

PSICOLOGIA CLINICA

Paolo Cozzaglio

**Psichiatria
intersoggettiva**

Dalla cura del soggetto
al soggetto della cura

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Psicologia clinica
Collana diretta da Margherita Lang

La psicologia clinica è stata per lungo tempo considerata una fra le molte psicologie applicate e definita in funzione delle diverse tecniche diagnostiche e terapeutiche che compongono il suo strumentario operativo. Anche per questo, è stato possibile che avessero vita e fortuna alcuni paradossi professionali: ad esempio, l'identificazione dello psicologo clinico con il testista, nella tradizione di una psicologia clinica impoverita, come fu negli Stati Uniti fra le due guerre; oppure, di segno opposto, l'identificazione dello psicologo clinico con lo psicoterapeuta di questa o di quella scuola.

L'interesse per i problemi di ordine epistemologico, che faticosamente si è fatto strada anche fra gli psicologi in questi ultimi anni, ha dapprima suggerito e poi più decisamente imposto la necessità di ripensare alla psicologia clinica come ad una disciplina dotata di una identità autonoma e di una unità da cui derivano applicazioni tecniche diverse, piuttosto che come ad un repertorio eclettico di teorie e pratiche che devono essere successivamente integrate.

In quest'ottica, oggetto della psicologia clinica sono la varietà e la specificità delle situazioni soggettive e dei bisogni dei pazienti, piuttosto che un tipo personologico prevalente o un particolare insieme di abilità e di tratti; la diagnosi dei diversi livelli evolutivi e delle differenti organizzazioni intra ed interpersonali, piuttosto che la diagnosi fenomenologica basata sulla presenza o assenza di segni e sintomi; le possibili differenze fra i trattamenti, piuttosto che un orientamento terapeutico onnicomprensivo.

Al centro dell'attenzione della psicologia clinica, cioè, torna il paziente, dopo un lungo periodo nel quale le filie e le capacità degli operatori hanno spesso prevaricato le domande dei clienti.

È una sorta di richiamo alle origini, se è vero che L. Witmer, nel 1896, scelse l'aggettivo «clinico» in forza del suo etimo che rimandava all'immagine professionale di un medico chino all'ascolto vicino al letto del malato, piuttosto che a quella di un filosofo che discute di salute e di malattia passeggiando con gli allievi, come era proprio della tradizione.

Questa collana di Psicologia clinica vuole essere uno strumento di informazione e di formazione per tutti coloro che già oggi praticano la professione di psicologo clinico o intendono fare di essa la propria occupazione futura.

Le due sezioni in cui si articola la collana comprendono testi di impianto manualistico e testi di più immediato supporto operativo, corredati, quando sia il caso, da materiale audiovisivo.

Con questo, la collana di Psicologia clinica intende anche essere un punto di incontro e di scambio, e mettere al servizio dell'interazione fra autori e lettori gli ausili che la tecnologia offre oggi all'apprendimento ed alla trasmissione di informazioni.

Sono chiamati a collaborare sia studiosi e professionisti già affermati nel panorama italiano o straniero, sia giovani alle prime prove scientifiche, ossia di pubblicizzazione delle loro esperienze e delle loro idee.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

PSICOLOGIA CLINICA

Paolo Cozzaglio

**Psichiatria
intersoggettiva**

Dalla cura del soggetto
al soggetto della cura

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

*A Miriam,
Tu nel dialogo
intersoggettivo
della vita*

INDICE

Prefazione , di <i>Maria Luisa Tricoli</i>	pag.	9
Introduzione	»	17
1. I luoghi della psichiatria: dall'Istituzione Totale alla Comunità Terapeutica	»	23
1.1. Il Manicomio come Istituzione Totale	»	25
1.2. Dal reparto alla Comunità	»	34
1.3. Quando una Comunità è Terapeutica?	»	41
2. I percorsi della psichiatria: custodia, intrattenimento, riabilitazione	»	50
2.1. Il panorama legislativo italiano	»	50
2.2. Gli interventi psichiatrici		60
2.3. Modelli di riabilitazione psicosociale	»	67
2.4. L'équipe multidisciplinare come cardine della riabilitazione	»	73
3. I pensieri della psichiatria: il Soggetto della malattia mentale	»	82
3.1. Il soggetto in psichiatria e in psicopatologia	»	85
3.2. Il recupero del soggetto in psicoanalisi	»	89
3.3. Il Soggetto intersoggettivo	»	96
3.4. Il soggetto della cura	»	106
3.5. Modi di interdipendenza	»	109

