

*Psicoanalisi e psichiatria del profondo*

20

*T. Szasz*

**SCHIZOFRENIA  
SIMBOLO SACRO  
DELLA  
PSICHIATRIA**

Armando

1984

*Collana diretta da Leonardo Ancona*

In questa sua ultima opera Szasz \* **dispiega** il suo enorme sapere e la sua stringente logica in un attacco al concetto di «schizofrenia», intesa come la più comune e temuta delle grandi malattie mentali. **Delineando lo sviluppo** della moderna psichiatria ricostruisce anche la nascosta anatomia dell'antipsichiatria e prende posizione, rispetto alla tradizione e alla innovazione **radicale**. Esaminando le varie concezioni della schizofrenia mostra esattamente in che senso gli psichiatri hanno «creato», e continuano a «creare», schizofrenici. In un capitolo chiave, opportunamente intitolato: *Schizofrenia: Sindrome psichiatrica o scandalo scientifico?*, l'autore attacca da grottesca ricerca delle cause **psicochimiche** della schizofrenia e pone in un'adeguata prospettiva storica e sociale gli abusi della «diagnosi» schizofrenica; presenta infine un caso convincente a suffragio della sua tesi centrale, vale a dire che, più che una malattia, la schizofrenia è in realtà il simbolo sacro della psichiatria.

Il linguaggio di questa operazione culturale è awincente. Szasz sprema gli stereotipi, li dissolve nell'ironia, strappa le maschere. Gli psichiatri tradizionali, dice, sequestrano il paziente imbavagliandolo in una etichetta, da loro costruita, senza giustificazioni verificabili. Non è questo un reato? Gli anti-psichiatri non sono da meno. Idealizzano lo psicotico, e asserendo che non è malato lo fanno però curare **dalla** società, con costi sproportionati e, spesso, con esiti «boomerang».

Szasz afferma che nelle scienze sociali la funzione **religioso-simbolica** dei modelli è maggiore che nelle scienze **naturali**. Di conseguenza la schizofrenia rimarrà il problema «centrale» della psichiatria fino a che la società avrà interesse a favorire il personale terapeutico e le pratiche ormai definite come terapeutiche in relazione ad essa; ma contro il parere di Szasz cozzano non poche esperienze con tragici effetti.

Libro raffinato e brillante, questo di Szasz farà ancora discutere. E la prefazione di L. Ancona è già l'elaborazione di un interesse teorico e pratico che non mancherà di espandersi ad un pubblico colto.

\* THOMAS SZASZ è professore di psichiatria alla State University di New York e all'UP State Medical Center di Syracuse. È autore di una dozzina di saggi, tra cui *The Myth of Mental Illness*, ed. riv. 1975; *Pain and Pleasure*, ed. riv. 1975 e *The Ethics of Psychoanalysis*, ed. economica 1975 (tr. it. *L'etica della psicoanalisi. Teoria e metodo della psicoterapia autonoma*, Armando, Roma 1979, pp. 292); *Karl Kraus and the Soul-Doctors. A pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis*, 1976 (tr. it. *Karl Kraus e i medici dell'anima*, Armando, Roma 1982).

*Questa collana deriva la sua ispirazione e ragion d'essere dalla comune rilevazione del fatto che la moderna psichiatria sembra oggi essa stessa impazzita. Ciò non solo per le **innumeri** molteplicità, la reciproca contraddittorietà, la frequente inconsistenza clinica e la frammentazione ideologizzata dei suoi contenuti attuali; ma specialmente per il fatto che molti psichiatri, travolti **dall'orientamento** anti-medicaale assunto dalla **specialità** professionale che li qualifica, sono partiti **all'attacco** della propria disciplina, dichiarando col fatto o con la parola che « la psichiatria è ormai morta! ». E il nostro Paese si è particolarmente distinto in questo programma.*

*Sembra d'altra parte evidente che la causa del disastro culturale psichiatrico che stiamo vivendo in Italia e nel mondo si collochi a livello dell'episteme, cioè della fondazione conoscitiva di una competenza che si rivolge alla rilevazione del disturbo mentale, per **conoscerlo** e trattarlo. Proprio la carenza di una epistemologia capace di promuovere la sintesi **creativa** fra gli innumerevoli aspetti della psichiatria e della psicoterapia di oggi riduce questi a **tronconi** disarticolati che non si riconoscono più come parti integrabili a vicenda, anzi si lottano forsennatamente, mirando ciascuno alla soppressione dell'altro. Di conseguenza anche la didattica, quella*

*propedeutica e quella di specialità, minaccia di accrescere la confusione. Dire che per owiare a tale stato di cose la psicoanalisi dovrebbe essere la ispirazione ultima della psichiatria, è un programma insieme troppo riduttivo e troppo **inflattivo**; dire invece che la psichiatria deve essere traguardata secondo un nuovo modello, che articoli la sua ineliminabile dimensione biologica con quella **dell'inconscio**, in uno spessore più complesso e dinamico, significa **collimarla** con la autentica conoscenza dell'uomo, nella sua evoluzione espansiva o regressiva.*

*La collana si ispira a questa concezione che si dovrebbe dire propriamente «antropologica» **p.** se il termine non fosse estenuato dall'uso del tutto improprio che se ne è fatto; per questa ragione il suo programma è aperto a contributi di vario livello e natura concettuale, ed è marcato dalla **scelta** preferenziale di quelli che, per il fatto di non proporsi come auto-sufficienti e come spiegazione ultima del problema psichiatrico, si dimostrano disponibili alla **ibridazione inter-disciplinare**; che è quella che fonda il progresso e costituisce la falsificabilità, cioè la verifica di ogni scienza. Ma in particolar modo della psichiatria nel suo essere irreversibile di «scienza umana» che trova il suo specifico nello studio teorico e clinico delle avventure del pensiero e della emozione: del singolo e dei suoi gruppi.*

*Nella collana saranno inserite opere già pubblicate da questa editrice in diverse «serie» **p.** e riconosciute valide per le finalità che la collana stessa si propone.*

Thomas Szasz

**SCHIZOFRENIA  
SIMBOLO SACRO DELLA PSICHIATRIA**



Armando Armando

**Titolo originale**

**Schizophrenia: the sacred *symbol* of psychiatry**

**© 1976 Thomas Szasz**

L'autore ringrazia per l'autorizzazione a citare i passi di due opere di Eugen Bleuler: *Dementia Praecox or The Group of Schizophrenics* © 1950 by International Universities Press, e *Autistic Undisciplined Thinking in Medicine and How to Overcome It*, riprodotti con l'autorizzazione di Macmillan Publishing Co., Inc., © 1969 by Hafner Publishing Co.

**Traduzione di Orio Buonomini**

**© 1984 Editore Armando Armando**

**Via della Gensola 60-61 - 00153 Roma - tel. 5818441 - 5817245**

## SOMMARIO

---

<i>Presentazione</i> / LEONARDO ANCONA	7
<i>Prefazione</i>	16
1. Psichiatria: il modello della mente sifilitica	18
2. Anti-psichiatria: il modello della mente depredata	54
3. Schizofrenia: sindrome psichiatrica o scandalo scientifico	85
4. Psichiatria e matrimonio: due sistemazioni per la vita	128
5. Follia, comportamento e malattia mentale: un riesame e una ridefinizione	165
Epilogo. Schizofrenia: simbolo sacro	175
<i>Appendici</i>	
1. La teoria della malattia mentale come malattia del cervello: una cronologia	178
2. Psichiatria e anti-psichiatria: superiorità delle virtù dell'appressore e superiorità delle virtù dell'oppresso	183
<i>Indice analitico</i>	186

*A Monique Manin-Burke*



## PRESENTAZIONE.

---

LEONARDO ANCONA

Soffuse di uno spirito caustico che non demorde **dalla** prima all'ultima pagina, sostenute da una ricchezza di forma e di contenuto che rendono la lettura avvincente e rapida, ritmate da un continuo ripetersi di metafore azzeccate, **barbagli** di metonimie utilizzate con insolente spregiudicatezza, raffiche di denunce mordaci a destra e a manca (alla psichiatria come **all'anti-psichiatria**, a Kraepelin come a Freud, alla schizofrenia come **al** matrimonio, alla mitologia come alla Religione) le **pagine** di **Thomas Szasz** che seguono si **srotolano** davanti agli occhi e alla mente come una smagliante sequenza cinematografica: che sembra non mancare il bersaglio anticipato.

Questo si riassume nel principio che la schizofrenia **non** riguarda la medicina in quanto non è una malattia, ma solo il nome di **una** presunta malattia, **più** precisamente il « **nostro sacro** » che ha consentito alla psichiatria di erigersi come scienza e svilupparsi, allo stesso modo che il Cristo crocifisso è **il** simbolo sacro della Cristianità! Al punto che una smitizzazione della malattia mentale « minerebbe e distruggerebbe la psichiatria, come branca della medicina - allo stesso modo in cui la smitizzazione **dell'Eucarestia** minerebbe e distruggerebbe il Cattolicesimo della Chiesa Romana come religione ».

Il metodo, baldanzoso e mai privo di sarcasmo, che Szasz segue per giustificare questo principio è quello di una **rigorosa** consequenzialità logica, che **poggia** solidamente su questi pilastri:

1. **La** schizofrenia ha niente a che **fare** con la medicina, o con una psichiatria ammantata presuntuosamente della qualifica di **specialità** medica, e appartiene piuttosto « ai **territorii dell'etica** e della politica, della retorica e della **legge, dell'aggressione** e della difesa, della violenza e della guerra »; infatti manca di una **istopatologia** e di una **fisiopatologia** che siano dimostrabili, gli **unici** criteri che fondano la medicina.

2. Il cosiddetto paziente schizofrenico non ha il diritto di **rifiutare** la diagnosi che di lui fa il **medico** psichiatra, né il trattamento giustificato da essa; né può, specialmente nelle fasi acute del suo disagio, scegliere liberamente chi lo deve aiutare: la medicina invece, quella vera a che serve gli ideali di una **società**», è stabilita sul libero consenso fra le parti direttamente interessate. Poiché la psichiatria **manca di** tale requisito, non di medicina si tratta ma di un regime di schiavitù; come tale, i rapporti **normativi** tra psichiatra e psicotico sono **assurdamente coercitivi**, rispecchiano gli interventi penali, la esazione delle **imposte**, la leva militare... e dato che non sono né l'una né l'altra di **tali** eccezioni, dovrebbero a essere considerati reati come lo stupro, l'aggressione, il sequestro di persona, quindi **punibili e puniti dalla legge**».

3. Le parole e le azioni degli **psicotici**, come d'altronde quelle degli psichiatri, sono niente altro che coercizioni e **contro-coercizioni**, a volte letterali, a volte **metaforiche** e ciò pare sufficiente per **confermare** che di ciò la medicina non può né deve interessarsi. Già **Bleuler** aveva sottolineato che la sola cosa « sbagliata » nel **c.d.** schizofrenico è il « **parlare** per metafore inaccettabili i **da** parte di chi lo ascolta » e Szasz commenta al proposito che **questo** stesso fatto a svela ciò che vi è di **più** profondamente umano » e al **contempo** questo linguaggio « può essere usato per **privare** gli individui della loro umanità ». Ma mentre ciò aveva portato Bleuler alla conclusione che l'**uso** di a metafore **inappropriate** » è indice di un dissesto psichico che si deve chiamare a malattia », **per Szasz** è tutto l'opposto. Questa conclusione per lui è un arbitrio, semplicemente perché « la psicologia e le scienze sociali sono in larga parte false e pseudo-religioni... n.

E' allora evidente che la schizofrenia non esiste scientificamente: non può essere **provata obbiettivamente**, non si configura come un rapporto libero, si può **dimostrare** determinata da puri scopi politici, economici, di potere e di comodo; non è quindi materia medica, come non lo è ... il matrimonio; già, perché l'unione della donna all'uomo è il **modello** paradigmatico dell'unione fra lo psichiatra (il marito) e lo psicotico (la moglie)!

Dopo di che Szasz **afferma** categoricamente che egli è e **rimane** « psichiatra »; non certo un **anti-psichiatra**, termine impreciso e fuorviante come se i chimici volessero **definirsi anti-alchimisti**. M proposito Szasz adopera molto bene il suo sarcasmo forbito e corrosivo per **accusare** gli **anti-psichiatri** inglesi di voler **forzatamente** esaltare lo psicotico facendolo risultare **migliore** di chi non lo è e di continuare a curare di **fatto** gli schizofrenici, a spese della società, pur negandone a parole l'esistenza. E **nem-**

meno vuole essere considerato, Szasz, uno psichiatra tradizionale, coercitivo, poiché egli opta per una psichiatria i cui trattamenti siano a liberamente scelti » e dove i rapporti terapeutici si svolgano fra « persone adulte e consenzienti »; infatti, si chiede retoricamente l'A., « è lecito agli psichiatri (o ad altri medici) diagnosticare che una persona è schizofrenica se quella persona, il presunto paziente, non ha richiesto aiuto psichiatrico? E' lecito a loro fare ciò, se il paziente rifiuta esplicitamente di essere diagnosticato? ».

A questo punto ci si può legittimamente chiedere a cosa si riduca la essere psichiatra » di Szasz; forse ad una prassi di **counselling**? Non è forse lui stesso a **ricordare** che tra psichiatra e psicotico è inevitabile l'instaurazione di un braccio di ferro (come tra marito e moglie) nel quale ordinariamente predomina il **primo** ma dove a questi è possibile perdere il controllo della situazione e diventare a sua volta psicotico? E ciò non contadice forse la **formula** l'assunto che Schizofrenia è a una formula giustificatoria che legittima gli interventi psichiatrici non **volontarii** » e che in sé non è che una parola inventata da Eugenio Bleuler come Coca-Cola è un nome inventato da un tizio che ha prodotto una bevanda analcolica?

E **come** può affermare Szasz che la terapia psichiatrica che egli contesta, anche la meno invasiva, in quanto non richiesta, è « l'unica eccezione » di tutta la moderna terapia medica? Il trattamento delle malattie infettive, o comunque contagiose, in isolamento non è forse meno medico in quanto è impositivo? La pratica della quarantena, la vaccinazione profilattica obbligatoria, non collimano forse con la imposizione? Non riconosce lo stesso Szasz che « gli incidenti, o le ferite, che provocano uno stato di incoscienza sono curate dai medici senza l'esplicito consenso del paziente perché egli non può dare il proprio consenso ed il permesso viene in tal caso dato dai parenti o da altre **autorità legalmente** riconosciute? ».

Ancora, non è forse vero che generalmente i minori rifiutano le cure, **specialmente** quelle dolorose, senza che perciò le relative affezioni **diventino qualcosa** di non-medico, di non-chirurgico? E se questo è vero, non è forse incontrovertibile che gli psicotici sono da considerarsi anch'essi vittime di processi **psichici regressi** allo stadio infantile e pertanto bisognosi della decisione di altri?

Sarebbe peraltro vano ricercare le contraddizioni che **costellano** le pagine lievi del volume di Szasz; anche perché nel **contesto** unilaterale e sineddotico nel quale egli si è posto le **aporie** sembrano perdere salienza e sono comunque facilmente

ribaltabili. E' per esempio evidente a tutti che è «ingiusta ed ingiustificabile la **incarcerazione** di persone innocenti negli ospedali psichiatrici», ma la domanda da porsi è piuttosto quella **di** come siano finiti **là** dentro. **Ovviamente** la risposta di Szasz è **pronta** e coerente con **la** sua impostazione di fondo: sono **là** per azione della società che si prende cura del «matto» **assocciandolo** in un ghetto così come si prende cura delle «donne» condannandole al matrimonio perpetuo! Perché «le **funzioni** di differenziazione e di identificazione sociale, un tempo assolute **dall'**istituziane del matrimonio, vengono ora assolute dall'istituzione della psichiatria»; e infatti, «Cosa rimane del matrimonio senza l'obbligatorietà che deriva dalla legge? E cosa **della** schizofrenia senza l'affidamento psichiatrico?». B.

E' tuttavia lecito ed interessante chiedersi se questo **tipo** di ragionamento si regga o non assomigli un po' troppo, sino a coincidere, con la **logica** del pensiero in delirio di quei pazienti che san **detti** schizofrenici!

