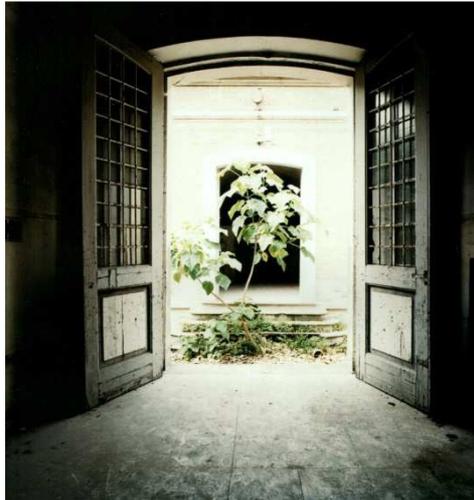


Il contributo evidenzia come una corretta psicopatologia si poggia su due assunti: la semeiotica e la Psicopatologia. Ambedue essenziali per una corretta definizione della psicosi in funzione della cura. La semeiotica si riduce/amplifica in base agli infiniti orizzonti psicopatologici che sono molto condizionati dal momento storico e culturale. L'autore esemplifica questo contributo con il costrutto di paranoia.



La psicopatologia: natura e funzione

Luciano Del Pistoia

Università di Parma – CNSR/Parigi - .

1 Il problema

Per farci un'idea del problema che vogliamo proporre si potrebbe partire da una constatazione che è ovvia anche se a prima vista può sembrare sorprendente: che cioè *i segni delle malattie mentali non sono in prima istanza dei segni dal significato di malattia.*

Questa affermazione farà sussultare le tante persone ben assestate sulle loro abituali certezze e che potrebbero d'altronde opporci il dato di fatto dei trattati di psichiatria, del loro capitolo di semeiotica in particolare, che questi segni elenca e analizza uno per uno e indica in quali malattie mentali essi appaiono.

Questa ovvietà dei trattati ha due aspetti e cioè: che esistono dei segni e che sono i segni delle malattie mentali .

Sul primo aspetto, siamo d'accordo, cioè che esistono dei segni seppure con la riserva di dire che in prima istanza essi non distinguono dei malati dai non malati ma distinguono i folli da chi folle non è; sul secondo dissentiamo perché, per quanto noi codesti segni li studiamo, non riusciamo a trovarci alcun rinvio al patologico.

2 Segni in cerca di significato

Il problema prende a chiarirsi quando ci rendiamo conto che i segni della semeiotica sono, in sé e per sé, solo delle *differenze* (come il *sentire le voci* rispetto al non sentirle o *avere convinzioni assurde* rispetto al non averle, e così vi discorrendo); differenze che però non possiamo chiamare con ragione segni di malattia. Possiamo solo ripetere che distinguono gli alienati da chi alienato non è; e che da loro la conoscenza degli alienati comincia. Però non hanno il potere di rinviare a un qualche significato, ancor meno a quello di malattia. Li si potrebbe indicare come *significanti in attesa di un significato.*

Si tratta allora di saper per quale via legittima essi rinvino al significato di malattia che tutti gli conosciamo; ma si tratta anche di sapere se questo significato sia il solo

a cui essi rinviano o se ve ne siano anche altri. Cominciamo da questo secondo punto.

3 La polisemia dei segni della follia.

Se facciamo una ricognizione sul significato di questi segni ci rendiamo conto che essi sono ben lontani dall'appartenere in esclusiva alla medicina e di rinviare alla malattia.

Infatti, in certi ambiti culturali e sociali, hanno rinvio e continuano a rinviare alla possessione da parte di entità sovranaturali che fanno di chi li manifesta un "indemoniato".

Un altro significato è quello che loro attribuivano gli antipsichiatri italiani di fine '900, che forse qualcuno ancora ricorda, i quali dicevano che essi sono la reazione del proletario alla repressione capitalistico-borghese.

Un significato ancora diverso prendono in quell'ottica "esistenziale" che li legge come espressione di un modo di essere sui generis.

E molti altri significati possono prendere, dal disagio sociale ai disturbi della comunicazione.

Arriviamo così a renderci conto che i segni della follia prendono un significato solo quando sia un *paradigma* a metterli in una prospettiva di senso.

Gli esempi appena ricordati hanno mostrato diversi paradigmi all'opera: uno sacrale, uno socio-politico, uno di tipo "esistenziale", uno sociologico, uno comunicazionale; che sono alcuni fra i tanti. E hanno mostrato che ciascuno di essi da ai segni della follia un proprio significato, diverso da quelli degli altri paradigmi.

Si capisce così che il significato di patologico i segni della follia lo prendono solo quando sia un paradigma medicale a leggerli: *solo a questo punto compaiono le malattie mentali*. E ciò sia detto con buona pace di coloro che credono le malattie mentali un dato originario di natura. Il dato di natura sono gli alienati che diventano malati mentali quando sia un paradigma psicopatologico a leggere i segni che essi manifestano.

