce a diventare un teorico della follia".<sup>378</sup> In particolare, è relativamente a quest'ultimo aspetto della riflessione dello psicotico inglese, che Bateson trova che vi fossero elementi di affinità con gli studi sulla schizofrenia che stava intraprendendo in quella fase della sua attività di studioso.

Come è già stato messo in rilievo nelle pagine precedenti di questo lavoro, lo stesso Perceval aveva colto da sé, in piena fase delirante a Brisslington, frastornato dal susseguirsi di voci contrastanti che si affastellavano di continuo nella mente, che, per un verso, egli dava ad esse un credito completo, per un altro ne dubitava, per un altro ancora, soffriva di dubitarne. Il conflitto tra queste istanze, che non erano in fin dei conti

---

<sup>374</sup> Bertrando P., *Versioni di Perceval*, "È logico che per noi Perceval sia il Perceval di Bateson, filtrato da quell'interpretazione." p. 357

<sup>375</sup> Bateson G., *Introduzione*, in *Perceval...*, p.10-25

<sup>376</sup> Bertrando P., *Versioni di Perceval*, pp. 358-378 in Bateson G., *Perceval...*

<sup>377</sup> Beers Clifford Whittingham, *A Mind that Found itself (Una mente che ha trovato se stessa)*, 1921

<sup>378</sup> Bertrando P., *Versioni*, p. 374

che “caricature e iperboli del suo puritanesimo distorto e dei suoi sensi di colpa”<sup>379</sup> e che lui temeva nei primi tempi di nutrire in forma più cosciente, lasceranno via via spazio al suo proprio giudizio e, infine, alla sua guarigione.

Secondo Bateson, Perceval avrebbe dovuto, semmai, accettare il dubbio come funzione della mente individuale, da esercitare responsabilmente, assumendo nella sua coscienza la *responsabilità* del dubbio.”<sup>380</sup> Le descrizioni delle voci che lo affliggevano ponevano il povero Perceval in quel dilemma comunicativo che l’antropologo inglese e il suo gruppo di ricerca a Palo Alto hanno definito con l’espressione “doppio legame”<sup>381</sup>.

Altre importanti implicazioni Bateson ritrova in questa storia: l’intuizione di Perceval, secondo cui la schizofrenia “sembra a volte avere delle proprietà curative”<sup>382</sup>; in altre parole, molti sintomi che questa malattia manifesta sarebbero parte di un meccanismo di difesa che il corpo genera per correggere qualche patologia più profonda<sup>383</sup>. Perceval avrebbe attivato, per mezzo di processi inconsci della mente, una strategia (le manifestazioni) in grado di permettergli una successiva uscita dalla psicosi. È in questo “percorso virtuoso” che Bateson individua dei decisi avanzamenti proprio nei momenti in cui John, tra le diverse possibilità che le innumerevoli voci gli proponevano, riconobbe anche le sue proprie e scelse a quali affidarsi. Finalmente è attraverso la scelta che il soggetto giunge anche ad accettare la realtà del delirio e il dubbio come funzione di una mente responsabile.

A questo punto lo stesso Bateson si chiede se le condizioni contestuali in cui Perceval si trovò ad attraversare la sua esperienza psicotica fossero favorevoli ad accelerarne il processo di guarigione. La risposta è negativa: non è certo grazie ai trattamenti che gli furono inflitti che vinse la sua malattia; piuttosto, malgrado quelli. La denuncia di Perceval, cui l’antropologo inglese dà man forte, non lascia spazio a dubbi: il *Racconto* è una critica feroce all’istituzione manicomiale inglese; e in questo, secondo Bertrando,

---

<sup>379</sup> Vedi nota 63

<sup>380</sup> Bateson G., *Introduzione*, in *Perceval...*, p.21

<sup>381</sup> *Ivi*, cit. p. 13 “Così, anche se fa la cosa giusta, lo biasimano perché l’ha fatta per motivi sbagliati” Secondo Bateson lo scatenarsi della schizofrenia si può generare in un meccanismo di doppio vincolo: in un contesto caratterizzato dall’ambiguità dei messaggi ricevuti un soggetto tenderebbe a ricercare una collocazione che possa rappresentare un compromesso. Tuttavia atteggiamento comporterebbe il rischio di entrare in susseguirsi di distorsioni. Si verrebbe a delineare pertanto una figura di soggetto che “cresce senza sviluppare la sua capacità di comunicare sulla comunicazione, e pertanto resta privo dell’abilità di determinare il vero significato di ciò che gli altri dicono e dell’abilità di esprimere ciò che egli stesso veramente intende, che è un requisito fondamentale per stabilizzare relazioni normali” in G. Bateson, *Verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977 p.254

<sup>382</sup> *Ivi*, p. 14

<sup>383</sup> Non si può fare a meno di notare l’eco del pensiero di Canguilhem in queste considerazioni

“la critica batesoniana si accosta a una visione che si può definire antipsichiatrica (nell’accezione di una critica radicale all’istituzione manicomiale comune a Laing e Foucault, come a Basaglia e a psichiatri critici italiani)”<sup>384</sup>.