**In** realtà il «ragionamento» di Szasz appare fondato su di una consensualità privata, idiosinorastica, che troppo frequentemente mostra la corda di un pregiudizio che si potrebbe siglare con l'**aforisma** celebre «*politique, d'abord*» e che proprio per questo si pone al di **fuori** del campo medico: precisamente come, secondo **l'A.**, sta la schizofrenia e chi ne persegue lo studio e il trattamento!

Alla lettura del libro di Szasz si rileva che se c'è qualcuno che sta al di fuori del campo medico, questi è proprio lui, e un esempio valga per tutti; **Szasz** contesta ad un certo punto, qualificandola come un insieme «incredibile di stupidità, di immoralità e della **più grossolana** stortura mentale» la seguente affermazione di H. Huessy, un noto psichiatra americano: «La comprensione **delle** cause è importante per la prevenzione, ma non per la cura... Possiamo curare i **sintomi** acuti della schizofrenia con mezzi medici, nonostante la nostra carenza di conoscenza delle cause di questo disturbo. Le terapie che pretendono di **giustificarsi** sulle basi delle cause dovrebbero essere sempre sospette, poiché la sola giustificazione valida per un intervento **terapeutico** è che produce miglioramento».

L'Autore dell'affermazione incriminata da Szasz si è riferito, evidentemente, ai «sintomi acuti» **del** male; ci& alle c.d. bouffées deliranti, o fasi critiche, della schizofrenia, nonché **al** loro trattamento, **quando** si decide di doverlo **fare** anziché aspettarne la fine naturale. Orbene, i **varii presidii** disponibili al riguardo (**fenotiazine, butirrofenoni**, psicoterapia di **gruppo**, **emodialisi** sino al famigerato ma mai completamente disatteso trat-

tamento di shock), non possono non prescindere dalle cause del male che **debbono** curare; **per** il semplice fatto che queste cause non sono ancora sufficientemente o quanto meno **consensualmente validate**. Eppure questi trattamenti si fanno, accertato il %attoche sono in **grado** di produrre una remissione dei sintomi, piuttosto che niente o un peggioramento degli stessi. Né vi è in ciò motivo di scandalo... Non si fa molte volte così in clinica? si **rimane** forse con le **mani** in mano di **fronte** alle sindromi **c.d.** essenziali della cui **etiologia** si è ancora **all'oscuro**? Il criterio **ex juvantibus** cui si ricorre in mancanza di meglio non è forse un corretto principio della **clinica** medica, insegnato nelle scuole di medicina e **correntemente** applicato nella pratica?

L'errore **epistemologico** che **Szasz crede** di rilevare nella affermazione di Huessy è quindi tutto suo, e viene reso più incisivo da una ulteriore considerazione: l'**Autore** americano parla di cura, escludendo esplicitamente di voler parlare di prevenzione, per la quale soltanto riconosce indispensabile la comprensione delle cause. Ed ha perfettamente ragione! Szasz ignora infatti evidentemente che nel campo **teorico** della psichiatria si può, anzi si deve, porre una distinzione qualitativa fra etiologia e **patogenesi** (L. ANCONA, 1978) e che quindi occorre assumere un diverso atteggiamento operativo nei riguardi **dell'una** e dell'altra.

Diversamente dalla medicina generale, dove questi due momenti **del** processo diagnostico sono isomorfi e della stessa natura **biologica**, al limite sono intercambiabili, in psichiatria ed in **psico-somatica** assi sono **qualitativamente** diversi, eteromorfi, inframmischiabili. Perché la etiologia & specificamente psichica e attiene alla **dinamica** di **rapporti intra-** e **inter-personali** che sono andati a male; la **patogenesi** è invece **organica** e attiene alle ripercussioni **funzionali** e tissutali con cui le distorsioni **relazionali** si manifestano nel soma. Già! Ma per accettare questi **principii** occorre **far posto ai** fattori psico-dinamici, che sono invece ostracizzati da Szasz come non scientifici e religiosi. **Ciò** vien fatto in nome della « scienza », che è poi quella derivata da modelli fisico-chimici applicati alla biologia, modelli di tipo **deterministico** quantitativo che hanno fatto il loro tempo persino nel campo fisico. Essi appartengono di **fatto** al suo **periodo pre-relativistico e pre-quantistico**; si sono dimostrati inadeguati per la spiegazione **della** realtà oggi conosciuta (quella galattica **come** quella subatomica) ed hanno prodotto il viraggio epistemologico dal **principio** di causalità a **quello informativo** (E. H. HUTTEN, 1974); in un modo del tutto corrispondente a **quello da tempo** insegnato in Psicologia, quindi applicato alla Psichiatria ed alla **Psico-somatica** (L. ANCONA, 1982).

Non vi è **pertanto** niente di stupido, **immorale**, distorto, nelle affermazioni che sono state ricordate di Huessy, certamente esse sono più « mediche » di quelle che Szasz awentatamente propone in chiara chiave metonimica dicendo che « il consenso, ed esso solo, giustifica la cura ed il trattamento, come opposto al controllo ed alla tortura ■■

Ma di tutto ciò Szasz ha l'amabilità di non accorgersi!

Diviene però evidente, allora, dove si nasconde il vizio di origine delle **argomentazioni dell'Autore**: egli parte col piede sbagliato e le sue deduzioni si sgranano secondo una logica **conseguenziale** che non perde un colpo, ma che porta ad aporie **aberranti** che non **sfuggono** a chi, se pure **per** poco, rimane al di fuori della logica del sistema. In verità, nel leggere le pagine di Szasz si **sperimenta** quella bizzarra sensazione di curiosità, di divertimento ma anche di sottile **apprensione** che capita nel leggere le celebri disquisizioni di Don Ferrante:

« *In rerum* natura, non ci son che due generi di cose: sostanze e accidenti; e se io provo che il contagio non può esser né l'uno né l'altro avrò provato che non esiste, che è una chimera... Posti questi principi, cosa serve venirci tanto a parlare di vibici, d'esantemi, d'antaaci...? ...la scienza è scienza; solo bisogna saperla adoperare. Vibici, **esantemi**, antraci, parotidi, **bubboni violacei**, **foruncoli nigricanti**, son tutte parole rispettabili, che hanno **il loro significato** bell'e buono; mq dico che non han che fare con la questione. Chi nega che ci possa essere di queste cose, anzi che ce ne sia? Tutto sta a veder di dove vengano... ».

E **dopo** aver sostenuto che il contagio era dovuto ad una « fatale congiunzione di **Saturno** con Giove » ecco la conclusione di **Don Ferrante**, secondo uno stile **sorprendentemente** simile a quello di Szasz:

« Ma quel che non mi **può** entrare, è di questi signori medici; confessare che ci broviamo sotto una congiunzione così maligna, e poi venirci a dire, con faccia tosta: **non** toccate qui, non toccate là, e sarete sicuri! **Come** se questo schivare il contatto materiale de' corpi terreni, potesse **impedire** l'efifetto virtuale de' corpi celesti! E tanto affannarsi a **bruciar** de' cenci! Povera gente! **brucerete Giove?** brucerete **Saturno?** ».

Basta sostituire in questo mirabile testo il termine di « corpo celeste » non quello di « pressione politico-sociale », il termine di influenzamento con quello di mistificazione in senso marxistico, **il** termine di peste con quello di schizofrenia e i sintomi pestilenziali con quelli della schizofrenia, per averne uno **sconcertante**

**parallelismo...** Ed è proprio sulla base di tali paralogismi che è possibile a Szasz affermare: « Il senso in cui io intendo che la psichiatria crea la **schizofrenia** è chiaramente illustrato **dall'analogia** fra la psichiatria istituzionale e la schiavitù. *Se* non c'è schiavitù non ci possono essere schiavi... « Allo stesso modo, se non c'è psichiatria, non ci può essere schizofrenia. In altri termini l'identità di un individuo come schizofrenico dipende **dall'esistenza** del sistema sociale della **psichiatria** (istituzionale). Perciò se la psichiatria viene abolita, gli schizofrenici scompaiono... ». **Lo** sappiamo bene in Italia quanto poco sia vera la sconcertante affermazione di Szasz; in Italia abbiamo infatti abolito la psichiatria istituzionale, ma nessuno si può sognare che con ciò sia **scomparsa** la schizofrenia! Né che quelli che una volta erano detti schizofrenici ora siano soltanto i protagonisti di problemi « etici, politici, semantici, sociologici, non di medicina! ». La peste c'era, nella **Milano** del 1630, **nonostante** la ferrea « logica » delle disquisizioni di Don Ferrante e di essa egli **morì**; come la schizofrenia-malattia continua ad esistere, nonostante i caustici commenti di Szasz!

Ed ora una parola di commiato da questa già sin troppo lunga presentazione. Essa si esprime con una domanda: perché l'**inclusione** di un libro così, in una Collana fondata, ispirata, orientata a principi che si pongono in posizione antipodica a quelli espressi dal volume? La risposta è semplice e consiste nel sottolineare che si **tratta** di un libro esemplare di una certa cultura psichiatrica prevalsa negli ultimi lustri ed ancor oggi **ampiamente** presente nel mondo occidentale, **pur** dopo aver raggiunto e già lasciato il tetto della propria espansione.

E' un libro che si legge di un fiato per l'ammirevole **scansione** del contenuto e che dimostra come, **partendo** con una chiave melodica sbagliata lo strumento del pensiero può &ungere a qualsivoglia conclusione, a sostenere qualsiasi **sofisma**. Il pensiero di Szasz è pervaso di un fascino che awolge, sconvolge, **avvince** ma non convince; come quel ragionamento che sosteneva essere la tortura un fatto pienamente **legittimo**, anzi cristiano e canonicamente autorizzato, in quanto esemplarmente sofferta e profferta agli uomini da **Cristo** in croce...

Per queste ragioni, e per l'insegnamento in contro-luce che ne viene, questo libro è stato accettato nella Collana di Psicoanalisi e Psichiatria del profondo.

I legittimi poteri del governo si estendono solo agli atti che sono lesivi nei confronti degli altri. Ma non mi lede il fatto che il mio vicino affermi che esistano venti dèi, o nessun Dio. Ciò non mi ruba il portafoglio, né rompe la mia gamba... La costrizione... può renderlo ostinato nei suoi errori, ma non curarlo da essi.

THOMAS JEFFERSON (1781)\*

\* Da Thomas Jefferson, *Notes on the State of Virginia, in The Life and Selected Writings of Thomas Jefferson*, a cura di Adrienne Koch e William Peden, Modern Library, New York 1945, p. 275.

[WWW.INFORMA-AZIONE.INFO](http://WWW.INFORMA-AZIONE.INFO)



Verso la **fine** del 1974 fui invitato a tenere una conferenza al 72° Congresso annuale dell'Associazione giapponese di Psichiatria e Neurologia. L'argomento principale del convegno, che si sarebbe svolto a Tokyo nel Maggio 1975, doveva essere «Che cosa è la schizofrenia?».

Questo invito e la gradita prospettiva di parlare anche all'Università di Kyoto, mi spinsero a rivedere gli articoli da me scritti su questo argomento in **vent'anni**<sup>1</sup> per poter **riproporre** in moda **più** sistematico il mio punto di vista su quello che, sia in psichiatria che in antipsichiatria, passa attualmente sotto l'etichetta di schizofrenia. Mi sono immediatamente accorto che gli appunti che stavo buttando giù rappresentavano qualcosa di più di quello che avrei potuto dire in **una** conferenza. Da ciò è nata l'idea di questo libro. Gli occasionali riferimenti alla psichiatria giapponese, che non avrei altrimenti fatto e che non ho poi trovato motivo di cancellare, sono quindi da attribuirsi a questa circostanza.

Desidero cogliere questa occasione per ringraziare ancora una volta i miei ospiti giapponesi: il dott. Tadao Miyamoto, Presidente del 72° Congresso annuale dell'Associazione giapponese di Psichiatria e Neurologia; il dott. Tomio Hirai, Presidente della Società giapponese di Psichiatria e Neurologia; il dott. Kiyoshi Ogura di Tokyo; il dott. Hiroshi Ohashi, professore di Psichiatria e Neurologia dell'Università di Kyoto; il dott. Kotaro Nakayama di Kyoto e il dott. Kenji Sakamoto di Osaka. Sono loro molto grato non solo per avermi invitato in Giappone, ma anche per aver reso la mia visita piacevole e soddisfacente sia da un punto di vista personale che professionale.

Desidero anche ringraziare mio fratello George Szasz; le mie figlie Margot Szasz, Peter e Susan Marie Szasz; i miei colleghi e amici Ronald Carino, Joseph De Vaughn-Geiss, Jonathan Ecker e Kathleen McNamara; il mio editore alla Basic Books e la mia segretaria Debbie Murphy. Il loro aiuto generoso e comprensivo ha reso possibile la realizzazione di questo libro.

<sup>1</sup> Cfr. T. S. SZASZ, *Some Observations on the Relationship Between Psychiatry and the Law*, *a* A.M.A., *Archives of Psychiatry and Neurology* » 75 (1956): 297-315; *idem*, *Malingering: Diagnosis or Social Condemnation?* *ibid.* 76 (1956): 432-443; *idem*, *The Problem of Psychiatric Nosology*, *«* American Journal of Psychiatry » 114 (1957): 405-413. *idem*, *Some Observations on the Use of Tranquilizing Drugs*, *a* A.M.A., *Archives of Psychiatry and Neurology*, 77 (1957): 86-92; *idem*, *Commitment of the Mentally III: Treatment or Social Restraint?* *a* *Journal of Nervous and Mental Diseases* » 125 (1957): 293-307; *idem*, *Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law*, *«* Columbia Law Review » 58 (1958): 183-198; *idem*, *The Myth of Mental Illness*, *«* American Psychologist » 15 (1960): 113-118; *idem*, *Mental Illness as a Metaphor*, *«* Nature » 242 (Marzo 30, 1973): 305-307.

## PREFAZIONE

---

Ogni gruppo od organizzazione, i cui membri siano uniti dalle stesse idee e dagli stessi ideali, **possiede** simboli e rituali suoi propri. Per i **cristiani** il simbolo **più** sacro è la croce e il rituale **più comune** è la messa; per i medici sono la laurea in medicina e la diagnosi della malattia.

Le persone, sia come individui che come membri di un gruppo, sentono questi simboli e questi rituali come preziosissime proprietà che devono assolutamente difendere dall'usurpazione da parte di altri, soprattutto se estranei. Li **considerano** realmente come cose sacre, **la** cui **purezza** va attentamente salvaguardata dalla corruzione sia **all'interno** che **all'esterno** del gruppo.

Gli psichiatri costituiscono un gruppo. Siccome sono sanitari, **la loro** corporazione è un sottogruppo della **professione** medica. I due gruppi hanno perciò in **comune**, come loro principale simbolo e rituale, la laurea in medicina e la diagnosi della malattia. Ne hanno in comune anche altri, come il **camice bianco**, il **ricettario** e l'impiego di ospedali, cliniche, infermieri e farmaci. Se dunque questi sono i simboli e i rituali che gli psichiatri hanno in comune con i medici, quali sono quelli che invece li distinguono?

Il simbolo che più specificamente caratterizza gli psichiatri come **membri** di un gruppo particolare di medici è il concetto di **schizofrenia**; il rituale che più chiaramente li distingue è la **diagnosi** di questa malattia in persone che non vogliono diventare loro pazienti.

Quando un prete benedice l'acqua, **la** fa diventare santa, e, in tal modo, portatrice dei **più** benefici poteri. In **modo** analogo, quando uno psichiatra maledice un essere umano, esso diventa uno schizofrenico, e, in tal modo, portatore dei più malefici poteri. Come « **divino** » e « **demoniaco** », « **schizofrenico** » è un **con-**

**cetto** meravigliosamente vago nel suo contenuto e terribilmente spaventoso **nelle** sue implicazioni.

In questo libro cercherò di mostrare come la schizofrenia sia diventata il Cristo in croce venerato dagli psichiatri, in nome del quale essi lottano per il **recupero della** ragione dalla **sragione**, della **normalità** dalla follia; come la supina riverenza ad essa segni il confine tra l'ortodossia psichiatrica e l'eresia; e come la nostra comprensione, sia della psichiatria che della schizofrenia, possa **ampliarsi** se ci avviciniamo a questa « diagnosi » più come ad un simbolo religioso che ad una malattia.