4 L'effetto paradigma.

Visto, da quanto s'è detto, la funzione del paradigma, si può affermare che *l'istanza del paradigma psicopatologico è essenziale nella costituzione della psichiatria*. Ma poiché questa affermazione è tutt'altro che ovvia nella psichiatria attualmente corrente, per meglio farcene persuasi vediamo più da vicino, e anche a costo di alcune ripetizioni, codesto paradigma attraverso i principali effetti che esso produce¹.

Il primo di questi effetti – s'è appena visto – è quello di mettere i segni della semeiotica in una prospettiva di senso.

Il suo effetto ulteriore è di indirizzare per questa via ad una terapia. Detto in altri termini, *il paradigma psicopatologico è l'istanza che fonda e legittima il fare terapeutico*. Come dire che *senza una teoria della follia non si può pensare una terapia della follia*.

Se pratichiamo la terapia somatica gli è che in quel senso ci conforta il paradigma organicista da noi adottato e che garantisce la legittimità del nostro fare per i riferimenti scientifici, storici e deontologici che in sé riassume.

Pensiamo d'altra parte ad uno psicoanalista del cui fare terapeutico non si capirebbe nulla senza conoscere la psicopatologia che lo sostiene e che si legittima rispetto

¹ Precisiamo che per *paradigma* si intende un insieme di concetti articolati e coerenti fra loro che diano alla realtà o a una parte di essa una struttura di senso che permette di trasformarla. Un esempio classico di paradigma è quello a tutti noto del verbo che con i concetti di modo, di tempo, di essere, di avere, di agire o patire ci permette di dare un senso a delle situazioni in vista del trasformarle. Ma si può pensare anche a paradigmi politici come la democrazia o l'assolutismo che danno significati del reale diversi e indicazioni diverse per usarlo o modificarlo. E così via discorrendo

alla sua antropologia di riferimento e all'esperienza che via via l'ha saggiata sul piano pratico.

Occorre tuttavia notare che codesto rimando al fare non è specifico del paradigma psicopatologico ma appartiene al concetto di paradigma in generale. Ciò ci era già apparso a proposito dei paradigmi non medici della follia sopra ricordati. Il paradigma sacrale rimanda infatti al fare dell'esorcismo, quello degli antipsichiatri ad una pratica politica, quello dei daseinsanalisti ad un fare incentrato sull'idea del "prendersi cura".

Abbiamo dunque visto che il paradigma psicopatologico è un'istanza imprescindibile della psichiatria, che la *psicopatologia è della psichiatria una parte costitutiva, essenziale*.

5 Esistono psichiatrie senza una psicopatologia?

Ma a questo punto ci vien da chiederci come possano esistere e funzionare delle psichiatrie senza una psicopatologia di riferimento visto che almeno la neuropsichiatria italiana del '900 che si sopravvive in forma DSM e la psichiatria attualmente dominante appunto del DSM si proclamano tali.

La prima ha negato valenza costitutiva alla psicopatologia relegandola ad un sapere di lusso privo però di qualsiasi incidenza significativa sul fare terapeutico; l'altra ha rifiutato la psicopatologia come teoreticismo superfluo, capace solo di confondere il suo progetto di una psichiatria unificata a livello mondiale.

Ma, a guardar le cose più da vicino, ci si rende conto che anche queste psichiatrie una psicopatologia la posseggono e la sua esistenza la rivela il loro fare terapeutico; il quale, essendo di tipo somatista rinvia, come psicopatologia, all'organo-meccanicismo.

Allora, per rispondere alla prima parte della nostra domanda, diciamo che non possono esistere delle psichiatrie che rifiutano o che ignorano l'istanza della psicopatologia perché è solo grazie a questa istanza che possono funzionare.

Altra questione è di sapere se funzionano bene perché non è indice di buona salute epistemica avere una psicopatologia di riferimento a propria insaputa.

6 Il rischio del dogmatismo

Codesta posizione porta infatti ad un irrigidimento dogmatico della psichiatria con conseguenze poco auspicabili sia sul sapere che sulle istituzioni psichiatriche.

Da lato del sapere porta all'idea delle malattie mentali come entità di natura e come malattie del cervello, idea più che legittima nella sua relatività di costruito epistemico, non più legittima quando diventi un assoluto fuori discussione dall'odore di dogma.

Le ricadute sulla formazione dei giovani e sul loro dissenso culturale ce lo può illustrare questo episodio autobiografico occorso a un giovane Callieri appassionato di fenomenologia e che Callieri stesso raccontava: "*Tu sei un ragazzo intelligente*" gli disse il suo maestro Cerletti "*ma con le chiacchiere dietro a cui ti perdi, in cattedra non ci andrai mai*" Detto, fatto.