Secondo Bateson negli ospedali psichiatrici “allora come oggi, le principali modalità terapeutiche erano tali da ridurre nel paziente il senso della propria dignità e responsabilità [...], sottoponendolo a una quantità di esperienze dolorose senza spiegazione, attorno alle quali poteva costruire spiegazioni deliranti.”<sup>385</sup> Sul carattere repressivo e violento del sistema manicomiale inglese e sull’impreparazione, l’ignoranza e l’ipocrisia dei medici che vi svolgevano le loro mansioni si è già segnalato<sup>386</sup> quanto descritto Perceval e del sostegno fornito da Bateson a questa tesi. Quasi a fare da contrappeso allo sguardo totalmente critico finora illustrato, Paolo Bertrando pone dei dubbi su scenari raffigurati a tinte così fosche.

All’epoca si riteneva che le malattie mentali avessero una duplice causa, fisica e soprattutto morale; quest’ultima andava trattata sottomettendo la volontà del malato per mezzo di contenzioni e coercizioni, camicie di forza, intimidazioni, ecc.; e tali metodi erano stati applicati perfino al re d’Inghilterra. “In questa luce , Brisslington appare come un luogo di cura adeguato agli standard del 1830, e forse uno dei migliori”<sup>387</sup> In definitiva forse Perceval non è stato così sfortunato come egli ripete in più e più pagine del suo *Racconto*. Il fatto è che “si trova inserito in un regime che è adeguato alla sua epoca, ma nello stesso tempo in grado di discernere l’assurdo, e da ultimo anche il ridicolo.”<sup>388</sup>

Ulteriore punto sul quale soffermarsi è quello relativo al ruolo della famiglia nella genesi della sua patologia: più volte Perceval si addolora per l’atteggiamento ipocrita del fratello e della madre nei suoi confronti. Verso quest’ultima, in particolare, matura col tempo un profondo odio al punto di riproporsi di citarla in giudizio, al pari dei medici, per quanto era stato costretto a subire. Affrontando il tema delle relazioni con le persone a lui vicine, secondo Bateson, Perceval mette in luce un punto decisivo, ovvero il fatto che “in quasi tutte le famiglie [alto-borghesi inglesi di quel periodo storico], è possibile riconoscere che l’individuo psicotico ha la funzione di rappresentare un

---

<sup>384</sup> Bertrando P., *Versioni...*, p. 377

<sup>385</sup> *Ibidem*

<sup>386</sup> Vedi note 71 (p.13) e 75 (p.14)

<sup>387</sup> Bertrando P., *Versioni...*, p.372

<sup>388</sup> *Ibidem*

necessario olocausto.”<sup>389</sup> Vivendo l’esperienza dell’allontanamento impostogli dall’ambiente familiare, egli è incapace di accettare la realtà del rifiuto nei suoi confronti, senza trovare una giustificazione che salvi ai suoi occhi le persone che ama. Ciò innescherebbe nel figlio un comportamento che non darebbe ai familiari modo di riconoscere la propria durezza e perfidia se non come necessarie, dato che essi non riescono ad interpretare tale comportamento del figlio come legato al loro modo di fare. L’ambiente in cui Perceval era cresciuto, caratterizzato da un perbenismo di facciata, ma in realtà ipocrita e grottesco verso le passioni spontanee e naturali della persona, e da una certa rigidità caratteriale sua propria, avrebbe generato la sua crisi psicotica nel momento in cui, aderendo al movimento religioso degli irvingiti, gli fu per permesso di esprimere liberamente la presenza di qualcosa di soprannaturale che sentiva parlare dentro di sé. In realtà, malgrado l’adesione al movimento religioso scozzese coincida con lo scatenarsi della sua psicosi, Perceval stava attivando un tentativo di superare la sua personale rigidità, pur mantenendo esteriormente l’immagine composta e controllata alla quale era stato cresciuto.