## PSICHIATRIA: IL MODELLO DELLA MENTE SIFILITICA

Che **cos'è** la schizofrenia? Che cosa significa il termine *schizofrenia*? Nel suo senso **più** elementare, schizofrenia è una parola - un'idea e una « malattia » - inventata da Eugen Bleuler, così come psicoanalisi è una parola - un'idea e un « trattamento » - inventati da Sigmund Freud, e Coca Cola è un nome, - un'idea e una bevanda analcolica - inventata dal tizio che l'ha prodotta\*.

Con questo voglio mettere in evidenza fin **dall'inizio**, che la pretesa affermazione secondo la quale alcune persone hanno una malattia definita schizofrenia (e **altre** presumibilmente non l'hanno) non è fondata su una particolare scoperta, ma soltanto **sull'autorità** medica: essa non è stata, in altre parole, la conseguenza di un lavoro scientifico ed empirico, ma di una presa di posizione etica e **politica**<sup>2</sup>. Per valutare appieno la natura *e* la portata di questa distinzione, dovremo riesaminare, brevemente ma con attenzione, il nostro concetto di malattia e **come**, in particolare, veniva concepito nel contesto della cultura medica nella quale Bleuler annunciò la sua invenzione.

Proviamo a tornare indietro e ad entrare nella mentalità dei medici e degli psichiatri del 1900. Che cosa intendevano dire quando usavano la parola malattia? Avevano in mente, in genere, qualcosa di simile alla sifilide. « Una volta che conosci la sifilide in tutte le sue manifestazioni e relazioni », dichiarava Sir William Osler (1849-1919), « comprenderai di conseguenza tutti gli altri fatti clinici »<sup>3</sup>. **Ovviamente** ciò non è più vero. Negli Stati Uniti l'affermazione di Osler è stata sostituita da un'al-

---

\* In effetti, la bevanda, che conteneva in origine un miscuglio di cocaina ed estratto dalla noce di Cola, fu composta nel 1886 da John S. Pemberton. La denominazione fu inventata dall'amico e segretario di Pemberton, Frank M. Robinson<sup>1</sup>, a Coca Cola <sup>n</sup> e « Coke » sono attualmente i brevetti **più** imitati e più disputati. **Dal** momento che **né** « schizofrenia <sup>n</sup>, né « psicoanalisi » potevano essere, o furono mai, registrati come brevetti, è sorprendente come gli psichiatri e gli psicoanalisti siano riusciti a tenere sotto stretto controllo il mercato di questi due « prodotti <sup>n</sup>.

tra secondo la quale « la malattia mentale è il **più importante** problema di **salute** della nostra società ». Tale asserzione porrebbe la schizofrenia - la più **comune** e da più inabilitante delle cosiddette malattie mentali - al posto della sifilide di Osler, **permettendoci** immediatamente di cogliere l'abisso che ci separa da lui e dalla sua epoca. Un medico, infatti, **può** sapere tutto sulla schizofrenia e essere tuttavia completamente ignorante in medicina.

L'**affermazione** di Osler tende a **darci** in tal modo una lezione che spesso **dimentichiamo** a nostro rischio e **pericolo**. Quella lezione è rappresentata dall'intesa - tacita, ma comunque assoluta - stabilita fra i medici e gli scienziati moderni per distinguere fra disturbi e lesioni, fra **essere** un paziente e avere una malattia, e dalla decisione di considerare come malattie solo quei processi, che si verificano nel **corpo** (umano o animale), **identificabili**, **misurabili** e **dimostrabili** in **modo** fisico-chimico e obiettivo. Questo è uno dei motivi per i **quali** la sifilide fu considerata il modello della malattia alla fine del secolo. Un altro **motivo** fu che era una malattia molto comune. E un terzo fu che l'infezione **sifilitica** poteva interessare **innumerevoli** organi e tessuti causando lesioni distinte, con specifiche **denominazioni**, facenti tuttavia parte di un **unico** sistema patologico generale chiamato sifilide. Grazie al lavoro di numerosi ricercatori, verso la **fine** del secolo finalmente i medici si resero conto che fenomeni biologici completamente differenti, come l'**ulcerazione** dei genitali nel primo stadio, la dermatite **nel** secondo e la paralisi generale del demente nel terzo erano in **realtà** manifestazioni dello stesso processo di **malattia** chiamata sifilide.

Ciò che rese importanti queste **fondamentali scoperte** mediche, oltre ai vantaggi nel **campo** della profilassi e della terapia per cui furono essenziali, fu il fatto che **esse** servirono ad aprire una discussione di carattere **epistemologico** sui criteri **empirici** per stabilire se una persona aveva o no la sifilide. In **altre** parole, con lo sviluppo di chiari criteri anatomici, istologici, biochimici, **immunologici** e clinici per la sifilide fu possibile stabilire con grande precisione non solo che alcune persone, fino a **quel** momento non sospettate di avere **quella** malattia, erano in effetti sifilitiche, ma anche che altre, sospettate di **averla**, non lo erano affatto.

Questi progressi ebbero un'enorme importanza per i medici, psichiatri compresi, che lavoravano in quell'epoca. Intorno al 1900 **la psichiatria** era in Europa una ben definita specializzazione medica. Il rispetto di cui godeva, sia scientificamente che politicamente, si basava interamente sulla **prospettiva** medica - forse

dovremmo dire **sull'ipotesi** medica - che i pazienti dello psichiatra, come quelli dei medici e dei chirurghi, soffrissero di una malattia. La differenza, secondo questo punto di vista, fra i pazienti dello psichiatra e gli altri era che le malattie di questi ultimi provocavano in loro febbre e dolori, mentre quelle dei primi provocavano deliri e allucinazioni.

**Theodor Meynert** (1833-1892) professore di Freud alla Scuola Medica di Vienna, perciò, riteneva che la malattia fosse **ca** caratterizzata da una **anomalia** anatomica; di conseguenza egli andava in cerca di tali anomalie e **le** postulava per spiegare tutte le cosiddette malattie mentali. Questa **a** teoria **vasomotoria**», scrive Zilboorg, «insieme ad un abbozzo sistematico su ciò che ogni parte del sistema nervoso centrale fa o non fa nelle malattie mentali, permise al Meynert di fare una classificazione delle malattie mentali su una base esclusivamente anatomica<sup>4</sup> n. Egli cercò di ridurre **la** psichiatria a neurologia e, in modo molto razionale e chiarificatore, si oppose non solo alle spiegazioni in termini psicologici delle cosiddette malattie psichiatriche, ma anche al termine stesso di **psichiatria**.

La scoperta dell'origine **sifilitica** della **paresi** fu una brillante conferma scientifica di questa ipotesi organico-psichiatrica - cioè del fatto che persone il cui **cervello** presenti anomalie **probabilmente** **manifesteranno** un comportamento generale giudicato anormale. Di conseguenza la psichiatria divenne la diagnosi, lo studio e il trattamento delle **a** **malattie** mentali» - cioè di **processi** biologici anormali **all'interno** della testa del paziente, che si manifestavano attraverso **a** **sintomi**» **psicologici** e sociali. La psichiatria - organica o no, dal momento che Freud e i suoi seguaci hanno sottoscritto questo modello altrettanto supinamente quanto i loro oppositori organicisti<sup>5</sup> - venne in tal modo inesorabilmente legata alla medicina e ai suoi concetti più profondi di malattia e di cura. E' opportuno rendersi esattamente **conto** di **come** ciò sia avvenuto.

Queste sono esperienze che possiamo leggere e comprendere intellettualmente, ma di cui non possiamo, non avendole vissute personalmente, apprezzare appieno l'incidenza. Chi sta bene non può, in questo senso, rendersi completamente conto di cosa voglia dire essere malati senza speranza; coloro che sono ricchi non possono capire cosa voglia dire essere disperatamente poveri. Allo stesso modo non ci si può rendere conto dell'influenza che la neurosifilide esercitò sulla psichiatria durante i primi quattro decenni della sua esistenza, cioè fra il 1900 e il 1940. La maggior parte degli psichiatri che lavorano oggi nelle **più** importanti **società** industriali non hanno mai **occasione** di ve-

dere un paziente con **la** neurosifilide e molti medici non ne hanno mai visto uno nel corso **dell'intera** vita. Per gli studenti questa malattia è già diventata quasi leggendaria, come lo è la lebbra ormai da generazioni.

E' in questo contesto che dobbiamo riprendere in esame e riconsiderare il **ruolo** della **neurosifilide** durante i decenni formativi della moderna psichiatria. Fino alla scoperta della penicillina, negli anni '40, un'ampia percentuale di pazienti ricoverati negli istituti per malattie mentali di tutto il mondo erano affetti da paralisi generalizzata. Ecco alcune cifre dimostrative. **Nell'ospedale** psichiatrico di Dalldorf a Berlino, dal 22 al 35% dei pazienti ricoverati fra il 1892 e il 1902 erano affetti da paralisi. Al Central State Hospital **di** Indianapolis, **nell'Indiana**, fra il 1927 e il 1931, dal 20 al 25% dei ricoverati più recenti erano paretici. **All' Ospedale** per Malati Mentali di Tokyo, nel 1930, il 30% dei pazienti ricoverati erano **paretici**<sup>6</sup>. Analoga era la situazione in tutto il mondo.

Ci si **può** dunque meravigliare se la **paresi** era profondamente impressa nella mentalità e nella memoria della psichiatria? E che la psichiatria **ragioni** ancora con concetti mutuati dalla neurosifilide?

Cambiando un poco la metafora, è come se la **paresi** fosse stata **uno** o piuttosto una serie di eventi traumatici nell'infanzia della psichiatria. Mentre dorme, essa sogna ancora tali eventi e, quando è sveglia, vede il mondo come se lo **spettro** della paralisi si celasse dietro ogni volto un po' ebete o dietro **ogni** pensiero **un** po' distorto. In tal **modo** l'immagine della perfida **spirocheta** che rendeva le persone folli è stata ora sostituita, nella mente di molti **psichiatri**, da quella **dell'infida** cellula che li fa impazzire.

Vista nel contesto storico che ho illustrato, la storia della origine del **moderno** concetto di dementia praecox e di schizofrenia appare, per lo meno a me, in una luce del tutto diversa da quella in cui essa viene generalmente presentata.

La versione ufficialmente accettata di questa storia è che, **nella** seconda metà del diciannovesimo secolo, **già** scienziati furono in grado di identificare il **carattere** morfologico preciso e le cause fisiologiche di molte malattie e **che** ciò portò presto a mettere a punto efficaci metodi di **prevenzione**, trattamento e cura della maggior parte di esse. Ad esempio, riuscirono ad identificare molte malattie infettive e le loro cause: la febbre **puerperale**, la tubercolosi, la sifilide, la **gonorrea**, la scarlattina e così via. E molte di queste riuscirono a prevenirle e a curarle.

Secondo questa versione della storia della **psichiatria**, allo

stesso modo in cui alcuni **ricercatori scoprirono** e identificarono la **difterite**, così altri, in particolare Kraepelin, scoprirono e identificarono la **dementia praecox**; e come alcuni scoprirono e identificarono la sifilide, così altri, in particolare Bleuler, scoprirono e identificarono la schizofrenia.

\* Secondo me le cose non si svolsero affatto così. E' **senz'altro** vero che alla fine dell'800 alcuni medici scoprirono e identificarono un gran numero di malattie, e più {precisamente le **maggiore** malattie infettive di **quell'epoca**, ma non è affatto vero che i ricercatori psichiatrici **scoprirono** e identificarono altre malattie **come la dementia praecox**, la schizofrenia o altre cosiddette psicosi **funzionali** (o nevrosi). Gli psichiatri non fecero proprio nessuna scoperta che permettesse di applicare i criteri di Virchow - gli unici scientificamente validi in **quell'epoca** - su persone **affette** secondo loro da tali malattie.

Vorrei sottolineare, a **questo** proposito, il fatto che, fino dall'importantissima opera di Rudolf Virchow (1821-1902), *Die Cellularpathologie*\* (1858), il concetto di malattia era astratto e teorico **più** che concreto ed **empirico**, e che esso divenne di nuovo 'astratto e teorico con d'introduzione nella nosologia di termini e concetti **psicopatologici**, psicoanalitici, psicosomatici e **psicodinamici**.

Prima di Virchow, il modello della malattia era la «**patologia umorale**», dopo di lui è diventata la «**patologia cellulare**». Più **precisamente** si riteneva che circa 1800 malattie fossero dovute a uno squilibrio fra i quattro **umori fluidi dell'organismo**, e cioè il sangue, la flemma, la bile gialla e la bile nera. Tale concetto risaliva ai **Greci**. Nel 1761, Giovanni **Morgagni**, un anatomista italiano, dimostrò che le malattie non erano dovute a uno squilibrio fra gli umori, ma a lesioni degli organi. Intorno al 1800 Xavier Bichat, **un anatomista francese**, dimostrò che il corpo umano era composto di ventuno tipi diversi di tessuti e avanzò l'ipotesi che anche **solo** alcuni di questi tessuti potevano essere **colpiti** in un organo malato.

Comunque, il concetto di malattie come patologia delle cellule, non fu definitivamente acquisito prima del 1858, **anno** in cui Virchow **tenne** le sue **famose** venti (lezioni, pubblicate in *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre* <sup>7</sup>\*\*\*. Secondo questa concezione «**Una malattia del corpo è una malattia di cellule. La cura del corpo**

---

\* [La **patologia delle cellule** (N.d.T.).]

\*\* [Patologia delle cellule basata sull'istologia fisiologica e patologica (N.d.T.).]



si può **effettuare** curando le cellule. Il vero quesito che si pongono i moderni medici **scientifici** quando vengono chiamati a curare un caso è questo: **quali sono** le cellule in disordine e che cosa si può fare per **curarle?**<sup>8</sup>. Questo rimane il concetto di base e il modello di malattia nei paesi occidentali e nel discorso scientifico di tutto il mondo.

Bisogna osservare, perciò, che Kraepelin e Bleuler non scoprirono alcuna lesione istopatologica, né alcun processo fisiopatologico nei loro pazienti. Però si **comportarono come se avessero scoperto tali** lesioni o processi; di conseguenza votarono se stessi e i loro seguaci al **compito** di identificare in modo **inequivocabile** la natura e le cause **a organiche** di tali malattie. In altre parole, Kraepelin e Bleuler non **scoprirono** le malattie che **li hanno resi famosi**; le inventarono\*.

A causa del ruolo e dell'importanza predominante della schizofrenia nella psichiatria **moderna**, è facile cadere nel tranello di credere che la **schizofrenia** sia sempre stato un problema importante in questo **campo** e in tutto il mondo. Non è assolutamente vero.

In realtà il concetto di dementia praecox, come lo conosciamo oggi, **fu** inventato da Emil Kraepelin (1855-1926) nel 1898. Da allora egli è stato ritenuto un **grande** scienziato, come se avesse scoperto una nuova malattia o sviluppato un nuovo sistema di **cura**; in verità non aveva fatto né una cosa né l'altra. **Ciò** che fece, secondo l'opinione di Arieti (che del resto è molto rispettoso verso i suoi risultati), **fu** questo: «L'intuizione di Kraepelin consistette nell'includere tre condizioni in una sola sindrome»<sup>11</sup>. **Le tre** «condizioni» erano la **a catatonica**, o stato di stupore, **descritto** in origine da Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899); l'«**ebefrenia**», o comportamento puerile e fatuo, descritto in parte da Ewald Hecker (1843-1909); e la «**vesania tipica**», o deliri e allu-

---

\* È importante a questo punto notare che gli psichiatri hanno **considerato la pazzia come** il modello non solo delle psicosi, ma anche delle **nevrosi**. Nel 1925 Freud espresse nuovamente l'opinione che «**le vere nevrosi spontanee** assomigliavano moltissimo ai fenomeni d'intossicazione e di astinenza, che si producono attraverso la **somministrazione** o la privazione di certe sostanze tossiche...»<sup>9</sup>. Tale opinione, egli afferma, «**appagava**» la sua **a coscienza medica** perché dopo essere arrivato ad essa «**io sperai di aver riempito un vuoto della scienza medica** che, trattando **di** una funzione di tale fondamentale importanza biologica, aveva trascurato di prendere in considerazione qualunque altra lesione **all'infuori** di quelle provocate da infezioni o da evidenti lesioni anatomiche»<sup>10</sup>.