Dal lato della istituzione, è noto come il manicomio italiano sia finito in uno scandalo deontologico e in un fallimento teorico-pratico. A monte del quale c'era però un'asfissia epistemologica che si può mettere in risalto in relazione alla psichiatria francese coeva.

I francesi si misero a rivedere criticamente il manicomio, per merito di Daumezon, Le Guillant e Bonnafé fin dal 1944, cioè ben nove anni prima della comparsa del Largactil e per due ragioni.

Una, civico-deontologica che portava a giudicare il manicomio intollerabile per la sua disattenzione ai diritti del cittadino; disattenzione che, nel momento specifico, era resa ancor più evidente e scandalosa dalla rassomiglianza del manicomio col Lager nazista di cui arrivavano le prime certe notizie. L'altra era di tipo epistemologico

Fin dal 1938, infatti, Ey aveva avanzato l'idea della follia come intenzionalità della coscienza fenomenologica prospettando quel cambiamento del fare terapeutico e dell'istituzione che prenderanno piede come *settore* a partire dagli anni '50.

La posizione culturale e istituzionale della psichiatria italiana di quegli anni (e anche dopo) la posso illustrare con un aneddoto personale del 1974.

Quell'anno arrivai a Lucca in fama di antimanicomiale e il mio anziano capo infermiere di allora mi fece paternalisticamente notare che mandare a casa i malati era un'illusione pericolosa perché erano dei *degenerati*. Ricordo la mia sorpresa a sentire la sopravvivenza di quella vecchia teoria ottocentesca che avevo fatta oggetto del mio primo articolo di Ricercatore del CNRS² in Francia.

In effetti, la novità della psichiatria italiana dell'epoca era da un lato il neo-organicismo psicofarmacologico del Cazzullo da lui condito con un sociologismo al gusto americano e, dall'altro, la pratica ideologica che si richiamava, ma credo impropriamente, a Basaglia. Basaglia infatti ha sempre avuto una posizione fenomenologica corretta mirata a rimuovere la "riduzione" del malato a caso da manicomio e a far riapparire quei suoi aspetti – la persona con la sua storia, il cittadino – che tale riduzione aveva "messi fra parentesi", v.g. cancellati. Ben altra la posizione di certi dei suoi "allievi" che in luogo di aprire il discorso sul significato del malato, si limitarono a sostituire l'ideologia manicomialista con un'ideologia politica sedicente rivoluzionaria che tornò a imprimere un significato coatto ai malati e impose a molti di loro un destino ancor più tragico di quello del manicomio.

7 La struttura della psichiatria

Riprendendo il nostro discorso epistemologico dopo questi chiarimenti esemplificati, torniamo alla struttura della psichiatria, per l'esattezza del suo aspetto medico-tecnico e lasciando da parte le altre due componenti che la costituiscono, quella giuridica e quella amministrativa, che hanno tutta un'altra storia. E ripetiamo che *dal lato medico tecnico, la psichiatria è un sapere/fare caratterizzato da due aspetti: la semeiotica e la psicopatologia, molto diverse l'una dall'altra.*

Ci sembra altresì chiaro che ciascuna di queste due componenti è essenziale e che se non esiste una psichiatria senza semeiotica, neppure esiste una psichiatria senza psicopatologia.

Aggiungiamo qui i tratti differenziali di codeste due componenti.

La semeiotica è un sapere intrinseco alla clinica che si impara nel contatto diretto con i pazienti. E' anche un sapere *storicamente cumulativo*, i segni che lo compongono andando da Ippocrate (e anche da prima) fino al tempo attuale ed avendo inoltre la caratteristica di *convivere* fra loro in modo naturale.

La psicopatologia è invece un sapere *estrinseco alla clinica* e non lo si imparerà mai dall'osservazione dei malati. E' infatti un sapere di tipo filosofico e antropologico ed è in un certo senso la reinterpretazione che gli psichiatri danno ai fini del loro fare dell'idea della follia che la cultura del tempo accredita.

E' inoltre un sapere per sua natura discontinuo e sarebbe una sciocchezza pensare che per esempio la *Dégénérescence* di Morel è lo sviluppo della "aliénation mentale" di Pinel o l'antecedente della neuropsichiatria di Charcot e Magnan. Queste concezioni sono diverse l'una dall'altra come i momenti della cultura ai quali esse appartengono; e, come questi momenti, sono in conflitto fra loro, ciascuna mirando ad egemonizzare tutto il campo del patologico mentale.

L'impresa risulta tuttavia impossibile e più teorie psicopatologiche finiscono per convivere nella psichiatria di una data epoca; ma di una convivenza tuttavia conflittuale, molto diversa da quella pacifica dei segni della semeiotica. Sono tuttora attuali, per fare un esempio, gli attriti fra somatisti e psicogenetisti.

8 L'effetto euristico del paradigma.

² L'equivalente del CNR italiano salvo le diverse modalità di accesso.