4. La diagnosi in psichiatria: per una psicopatologia intersoggettiva	pag.	122
4.1. Implicazioni diagnostiche dell'intersoggettività	»	123
4.2. L'esperienza nevrotica: la dipendenza cercata e temuta	»	128
4.3. L'esperienza borderline: il no che fa essere Soggetto	»	133
4.4. L'esperienza psicotica: non potersi pensare distinto per potersi sentire	»	138
4.5. L'esperienza del Soggetto della malattia mentale e dei suoi curanti	»	143
5. La cura	»	155
5.1. La cura dei curanti	»	156
5.2. La cura intersoggettiva	»	162
5.3. L'organizzazione intersoggettiva dei luoghi di cura	»	168
5.4. La cura fondata sul dialogo	»	182
6. La finalità della cura: la guarigione	»	187
Conclusione	»	205
Bibliografia	»	208
Schemi e figure		
Schema 1 - Stadi della coscienza del soggetto	»	120
Schema 2 - Interdipendenza e intersoggettività	»	121
Schema 3 - Rapporti interdipendenti e psicopatologia	»	148
Schema 4 - Caso di Tommaso	»	149
Schema 5 - Organizzazione nevrotica	»	150
Schema 6 - Organizzazione borderline	»	151
Schema 7 - Organizzazione psicotica	»	152
Figura 1 - Il sogno di Maria	»	153

PREFAZIONE

di *Maria Luisa Tricoli**

Parlare di psichiatria ha, ancor oggi, un rimando quasi automatico ad elenchi dettagliati di sintomi e tratti in nosografie descrittive e categoriali, rigorosamente ateorico e tale da garantire l'uniformità nella formulazione delle diagnosi anche da parte di approcci diversi. Al di là dell'illusione che un'osservazione possa essere ateorica, ciò che fa riflettere nella concezione sottesa dai vari DSM è che la malattia mentale possa esistere come entità naturale che prescinda dal soggetto e dalla sua dimensione storica. Questa tendenza della psichiatria, non dissimile da quella che storicamente è stata propria della medicina in generale, sottende la convinzione che la malattia consista in sintomi indipendenti dal soggetto che li produce. Solo di recente il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2006) ha proposto una concettualizzazione dei problemi mentali come un continuum che va dalla salute mentale ai disturbi gravi in tutte le fasce d'età. Tuttavia, le categorie nosografiche, per quanto riformulate secondo criteri più attenti alle variegate manifestazioni dei soggetti che le esprimono, sono ancor oggi un riferimento obbligato per chi voglia parlare di malattia mentale. Un testo che tratti di psichiatria, senza ricorrere a classificazioni nosografiche, non può che destare interesse e un'attenzione che diventa più viva quando al sostantivo "psichiatria" venga accostato l'aggettivo "intersoggettivo". Sembra, quindi, che si possa finalmente parlare di malattia ancorandola non più al singolo, ma all'interazione tra i soggetti, e questo getta una luce interessante sull'argomento.