Come dimostrano queste due frasi - e del resto l'intera sua opera - Freud non cessò mai d'accarezzare l'idea di estendere il modello della **paralisi dalle a lesioni...** provocate da infezioni o da evidenti lesioni anatomiche **a alle a lesioni**» provocate da sostanze chimiche tossiche. In breve, sia la nevrosi che la **psicosi** erano, secondo lui, malattie «**organiche**».

cinazioni, anch'essa descritta precedentemente da **Kahlbaum**. Il punto che voglio **qui** mettere bene in evidenza è che ognuno di questi termini si riferisce ad un' comportamento, non a una **ma** lattia; a una condotta socialmente non accettabile e non ad alterazioni **istopatologiche**. Perciò esse possono essere anche chiamate disinvoltamente «condizioni», ma non sono, per esprimersi in modo rigoroso, condizioni mediche. Se nessuna di queste «condizioni» è una malattia, anche il metterle tutte insieme non ne fa una malattia. Ciò nonostante la spiacevolezza delle persone che mostravano tale comportamento «psicotico», il vero o apparente disadattamento sociale dei «pazienti» e il prestigio professionale di medici come Kraepelin furono sufficienti a **definire** la *dementia praecox* una malattia la cui istopatologia, etiologia e cura adesso attendevano solamente gli ulteriori progressi della scienza medica.

Senza però attendere che awenissero tali progressi, la **malattia** crebbe etimologicamente d'importanza. Il **suo nome** fu cambiato dal **latino al greco**, cioè da *dementia praecox* a schizofrenia. E la sua incidenza, cioè il suo significato epidemiologico, fu aumentata con un tratto di penna. Tutto ciò venne fatto da **Eugen Bleuler** (1857-1939) che, ancora oggi, secondo Arieti,

«accettò il concetto nosologico di base di Kraepelin, ma lo **ampliò**, **dandogli** un più vasto significato, perché egli considerava riferite alla *dementia praecox* molte altre condizioni, come la psicosi con personalità psicopatiche, allucinosi alcooliche, ecc... Per **di** più riteneva che la maggior parte dei pazienti non venissero **mai** ricoverati in ospedale **perché** i loro sintomi non erano abbastanza gravi; erano, cioè, casi latenti »<sup>12</sup>.

La casistica e il vocabolario **della sifilologia** si ritrovano qui **inequivocabilmente**: «casi gravi» che richiedono isolamento e «casi latenti» in agguato senza che il paziente si renda conto di essere ammalato. (Secondo Freud, anche l'**omosessualità** e in pratica ogni altro tipo di «**psicopatologia**» potevano essere palesi o latenti). **Poiché** anche Bleuler non aveva né scoperto una nuova malattia, né sviluppato **un** nuovo sistema di cura, la sua fama deriva, a mio parere, dall'aver inventato una nuova malattia e, con questo, dall'aver trovato una nuova giustificazione per considerare lo psichiatra come un medico, lo schizofrenico come un paziente e la prigione in cui il primo confina il secondo come un ospedale.

Rimaneva ancora la domanda: Che cos'è la schizofrenia? Eugen Bleuler rispose **in** un modo che, se non altro, ha soddisfatto la maggior parte degli psichiatri, passati e presenti.

Prima del 1900 questi credevano che la paralisi fosse dovuta a tare ereditarie, all'alcoolismo, al fumo e alla masturbazione. Tali idee sono oggi solo d'interesse storico, come il credere nelle possessioni diaboliche o negli esorcismi. Noi celebriamo e attribuiamo scoperte a medici come Alzheimer, Schaudinn, Wassermann, Noguchi e Moore, le cui opere dimostrarono senza ombra di dubbio che la paralisi era provocata dalla sifilide ed era una manifestazione di questa malattia.

Analogamente, oggi gli psichiatri pensano che la schizofrenia sia provocata da una malattia organica del cervello e ne sia una manifestazione. Ce lo illustrano le parole di Batchelor: « Sia Kraepelin che Bleuler credevano che la schizofrenia fosse la conseguenza di una alterazione di ordine chimico, anatomico o patologico del cervello »<sup>13</sup>. Ma perché dobbiamo preoccuparci di ciò che Kraepelin e Bleuler credevano? Bleuler riteneva anche che fosse giusto astenersi dall'alcool e credeva nell'interpretazione metaforica e non letterale della Eucarestia. Queste convinzioni di Bleuler sono altrettanto irrilevanti per l'istopatologia della schizofrenia quanto le credenze religiose di Fleming per i poteri terapeutici della penicillina. Perché, allora, gli psichiatri continuano a riferire le opinioni di Kraepelin e Bleuler circa la natura della schizofrenia? Perché invece non sottolineano maggiormente la loro totale incapacità a sostenere quelle opinioni con un briciolo di prova di qualche importanza?

Kraepelin e Bleuler erano solo psichiatri clinici e non scienziati. Non erano perciò nella posizione più favorevole per procurarsi prove consistenti a sostegno delle loro opinioni sull'etiologia o la patologia della schizofrenia. Riuscirono, invece, a ridefinire in modo sottile il criterio di malattia dall'istopatologia alla psicopatologia, e cioè da una struttura fisica anormale a un comportamento personale anormale. Poiché era indiscutibilmente vero che la maggior parte delle persone confinate negli ospedali per malati di mente « si comportavano male », ciò aprì la via alla definizione delle mappe della psicopatologia, identificando in tal modo, di volta in volta, le malattie mentali « già esistenti » e le malattie nuove « che si venivano scoprendo ». Ci sarà utile andare a rivedere esattamente come Bleuler riuscì ad effettuare questo colpo di mano scientifico. Le seguenti citazioni sono tratte da *Dementia Praecox*, o il *Gruppo delle Schizofrenie* di Bleuler pubblicato nel 1911:

« Col termine "dementia praecox" o "schizofrenia" vogliamo indicare un gruppo di psicosi il cui decorso è a volte cronico, a volte contraddistinto da attacchi intermittenti e che può fermarsi o regredire in qualunque stadio, ma che non permette in

alcun caso una completa *restitutio ad integrum*. La malattia è caratterizzata da un tipo specifico d'alterazione del pensiero...<sup>14</sup>.

Ma a l'alterazione del pensiero<sub>D</sub> è irrilevante da un punto di vista strettamente medico o fisico-chimico. Il fatto che la paralisi sia una affezione del cervello non sarebbe mai potuto essere stabilito osservando il modo di pensare del paretico. E allora perché studiare quello dello schizofrenico? Non certo, a mio parere, per provare che egli sia malato; questo è stato già stabilito dalla *presunzione* dell'autorità psichiatrica il cui potere né il paziente, né il magistrato possono contrastare e che nessun collega osa sfidare. Il modo di pensare dello schizofrenico è perciò *anatomizzato* e *patologizzato* in modo da creare una scienza della *psicopatologia*, e poi della psicoanalisi e della *psicodinamica*, tutte specializzazioni che servono a legittimare il folle come un paziente (psichiatrico), e il medico dei folli come un *guaritore* (psichiatrico).

Lungo tutto il suo libro Bleuler mette in rilievo il fatto che il paziente schizofrenico soffre di una « confusione di idee » che si manifesta in una « confusione di linguaggio ». Il suo libro è pieno di episodi, di osservazioni, *lagnanze*, lettere ed altre produzioni linguistiche di cosiddetti pazienti *schizofrenici*<sup>15</sup>. Egli fornisce molti *commenti* sul loro modo di esprimersi. Eccone un tipico esempio:

« Blocco del pensiero, ottusità, povertà di idee, incoerenza, *nebulosità*, deliri ed anomalie emotive vengono alla luce nel modo di esprimersi dei pazienti. *Comunque*, l'anomalia non risiede nel linguaggio in se stesso, ma nei suoi contenuti »<sup>16</sup>.

Qui e altrove si nota come Bleuler cerchi di non dare l'impressione che nel descrivere un paziente schizofrenico stia semplicemente descrivendo *qualcuno* che parla in modo strano o diverso da *come* fa lui e *col* quale egli, Bleuler, non è d'accordo. Non cessa di sottolineare che non è così e che, al contrario, il paziente è malato e il suo comportamento linguistico è solo un *sintomo* » della sua « malattia ». Ecco una sua affermazione che riassume questa linea di argomentazione:

« La *forma dell'espressione* linguistica può mostrare ogni immaginabile anomalia oppure essere assolutamente corretta. Spesso troviamo in individui *intelligenti* un modo di parlare molto convincente. Certe volte non mi è riuscito convincere tutti gli ascoltatori presenti *alle mie dimostrazioni* cliniche che tale logica *così* gravemente schizofrenica era segno di patologia »<sup>17</sup>.

L'affermazione e la posizione di Bleuler precludono (e sembrano **infatti proprio** intese a precludere) ogni discussione sul fatto che il cosiddetto schizofrenico sia « malato » e che egli sia un « **paziente** » in buona fede. Ci viene solo consentito di chiederci in qual modo sia malato, che tipo di malattia abbia, che genere di « patologia » mostri il suo « modo di pensare ». Sottomettersi a ciò significa **ovviamente** dar per perso il gioco prima di averlo giocato.

In realtà, spesso la sola cosa « sbagliata » (se lo è) nel cosiddetto schizofrenico è il parlare per metafore inaccettabili per chi lo ascolta, in particolare per **il suo** psichiatra. A volte, Bleuler è vicino ad ammetterlo. Per esempio quando scrive **che**,

« un paziente dice di essere "oggetto di stupro", nonostante che il suo ricovero in ospedale psichiatrico costituisca un genere diverso di violazione **della sua** persona. In larga **misura** vengono impiegate figure retoriche inappropriate, in particolare il termine « assassino », che **ricorre** costantemente **per** tutte le forme di tormenti e nelle **più varie** combinazioni ». (Il corsivo è mio)<sup>18</sup>.

Qui, va sottolineato, abbiamo una rara occasione di osservare come nel linguaggio si **sveli** ciò che vi è di più **profondamente umano** e, al tempo stesso, di vedere come lo stesso linguaggio possa essere **usato** per privare gli individui della loro umanità. **Quando** persone imprigionate in **un** ospedale psichiatrico parlano di « **stupro** » e di « assassino », esse impiegano figure retoriche **inappropriate** che ne dimostrano i disturbi del pensiero; quando invece gli psichiatri chiamano le loro prigioni « ospedali », i loro prigionieri « pazienti » e « **malattia** » il **loro** desiderio **di** libertà, non stanno impiegando figure retoriche, ma stanno esponendo fatti **obiettivi**.

Interessante è in tutto questo discorso il fatto che Bleuler capiva perfettamente, probabilmente meglio di molti **altri** psichiatri, che l'apparente stranezza del linguaggio schizofrenico dipende dal modo in cui queste persone usano le metafore. Ciò **nonostante** si senti in **diritto**, sulla sola base di questo **fatto**, **come illustra** la seguente descrizione, di considerare tali persone **affette** da malattia in senso letterale invece che in senso metaforico:

« Quando una paziente afferma di essere la Svizzera o **quando un'altra** vuole portarsi a letto un **mazzo** di fiori per non **doversi** più svegliare, queste espressioni **sembrano del tutto incomprensibili a prima** vista. **Ma** otteniamo una chiave di interpretazione se veniamo a conoscere che queste pazienti sostituiscono prontamente le **similitudini alle identità** e pensano in simboli

infinitamente più spesso delle persone sane: impiegano simboli senza preoccuparsi se sono appropriati o no in una data situazione »<sup>19</sup>.

La spiegazione che Bleuler dà di questi « sintomi » non può che creare ulteriori problemi allo psichiatra, a chi ragiona e a un qualunque libero pensatore. Tale classica prospettiva psichiatrica ci propone, infatti, questi pressanti interrogativi: se **ciò** che rende le espressioni « schizofreniche » « sintomi » è il fatto che siano incomprensibili, rimangono **ancora** tali quando non lo sono più? E se tali espressioni divengono **comprensibili**, perché rinchiudere nei manicomi coloro che le **esprimono**? E ancora: perché rinchiudere delle **persone** anche se le **loro** espressioni sono incomprensibili? Queste sono **domande** che Bleuler non si pone mai. E per di **più** tali (quesiti non si possono sollevare nemmeno oggi, perché un **simile** tipo d'indagine esporrebbe gli imperi della psichiatria al rischio di apparire privi di malattie visibili proprio come l'imperatore della favola era privo di abiti visibili.

Consideriamo a questo **proposito** la paziente che, come scrive Bleuler, « possiede la Svizzera; e nello stesso senso dice: "Io sono la Svizzera". Potrebbe ugualmente dire: "Io sono la **libertà**", poiché per lei la Svizzera non **significa** niente altro che la libertà »<sup>20</sup>. Che cosa rende questa donna una « schizofrenica » invece che una « poetessa? ». Ce lo spiega Bleuler:

« La differenza nell'uso di queste frasi da parte di una persona sana e da parte di una schizofrenica risiede nel fatto che per la prima esse sono una pura metafora, mentre per la seconda la linea di confine fra la ,rappresentazione diretta e quella indiretta è divenuta indistinta. Il **risultato** è che lo **schizofrenico** spesso pensa queste metafore in senso letterale »<sup>21</sup>.

La radice dell'**egocentrico** ed **etnocentrico** errore di Bleuler si rivela a questo punto con drammatica evidenza. Uno psichiatra cattolico, che avesse **scritto** in un paese cattolico, si sarebbe forse espresso in modo altrettanto **disinvolto** sul fatto che il prendere alla lettera una metafora **possa** costituire il sintomo fondamentale della schizofrenia, la più **maligna forma di follia** che la scienza medica conosca? Cos'è, infatti, da un punto di vista protestante, la **dottrina** cattolica della transustanziazione se non il prendere alla lettera una metafora?<sup>22</sup>. *Mutatis mutandis*, sostengo che la concezione psichiatrica della malattia mentale è anche essa una metafora presa alla lettera. La differenza principale, secondo me, tra queste metafore, cattolica e psichiatrica, e le

metafore dei cosiddetti pazienti schizofrenici non risiede in alcuna particolarità linguistica o logica dei simboli, ma nella loro **legittimazione** sociale: le prime sono **metafore** legittime e le seconde sono illegittime.

Così in modo lento e sottile, ma tranquillo e sicuro, Bleuler (e naturalmente Freud, Jung e gli altri pionieri della **psicopatologia** e della psicoanalisi) riuscirono a portare avanti la grande trasformazione **epistemologica** della nostra epoca medica: **dall'istopatologia** alla **psicopatologia**. Non si considera oggi a sufficienza quanto strettamente abbiano **lavorato** insieme questi tre uomini in quei pochi **cruciali** anni precedenti lo scoppio della prima guerra mondiale e quanto intimamente si **siano** intrecciati i primi sviluppi della psicoanalisi e **della ~psicopatologia**! Il primo giornale **psicoanalitico**, pubblicato nel 1909, si intitolava *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychologische Forschungen*\*. I curatori erano Eugen Bleuler e Sigmund Freud e l'editore Carl Jung. Bleuler era allora professore di psichiatria e Jung un Privatdozent alla facoltà di Medicina **dell'Università di Zurigo**<sup>23</sup>.

L'aspirazione di Freud a far acquisire un carattere patologico alla psicologia (e cioè **alla** vita stessa) già si era **manifestata** nella sua pienezza otto anni prima, nella sua famosa opera **Psicopatologia** della vita quotidiana (1901)<sup>24</sup>. In questo libro aveva sviluppato appieno « la sua ferma convinzione **nell'applicabilità** universale del **determinismo** anche agli **avvenimenti** che riguardano la mente »<sup>25</sup>. Concetti come « idee », « scelta » e « decisione » divennero tutti, nelle mani **di** Freud, « **eventi** » e tutti a determinati ». « Io credo » **egli** scrive, « negli eventi casuali esterni (reali), ma non negli eventi accidentali interni (psichici) »<sup>26</sup>. In tal modo Bleuler, Freud e i loro **seguaci** hanno trasformato la nostra immagine, il nostro concetto di **malattia** e il vocabolario che usiamo per descriverla e definirla; in tal modo hanno sostituito lesione con linguaggio, malattia con devianza, fisiopatologia con psicostoria e, in genere, istopatologia con psicopatologia.