Fin qui abbiamo illustrato l'effetto del paradigma che potremmo chiamare statico - normativo: mettere i segni della semeiotica in una prospettiva di senso e sul significato che essi così acquisiscono fondare e legittimare un fare terapeutico.

Ma il paradigma psicopatologico ha anche un altro effetto che potremmo chiamare euristico-dinamico: tener viva la ricerca di nuovi significati della follia al fine di trovare nuovi modi di farvi presa, questo essendo il compito di noi psichiatri. Sebbene infatti anche noi cerchiamo, come i filosofi, di capire la follia cerchiamo però anche, a differenza di loro, di indirizzare questo capire ai fini di un fare.

Per illustrare codesto effetto euristico-dinamico credo che il modo migliore sia quello di un esempio. In materia scelgo il Delirio di interpretazione di Sérieux & Capgras (1909) per la sua chiarezza quasi didattica.

Codesto delirio è, come risaputo, la versione francese della paranoia, illustrata dalla monografia del 1909 che finalmente si può leggere anche in italiano grazie alla traduzione pubblicata da Fioriti³.

Se noi stessimo al corrente pregiudizio descrittivista, continueremmo a credere che codesto delirio sia uscito dal Delirio cronico di Magnan (1892), che dei deliri cronici sistematizzati dette la sintesi ottocentesca magistrale, per un affinamento di descrizione approvato a distinguere questi malati dal novero dei deliranti cronici sistematici in cui li aveva collocati Magnan. Ma se si guarda il problema con un occhio un po' più aduso alla storia e alla epistemologia della psichiatria, si vede che le cose stanno in modo diverso, più complesso e anche più appassionante. Cominciamo dal delirio di Magnan.

In questo delirio Magnan colloca tutti i deliri cronici sistematizzati sia allucinatori che interpretativi o intuitivi, fantastici o passionali e questo in totale indifferenza appunto al loro meccanismo generatore per la semplice ragione che tale concetto non fa ancora parte della psichiatria.

E' un delirio che esordisce verso i trentanni, si sviluppa attraverso quattro fasi e dura tutta la vita.

La prima fase detta della *inquietudine* è caratterizzata da disturbi del vissuto corporeo a forte impregnazione ansiosa che vanno dal malessere indeterminato al senso di estraneità del corpo fino a esperienze di depossessione e di alienazione di esso. A questi disturbi, si possono accompagnare esperienze nell'ambito del pensiero di tipo primario alla Jaspers. Codesta fase dura qualche settimana.

Le succede la fase della *persecuzione* che durerà degli anni e che viene vista all'epoca come una razionalizzazione delle esperienze della prima fase: "I tormenti che provo" si direbbe il malato "non possono che essere l'opera di gente che mi vuol male e che è anche molto potente".

La fase della persecuzione si infila sempre di più di temi di *grandezza* derivati per razionalizzazione dalla persecuzione: "Se tanti individui si dedicano a tempo pieno a perseguitarmi, vorrà ben dire che son un personaggio importante". E questa è la terza fase.

Segue infine la fase della demenza che Magnan riteneva specifica, vesanica, che è invece risultata poi una semplice demenza senile i malati essendo ormai arrivati alla vecchiaia.

Vediamo in quale paradigma Magnan ragiona il suo delirio così si vedranno i tratti che distinguono il delirio di Sérieux & Capgras.

Il delirio di Magnan è prima di tutto una *demenza* che si manifesta come deterioramento della critica e del giudizio, salvo a mostrare una maggior gravità con la comparsa della percezione delirante, segno all'epoca della impossibilità della ragione a mantenere nella razionalità del giudizio quanto viene registrato dalla perce-

³ *Le follie lucide. Il delirio di interpretazione*, 2013. Oppure semplicemente leggere dato che la versione francese credo sia introvabile.

zione. Così ragionavano quegli alienisti (ma così continuerà a ragionare anche un Kurt Schneider 1955).⁴

Il secondo tratto significativo del delirio di Magnan (1892) è di essere un delirio che insorge "a caldo", sulla base cioè delle ricordate esperienze percettive a forte carica emotiva.

Il suo terzo tratto è di avere uno sviluppo fatto di contenuti che si succedono nel tempo, ovvero di essere animato da una temporalità evolutiva di tipo narrativo.

Se andiamo ora a vedere il delirio di Sérieux & Capgras (1909) alla luce di codesti tratti, veniamo a sapere che:

1) i due AA. non lo vedono affatto come una demenza. L'interpretazione, essi dicono, è un normale aspetto del giudizio e in questi malati appare semmai surriscaldata da una componente passionale.

2) E' un delirio che insorge "a freddo", con una ideazione delirante primitiva e non derivata dalla rielaborazione di esperienze abnormi.

3) La sua temporalità non è affatto narrativa, evolutiva; essa è al contrario una temporalità *figée* resa immobile dalla ripetizione⁵. Per cui *il delirio si espande ma non evolve*, frase testuale che rimarrà emblematica della svolta psicopatologica che i due AA. segnano.