Già nella seconda metà del '900, nelle varie discipline che hanno come oggetto l'essere umano, si è manifestata con forza l'esigenza di una pro-

* Psicoanalista didatta, supervisore e docente di Tecnica Psicoanalitica presso SIPRe (Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione).

spettiva più unitaria e globale, insieme alla necessità di una maggiore integrazione tra i vari campi del sapere. Dalle neuroscienze alla psicoanalisi, dalla fisica alla filosofia, e persino alla teologia, si è operato uno spostamento da una visione parcellare del sapere ad una più sistemica dell'individuo, che si struttura e si mantiene nell'interazione con la realtà con le modalità che gli sono proprie (Sander, 2007); per dirla con l'espressione di Tronick (1998), interagisce con la realtà secondo il "livello di coerenza" che ha raggiunto. L'accostamento della psichiatria all'intersoggettività permette allora di inserire anche questa disciplina nel filone dell'interesse relazionale che caratterizza i nostri tempi. Tuttavia, un modello generale di strutturazione del soggetto non sembra rientrare negli interessi degli studiosi di oggi, forse per l'antico timore di scivolare nel terreno della metafisica. Sono stati approfonditi, quindi, determinati ambiti del funzionamento umano grazie ai suggerimenti dell'Infant Research, degli apporti delle Neuroscienze e della Fisica Quantistica o della Scienza della Complessità, ma la dimensione relazionale intersoggettiva, per quanto affermata, sembra essere più data per scontata a livello fenomenico che non dimostrata nel suo valore strutturante la personalità e le interazioni con il mondo.

La prospettiva teorica che Paolo Cozzaglio propone (cap. 3 e 4) è quella di un analista di formazione junghiana, allenato al pensiero di Silvia Montefoschi (2004, 2008). Nella sua visione è centrale la valutazione della soggettività non solo nei suoi aspetti più individuali e univoci, ma soprattutto come realtà costitutiva e potenzialità evolutiva per l'essere umano.

Nel solco della concettualizzazione junghiana, Cozzaglio opera una distinzione formale tra l'Io e il Soggetto, considerando l'Io come espressione storica dell'essere al mondo di un Soggetto che tende ad emergere, realizzandosi secondo le particolarità del proprio essere, in un lungo e continuo processo di individuazione nell'incontro con l'altro. L'attività attraverso la quale il Soggetto emerge dalla sua matrice bio-fisiologica è la funzione riflessiva, che media le esperienze puntuali percettive, emotive, istintuali e le trasforma in contenuto di conoscenza, permettendo di avvertire sé stessi come agenti attivi, distinti dagli altri.

Siamo qui in una linea di discontinuità con il pensiero freudiano che vede il benessere psichico come il risultato di un compromesso tra le esigenze della propria istintualità e la convivenza con i simili e, di conseguenza, ritiene la patologia causata da un ingorgo quantitativo di energia pulsionale che non trova possibilità di scarica a causa dei divieti sociali. Ma siamo anche lontani dalla visione psichiatrica, che rifugge dal collegare la patologia con il soggetto e il suo sistema di significati poiché una simile operazione,

aprendosi alla valutazione dell'intenzionalità e della probabilità, introdurrebbe elementi di incertezza tali da scardinare qualsiasi rassicurante esigenza classificatoria. Nella visione del reale che ci viene qui presentata, causa della malattia è la debolezza costituzionale o acquisita dell'Io, che vive la realtà in relazione a ciò egli è per natura e cultura; le soluzioni storiche acquisite tendono a mantenersi intatte irrigidendosi e, proprio in ragione della loro fissità, mal si adattano ai nuovi stimoli che la vita propone. Siamo, invece, vicini alla prospettiva sistemica di L. Sander (2007), che propone come principi costitutivi dell'essere vivente l'*unità integrale*, cioè la coesione o coerenza di componenti distinti che costituiscono l'organismo vivente, e l'*attività (agency)*, di origine endogena, attraverso la quale l'individuo mira a raggiungere un coerente senso di sé come agente differenziato all'interno del proprio contesto di vita.