La fede nel suo nuovo credo religioso gli avrebbe offerto l’opportunità di rielaborare i propri vissuti, intuire la dinamica nascosta dietro i propri atteggiamenti verso i familiari, accettare una parte di sé che fino ad allora aveva rifiutato, compiendo così passi importanti verso la guarigione. Dopo la lunga esperienza psicotica “sembrirebbe che Perceval sia stato un uomo migliore, più felice, più ricco di immaginazione”<sup>390</sup>, iniziando, lui che si sentiva investito di una missione religiosa, un nuovo percorso, questa volta laico, di lotta in favore dei lunatici, affinché non fossero più costretti a subire gli stessi trattamenti che a lui erano stati riservati.

In conclusione possiamo delineare in modo riassuntivo l’interpretazione di Bateson: l’ambiente, in cui Perceval crebbe, costituisce il contesto patologico da cui ebbe origine la sua malattia; le cause che fecero precipitare la situazione costituiscono un evento paradossalmente positivo, in quanto danno inizio al suo lungo percorso di guarigione. Come si è detto in precedenza, Bateson rovescia il modo di guardare alla schizofrenia: l’esperienza psicotica non va considerata come patologica, ma come un processo di adattamento innescato inconsciamente dal corpo, in funzione di un’autoguarigione, nonché una fuga da una situazione non più sostenibile.

---

<sup>389</sup> *Ivi*, p.373

<sup>390</sup> *Ivi*, p. 22

## CONCLUSIONI

Al termine di questo lavoro mi pare che, intorno ad alcune linee tematiche affrontate “in corso d’opera”, si possano ancora svolgere delle brevi riflessioni di carattere generale.

La diagnosi e il destino, si diceva: come conciliare queste due parole?

Facendoci ancora una volta accompagnare da Lingiardi, possiamo dire che, pur accogliendo i limiti che una buona diagnosi psicologica (anche se tormentata) presenta - e che non deve temere di riconoscere -, essa è per il medico un fondamentale momento di conoscenza del paziente: dei tratti della sua singolare personalità, delle sue capacità cognitive, dei suoi meccanismi di difesa, delle sue risorse, delle sue capacità di adattamento<sup>391</sup>.(Canguilhem).

Il processo diagnostico non è un episodio neutro ed astratto, ma è collocato in un determinato contesto culturale, valoriale, interpretativo nel suo senso più largo; salute e malattia, normalità e patologia non sono condizioni stabilite una volta per tutte, ma variavano nel tempo e nei luoghi dove medico e paziente si trovano a vivere e, in quel momento, ad allearsi. Una diagnosi che non vuol essere e non ha alcuna intenzione di diventare una sentenza, un’etichetta, è tanto più valida quanto più ha una sua concreta traducibilità clinica, cioè “come sintesi dei problemi e delle risorse di un paziente e come guida per individuare l’approccio terapeutico”.<sup>392</sup> Ponendoci sul versante di chi una diagnosi medica la riceve, specie se di un certo rilievo e nel momento in cui si è più vulnerabili, essa non può non farci avvertire l’evidenza della nostra fragilità e, nello stesso tempo, la traduzione in una parola, a volte impronunciabile, della nostra nuova condizione esistenziale e sociale. Tuttavia - e qui ci vengono in soccorso la Wolf e Borgna - la malattia può fornire perfino un’opportunità: quella di conoscersi più a fondo, di avvicinarsi ad una parte intima e trascurata del Sé, che probabilmente non era ancora venuta allo scoperto, e con la quale è necessario realisticamente venire a patti. Ripensare alla propria storia, ricollocarsi nel presente, riguardarsi nel futuro avendo una nuova cura di sé, comporta un percorso di rielaborazione interiore che può passare attraverso la disperazione, ma anche sfociare in un orizzonte di senso più ampio e alto rispetto al precedente (Perceval, Merini, Foucault).

---

<sup>391</sup> Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, p. 121-122

<sup>392</sup> *Ivi*, p.122

E il destino? Per definizione, esso è quanto di più imperscrutabile e ignoto ci sia: ciò vale in primis per il senso comune, ma anche lo sguardo delle scienze umane - tanto più quelle che si occupano delle patologie della mente - non si sottrae a questa convinzione. Tuttavia è indubbio che “l’avanzare delle conoscenze scientifiche consente di [...] mappare il codice genetico e di costruire test predittivi teoricamente in grado di individuare una malattia a livello molecolare, di cogliere genotipi di suscettibilità alla trasmissione o allo sviluppo di certe patologie”<sup>393</sup>; avremo cioè, sulla carta, alcune potenzialità in più per prevedere qualche squarcio di futuro rispetto al nostro percorso di salute. Nel migliore dei casi, parafrasando Lingiardi, la diagnosi potrà allora dirci qualcosa *su un* nostro possibile destino, ma non *sul* destino.