Il fatto è che il loro sguardo si è spostato dai contenuti del delirio al "meccanismo generatore" di esso (che compare ora come concetto operativo).

Se l'interpretazione produce la persecuzione non farà che riprodurre la persecuzione in ogni nuova situazione che il paziente affronti (dal lavoro alla famiglia alle amicizie, eventualmente ricominciando in un'altra città, vista la tendenza dei paranoici a "mutar luogo e cielo"). In altre parole,

il delirio si costruisce come certi quartieri delle città moderne, per giustapposizione via via dello stesso modulo abitativo-urbanistico. Appunto, si espande ma non evolve.

D'altra parte il contenuto ne diventa indifferente: può essere la persecuzione oppure l'ipocondria, la filiazione regale, la megalomania, la rovina ... significativo essendo il meccanismo che genera codeste declinazioni contenutistiche.

Da queste brevi considerazioni, si vede come la paranoia quale forma clinica individuata provenga da ben altro che da un affinamento semiologico. La descrizione clinica vi ha certo la sua parte e del resto i paranoici non erano degli sconosciuti; ma ciò che le dà risalto è l'inedito paradigma psicopatologico che essa esprime.

Il suo avvento segna infatti nella psichiatria la svolta che inaugura una nuova stagione sia nella concezione della follia che nel fare terapeutico, nell'istituzione psichiatrica e anche, in parte, nella legge sugli alienati. Vediamo gli aspetti di codesto percorso.

9 Una psichiatria nuova

Il primo aspetto è lo smembramento, a cui la monografia di Sérieux & Capgras (1909) ha dato l'avvio, del delirio di Magnan (1892) dal quale saranno scorporati

⁴ In questo riferimento alla demenza c'è tutto il peso della concezione di Morel che imprimerà sulla psichiatria un segno di cui non riuscirà più a disfarsi e a cui si sottrarranno le correnti fenomenologiche e psicodinamiche. Questo segno deficitario si ritroverà, sia detto *en passant*, nel "defekt" di Bleuler, nel "processo" di Jaspers e, in vesti sociologiche, nel DSM nei termini del ridotto rendimento lavorativo dell'ammalato.

⁵ Dello stesso stampo della temporalità dell'Inferno di Dante. <della quale si trovare un'illustrazione nella Bolgia dei Seminatori di discordie e scismatici. Questi dannati percorrono camminando la loro bolgia e vengono feriti orribilmente ogni volta che passano davanti ad un diavolo armato di spada. Ma nel successivo percorso della bolgia, le ferite si rimarginano per essere di nuovo replicate dal diavolo quando il dannato gli passa davanti. E così via all'infinito. Ma anche il Conte Ugolino è preso in questa temporalità uccisa dalla ripetizione perché il suo rodere il cranio dell'Arcivescovo non ha l'aria di avanzare verso una consumazione.

via via la Psicosi allucinatoria cronica di Gilbert Ballet (1911), i Deliri di immaginazione di Dupré (1925) e le Psicosi passionali di Gatian de Clérambault (1942). La lettura del delirio sulla base della demenza ha ormai perso credibilità e la nuova lettura si impernia sul *meccanismo generatore*⁶.

Questo spostamento di prospettiva porta ad una frattura nell'ambito dei deliri cronici con l'idea che il conio della demenza rimane ai deliri disorganizzati, sconclusionati, senza costrutto di tipo si direbbe oggi dissociativo e in parte anche parafrenico. I deliri sistematizzati passano invece dal classico "errore di giudizio" tipico del delirio-demenza⁷ alla "falsità di giudizio"⁸ tipica della paranoia; tipica cioè di uno stile di pensiero peculiare, patologico per un'istanza passionale, ma tutt'altro che demenzialmente deficitario nella sua logica.

Un aspetto ulteriore del percorso della paranoia è il passaggio da stile di pensiero a stile di personalità. Anche Jaspers (1913) farà sua questa posizione con l'idea dello "sviluppo" e non a caso il suo libro appartiene al torno di tempo delle opere di riferimento sopra ricordate; come del resto vi appartiene il libro di Kretschmer (1918) sul *Beziehungswahn* scritto sulla stessa falsariga.

Con l'idea dello stile di personalità, appare un aspetto ulteriore ed inedito della paranoia che entrerà nel profilo del delirio: la reattività agli avvenimenti. E' una concezione ben lontana dall'idea di endogeneità evolvente fatalmente verso la demenza per sua intrinseca forza che aveva accreditata del delirio la *Dégénérescence* ottocentesca e che portava al pessimismo terapeutico. Con l'idea della reattività si schiude invece la possibilità di una terapia.