All'interno di questa visione unitaria e non dipendente da cause esterne dello sviluppo individuale, è inevitabile dover affrontare il problema sempre dibattuto della prevalenza della costituzione o dell'ambiente nell'evoluzione dell'individuo. La soluzione cui qui si giunge non è dicotomica: da una parte la realtà è valorizzata come sostanza e occasione dello sviluppo delle potenzialità del soggetto, che può accoglierne lo stimolo o ritirarsene; dall'altra il soggetto non è mai passivo dinanzi all'esterno, poiché lo sviluppo si svolge secondo le linee di potenzialità costitutive del soggetto stesso, mai attraverso un contenuto predeterminato o considerato migliore rispetto a criteri esterni. A monte di questa visione è riconoscibile il concetto di autocoscienza hegeliano, lo stesso stimolo che ha ispirato le elaborazioni che in ambito relazionale sono state fatte sul "Terzo", una metafora usata nelle accezioni più svariate, che ha avuto grande fortuna nel mondo psicoanalitico, prigioniero dalle strettoie senza uscita dell'approccio diadico all'interazione paziente-analista. Nella prospettiva relazionale, tuttavia, sotto l'influsso delle conclusioni dell'Infant Research, si è data un'importanza decisiva alla funzione dell'oggetto nella costituzione del soggetto, rendendo, il rispecchiamento operato dall'altro la causa necessaria e imprescindibile della nascita della coscienza autoriflessiva (Benjamin, 1990; Ogden, 1994; Aron, 2000). Qui, con una maggiore – a parer mio – fedeltà al senso del discorso hegeliano, in cui più che l'azione dell'altro è sottolineato il "ritorno" a sé con cui il soggetto supera la propria alienazione (Olivieri, 1972), l'attenzione è posta sull'attività autoriflessiva del soggetto che, nel movimento dialettico verso l'altro, si costituisce come Soggetto agente dinanzi allo stimolo offerto dalla realtà, riconoscendosi come presenza a sé stesso.

Una conseguenza, che mi sembra importante sottolineare, è che lo sviluppo non è mai pensato come un automatico divenire lineare. L'evoluzione, infatti, non è mai esente da conflittualità: dinanzi al diverso/estraneo il soggetto è sempre chiamato a scegliere, definendosi, nello spaccato del presente, su ciò che è già e su ciò che potenzialmente potrebbe divenire.

La scelta avviene in base a quello che il soggetto è, vale a dire in base a ciò che potremmo chiamare “consapevolezza di sé”, intendendo con questo termine una consapevolezza globale, sistemica, non certo semplicemente intellettuale. In questo modo il soggetto, interrogandosi rispetto a ciò che vive e, nello stesso tempo, lasciandosi interrogare dall'esperienza, realizza la sua unica finalità, l'attuazione di sé, attraverso un processo di auto-eco-organizzazione. Si stabilisce così una sintonia tra la prospettiva sostenuta da Cozzaglio e quella fondata sulle Teorie dei sistemi dinamici non lineari che, dalla seconda metà del secolo scorso, sono state accolte e integrate nel pensiero psicoanalitico (Sander, 2007).

Sulla base della sollecitazione delle Teorie Sistemiche, gli psicoanalisti hanno affrontato il problema sempre aperto del rapporto tra due soggetti che si incontrano, soprattutto nel campo della cura, essendo ormai scomparsa la convinzione di marca positivista di poter operare reali cambiamenti in un essere umano attraverso un'opera di illuminazione mentale.

La riflessione su come si svolge la relazione tra due esseri pensanti ha una lunga storia (Tricoli, 2001). Nell'ottica classica freudiana, l'analista, concepito come persona totalmente risolta, interveniva nella relazione con il potere risolutivo della sua conoscenza, non essendo neppure percepito l'apporto della sua soggettività nell'operazione di cura. In seguito, con il concetto di “identificazione proiettiva”, tuttora largamente usato nella clinica, le reazioni soggettive dell'analista sotto state attribuite all'influsso disturbante del paziente. Al contrario, le più recenti teorizzazioni degli studiosi influenzati dalle teorie dei sistemi complessi sono tese ad integrare i versanti “auto” ed “eco” dello sviluppo, che non possono più oggi essere considerati dicotomici (Oyama, 1998).