Sebbene la psichiatria moderna sia cominciata con lo studio della paralisi e con il tentativo di curarla, essa si rivolse ben **presto** allo studio della psicopatologia e al tentativo di tenerla sotto controllo. La psichiatria sostituì in tal modo quella che prima era stata conosciuta come medicina degli alienati; gli psichiatri da allora ebbero il ruolo di medici degli alienati, cioè di coloro che tenevano sotto controllo non le malattie, ma i devianti. Attraverso tale trasformazione pseudoscientifica **dell'alienista** in psichiatra, la psichiatria divenne — come è tuttora uni-

---

\* Annuario d'indagini psicoanalitiche e psicopatologiche (N.d.T.).

vensalmente accettato – lo studio « scientifico » di un comportamento **anormale** e del suo trattamento « medico ». E la schizofrenia ne è il sacro simbolo, il gran sacco pigliatutto di tutti i comportamenti inaccettabili, che gli psichiatri, ormai costretti dalla società o convinti dal **proprio** zelo, sono pronti a diagnosticare, **prognosticare** e **terapizzare**. Questo ruolo liturgico della schizofrenia nella psichiatria è reso evidente dalla **pubblicazione** del recente *International Pilot Study of Schizophrenia*<sup>27</sup>, realizzato sotto gli auspici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.).

Gli autori di questo studio **elencano** le seguenti quattro caratteristiche – definite « criteri inclusivi » – che, se vengono osservate in una persona o le **sono** attribuite da uno **psichiatra**, la qualificano **come** schizofrenica:

« (1) **Deliri**, (2) Comportamento chiaramente disadatto o insolito, (3) **Allucinazioni**, (4) Gravi disordini psicomotori; iper e ipoattività... I criteri **inclusivi** (1) e (4) abilitano immediatamente il paziente all'inclusione, 'qualunque sia la gravità della sintomatologia »<sup>28</sup>.

Il **più superficiale** esame critico fa **immediatamente** svanire in **questo** elenco ogni pretesa scientifica e medica, come le paure di un bimbo spaventato scompaiono al brillare della luce nella stanza.

**Deliri**. Sappiamo in che consistono: credersi un membro del **Popolo Eletto**; o che **Gesù** è il figlio di Dio, che è morto, **ma** che poi è stato resuscitato e ora è vivo; o che **Freud** era uno scienziato e la psicoanalisi è una scienza dell'inconscio; o che l'oro varrà sempre 35 dollari l'oncia.

**Comportamento scorretto o insolito**. Siamo in grado di riconoscere anche questo, quando lo vediamo: attaccare Pearl Harbour o invadere il **Vietnam**; **portare** i capelli troppo lunghi o troppo corti o andare pelati; darsi fuoco, fare harakiri o buttarsi giù dal ponte di Golden Gate.

**Allucinazioni**. Nessun problema anche per questo: comunicare con la divinità o con i morti (e non riuscire a sostenere di avere avuto una « chiamata divina » o di essere uno spiritualista) oppure riuscire a vedere gli **avvenimenti** dell'infanzia **della** gente o altri avvenimenti di un **lontano** passato (con gli occhi della mente) e riferirli a qualcuno che sia convinto che chi gli parla li vede « veramente ».

**Iper e ipoattività**. Questo ci tocca molto da vicino: le diciotto o venti ore lavorative di un indaffaratissimo medico americano; lo stare seduto alla veranda o **davanti** alla televisione



del lavoratore ancora in ottima **salute**, **ma** ormai in **pensione**. O, ancora più a proposito: viaggiare mezzo mondo per partecipare a un convegno psichiatrico e **addormentarsi** mentre si ascolta la (presentazione delle relazioni).

Spero che mi si perdonino queste battute. Le dico di proposito, perché risulti in modo **più** drammatico il livello di degradazione a cui è stata ridotta la psichiatria da gente che preferisce fare un lavoro da poliziotti piuttosto che da medici.

**Non** dimentichiamo che la medicina ha partorito la psichiatria in quasi 250 anni; dalla metà del XVII secolo, quando era tutta presa **dalla** fondazione di ricoveri per gli alienati mentali, fino alla fine del XIX secolo e l'inizio del XX, quando **Kraepelin** e **Bleuler** dettero vita all'attuale specializzazione medica della psichiatria. Questa nascita fu anche celebrata, come è doveroso, con un battesimo. Il **nome** della neonata fu duplice, come è giusto **per** chi ha una nobile origine: **medicina**, da parte di madre e psichiatria, da parte di padre. Da qui venne la specializzazione di « medicina psichiatrica ». La neonata, inoltre, fu dotata anche di altri nomi: le furono conferiti dai suoi due grandi ostetrici, Kraepelin e Bleuler, ai quali dobbiamo i nomi di « dementia praecox » e « schizofrenia ». La loro autorevole legittimazione a **considerare** malate - o meglio mentalmente malate - ogni specie di persone sane da un punto di vista medico, **fu l'avvenimento** fondamentale che segnò la nascita della psichiatria moderna. Questo, in breve, è ciò che avvenne.

Quando Kraepelin, Bleuler e i loro contemporanei divennero psichiatri, la psichiatria era già un **affermato** tipo di attività medica e medico-legale. Il luogo proprio di tale **pratica** erano i manicomi o gli ospedali psichiatrici, esattamente come il luogo proprio dell'attività chirurgica era la sala operatoria. Ciò che distingueva uno psichiatra importante e di successo dai suoi colleghi meno affermati o da colleghi appartenenti ad altre **specializzazioni** era il fatto di essere direttore o sovrintendente di un manicomio o di un ospedale psichiatrico. Questo significava che egli aveva l'autorità, allo stesso tempo medica e legale, di poter mettere e tenere sotto chiave uomini e donne innocenti, spesso a migliaia.

Per giunta, essendo le definizioni mediche e sociali della follia quello che erano (e che sono ancora), la maggior parte dei pazienti **sottoposti** all'attenzione di **uomini** come Kraepelin e Bleuler erano considerati mentalmente **malati** prima, spesso **molto** prima, di arrivare a questi psichiatri. La **conclusione** era che questi uomini **regnavano** su ospedali pieni di persone **considerate** dai loro ,parenti, dagli altri medici, dalla legge, come **pa-**

zienti a tutti gli effetti. Le pressioni, sia scientifiche che sociali, su queste persone andavano perciò in una sola direzione: definire il pazzo un malato e scoprire in che modo o per quale ragione egli fosse malato!

Avrebbero potuto questi psichiatri istituzionali assumere una posizione **più** indipendente e **più** onesta da un punto di vista scientifico? Avrebbero potuto dire a se stessi che, come ricercatori medici, uno dei loro primi doveri sarebbe stato di accertare cosa era e cosa non era malattia? Avrebbero potuto scoprire quali tra le persone che accusavano sintomi o erano sospettate di malattia erano malate e quali non lo erano? E avrebbero potuto comportarsi di conseguenza?

Se quei medici avessero assunto questa posizione, avrebbero potuto chiedersi ancora se, in effetti, il loro primo dovere verso gli ospiti dei loro ospedali non sarebbe stato quello di esaminarli da un punto di vista medico e poi di dichiarare, in base a questo esame, se erano o no affetti da una malattia? Effettivamente, dati i criteri di Virchow di definizione della malattia e la situazione sociale della psichiatria che allora prevalevano, non credo che Kraepelin e Bleuler o gli altri psichiatri di quel periodo avrebbero potuto assumersi un simile ruolo e portarlo avanti. Il motivo è molto semplice. Sarebbero dovuti giungere alla conclusione che la maggior parte dei « pazienti » dei loro ospedali non erano malati; per lo meno non avrebbero potuto trovare nulla che non andava nella struttura anatomica e nel funzionamento fisiologico del loro organismo.

Ma ciò avrebbe scardinato la giustificazione del ricovero in manicomio dei pazienti (e tutti sapevano questo, anche se nessuno era disposto ad ammetterlo) che in fondo rappresentava il vero motivo per cui queste persone venivano definite « pazienti » ed erano « ospedalizzate » come prima cosa \*.

---

\* Nelle sue « confessioni » psichiatriche, su cui **avrò** altre cose da dire fra poco, Bleuler riferisce le pressioni per diagnosticare gli alienati come veri e propri malati su cui lavoravano lui e i suoi colleghi: « Quasi altrettanto difficile che il dire "Non posso essere di alcun aiuto" o "Non lo so" o almenò troppo **difficile** per un gran numero di medici è la dichiarazione "non trovo nulla di anormale" quando si visita un paziente. Quando un medico si sente costretto professionalmente a trovare qualcosa, sebbene senza basi sufficienti d'evidenza e solo per accontentare il paziente o se stesso, gli si pone un delicato problema »<sup>29</sup>. **Più** esattamente, non è tanto il fatto che si ponga un problema scabroso, quanto che esso venga eluso e si creino nuovi problemi scabrosi, cioè nuove « malattie », nuovi interventi « medici » e nuove complicazioni causate da tali **interventi**.

Alcune pagine dopo, Bleuler **ritorna** sull'argomento con questa osservazione: « Allo stesso modo ci lasciamo influenzare e (fuorviare) da altri membri o conoscenti della famiglia tanto nella nostra **attività** clinica quanto in quella istituzionale »<sup>30</sup>.

E', infatti, del tutto evidente che gli psichiatri istituzionali non avrebbero potuto dichiarare i loro « pazienti » « clinicamente sani » e sopravvivere professionalmente come medici e come psichiatri. E, del resto, ancora oggi non possono farlo. I parenti dei « malati », i medici e la società nel suo complesso volevano isolare certe persone che davano disturbo e ci erano riusciti con i manicomi. Questo era già un fatto compiuto, e su scala massiccia, al tempo in cui Kraepelin e Bleuler arrivarono sulla scena della psichiatria. Se avessero detto che i cosiddetti pazienti (o almeno molti di essi) non erano malati, avrebbero minato le fondamenta dell'ormai accettata giustificazione alla loro segregazione. L'organizzazione medica, quella psichiatrica, quella legale e l'intera società non lo avrebbero tollerato. Si sarebbero sbarazzati di tali psichiatri e li avrebbero sostituiti con persone disposte a far ciò che ci si aspettava da loro. E avrebbero ricompensato generosamente coloro che in tal modo soddisfacevano il bisogno proprio del sistema di controllo sociale e di capri espiatori, come, infatti, sono stati ricompensati Kraepelin, Bleuler e tutti i loro leali e acritici seguaci.

Questo, in breve, è il motivo per cui io considero Kraepelin, Bleuler e Freud come « conquistadores » e colonizzatori della mente umana. La Società, la loro società, esigeva che essi estendessero i confini della medicina sopra la morale e la legge, ed essi lo fecero; voleva che essi estendessero i confini della malattia dal fisico al comportamentale, ed essi lo fecero; voleva che essi facessero passare il conflitto come psicopatologia e la segregazione come terapia psichiatrica, ed essi lo fecero\*.

Ho sostenuto il fatto che nell'isolare la schizofrenia, Bleuler non identificò « un'altra » malattia, come il diabete o la difterite, ma dette una legittimazione alla prassi ormai consolidata di segregare gli alienati per mezzo del ricovero coatto. Bleuler ne era consapevole. Nella sua monografia sulla schizofrenia osserva: « Una volta che la malattia è stata riconosciuta, si deve anche risolvere il problema se il paziente debba essere istituzionalizzato oppure no »<sup>32</sup>. Da chi? Evidentemente Bleuler non intende dire che debba decidere il paziente! Perciò, dal punto di

---

\* Come ho già sottolineato, Kraepelin, Bleuler e Freud non furono i primi conquistatori e colonizzatori. Il processo che sto descrivendo cominciò durante l'Illuminismo e i suoi veri pionieri furono gli alienisti della fine del '700<sup>31</sup>. Tuttavia questi primi inventori della « infermità mentale » sono in relazione con Kraepelin, Bleuler e Freud (che fecero della nostra l'epoca delle « malattie mentali ») come gli inventori del motore a combustione interna sono in relazione con Henry Ford e gli altri geni dell'industria e del commercio che fecero della nostra anche l'epoca dell'automobile.

vista del « paziente » che non vuole essere confinato in un ospedale psichiatrico, la cosiddetta « ricognizione della malattia » è ovviamente un atto dannoso invece che un atto d'aiuto. In parte Bleuler lo riconosce:

« L'istituzione come tale non cura la malattia. Può, comunque, essere valida da un punto di vista educativo e può alleviare stati acuti di agitazione dovuti ad influenze della psiche. Nello stesso tempo, però, porta in sé il pericolo che il paziente si estranei troppo dalla vita normale e che i (parenti si abituino all'idea dell'istituzione. Per questo motivo è spesso estremamente difficile dimettere un paziente che è rimasto in ospedale molti anni, anche se è molto migliorato »<sup>33</sup>.

In altre parole, la funzione del ricovero coatto dello « schizofrenico » è di sollevare i parenti dal peso che egli rappresenta per loro. Comprendendo tutto questo, Bleuler fu preso nella morsa di un dilemma morale che non riuscì a risolvere in modo soddisfacente. Come i giuristi americani prima della Guerra Civile disapprovavano la schiavitù, ma si sentivano vincolati dalla Costituzione ad appoggiarla come legge, anche Bleuler si trovò invischiato fra le esigenze della giustizia e i dettami della necessità<sup>34</sup>. La giustizia richiedeva che le persone con diagnosi di schizofrenia fossero trattate al pari di ogni altro paziente, come cittadini liberi e responsabili. La necessità esigeva, invece, che gli « schizofrenici » fossero privati, come i criminali, della loro libertà. Il risultato fu che, se da un lato Bleuler predicava la libertà per gli schizofrenici, dall'altro praticava la schiavitù psichiatrica legittimando, mediante un'elaborata « teoria pseudomedica », il fatto che la « malattia » trasformi liberi cittadini in esseri psichiatricamente schiavi (cioè in pazienti schizofrenici)<sup>35</sup>.

Bleuler sapeva perfettamente che, in pratica, una diagnosi di schizofrenia funzionava, ed era usata, come giustificazione per il ricovero coatto, allo stesso modo in cui, in un altro contesto, la « diagnosi » di avere la pelle nera funzionava, ed era usata, come giustificazione per la schiavitù. Tuttavia sostiene che « non dovrebbe » essere usata in tal modo: « Il paziente non dovrebbe essere ricoverato in ospedale solo perché è affetto da schizofrenia, ma solo quando ci sia una precisa indicazione per il ricovero »<sup>36</sup>. Ma fino a quando il « paziente » diagnosticato come schizofrenico viene privato del suo diritto di autodeterminazione, è inutile predicare questo invito alla moderazione psichiatrica. Infatti, se il ricovero per schizofrenia è una opzione legale, quale forza di opposizione esiste per impedire ai parenti, alle istituzioni sociali e agli psichiatri di internare alcune o tutte le persone diagnosti-

cate come schizofreniche? Non ce ne sono, e Bleuler lo sapeva. E tuttavia egli si spinge oltre definendo i criteri per poter individuare « correttamente » i casi in cui sia opportuno il ricovero di uno schizofrenico:

a L'indicazione, naturalmente, viene data quando il paziente **dà troppo disturbo** o diventa pericoloso, **quando** si rende necessario un controllo, quando egli rappresenta una minaccia per la salute dei **membri** sani della famiglia o **quando non sia più** possibile influire su di lui. In quest'ultimo caso, l'istituzione cercherà di educare il paziente a comportarsi in un **modo più** accettabile; poi potrà essere dimesso »<sup>37</sup>.

Al ragazzo **indisciplinato** **si** impone di mettersi in un angolo e poi gli si **permette** di nuovo di raggiungere i **compagni**. Sarebbe **difficile** trovare o immaginare una punizione più grave dell'internamento **psichiatrico** coatto, camuffato da intervento medico, per « educare » il ragazzo-paziente che si comporta male. Per colmo di ironia, in una nota a piè di pagina, Bleuler critica « quelle pesime istituzioni sovraffollate », nelle quali **gli schizofrenici** vengono resi « schiavi del lavoro dal personale ospedaliero che li tratta come persone sane, ma molto ostinate »<sup>38</sup>.

Fino alla Guerra Civile, molti Americani non riuscivano ad affrontare chiaramente il **fondamentale** problema morale di una schiavitù non volontaria, cioè: Che cosa è, se c'è, che giustifica la schiavitù? Analogamente Bleuler e la maggior parte dei suoi contemporanei non riuscivano - e la maggior parte della gente **ancor** oggi non riesce - ad affrontare chiaramente il **fondamentale** **problema** morale della psichiatria istituzionale, e cioè: Che cosa è, se c'è, che giustifica il ricovero coatto in un ospedale psichiatrico e altri interventi psichiatrici coercitivi? Questo è il motivo per cui uomini come Jefferson esaltavano la libertà, ma tenevano **gli schiavi**, e per cui perfino uomini come Bleuler lodavano la **tolleranza** in campo psichiatrico, ma esercitavano la tirannia psichiatrica.