Su questa possibilità Edouard Toulouse apre a Sant'Anna, nel 1926, un servizio che molto somiglia a quelli attuali territoriali italiani. Il suo polo ospedaliero è l'Hôpital Henri Rousselle⁹ retto da una legge che niente ha da vedere con la legge manicomiale¹⁰, e che neppure la modifica ma la integra¹¹. Il ricovero e la dimissione sono "volontari" nel senso che intende la nostra legge 180.

Questo reparto fa inoltre capo a una rete ambulatoriale dove operano non solo medici e infermieri ma anche assistenti sociali.

Correlativamente, si sposta anche il focus della casistica significativa che passa dai deliranti gravi di manicomio ai casi ambulatoriali del territorio. La casistica manicomiale che aveva fatto testo per la *Dégénérescence* passa nella posizione marginale di casi estremi.

10 Dallo stile di personalità alla intenzionalità della coscienza.

Nella psichiatria francese, che continuo a seguire come esempio, codesta idea nuova suscita diversi tentativi di rinnovare l'insieme del campo della psichiatria.

Fra i primi c'è quello di F. Achille-Delmas e M. Boll¹² (1922), consegnato ad un libretto divulgativo della Biblioteca di Filosofia Scientifica di Flammarion che ebbe diverse edizioni. Due i suoi punti salienti:

- La distinzione del patologico mentale in due blocchi di cui il primo comprende la patologia lesionale (includente quattro forme di demenza: l'organica, la paralitica, la precoce e la senile) e la patologia tossi-infettiva; mentre l'altro comprende le

⁶ L'allucinazione appare – a differenza dei tre altri - un meccanismo in sé patologico: ma G. Ballet appoggia la sua psicosi su dei casi di pazienti capaci di una vita sociale e lavorativa valida.

⁷ E' la definizione di Jean Pierre Falret risalente al 1864 e divenuta un mantra.

⁸ Che fa parte del quadrimio di Genil-Perrin (1926): caratterizzante la personalità paranoica: alta concezione di sé, diffidenza, falsità di giudizio, cattivo adattamento sociale.

⁹ E' il nome del Prefetto della Senna, amico di Toulouse, che si convinse della bontà delle sue idee e che l'appoggiò dal lato amministrativo.

¹⁰ Che in Francia è del 1838, il suo equivalente italiano è del 1904

¹¹ Nemmeno il "settore" porterà ad una modifica della legge del 1838. Sarà regolato da una circolare del 1969 dell'allora ministro dell'Interno, Poniatowski che lo inserisce nella legge del 1838 a titolo di sperimentazione.

¹² Achille-Delmas è Médecin des Asiles, Boll è un ingegnere.

psicosi funzionali (che egli chiama *costituzionali*) e cioè: Paranoia, Pazzia morale, Mitomania, Mania-Melancolia e Iperemotività¹³.

- L'idea della psicosi funzionali come espressioni quantitative della personalità del soggetto.

Si vede che la sola psicosi autentica che codesto sistema recupera è la maniaco depressiva mentre le altre forme sono nevrotiche ivi compresa la Paranoia che Tatosian (1996) non esiterà a qualificare, cinquantanni dopo, come nevrosi benché "fixée".

- Un secondo tentativo è quello del professor H. Claude di Parigi, limitato però alla demenza precoce che è tuttavia la pietra di paragone sulla quale si gioca il destino delle idee nuove. Fra le righe di questo tentativo c'è la difesa del primato della psichiatria francese e la necessità di fare fronte alle idee di Bleuler (1911) che prospettano come curabile la demenza precoce.

Le conclusioni di Claude (1926) non si discostano molto da quelle di Achille-Delmas salvo a prender di petto l'argomento della demenza precoce che l'altro non aveva affrontato. Claude arriva così a mantenere una demenza precoce equiparata ad una demenza autentica e a scorporarne un vasto gruppo che chiama schizosi che va in un crescendo di gravità dalla personalità alla schizomania alla schizofrenia di tipo bleuleriano

Organizza poi il confronto con Bleuler che avviene nel grandioso Congresso franco-svizzero di Ginevra-Losanna del 1926 che doveva portare la psichiatria francese e quella di ispirazione freudiana a trovare un'intesa sulla schizofrenia e che si conclude con un risultato analogo a quello dei grandi Concili (come quello di Fiesole voluto da Cosimo il Vecchio) miranti a riunire la chiesa d'oriente e quella d'occidente: un nulla di fatto. Come i padri conciliari, anche gli psichiatri sono divisi da due concezioni psicopatologiche diverse, irriducibili l'una all'altra e la cui divergenza si può cogliere sul punto del delirio.

Per i francesi, il delirio è una serie di convinzioni-valore che organizza e orienta l'esistenza così divenendone l'elemento centrale, significativo. D'altronde, nella psicopatologia che lo legge non c'è il suo significato di "difesa".

Nella prospettiva invece di Bleuler, di ispirazione freudiana, il delirio prende da un lato una posizione marginale e acquista dall'altro il senso di una metafora difensiva.