Mi limito qui solo ad esporre la visione epistemica cui giunge Cozzaglio, elaborando il pensiero di Silvia Montefoschi. Il divenire nella relazione viene proposto come dimensione specie-specifica per il Soggetto che viene, quindi, a dipendere dall'Altro come sua condizione normale, non limitante e assoggettante. Nella relazione l'individuo può riflessivamente vedersi distinto, vale a dire percepirsi come soggetto individuale, grazie a un'immagine di sé che riconosce come propria e, nello stesso tempo, può

vedersi in somiglianza e comunanza con l'altro in una situazione di interdipendenza.

Il bisogno irrinunciabile di essere sé stessi e sé stessi insieme con l'altro porta al formarsi di ruoli reciprocamente definiti, funzionali alla relazione stessa, ma sempre dinamicamente soggetti a cambiamento in relazione all'evolversi della realtà. Quando i ruoli assunti si irrigidiscono a causa del timore della perdita del legame o dell'immagine "positiva" di sé, la dipendenza diviene disfunzionale allo sviluppo dialettico del Soggetto e dà origine alla patologia. Il riconoscimento della funzione svolta dal ruolo che si assume nel rapporto – che può essere passivo o dipendente o dominante, ecc. – e la presa di distanza da esso permette all'essere umano di acquisire la consapevolezza di essere Soggetto, vale a dire presenza riflessiva a sé stesso, individuo agente, anche se nella condizione di limite e di passività che sono proprie della condizione umana.

Questo processo, che viene definito "intersoggettività" – in un'accezione del tutto diversa da quella di Stolorow e colleghi (1992) –, viene inteso come dimensione dialettica dell'uomo nel processo conoscitivo del reale ed ha come mira l'espressione sempre più piena di un Soggetto dinanzi ad un altro Soggetto di pari dignità pur nella differenza. L'essere umano si vive come soggetto quando si fa agente rispetto alla propria vita e al rapporto con l'altro; si vive come oggetto quando nel rapporto si esperisce bisogno dell'altro, nei diversi modi in cui generalmente sperimenta il bisogno: il bisogno di amore, di accudimento, di attenzione, da parte dell'altro che può negarsi o sottrarsi al suo bisogno. Nella modalità intersoggettiva di relazione, i due Soggetti perdono l'identificazione nel loro rispettivo ruolo per divenire l'Altro del discorso, nella gratuità dello scambio dialogico e non nel bisogno passivo e nella richiesta di appagamento del bisogno.

Questa visione dialettica della realtà non si esprime in contenuti prefissati, in stadi evolutivi predefiniti o tappe propedeutiche allo *step* successivo; la direzionalità è data dal Soggetto stesso, che acquisisce la consapevolezza di essere espressione contingente del tutto, insieme alla capacità di esprimerlo. La vita personale diviene partecipazione ed espressione di tutto ciò che l'individuo è. Il Soggetto non è più una monade individuale nel suo separato isolamento egoico, ma un essere in costante dialogo con l'alterità: quella che si dà in sé stesso e quella che si dà fuori di sé. Un'alterità che emerge nella distinzione dall'altro e nella coincidenza con l'altro, e che, in senso profondamente junghiano, possiamo chiamare inconscio.

Da questa densa parte teorica riguardante il funzionamento dell'essere umano si deducono la cura e la guarigione (cap. 5 e 6). Prendendo atto che

il Soggetto è il grande assente della psichiatria categoriale e dimensionale americana, viene affermato senza esitazione che la cura non consiste in una lotta ad oltranza al sintomo o alla malattia, quali fossero stati oggettivi del malato. Gli stati patologici vengono visti come tentativi, per quanto disfunzionali, di autorealizzazione del soggetto e come tali possono essere rispettati e ripensati in una prospettiva più funzionale per l'economia soggettiva. Si tratta di affermazioni rivoluzionarie, certamente in sintonia con la sensibilità e l'operato di tanti operatori del settore, ma mai ancorate finora ad una impostazione epistemica che ne dia ragione. La malattia quale entità oggettiva e lo stigma quale entità sociale, che ne deriva per i malati mentali, vengono affrontati per cogliere le implicazioni relazionali delle malattie psichiatriche e proporre una rilettura della psicopatologia e della nosografia psichiatrica che si muova dall'osservazione di ciò che avviene nei rapporti tra curante e curato (cap. 4).