E' sorprendente che i miei assunti **e** le mie osservazioni precedenti trovino sostegno nel testo originale di Bleuler sulla schizofrenia e che siano, inoltre, quasi tutti contenuti nell'ultimo paragrafo del suo lungo libro. Ecco, con le stesse parole di Bleuler, il **riconoscimento** di due delle mie obiezioni **più** gravi, cioè che **la** psichiatria istituzionale non agisce a beneficio del paziente, ma della società, **e** che molti dei suoi interventi non sono trattamenti, ma torture:

a Il più grave dei sintomi schizofrenici è la tendenza suicida.

Colgo anzi l'occasione per affermare chiaramente **che** il nostro attuale sistema sociale esige a questo riguardo dallo psichiatra **una** grande e del tutto **inappropriata** crudeltà. Certe persone sono costrette a continuare una vita che è diventata loro insopportabile per validi motivi; già questo è abbastanza terribile. Ma ciò che è anche peggio è il rendere ancora **più** intollerabile la vita a questi pazienti, usando ogni mezzo per sottoporli a una continua umiliante sorveglianza»<sup>39</sup>.

Questa è da parte di Bleuler una ammissione molto onesta, ma è anche un'autoaccusa. Riconosce infatti non solo che lo psichiatra agisce come agente della società nei confronti dei malati **mentali** non volontari, ma anche che ciò che la società richiede al suo agente psichiatra è « crudeltà »! Ciò mi sembra estremamente simile al fatto di riconoscere, per esempio, che in una società dedita a metodi violenti di esecuzione, si lascia agli esecutori il potere di torturare le loro vittime; o che, in una società totalitaria, ci si aspetti che i giudici presiedano processi nei quali persone innocenti siano sistematicamente condannate a pene severe. Per riprovevoli che siano tutti questi ordinamenti, è importante ricordare che in ognuno di loro il torturatore è, **più** o meno, un agente libero. Lo Stato, anche il **più** totalitario, non impone agli individui di essere esecutori brutali o giudici corrotti, o psichiatri istituzionali. Sono gli individui che assumono questi ruoli volontariamente e di buon grado, in cambio dei soldi e dei vantaggi, del prestigio e del potere che la società **elargisce** loro per compiere in sua vece il loro sporco mestiere. Bleuler lo riconosce:

\* La maggior parte dei nostri peggiori strumenti di coercizione non sarebbe necessaria se non fossimo legati al dovere professionale di salvaguardare nei pazienti una vita che, per loro stessi **come** per gli altri, ha solo valore negativo. Se tutto questo servisse almeno a qualche scopo!... Sono convinto che nella schizofrenia è proprio tutta questa sorveglianza che desta, sostiene e aumenta la tendenza suicida. Solo in casi veramente eccezionali i nostri pazienti si suiciderebbero, se fosse loro permesso di fare come **vogliono**. E anche se si uccidesse **qualcuno** in più, **questo** giustifica il fatto che noi torturiamo centinaia di pazienti e aggraviamo il loro male? Oggi noi psichiatri portiamo il peso della tragica responsabilità di obbedire alla mentalità crudele della collettività, ma è responsabilità nostra fare tutto quanto sta in noi perché **maturi** una trasformazione di questa **mentalità** nel prossimo futuro » **a.**

Non dubito della sincerità di Bleuler. Ma è una sincerità **la**

cui forza è infirmata dal fatto di essere al servizio di se stessa. Avrebbe dovuto sapere che nessuno, specialmente in Svizzera, è costretto ad essere crudele verso chicchessia. E avrebbe anche dovuto sapere che attribuire tutta la crudeltà con cui vengono trattati i folli alla Società (specialmente a quella svizzera, che ha un livello eccezionalmente civile e decoroso di vita) è malafede. Il risultato, chiaramente a beneficio di se stesso, della sua spiegazione sulle barbarie degli psichiatri è di dare ad intendere che essi, nel loro complesso, e lui stesso in particolare, non hanno alcuna colpa per questo. Al contrario, stanno tutti quanti cercando di migliorare il sistema!

Ahimè, fosse stato vero! La maggior parte del XX secolo è già passata da quando Bleuler scrisse quelle righe. E' stato un periodo di mutamenti tecnologici e di trasformazioni sociali fra i più importanti. La sola cosa che è rimasta in pratica inalterata è stata la psichiatria non volontaria: i malati di mente, specialmente se « pericolosi a sé e agli altri », sono ancora tenuti in segregazione, proprio come lo erano nel 1911; la loro reclusione viene ancora definita « cura », proprio come allora; ed essi sono ancora oggetto di violenze e di torture (sebbene siano cambiati i metodi con i quali vengono realizzate) molto simili a quelle di un tempo.

E avrebbe potuto essere altrimenti solo se qualche persona di prestigio o qualche gruppo avesse denunciato pubblicamente il fatto o avesse assunto una posizione responsabile, opponendosi alla psichiatria non volontaria. Bleuler e i suoi colleghi praticavano una psichiatria coercitiva, attuando in tal modo proprio quelle pratiche che Bleuler denuncia. I fatti parlano più delle parole. Gli psichiatri non potevano correggere le torture morali che Bleuler indicava mentre collaboravano a portarle avanti. E non ci riescono neanche ora. Non è sufficiente mormorare che la **coercizione** psichiatrica è sbagliata; è necessario condannarla ed evitarla sistematicamente. Questo è il semplice ma inevitabile insegnamento che ci propone la storia della psichiatria istituzionale.

Una conferma ulteriore delle tesi che ho appena esposto si può trovare in una fonte inattesa. Nel 1919, quando Bleuler aveva 62 anni e la sua fama e la sua clinica psichiatrica non erano seconde a nessuna nel mondo, scrisse un libretto che è, in pratica, un attacco al ricovero psichiatrico. Questo libro porta lo strano titolo « Un modo di pensare indisciplinato e autistico in medicina e come superarlo », ed è pochissimo conosciuto<sup>41</sup>. Non viene mai citato nei circoli psichiatrici. E per dei buoni motivi, come cercherò ora di dimostrare.

Nella prefazione del libro, il cui titolo allude all'autismo,

uno dei fondamentali sintomi «bleuleriani» della schizofrenia, Manfred Bleuler, figlio dell'autore ed eminente psichiatra egli stesso, osserva che, quando scriveva quel libro, il padre era « conosciuto soltanto per le sue pubblicazioni che trattavano problemi psicopatologici.. [Tuttavia] aveva avuto l'audacia di scrivere una mardace e cruda critica alla pratica e alla scienza medica con parole semplici, rozze, certe volte addirittura contadinesche »<sup>42</sup>. Gran parte delle critiche presenti in questo testo sono dirette, in realtà, non alla medicina, ma alla psichiatria o forse ad entrambe, in quanto Bleuler spesso non fa una netta distinzione fra l'attività medica e quella psichiatrica. E' importante sottolineare di nuovo il fatto che Bleuler abbia scritto questo libro in un linguaggio semplice, « rozzo... contadinesco ». Perché questo netto abbandono del pomposo gergo medico proprio da parte di colui che aveva coniato alcuni dei principali termini psichiatrici come « autismo » e « schizofrenia »?

Ritengo che ciò sia indice di come Bleuler riconoscesse che l'uso di una terminologia pseudomedica in campo psichiatrico era antiscientifico o addirittura immorale. Ma lasciamo la parola allo stesso Bleuler nei panni di chi si confessa, non in quelli del conquistador. Cercando di sfatare il concetto che una persona sia malata solo perché è in « cura », riferisce questo episodio:

« Non ricordo i particolari, ma spero di riuscire ugualmente a rendere il succo dell'episodio. La Signora mi disse: "Mia figlia passò lo scorso inverno in riviera e si curò là. Poi andò a Baden-Baden, al sanatorio del dott. N." (e così via in alcuni posti rinomati), "e ora sta facendo la cura delle acque a St. Moritz e quella dell'aria pura nell'Engadina".

"Che cosa ha sua figlia?" le chiesi.

"Oh, vede, deve riprendersi."

Non diversa da questa è la situazione riguardo ai motivi di altre (prescrizioni mediche che impongono una cura di riposo. Tutto il problema della convalescenza non ha nulla a che vedere con lo svago, e la vita pigra di un sanatorio reca più danno che beneficio »<sup>43</sup>.

Qualche riga dopo, nella stessa pagina, Bleuler ci propone una illustrazione chiara di quella che in fondo è veramente la « schizofrenia ». C'è una bella differenza dalla sua descrizione di un tempo della schizofrenia come « malattia mentale »!

« Una ragazza, dimessa da poco [da una casa di cura], è ancora un po' delicata e anche "nervosa", e il medico le proibisce di intraprendere un lavoro o di imparare qualcosa di utile che dia un significato alla sua vita. Che cosa può fare? Non può



neanche sposarsi. Perciò è condannata a fare della malattia il lavoro della sua vita, in altre parole, a vegetare e a rovinarsi nell'ozio... Dal momento che una donna riesce anche senza lavorare a procurarsi da vivere con relativa facilità, una simile decisione è estremamente pericolosa. E' ancora un problema aperto, e molto serio, se le donne abbiano realmente una disposizione maggiore alle malattie nervose o se invece il fatto di poter condurre una esistenza *parassitaria* non costituisca il vero *motivo* della loro più elevata morbilità nautica. \* (Il corsivo è dell'autore) \*<sup>44</sup>.

In questo libro Bleuler arriva realmente a riconoscere che il concetto di malattia mentale, specialmente **come** è usato nella psichiatria istituzionale, non è affatto un concetto medico:

« Su certi aspetti del concetto di malattia si è discusso abbastanza spesso... e la legislazione moderna ci obbliga a dare qua e là delle definizioni chiare se pur frammentarie. Ma definizioni di questo tipo sono forensi e non mediche »<sup>45</sup>.

Queste osservazioni, che sottoscrivo, sono in netto contrasto col trattato di Bleuler sulla schizofrenia e col suo testo di psichiatria, tesi entrambi ad identificare e a definire le « malattie mentali » come concetti ed entità mediche, non certo forensi!

Verso la metà del libro, Bleuler paragona i medici agli schizofrenici, perché tutti e due credono in cose indimostrabili e perché tutti e due amano nascondere la propria ignoranza con un linguaggio fiorito:

« Noi somministriamo ogni sorta di trattamenti la cui efficacia non è mai stata provata, come l'elettricità, o trattamenti sui quali non abbiamo sufficienti informazioni, come l'acqua nell'idroterapia... c'è sempre l'impulso a "fare qualcosa" per combattere una malattia, invece di abbandonarsi ad una serena riflessione... Osserviamo questo irrefrenabile bisogno di loquacità tra i bambini piccoli, fra i selvaggi, fra i medici e nelle favole mitologiche, in una certa misura anche nei ragionamenti dei filosofi, e in forma morbosa fra gli schizofrenici in particolare... E' su questo impulso primitivo che si fonda il potere della pratica medica »<sup>46</sup>.

Man mano che si infervora su questo argomento, alternativamente, o perfino in una stessa frase, ridicolizza il gergo medico e lo reimpiega:

« Quando il medico vuol dare al paziente una piccola dose

---

\* Prenderò in esame le relazioni esistenti fra matrimonio e psichiatria, incapacità personale e invalidità psichica nel capitolo 4.

di incoraggiamento, gli dice che il cattivo stato dei suoi nervi è dovuto al superlavoro; se vuole invece darsi delle arie e tenere su il suo ego a spese del paziente, gli dice che le sue condizioni nervose sono dovute a masturbazione. Sia l'una che l'altra di queste affermazioni sono autistiche... Un modo di pensare non accurato è oligofrenico e conduce all'errore; un modo di pensare autistico è paranoide e conduce alle allucinazioni»<sup>47</sup>.

Nonostante i suoi tentativi di lasciare da parte la forma pomposa del linguaggio medico e di essere chiaro più che «scientifico», Bleuler soggiace qui alla sua abitudine, ormai profondamente radicata, di considerare ogni comportamento sotto il profilo patologico. Così definisce un comportamento, che è semplicemente stupido, tornacontista, sopraffattore o malvagio, «oligofrenico» e «autistico». Forse è lo spettro della sifilide, che appare nel sottofondo e che gli fa prendere un comportamento (sbagliato in questo caso) per malattia, come suggeriscono le frasi seguenti, profondamente rivelatrici:

«E' giusto iniettare del Salvarsan nelle vene di ogni paziente la cui Wassermann sia positiva? Molti casi di schizofrenia "latente" vengono diagnosticati come totali in tutta certezza. Non succede mai al medico di prendere in considerazione tutte le conseguenze di questo: segregazione del paziente nell'ospedale psichiatrico, perdita dei diritti civili, abbandono della sua professione, ecc.»<sup>48</sup>.

Chiaramente questo libriccino non è solo un attacco di Bleuler alla psichiatria; è anche una confessione dei suoi peccati. E' stato infatti Bleuler che, col suo libro sulla schizofrenia, il suo testo sulla psichiatria e il suo lavoro di psichiatra in un manicomio, in fin dei conti ha codificato, legittimato e patrocinato i principi e la pratica della psichiatria coercitiva che ora critica tanto causticamente.

Una volta assunta la posizione di critico della psichiatria, Bleuler riconosce ben presto che, nella sua società, molto di ciò che viene fatto passare per malattia non lo è affatto. «Ma è proprio necessario», si domanda retoricamente, «parlare sempre di nevrastenia, di quella malattia che è il risultato di tensioni e di sovraccarico, quando la causa vera è al contrario una timida paura di affrontare i veri compiti della vita e, quando parlando in modo figurato, uno schiaffo in faccia sarebbe il miglior rimedio per tanti timidi pazienti che piagnucolano e si preoccupano della loro salute?»<sup>49</sup>.

Ma non sono idee e libri come questi che resero Eugen Bleuler direttore del Burgholzli e professore di psichiatria all'Università

di Zurigo. Manfred Bleuler, che riuscì a conquistare le stesse cariche del padre, ne ripudia l'eresia, come se i ruoli fossero invertiti ed egli fosse il padre che rimprovera il figlio per la sua « irresponsabilità »:

« Questa mossa azzardata mise a repentaglio la sua carriera. Non mancarono certo gli avvertimenti degli amici... Recensori e critici... lo biasimarono per aver **minato** la dignità e i principi etici della professione medica. Molte persone lo consigliarono di guardarsi nel futuro da certi colpi di testa, di non rinnegare il proprio passato e di mantenersi fedele alla sua professione »<sup>50</sup>.

Manfred Bleuler non dice mai di pensare, o che altri abbiano pensato, che quanto scritto da suo padre in questo libretto non sia vero.

Accenna invece ai « colpi di testa » di Eugen Bleuler, alla « slealtà » verso la professione e, soprattutto, alla sua « irresponsabilità ». « Alla prima conferenza clinica cui assistetti da studente » - ricorda Manfred Bleuler - « un famoso professore, disapprovando, parlò della irresponsabilità con cui l'autore metteva sotto accusa tutte le norme e i metodi validi e sperimentali della terapia medica »<sup>51</sup>.

Queste parole, scritte nel 1969, riflettono fedelmente la linea ufficiale della psichiatria organizzata. Il Bleuler del 1911 - il conquistatore della schizofrenia *a favore* della psichiatria - è venerato come un santo. Il Bleuler del 1919 - protettore del « paziente », *contro* una psichiatria conquistatrice - viene trattato con condiscendenza dal figlio e ignorato dai colleghi.

La psichiatria moderna - chi non è d'accordo? - è una istituzione e una ideologia molto potente. Su quali sacri simboli e su quali cerimonie si basa? In venti anni di lavoro ho cercato di mostrare che si basa sulle immagini e sul linguaggio della malattia mentale, dell'ospedalizzazione e del trattamento. Che cosa succederebbe, quindi, alla psichiatria se la medicina e la legge, la gente comune e i politici riconoscessero il carattere metaforico e mitologico della malattia mentale? Tale smitizzazione minerebbe e distruggerebbe la psichiatria come branca della medicina - allo stesso modo in cui la smitizzazione dell'Eucarestia minerebbe e distruggerebbe il cattolicesimo della Chiesa Romana come religione. Sicuramente i cosiddetti schizofrenici e gli psichiatri continuerebbero ad agire male o bene come hanno sempre fatto, ma il loro comportamento solleverebbe problemi etici, politici, semantici o sociologici e non certo di giurisdizione e di controllo da parte della medicina e della psichiatria. Analogamente, se venisse smitizzata l'Eucarestia, rimarrebbero i pro-

blemi morali delle persone e le prescrizioni morali dei preti: ma anche questi sarebbero problemi di morale e di politica, non di giurisdizione e di controllo da parte della Chiesa e del Papa\*.