Al di là della concezione del delirio, appare la divergenza sulla struttura della vita psichica fra Claude e Bleuler. I francesi non accettano l'inconscio specie nella sua dimensione patogena e la loro idea di struttura si ferma al "meccanismo generatore" di sapore intellettualistico.¹⁴

Nel fondo, sono ancora attestati sul costituzionalismo¹⁵ di Achille-Delmas che facendo dei tratti psicologici della personalità una specie di sviluppo del fondamento biologico di essa, approda ad un determinismo che riecheggia quello della vecchia *Dégénérescence*.

E' su questo punto del resto che attaccherà Henri Ey (1932) avanzando la sua proposta di una psichiatria nuova apparsa nel numero speciale della *Evolution Psychiatrique* di quell'anno dedicato alla nozione di Costituzione e dove non lesina il sarcasmo. "Spiegare la Paranoia con la paranoicità" dice a Achille-Delmas "è come spiegare l'orologio con l'orologeria e l'oppio con la *virtù dormitiva*".

Nella monografia del 1938, formulerà l'organo dinamismo che vede la patologia mentale formarsi in due momenti: la destrutturazione della coscienza dovuta al processo organico e la ristrutturazione di essa dovuta alla reazione "difensiva".

¹³ Ci ritroviamo la nevrosi ansiosa, la ossessiva, la psicastenia e quelli che oggi si chiamano attacchi di panico.

¹⁴ La psicosi allucinatoria cronica di Gilbeert Ballet aveva messo l'accento sull'**esperienza** ma viene anch'essa sussunta nell'universo intellettualistico della tradizione francese che ne fa una convinzione sulla base della lettura delle allucinazioni.

¹⁵ Da cui il termine di psicosi costituzionali sopra ricordato in luogo di psicosi funzionali.

Da notare però che al concetto di difesa Ey dà un significato molto diverso da quello freudiano. Tale difesa non è inconscia ma è opera della intenzionalità della coscienza che ricostruisce sulla base delle esperienze primarie che hanno sconvolto il suo mondo precedente, un mondo per viverci. L'inconscio fornisce con i suoi "fantasmi" il materiale da elaborare per questa ricostruzione; la sua funzione è, come si diceva un tempo, patoplastica ma non patogenetica.

Per questa via semantica – strutturale, Ey dà una portata generale a quella comprensibilità del delirio che l'intellettualismo del meccanismo delirante aveva limitata ai deliri sistematici. Correlativamente la Paranoia perde molto del ruolo che le era stato attribuito di via privilegiata di accesso alla comprensione del delirio.

Il seguito dell'organo-dinamismo non avrà una risonanza pari a quella del freudismo. Rimane però il più colto e sistematico tentativo di contrastarlo. Ey era cattolico e per questa sua convinzione non era disposto ad accettare l'idea, che caratterizza la seconda topica di Freud, di un Io in gran parte inconscio.

11 Per concludere

Che la psicopatologia sia una delle due dimensioni costitutive della psichiatria è una delle prime cose che ho imparate dal mio maestro e amico Georges Lanteri-Laura. Ma era, nella psichiatria francese dell'epoca, e in particolare nell'ambiente di Sant'Anna dove ho passato i miei anni francesi, una cosa ovvia e al tempo stesso problematica come riassumeva una battuta di quell'ambiente colto e pettegolo come l'Atene di Pericle che mi riferì con una iperbole umoristica Lanteri. "Sa" mi disse *"qui se non inventi una psicopatologia, non sei nessuno"*.

Non tutti poi fra quelli che han fatto la loro psicopatologia hanno avuto credito e son diventati famosi. All'epoca però c'erano Ey e Lacan. Ey veniva da Bonneval il mercoledì per fare la sua "présentation de malade" che comportava il caso clinico, la storia della forma clinica che la diagnosi aveva individuata e infine una libera discussione. Lacan venne a tenere il suo seminario mi pare il giovedì, ospite della Admission di Daumézon dopo che non ricordo per quale contrasto politico era stato cacciato dalla Ecole Normale.

Quando rientrai in Italia, mi trovai in un ambiente di antipsichiatri devoti dell'ideologia politica per i quali la psicopatologia era una convinzione ereticale che si davano da fare a perseguire. Quando poi ebbi il mio Servizio, mi ritrovai degli assistenti allevati col DSM che avevano anche la passione di stare col malato ma come aduggiata dal bisogno ossessivo di far quadrare la diagnosi con le tabelle del sistema. Per fortuna fra questi ce n'erano alcuni in analisi e con questi si poteva respirare psicopatologia e fare una psichiatria autentica.

Che la psichiatria autentica sia formata da semeiotica e psicopatologia mi sembra, da quanto ho detto, che risulti dall'evidenza stessa dei fatti.