La cura viene così a giocarsi tutta sull'interdipendenza che si crea tra gli attori della relazione: da una parte una relazione statica di dipendenza fondata sulla fissità dei ruoli, dall'altra la tensione verso una relazione dinamica in cui le soggettività si mettono in gioco e si riconoscono, con l'obiettivo di suscitare nel soggetto-paziente una presa in carico consapevole e responsabile del proprio vissuto esistenziale. Introducendo una dimensione di riflessività nella relazione, nell'incontro tra chi cura e chi chiede di essere curato, il soggetto che soffre può assumere sé stesso come soggetto agente la propria condizione di vita, con l'obiettivo di trovare modalità più funzionali al suo vivere; altrimenti, in una prospettiva archeologica, deterministica, il soggetto in cura, oggettivato dai condizionamenti del passato, congeniti o ambientali che siano, ne rimarrà inevitabilmente prigioniero.

In quanto alla guarigione in psichiatria, come intenderla? Non come una *restitutio ad integrum*, perché ciò presupporrebbe una precedente integrità psichica che, a volte, non è stata mai realizzata. I pazienti psichiatrici sono personalità la cui evoluzione si è bloccata in un determinato momento della vita o soggetti che non si sono mai percepiti come tali e hanno vissuto sé stessi imprigionati in una dipendenza malata. Si tratta, quindi, di rimettere in moto, o persino di dare avvio, ad un processo di riflessività prima e, per quanto è possibile, di autoriflessività dopo. Ciò può avvenire nel setting intersoggettivo in cui il processo di cura non è mai l'azione di un singolo operatore ma dell'intera équipe multidisciplinare, considerata il vero cardine della riabilitazione.

Ciò che potrebbe sorprendere è che questa concettualizzazione della cura e della guarigione non è da intendersi come contrapposta all'uso dei far-

maci da parte di chi opera in campo psichiatrico. L'uso del farmaco è visto come uno degli aspetti "tecnici" della cura, che facilita o accompagna, o è persino propedeutico, all'operare intersoggettivo.

Per concludere vorrei aggiungere, e non è cosa di poco conto, che proprio la lunga e ricca esperienza di lavoro nelle strutture deputate all'intervento sul disagio psichico permette a Cozzaglio di fornirci nel capitolo 1 e 2 un panorama storico significativo dei "luoghi" deputati alla cura e delle "azioni" o i "percorsi" di cura. Un excursus ricco di riflessioni critiche e di suggestioni per una diversa operatività. La descrizione diviene un'occasione di denuncia della concezione della malattia come pretesa di oggettività di un processo patogeno che affligge il singolo individuo come monade. Con sguardo sicuro viene delineato il dramma dell'oggettivazione dello stato di malato che ha caratterizzato la storia della psichiatria e che, in Italia, solo dopo la legge 180/1978 ha iniziato a modificarsi, quando finalmente il disagio psichico riceve "il diritto di cittadinanza nella società civile" con la scomparsa della "serpeggiante sovrapposizione tra patologia psichiatrica, reato e aberrazione morale". Il percorso proposto va dal Manicomio come Istituzione Totale alla Comunità Terapeutica e alle possibilità, offerte dall'attuale legislazione, di un'équipe multidisciplinare come cardine della riabilitazione.

La prospettiva che Paolo Cozzaglio offre può sembrare del tutto astratta ed utopica, ma non è così: viene sperimentata da tempo nella comunità ad alta intensità riabilitativa del Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio, di cui Cozzaglio è primario, che si occupa di psicosi e gravi disturbi di personalità, e nella comunità organizzata in appartamenti per pazienti psicotici con l'obiettivo il loro reinserimento nella vita sociale territoriale. In questa comunità io stessa ho avuto il privilegio e il piacere di lavorare, in incontri regolari di riflessione sull'operatività comune, con l'intera équipe multidisciplinare dei curanti, dal primario, agli psicologi, agli infermieri, agli educatori, agli assistenti sociali, agli animatori.