E' evidente, per i non cattolici, che la dottrina della transustanziazione è un caso di metafora presa alla lettera per motivi pratici perfettamente validi. Tutti i non cattolici, e anche molti cattolici, riconoscono che acqua e vino sono solo quello, e non il corpo e il sangue di un uomo morto molto tempo fa e di cui si dice che sia un Dio. In alcune situazioni, comunque, essi si comportano, i cattolici più spesso dei non cattolici, come se il simbolo fosse la cosa che simbolizza. Perché si comportano così? I primi lo fanno principalmente perché questo è il modo per affermare la loro identità come cattolici, identità che essi desiderano conservare. I secondi lo fanno principalmente perché, quando si trovano ad esempio in una chiesa, è la cosa più educata da fare.

In modo analogo, è egualmente evidente - per i medici non psichiatri - che il credere alla malattia mentale è un altro caso di metafora presa alla lettera per motivi pratici perfettamente validi. La maggior parte dei non psichiatri (e anche molti psichiatri e uomini di legge) riconoscono che un cadavere può avere

---

\* Il fatto di prendere alla lettera la metafora dell'Eucarestia, come richiede la dottrina della transustanziazione, non viene più accettata da tutti i teologi moderni. Secondo una fonte autorevole, «L'Eucarestia è l'attualizzazione della realtà salvifica di "Gesù" attraverso le parole di ringraziamento mormorate sul pane e sul vino... Fu soltanto la spiritualità della comunità ellenistica che legò materialmente la presenza di Cristo alla farina di grano... La presenza reale di Gesù negli elementi consacrati, così come viene concepita, è perciò soltanto un'interpretazione ellenistica che non è più possibile sostenere oggi»<sup>52</sup>.

Comunque questa interpretazione molto aperta della dottrina della transustanziazione esagera l'abbandono da parte della Chiesa Cattolica dell'interpretazione letterale dell'Eucarestia. Il 3 settembre 1965, solo tre anni dopo lo scritto citato, nella sua enciclica *Mysterium fidei*, il papa Paolo VI «richiamò ad una conservazione della piena realtà della fede cattolica sulla presenza di Cristo nell'Eucarestia e specificamente alla conservazione del dogma della transustanziazione, insieme alla terminologia tradizionale con cui è stato espresso, particolarmente dal Concilio di Trento»<sup>53</sup>.

In ogni caso sto facendo questo confronto fra metafore teologiche e psichiatriche per evidenziare e denunciare pratiche e credenze basate sull'interpretazione letterale della metafora della malattia mentale e non per esporre o criticare le pratiche basate sull'interpretazione letterale della metafora dell'Eucarestia. Il successo della seconda iniziativa è custodito religiosamente nel Primo Emendamento della Costituzione degli Stati Uniti; il fallimento della prima nel sovvertimento da parte della psichiatria della norma della legge e nella soppressione realizzata dalla psichiatria delle libertà garantite dalla Costituzione.

il diabete o la sifilide, ma che non può avere l'esaurimento nervoso o la schizofrenia; in altre parole, la diversità e il comportamento sconveniente sono proprio solo quello, e non i sintomi di non dimostrate e non dimostrabili lesioni o processi negli oscuri meandri del cervello. In alcune situazioni, tuttavia, tutti si comportano, gli psichiatri più spesso dei non-psichiatri, come se il simbolo fosse la cosa simbolizzata; cioè come se la schizofrenia fosse veramente la sifilide e la depressione, l'esaurimento nervoso, il diabete. Perché la gente si comporta così? Gli psichiatri lo fanno (principalmente perché questo è ciò che stabilisce la loro identità come psichiatri, un'identità che essi desiderano conservare. I non-psichiatri-medici, i pazienti e i magistrati lo fanno soprattutto perché, di regola, è la cosa più educata e conveniente da fare nella nostra società, per non correre il rischio di essere presi per sciocchi o per malati.

Il succo della mia argomentazione è che uomini come Kraepelin, Bleuler e Freud non erano ciò che sembravano o volevano essere, cioè medici o ricercatori medici; erano in realtà capi politico-religiosi e conquistatori. Invece di scoprire nuove malattie, essi hanno esteso, attraverso la psichiatria, il linguaggio, il vocabolario e la giurisdizione e quindi il territorio della medicina a ciò che non erano, e non sono, malattie nel senso originario, Virchowiano. Ci possiamo chiedere ancora perché lo hanno fatto? Perché non hanno invece dichiarato di non poter provare che persone sospette di soffrire di schizofrenia (e di altre psicosi o nevrosi funzionali) avessero qualche malattia scientificamente dimostrabile almeno al punto in cui era allora la scienza medica e che quindi non dovevano essere considerate malate, fino a che non si fosse riusciti a provarlo? Perché, in altri termini, hanno *presunto* che persone affidate alle loro cure erano malate fino a prova contraria? Peggio ancora, che non c'era « prova contraria »: che erano realmente malate e che era solo una questione di tempo la dimostrazione della loro malattia da parte dell'istopatologia?

Le risposte a questi interrogativi sono assolutamente decisive per una comprensione corretta della storia della psichiatria moderna in generale e della schizofrenia in particolare. Per di più, rispondendo a queste domande, arriviamo alla confluenza delle due grandi correnti di pensiero, e dell'errore contenuto in ciascuna di esse che, a parere mio, è la sorgente della confusione e dei delitti su cui si basa gran parte della psichiatria moderna. Queste due correnti sono l'epistemologia e l'etica (cioè, più precisamente, medicina e legge); i due errori sono confondere la malattia con la diversità (il fisico col comportamento, l'oggetto

con la causa) e confondere dei pazienti con dei prigionieri (cura con controllo, terapia con tortura).

Perciò, il problema che stava di fronte a Kraepelin e Bleuler \*era, in effetti, di natura squisitamente morale e politica, economica ed esistenziale. Vorrei paragonarlo al problema di fronte al quale si sono trovati, e continuano a trovarsi, capi di stato e partiti politici in paesi come il Giappone e gli Stati Uniti, che devono affrontare l'urgente bisogno e la gravosa carenza di petrolio. Che devono fare? Prenderlo per forza e fornire le relative giustificazioni economiche, morali e nazionali (come l'interesse del paese o lo strangolamento economico)? Oppure devono riconoscere la sovranità nazionale e il libero scambio come principi che devono valere anche per gli altri, oltre che per loro stessi, e cercare di adeguarsi alla propria situazione senza far uso della forza?

Ma, si potrebbe obiettare, che tipo di parallelo o di confronto si può fare fra l'attuale dilemma politico sul petrolio e il dilemma della psichiatria europea sulla follia in questo volgere del secolo? In realtà quest'ultimo ha certamente moltissimo a che vedere col primo. Da che cosa era formato infatti quel cosiddetto « materiale clinico » (il petrolio di allora) con cui Kraepelin, Bleuler e i loro colleghi di professione lavoravano? Se qualcuno rispondesse da « malati di mente », « psicotici », o « schizofrenici » sbaglierebbe quanto sostenendo che Abu Dhabi nel 1974 ha sferrato un attacco militare contro il Giappone o gli Stati Uniti. In effetti il cosiddetto materiale clinico (e già questo termine rivela abbondantemente gli elementi bellicosi e davvero colonialistici presenti nella struttura della medicina moderna) su cui questi psichiatri lavoravano non era formato da pazienti, ma da prigionieri. Alcuni lo erano proprio in senso letterale o legale; altri invece nel senso che erano stati acciuffati e imprigionati per forza, sebbene non fossero stati condannati alla reclusione per alcun delitto.

Mi riferisco qui ad alcuni fatti elementari e alle loro conseguenze sistematicamente negate e confuse. In genere, infatti, non preoccupa tanto che i cosiddetti matti (cioè le persone che adesso definiamo schizofrenici o psicopatici) siano disturbati, quanto che disturbino gli altri, non tanto che soffrano (anche se può essere così) quanto che essi facciano soffrire gli altri (specialmente i membri della loro famiglia). Le conseguenze di tutto ciò sono che, per lo più, i cosiddetti schizofrenici o psicopatici non si considerano e non si definiscono malati da sé, e non cercano assistenza medica, né in genere alcuna altra specie d'aiuto. Invece, sono altre persone (di solito i membri della loro famiglia, a volte

il datore di lavoro, la polizia o qualche altra autorità) a dichiararli e a definirli malati e a richiedere e imporre un « aiuto » per loro.

A questo proposito è interessante prendere in considerazione il tradizionale metodo giapponese di trattare i pazzi, cioè il sistema della cosiddetta « reclusione domestica » del malato di mente<sup>54</sup>. Secondo tale sistema, i cosiddetti psicotici venivano segregati in casa. Era una sorta di arresto a domicilio, come avviene ancora in certi paesi quando persone eminenti siano sospettate di essere colpevoli di qualche reato, specialmente di natura politica. Questa consuetudine giapponese, che rimase in auge fino alla fine della Seconda Guerra Mondiale, viene dipinta dagli osservatori occidentali in termini assurdamente sciovinistici, dando per scontato che la brutalizzazione sistematica cui sono sottoposti gli alienati mentali nei manicomi europei sia più umana di qualsiasi attenzione o trascuratezza ricevessero i malati di mente giapponesi nelle mani dei propri familiari<sup>55</sup>. Questo mi sembra piuttosto improbabile.

Ad ogni modo ciò che m'interessa far notare è come in Giappone « sotto la legge della reclusione domestica » le persone cosiddette psicotiche venivano rinchiusi e « curate » contro il loro volere. Anche in Europa, negli Stati Uniti e nel Sud America queste persone venivano gestite da altri contro la loro volontà, cioè da sé, di regola, non cercavano assistenza, ma venivano definite malate da altri e quindi « ricoverate » e « curate » contro la loro volontà. Addirittura ancora quando ero studente di medicina, intorno agli anni '40, i regolamenti degli ospedali psichiatrici dell'Ohio non ammettevano pazienti che volessero ricoverarsi di propria iniziativa. L'unica strada per poter entrare in questi ospedali era il mandato medico o giudiziario. Questo dà un'idea della natura reale di quegli ospedali e del tipo di ricovero più di quanto non lo facciano gli attuali regolamenti. Non si può ottenere di essere messi in prigione solo presentandosi al cancello e proclamando d'essere un criminale; analogamente, non si poteva avere il permesso di entrare in un manicomio (per lo meno in certe giurisdizioni) presentandosi alla porta e dicendo di essere un malato di mente. Per ogni caso occorre una verifica legale o semilegale della sua idoneità al ricovero. Sto mettendo tanto in rilievo questo fatto perché voglio arrivare alla conclusione che Kraepelin e Bleuler non erano medici. Erano dei guardiani.

La differenza fra i progressi della medicina e quelli della psichiatria che ho cercato di delineare sono talmente importanti che

vorrei enunciarli qui di nuovo secondo una prospettiva un po' diversa.

I ricercatori medici scoprirono nuovi sistemi di cura e formularono teorie nuove sugli effetti delle loro cure per aiutare persone che soffrivano di alcune persistenti affezioni del fisico chiamate « malattie ». Banting scoprì l'insulina, Minot l'estratto di fegato e Fleming la penicillina. Siccome queste sostanze risultarono utili ai pazienti che soffrivano rispettivamente di diabete, anemia pernicioso e di alcune malattie infettive, esse furono definite farmaci dai medici, dai pazienti e da tutte le altre persone.

I ricercatori psichiatrici inventarono nuove malattie e formularono nuove teorie sulla loro etiologia per giustificare il fatto di chiamare certi gresistenti interventi della società « cure ». Kraepelin inventò la *dementia praecox* e Bleuler la schizofrenia, per dare una ragione al fatto di chiamare « ricovero in ospedale psichiatrico » la detenzione in manicomio e dar modo di considerarlo una forma di trattamento medico; trovandosi in mano nuove malattie, essi ~~la~~ attribuirono a imperfezioni del cervello ancora da scaprire. Freud inventò la nevrosi, per poter chiamare la conversazione e la confessione « psicoanalisi » e poter considerare anche questa una forma di trattamento medico. Trovandosi fra le mani una serie di malattie nuove, egli le attribuì alle « vicissitudini del co plesso di Edipo ». Menninger inventò il concetto che ognuno è un malato mentale per giustificare il fatto di poter chiamare qualsiasi cosa uno facesse per un altro, manifestamente con buone intenzioni, « atteggiamento terapeutico »; dovendo poi guardare l'intera vita come una nuova malattia, l'attribuì ai disturbi dell'« equilibrio vitale »<sup>56</sup>.

Perciò, la medicina vera aiuta veri medici a curare e guarire veri pazienti; una falsa medicina (la psichiatria) aiuta falsi medici (gli 'psichiatri) ad avere influenza e controllo su falsi pazienti (i malati mentali).

Kraepelin e Bleuler erano naturalmente direttamente interessati a far sì che venissero imposte le pastoie della legge e delle catene ai cosiddetti psicotici. L'interesse di Freud, anche se meno diretto, era non meno significativo: egli considerava gli « psicotici » degli squilibrati e dei matti, « inaccessibili » alla psicoanalisi e alla psicoterapia, incapaci di « insight » e adatti solo alla segregazione in ospedale psichiatrico. Nel suo famoso studio sulla schizofrenia, il caso Schreber, Freud dedica pagine e pagine all'indagine sul carattere e sulla causa della « malattia » di Schreber, ma non una parola al problema della sua detenzione e del suo diritto alla libertà<sup>57</sup>. Schreber, che era uno « psicotico », mise in discussione la legittimità della sua segregazione e Schreber,



il folle, cercò e difese la sua libertà. Freud, che era uno « psicoanalista », non mise mai in discussione la legittimità della reclusione di Schreber, e Freud, lo psicopatologo, non si preoccupò della libertà di Schreber più di quanto un patologo si preoccupi per la libertà di uno dei suoi esemplari conservati nell'alcool.

Il silenzio ufficiale di Freud sulla reclusione - non solo di Schreber, ma di tutti i malati di mente in linea generale - mi sembra una eloquente dimostrazione del suo punto di vista sull'argomento. Dopo tutto egli espresse la sua idea su ogni argomento in psichiatria e su innumerevoli altri argomenti anche al di fuori di essa. Il fatto che per tutta la sua lunga vita nei suoi scritti abbia ignorato completamente la psichiatria non volontaria è una eloquente testimonianza di come dovesse sembrargli perfettamente giusto e naturale il fatto che gli « psicotici » venissero tenuti sotto chiave dagli psichiatri \*.

E' evidente che come conquistador nel campo della psichiatria - avendo esteso le frontiere della medicina sulla morale e sulla vita stessa - Freud fu ancora più ambizioso e ottenne ancor più successo di Kraepelin e Bleuler. E' quasi come se questi due grandi (psichiatri asserviti all'istituzione avessero limitato le loro ambizioni alla cura medica di coloro che erano rinchiusi nei manicomi o erano ritenuti idonei ad esservi confinati. Freud, invece, non riconobbe limiti alla sua sete di conquista; considerò il mondo intero il suo studio psichiatrico e ogni persona come un paziente che egli aveva il diritto di « psicoanalizzare », « psicopatologizzare » e, naturalmente, « diagnosticare ».