---

<sup>393</sup> Lingiardi V., *Diagnosi...*, Introduzione, p. XII

## **BIBLIOGRAFIA (OPERE CITATE E CONSULTATE)**

Bodei R., *Le logiche del delirio, Ragione, affetti e follia*. Editori Laterza, Bari, 2000

Borgna E. *La follia che è anche in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2019

Canetti E., *Massa e potere*, Adelphi, Milano, 1972

Canguilhem G., *Essai sur quelques problèmes concernent le normal et le pathologique (1943)*, (*Saggio su alcuni problemi riguardanti il normale e il patologico (1943)*) in *Le normal et le pathologique (Il normale e il patologico (1943))*, Edizione italiana, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1998

Eco U. Fedriga R., *Storia della filosofia*, Volume 3 Ottocento e Novecento, Editori Laterza, Bari, 2014

Ferrara M., *Sulla particolarità dello stigma legato alla malattia mentale*”, da sito web Saluteinternazionale. 25/09/2009

Foucault M., *Maladie mentale e psychologie*, (Malattia mentale e psicologia), Raffaello Cortina Editore, Milano, 1987

Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique suivie de Mon corps, ce papier, ce feu e La folie, l'absence d'œuvre (Storia della follia classica con l'aggiunta di La follia, l'assenza d'opera e Il mio corpo, questo foglio, questo fuoco*, BUR Alta Fedeltà, Mianok, 2011

Freud S., *Casi clinici 6 Il presidente Schreber, Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente*, Biblioteca Boringhieri, Torino 1975

Freud S., *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)*. Il saggio venne inserito nella rivista “Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen” Vol. 3

Galzigna M., [https://www.youtube.com/watch?v=r\\_cD\\_xvC1M&t=143s](https://www.youtube.com/watch?v=r_cD_xvC1M&t=143s)

Seminario dedicato al volume “La Storia della follia nell’Età Classica” di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

Galzigna M., [https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN\\_QIGEQ](https://www.youtube.com/watch?v=CPcWN_QIGEQ) Seminario dedicato al volume “La Storia della follia nell’Età Classica” di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

Galzigna M., <https://www.youtube.com/watch?v=eQhOKi4Wcuw&t=12s> Seminario dedicato al volume “La Storia della follia nell’Età Classica” di Michel Foucault, a Genova il 4 aprile 2013

Grinker R. R., *Nobody’s Normal. How Culture Created the Stigma of Mental Illness*, W. H. Norton & Company, New York, 2021.

Goffman E., *Stigma. L’identità negata*, tr. it. a cura di Giammanco R., Laterza, Roma-Bari, 1970.

Gritti P., Gagliardi S., *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali: un problema irrisolto*, in Chieffi L. (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Mimesis, Milano, 2012, pp. 253-269.

Lalli P., *Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?* in “Rivista Sperimentale di freniatria”, Volume CXXXV – N°1, Franco Angeli Editore, Milano, 2011 pp. 11-31

Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2018

Merini A., *La pazza della porta accanto*, a cura di Gagliardo C. e Spini G., Bompiani, Milano, 1995

Merini A., *Vuoto d'amore*, a cura di Maria Corti, Giulio Einaudi, Torino, 1991

Merini A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, Milano, 1997

Merini A., *Fiore di poesia 1951-1997*, a cura di Maria Corti, Giulio Einaudi, Torino, 1998

Perceval J., *A Narrative of the Treatment Experienced by a Gentleman, during a State of Mental Derangement, Designed to Explain the Course of the Nature of Insanity (and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards Many Unfortunate Sufferers under that Calamity)* in G.Bateson,( *Perceval, un paziente narra la propria psicosi, 1830-1832*), ed. It. a cura di Paolo Bertrando, Bollati Boringhieri, Torino, 2005

Schreber D. P., *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken (Memorie di un malato di nervi)*, ed. it. a cura di Calasso R., Adelphi, Milano, 2007

Schatzman M., *La famiglia che uccide*, Feltrinelli Editore, Milano, 1973

Sontag S., *Malattia come metafora (Aids e Cancro)* tr. it. Capriolo e. e Novella C., Giulio Einaudi Editore, Torino, 1992

Wolf V., *Dell'essere malati, in Voltando pagina, Saggi, 1904-19041, Corpo*, il Saggiatore, Milano, 2011, pp. 545-54