INTRODUZIONE

Quando nel 1993 varcai la soglia del Manicomio dove avrei lavorato per lunghi anni come psichiatra, provai uno strano e inquietante senso di atemporalità. Salii le anguste scale che conducevano al reparto femminile e mi ritrovai in un lungo corridoio, dove le pazienti sostavano in ambo i lati su divani di colore rosso, sempre nella stessa posizione, sempre al solito posto. Ogni giorno era pressoché uguale, nello scorrere di una surreale assenza di tempo. Ogni paziente rappresentava sé stessa, come nella *Commedia dell'Arte*; e così ogni membro del personale. C'erano Arlecchino, Colombina, Pantalone, Pulcinella ... solo che avevano nomi diversi, ma il copione era identico. Incontrai Luna che, per rendere iconico il proprio nome, si era accosciata la capigliatura grigia a mezza luna rivolta all'insù. Tentai di rivolgerle la parola, ma venni fermato da un'infermiera che mi disse di starle lontano, perché era aggressiva e non amava parlare con nessuno. Incontrai poi due miei colleghi nel loro studio che mi accolsero di sfuggita non sapendo neppure che sarei arrivato.

Il Manicomio era la loro casa più veritiera: in ospedale avevano le loro amanti, curavano i loro interessi e hobby, svolgevano per la maggior parte della giornata la loro attività lavorativa, coltivavano le loro amicizie più sincere. Come il resto del personale, erano tutt'uno in promiscuità con le pazienti. Il primario di allora, Antonio, intratteneva una vera e propria relazione (simbiotica) con una paziente, Olga, che tutti i giorni faceva la spesa per lui perché nel delirio era sua moglie (ma era proprio un delirio?). Arrivava carica delle borse della spesa urlando gaiamente: «Tinetti! ... guarda cosa ti ho comprato oggi!» e Antonio-Tinetti le rispondeva ogni volta: «Olga, ti ho detto di non comprarmi sempre questa roba e di non chiamarmi Tinetti!».

Scrive Michel Foucault (1972):

Per i medici è di grande importanza e di prezioso conforto poter constatare che ci sono sempre state allucinazioni sotto il cielo della follia, sempre deliri nei discorsi della sragione, e che si ritrovano le stesse angosce in tutti questi cuori senza pace. Il fatto è che la medicina mentale riceve da ciò le prime garanzie della sua eternità.

In effetti, può rassicurare molto il continuo riscontro di allucinazioni e deliri nei discorsi della “sragione”. Poter alleviare le angosce “in tutti questi cuori senza pace” è di conforto a noi psichiatri e ci dà la garanzia dell’eternità del nostro lavoro e della nostra scelta. Permette di riconoscerci inconsciamente nei discorsi della follia ma, nello stesso tempo, di prenderne coscienza distanza attribuendola al nostro simile da curare. Ricordo così il colloquio tra un paziente e un mio collega: il paziente gli disse «Ma tu sei simile a me!» e il collega gli rispose «Può darsi, ma io sono al di qua della scrivania, e indosso il camice bianco».

Questo atteggiamento di riconoscimento e contemporaneo distanziamento ha permesso alla coscienza sociale di rimuovere la follia. Così i luoghi della follia – i manicomi – sono sempre stati isolati spazialmente dal territorio civile. Noi psichiatri rischiamo sempre di colludere con la rimozione sociale della follia e, poter vedere costantemente confermato il discorso della sragione, al di là delle epoche e delle culture, ci allevia non poco dalla responsabilità e dai sensi di colpa per aver collettivamente inflitto sofferenze ad altri esseri umani, giustificandole con l’alto ideale della cura scientifica della malattia mentale. Basti pensare agli “obsoleti” interventi terapeutici della piretoterapia, dei comi insulinici, delle leucotomie, dell’elettroshock (o “elettrosciocco” come lo chiamava Elisa, una paziente del Manicomio).