Mi sembra altresì evidente che la psicopatologia è in stretta relazione con la cultura di un dato periodo, che è la traduzione che noi psichiatri facciamo dell'immagine della follia che quella cultura e quel periodo accreditano; e rappresenta quell'aggancio con il movimento delle idee che mantiene viva la psichiatria.

Perso questo rapporto, la psichiatria si sclerotizza su pratiche invecchiate che le fanno perdere credito e che fanno ancora peggio quando si siano concretizzate in una istituzione ormai anacronistica. E ho citato in merito l'esempio del manicomio italiano di fine '900.

D'altra parte, l'istanza culturale della psicopatologia fa della realtà della psichiatria, per definizione, un insieme di scuole diverse; e nel confronto, ma anche nella concorrenza fra queste scuole, risiede buona parte della sua ricchezza. Codesta istanza delle scuole mi pare che sia riaffiorata anche attraverso le maglie del DSM che tende ad eliminare le loro differenze quando è apparso che per la diagnosi di schizofrenia francesi e tedeschi davano priorità diverse ai sintomi dell'elenco standard.

Da dire infine il rischio di ideologica a cui è esposta la psicopatologia, questa infiltrazione non essendo solo quella che ci han fatto vedere gli antipsichiatri ricordati.

S'è vista infiltrarsi per esempio l'ideologia del lavoro, in particolare nei paesi a fondo calvinista che, come diceva Max Weber, sospettano l'infingardaggine di connivenze col demonio e considerano il lavoro e la ricchezza segni della benevolenza di Dio. Anche se in tutta incertezza perché credono alla predestinazione stabilita da un Dio che sarebbe blasfemo pensare di ingraziarsi con le opere.

In questo intreccio di ideologie i malati han dovuto subire molte cose e andava bene quando subivano l'imperio di suonare uno strumento come succedeva nel reparto di Falret alla Sapetrière che organizzò per un periodo fra i suoi ricoverati una Banda musicale. Ma anche in questo caso, l'ideologia portava più ad un dovere che ad un piacere.

Per questo mi ha dato una certa consolazione l'idea di Kapsambelis del XIIIème di Parigi che mi diceva di recente del loro progetto di andare a studiare e a favorire le condizioni che permettano ai malati mentali di provare la gioia.

Bibliografia

- ACHILLE-DELMAS, F. e BOLL, M. (1922) *La personnalité humaine. Son analyse*, Flammarion, Paris
- BALLET, G. (1911) La psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale*, 2, 401-411.
- BLEULER, E. (1911) *Demenzia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Deuticke, Leipzig-Wien, tr.it.1985, *Demenzia praecox o Il gruppo delle schizofrenie*, NIS, Roma
- CLAUDE, H. (1926) *Rapport sur la schizophrénie*, Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Masson, Paris, ripubblicato col titolo *La schizophrénie en débat* (2001), L'Harmattan, Paris
- DUPRÉ, E. (1925) *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, Paris.
- EY, H. (1932) *La notion de constitution. Et ses critiques*, L'Évolution Psychiatrique, IV, 2° serie, 4, 25-54
- EY, H. (1938) *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Doin, Paris.
- FALRET, J.P. (1864) *Des maladies mentales et des asiles des aliénés*, Baillière, Paris
- GATIAN DE CLÉRAMBAULT, G. (1942) Les psychoses passionnelles. Erotomanie, revendication, jalousie. Présentation de malade. *Bul.Soc.Clin.Med.Ment. Fév. 1921, 61*. Questo e tutti gli altri articoli in materia sono raccolti in: *Œuvre psychiatrique*, J.Frétet éd., PUF, 1°ed. 2 vol., Paris
- GENIL-PERRIN, G. (1926) *Les paranoïaques*, Maloine, Paris
- JASPERS, K. (1913) *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, tr.it. 1964 della 7° ed. tedesca 1959, Il Pensiero Scientifico, Roma
- KRETSCHMER, E. (1918) *Der sensitive Beziehungswahn*, Springer, Berlin, tr.fr. della 3° ed. tedesca 1950, PUF, Paris
- MAGNAN, V. e SÉRIEUX, P. (1892) *Les délires chroniques à évolution systématique*, Gauthier-Villars & Fils, Paris
- MOREL, A.B. (1857) *Traité des dégérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, J.B.Baillièrè, Paris.
- MOREL, A.B. (1860) *Traité des maladies mentales*, Masson, Paris.
- SCHNEIDER, K. (1955) *Klinische Psychopathologie*, Thieme Verlag, Stuttgart, tr.fr., Psychopathologie Clinique, Nauwelaerts, Louvain- Paris, 1957.
- SÉRIEUX, P. e CAPGRAS, J. (1909) *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Halcan, Paris, tr.it., *Le follie lucide, Il delirio di interpretazione*, Fioriti, Roma, 2013.
- TATOSSIAN, A. (1996) *Phénoménologie des paranoïas*, *Synapses*, n° spécial, 73-75.7