Accanto alla rimozione sociale della follia che ha creato i manicomi vi è però la reale profondità del dolore individuale del malato di mente. Anche se la reazione antipsichiatrica ha voluto immaginarlo tale, il folle non è un “artista” né tantomeno un “creativo”; è un soggetto umano che soffre nel non potersi riconoscere pienamente come Soggetto e che sente di deludere l’aspettativa sociale di essere accolto nel mondo “normale”. A questo proposito è pregnante il sogno di una famosa paziente, Norma Jean Baker Mortenson (in arte Marilyn Monroe):

Un bravissimo chirurgo, il migliore – Strasberg – sta per aprirmi ma non m’importa perché la dott.ssa Hohenberg mi ha preparato, mi ha fatto l’anestesia e ha anche pronunciato la diagnosi e concorda su cosa è necessario fare – un’operazione – per riportarmi in vita e guarirmi da questa terribile malattia. [...]

Nella stanza è tutto bianco anzi, non riesco nemmeno a vedere nessuno, solo oggetti bianchi. Mi aprono – Strasberg con l’assistenza della dott.ssa Hohenberg – e non trovano assolutamente nulla. Strasberg è profondamente deluso [...] pensava di trovare così tanto, più di quanto avesse mai sognato di trovare in una persona, e invece non c’era assolutamente nulla: priva di alcunché di umano, vivo, senziente; è uscita soltanto segatura così sottile, come da una bambola di pezza¹ ...

In questo sogno percepiamo la dimensione scientifico-sociale della follia che incontra la dimensione personale. Il risultato di questo incontro, tuttavia, non è quello sperato (*riportarmi in vita e guarirmi da questa terribile malattia*); l’esito è che la persona è sostituita dal nulla. Una psichiatria che non restituisce vita alla persona folle è una psichiatria che ha fallito il suo compito.

C’è però un altro volto della psichiatria. Quello che ha sempre cercato di trovare uno spazio di dialogo con l’irrazionalità espressa dalla follia e, senza facili separazioni o esclusioni, ha cercato di comprendere nella malattia la soggettività appartenente a tutti gli esseri umani. È questa la dimensione relazionale della psichiatria, meno “tecnica” e meno rassicurante, ma non per questo meno fondata dal punto di vista epistemologico e scientifico. Il superamento della cultura manicomiale e degli atti psichiatrici incongrui e brutalizzanti *deve* essere una necessità scientifica, piuttosto che un afflato filantropico e caritatevole che denuncia la non validità, anzi la iatrogenicità, di certe “cure”.

Ancora Marilyn Monroe, durante l’internamento alla Payne Whitney Clinic, in una lettera al suo medico:

1 marzo 1961. [...] Non c’era nessuna empatia alla Payne Whitney. Mi hanno chiesto, dopo avermi messo in una “cella” (quattro spoglie pareti e tutto il resto) per pazienti gravemente squilibrati e depressi (tranne che mi sono sentita come in una specie di prigione per un crimine che non avevo commesso. La disumanità lì dentro l’ho trovata arcaica). Mi hanno chiesto perché non ero contenta (c’erano sbarre dappertutto, su lampade, cassetti, bagni, ripostigli). Ho risposto: «Be’, dovrei essere matta per star bene qui dentro» poi le grida delle donne nelle loro celle – gridavano come se la vita fosse insopportabile. [...] Mi hanno chiesto di mescolarmi con gli altri, di partecipare alle attività di Terapia Occupazionale. Ho detto: «Cosa si fa?». E loro: «Si può cucire o giocare a dama, ci sono anche le carte e si può lavorare a maglia». Ho cercato di spiegarli che se mi fossi messa a fare quelle

¹ Da appunti presi su carta intestata dell’Hotel Waldorf-Astoria (1955). Strasberg era il maestro di Marilyn all’Actors Studio e la dott.ssa Hohenberg la sua prima psicoanalista Newyorkese (Sterpellone, 2005. Buchtal e Comment, 2010, pp. 98-99).