Tali riflessioni portano a pensare che la storia della psichiatria moderna sia effettivamente una specie di ripetizione (con appropriate modifiche nel cast dei personaggi e nelle loro imprese per renderli conformi alle condizioni odierne) dell'antica

---

\* Il sospetto che Freud fosse completamente favorevole al tenere sotto chiave i malati recalcitranti è confermato non solo dal fatto di non aver mai detto pubblicamente o scritto una sola parola di critica a tale pratica, ma anche dalla sua lettera del 6 Maggio 1908 a Jung. Comincia così: a Caro amico, qui allegato troverà il certificato per Otto Gross. Una volta che lo avrete in custodia, non lo lasci uscire prima di Ottobre, quando potrò prendermelo io»<sup>58</sup>. Otto Gross, il « paziente. qui menzionato, era un medico che era stato «preso in cura» da Jung all'Ospedale Burgholzli perché dedito alla cocaina e all'oppio. Per un certo periodo sia Freud che Jung considerarono Gross come una promettente recluta per il movimento psicoanalitico. Ma Gross non si rivelò troppo disposto a collaborare, né come paziente, né come psichiatra. Nel Giugno 1908, Freud scrisse a Jung: « Sfortunatamente, non c'è nulla di nuovo su di lui [Gross]. E' un drogato e può solo fare molto danno alla nostra causa »<sup>59</sup>. Per colmo d'ironia nell'ottobre dello stesso anno *Die Zukunft*, un prestigioso periodico di Berlino, pubblicò una lettera di Gross, nella quale egli protestava contro il ricovero in manicomio di una giovane donna, che era stato preteso dal padre<sup>60</sup>.

leggenda di Ulisse che acceca il **Ciclope**<sup>61</sup>. Come forse si ricorderà, i **Ciclopi** erano una tribù di terribili giganti che avevano un unico occhio posto in mezzo alla fronte. Ulisse e i suoi compagni caddero nelle loro mani ed erano tenuti prigionieri da uno di loro.

Come fece **Ulisse** a vincere il **Ciclope**? Gli disse che il suo nome era « Nessuno » e riuscì a cavargli l'occhio. Quando al **Ciclope** urlante di dolore venne chiesto che cosa gli stava succedendo, egli rispose: « Nessuno mi ha accecato ». I **Ciclopi** suoi compagni conclusero che era pazzo e **Ulisse** con i suoi **uomini** riuscirono a scappare.

La credibilità di questa leggenda dipende da vari artifici logici e drammatici, sui quali voglio richiamare l'attenzione. Prima di tutto dipende dal nome di **Ulisse**, **Nessuno**. In secondo luogo dipende dalla struttura semantica del lamento del gigante ferito; cioè nel dire « Nessuno mi ha accecato » invece di dire per esempio « **Un uomo** che si chiama **Nessuno** mi ha accecato ». E terzo, dipende anche dal fatto che gli altri **Ciclopi** si formano un'opinione che si basa solo su un resoconto fatto da un altro. Se fossero andati a vedere ciò che stava succedendo, essi avrebbero potuto osservare di persona come stavano le cose.

Quando i custodi dei manicomi chiamano « **pazienti** » i loro prigionieri e « **malattia** » il loro comportamento sconveniente e quando si autodefiniscono « **medici** » e chiamano « **cure** » le punizioni, essi stanno usando con noi (e forse anche con se stessi) lo stesso stratagemma che **Ulisse** usò con il **Ciclope**. Attribuendo il nome di **malattia** a certi comportamenti e il ruolo di **pazienti** alle persone che li mettono in pratica, **Kraepelin**, **Bleuler** e **Freud** aprivano la via all'inganno e all'autoinganno del tipo « **Nessuno mi ha accecato** ». Essi chiamarono delle cose con dei nomi tali che, quando in seguito loro stessi o altri mormorarono affermazioni che includevano questi nomi, la gente era portata a pensare di sentir parlare di **malattie** e di **pazienti**. In effetti, non si stava parlando di **malattie** o di **pazienti**; la loro accettazione dell'inganno dipendeva dal fatto che agivano gli stessi tre artifici logici e drammatici su cui ho richiamato l'attenzione poco fa. Ci gioverà ripeterli ancora e articularli proprio come si applicano alla leggenda sulla follia.

Il primo requisito era la denominazione appropriata del mitico eroe **Ulisse** nell'antica leggenda e delle varie **forme** di **follia** in quella nuova. Definire queste **ultime** e chi ne era portatore con **nomi** **latini** e **greco** soddisfaceva questo primo requisito.

Il secondo requisito era il riferire in modo adeguato gli eventi leggendari: l'**acceccamento** del **Ciclope** nell'antica leggenda, le manifestazioni della **follia** e i **misfatti** dei **folli** in quella nuova.

Le cosiddette descrizioni cliniche delle malattie mentali e i cosiddetti resoconti sui malati di mente soddisfacevano questo secondo requisito.

Ma tutto questo non sarebbe ancora bastato se non si fosse verificato anche il terzo requisito, se cioè quelli che ascoltavano tutte queste storie non fossero stati così ben disposti a formarsi una opinione basata esclusivamente sui resoconti che udivano. Se coloro che non erano psichiatri – come i Ciclopi dell'antichità – fossero andati a vedere quello che stava succedendo, avrebbero osservato di persona come stavano le cose. I Ciclopi avrebbero visto che qualcuno aveva cavato un occhio a un loro compagno e, chiunque fosse, aveva usato il nome «Nessuno» per nascondere il suo misfatto. Analogamente uomini e donne della strada avrebbero potuto vedere che lo psichiatra tratta le persone sane come malate, le imprigiona come malfattori colpevoli e usa il nome «schizofrenia» per nascondere i suoi misfatti.

Naturalmente noi non sappiamo (e non abbiamo alcuna necessità di domandarcelo, dal momento che quella è, dopo tutto, solo una leggenda) perché i Ciclopi non controllarono i fatti con i loro occhi. D'altra parte, noi sappiamo anche troppo bene (e non abbiamo necessità di chiedercelo, dal momento che la storia sulla schizofrenia non è certo solo una leggenda) perché la gente non ha controllato i fatti con i propri occhi: come dice il proverbio, nessuno è più cieco di chi non vuol vedere. Molti non vollero vedere nel passato, e non vogliono vedere ancora oggi, i fatti nudi e crudi della psichiatria, cioè che gli psichiatri diagnosticano malattie senza che esistano lesioni e curano dei pazienti senza averne il diritto.

Questo dunque fu il fatale punto di partenza della psichiatria moderna: l'invenzione della presunta malattia «schizofrenia», una malattia le cui lesioni nessuno poteva osservare, e che «affliggeva» persone in un modo tale che spesso esse non volevano niente altro che non essere dei pazienti. Ciò non è così sorprendente come potrebbe apparire se si pensa che Kraepelin e Bleuler acquistarono la loro maturità professionale, per così dire, all'ombra della spirocheta. Inoltre essi arrivarono a vedere la vittoria su di essa almeno sotto l'aspetto diagnostico. Perciò, essi erano influenzati non solo dalla paralisi come un modello di psicosi, ma anche dalla sifilide latente, una malattia che non presentava lesioni morfologiche (e riconoscibile solo per mezzo di un esame immunologico del sangue) e neppure sintomi (e perciò senza lo stimolo della sofferenza che poteva spingere il «malato» ad assumere il ruolo di paziente). Fu probabilmente tanto la sifilide latente quanto la paralisi a convincere Kraepelin e Bleuler a

porre la loro fiducia nel modello della sifilide come depositario della soluzione all'enigma dei « disordini mentali ». Queste ipotesi sono confermate dalle seguenti affermazioni di Kraepelin, fatte nel 1917, al culmine della sua carriera:

« La natura della maggior parte dei disturbi mentali è tuttora oscura. Ma nessuno potrà negare che ulteriori ricerche riveleranno nuovi fatti in una scienza giovane come la nostra; a questo riguardo gli insegnamenti offerti dalla sifilide sono una lezione oggettiva. È logico supporre che riusciremo a scoprire le cause di molti altri tipi di alienazione mentale che possono essere prevenuti, forse persino curati, sebbene al momento attuale noi non possediamo il più pallido indizio... »<sup>62</sup>.

Quasi sessanta anni sono passati da questa dichiarazione. E i « nuovi fatti » nella nostra « scienza » sono che, sebbene possiamo ora un sacco di fatti nuovi sulla neurochimica e sulla psicofarmacologia, non ne possediamo alcuno sulla schizofrenia. Non sappiamo cosa sia, né che cosa la provochi. Però abbiamo fatto progressi nella comprensione della sua etiologia: non crediamo e non sosteniamo più che la schizofrenia sia provocata dalla masturbazione. E abbiamo fatto dei progressi nella comprensione di ciò che è: il Rapporto della Organizzazione Mondiale della Sanità, che ho già citato, riconosce in effetti che la schizofrenia è una parola. Forse ci vorrà ancora qualche centinaio di anni di intensa ricerca psichiatrica e epidemologica per scoprire che essa è *solo* una parola.

« Perché », si chiedono gli autori del citato studio, « è allora necessario il concetto di schizofrenia? » Essi rispondono alla loro stessa domanda così: « Primo, perché possediamo ormai questo termine. La parola schizofrenia è diventata di così largo uso che è necessario averne una definizione pratica in modo da mantenere il dibattito pubblico sulla schizofrenia entro limiti ragionevoli »<sup>63</sup>.

Nel corso degli ultimi vent'anni ho dedicato molto lavoro e molte parole a denunciare la stupidità scientifica, la follia filosofica e la mostruosità morale di questo atteggiamento della psichiatria ufficiale e mi asterrò dal riproporre qui tali argomentazioni. Forse siamo già in grado, o lo saremo fra poco, di dare un'occhiata ad alcuni « vecchi fatti » che hanno così pesantemente ostacolato il cosiddetto progresso psichiatrico. Fra questi vorrei indicare in primo luogo, la differenza fra il soffrire e l'essere malato, fra comportamento individuale sbagliato e disfunzioni fisiopatologiche, fra il curare una malattia e il controllare la devianza; e in secondo luogo, gli aspetti morali, politici e legali

delle pratiche psichiatriche, che pongono pesanti interrogativi riguardo ai diritti umani, cioè i diritti civili e legali dei cosiddetti malati di mente.

Chiamo questi « vecchi fatti » in parte per distinguerli dai « fatti nuovi » generati dalla scienza empirica e, in parte, per sottolineare che la soluzione del problema della schizofrenia può risiedere non tanto nella direzione della ricerca medica (anche se essa potrebbe dare qualche risultato valido se fosse fatta con competenza e onesta), quanto nella direzione di una rivalutazione filosofica, legale e morale di ciò che i cosiddetti schizofrenici fanno o non fanno, e di ciò che gli psichiatri (e i giudici e gli avvocati) fanno per loro e a loro.

#### NOTE

<sup>1</sup> A. B. Barach, *Famous American Trademarks*, Public Affairs Press, Washington, D.C., 1971, pp. 43-44.

<sup>2</sup> Cfr. T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Hoeber-Hamer, New York 1961: ed. riv., Harper & Row, New York 1974.

<sup>3</sup> In M. B. Strauss (a cura di), *Familiar Medical Quotations*, Little Brown, Boston 1968, p. 651.

<sup>4</sup> G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology*, Norton, New York 1941, p. 44.

<sup>5</sup> V. per es., S. Freud, *An Outline of Psycho-Analysis (1938)*, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Hogarth, London, 1964, vol. 23, pp. 139-207, v. anche footnote, pp. 9-10.

<sup>6</sup> Cfr. W. L. Breutsch, *Neurosyphilitic Conditions: General Paralysis, General Paresis, Dementia Paralytica, Chronic Brain Syndrome Associated with Syphilitic Meningoencephalitis*, in *American Handbook of Psychiatry*, a cura di S. Arieti, vol. 2, pp. 1003-1020, Basic Books, New York 1959, p. 1005.

<sup>7</sup> Vedi *Encyclopaedia Britannica*, 15<sup>a</sup> ed., voce « Rudolf Virchow », e E. H. Ackerknecht, *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist*, University of Wisconsin Press, Madison 1953.

<sup>8</sup> Cfr. *Funk and Wagnall's New Standard Encyclopedia*, 6<sup>a</sup> ed., voce « Rudolf Virchow ».

<sup>9</sup> S. Freud, *An Autobiographical Study, (1925)*, in *Standard Edition*, vol. 20, pp. 1-74, p. 25.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> S. Arieti, *Schizophrenia: The Manifest Symptomatology. The Psychodynamic and Formal Mechanisms*, in *American Handbook of Psychiatry*, a cura di Arieti, vol. 1, pp. 455-484, p. 456.

<sup>12</sup> *Ibid.*

- 13 I. R. C. Batchelor, *Henderson and Gillespie's Textbook of Psychiatry*, 10<sup>a</sup> ed., Oxford University Press, London 1969, p. 247.
- 14 E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911), trad. Joseph Zinkin, Intemational Universities Press, New York 1950, p. 9.
- 15 *Zbid.*, spec. pp. 147-160.
- 16 *Zbid.*, p. 147.
- 17 *Zbid.*, p. 148.
- 18 *Zbid.*, p. 151.
- 19 *Zbid.*, p. 428.
- 20 *Zbid.*, p. 429.
- 21 *Ibid.*
- 22 Cfr. T. S. Szasz, *Heresies*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y., 1976.
- 23 Cfr. W. McGuire, (a cura di) *The Freud/Jung Letters: The Correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung*, trad. Ralph Mannheim e R. F. C. Hull, Princeton University Press, Princeton 1974, spec. p. 207.
- 24 S. Freud, *The Psychopathology of Everyday Life*, (1901), in *Standard Edition*, vol. 6.
- 25 J. Strachey, introd. *ibid.*, pp. XIII-XIV.
- 26 Freud, *Psychopathology*, p. 257.
- 27 World Health Organization, *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. I: *Results of the Initial Evaluation Phase*, World Health Organization, Geneva 1973.
- 28 *Zbid.*, p. 10.
- 29 E. Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking in Medicine and How to Overcome It* (1919), trad. e a cura di Ernest Harms, con pref. di Manfred Bleuler, Hafner Publishing Co., Darien, Conn. 1970, pp. 113-114.
- 30 *Zbid.*, p. 182.
- 31 In questo contesto cfr. F. A. Hayek, *The Counter-Revolution of Science: Studies on the Abuse of Reason* (1955), Free Press, New York 1964; e spec. T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970.
- 32 Bleuler, *Dementia Praecox*, p. 474.
- 33 *Zbid.*, pp. 474-475.
- 34 V. p. es., R. M. Cover, *Justice Accused: Antislavery and the Judicial Process*, Yale University Press, New Haven 1975.
- 35 Cfr. T. S. Szasz, *Involuntary Mental Hospitalization: A Crime Against Humanity* (1968), in *Ideology and Zsanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1970, pp. 113-139; e idem, *Psychiatric Slavery*, Free Press, New York 1977.
- 36 Bleuler, *Dementia Praecox*, p. 475.
- 37 *Zbid.*
- 38 *Zbid.*
- 39 *Zbid.*, p. 488.
- 40 *Zbid.*, pp. 488-489.
- 41 Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking*.
- 42 M. Bleuler. Prefazione (1969) a E. Bleuler. *Autistic Undisciplined Thinking*, pp. XIII-XIX, p. XV.
- 43 E. Bleuler, *Autistic Undisciplined Thinking*, p. 43.
- 44 *Ibid.*, pp. 43-44.
- 45 *Ibid.*, p. 72.
- 46 *Ibid.*, p. 109.
- 47 *Zbid.*, p. 110.
- 48 *Zbid.*, p. 115.
- 49 *Zbid.*, p. 116.

- <sup>50</sup> M. Bleuler, Prefazione a *Autistic Undisciplined Thinking*, p. XVI.
- <sup>51</sup> *Ibid.*
- <sup>52</sup> V. Eucharist in *Sacramentum Mundi: An Encyclopedia of Theology*, Herder and Herder, New York 1968, vol. 2, p. 257.
- <sup>53</sup> Transubstantiation, in *Encyclopaedia Britannica*, 1973, vol. 22, p. 175.
- <sup>54</sup> Cfr. E. Watanabe, *The Past, Present, and Future of Mental Hospitals in Japan*, a Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals » (1973), 6-8.
- <sup>55</sup> Cfr. p. es., I. Veith, *The Far East: Reflections on the Psychological Foundations*, in *World History of Psychiatry*, a cura di J. Howells, pp. 662-703, Brunner/Mazel, New York 1975, pp. 690-691.
- <sup>56</sup> K. Menninger, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*, Viking, New York 1963.
- <sup>57</sup> Freud, *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)*, (1911), in *Standard Edition*, vol. 12, pp. 1-82.
- <sup>58</sup> Freud a Jung, Maggio 6, 1908, in *Freud/Jung Letters*, a cura di McGuire, p. 147.
- <sup>59</sup> Freud a Jung, Giugno 30, 1908, *ibid.*, p. 162.
- <sup>60</sup> Jung a Freud, Ottobre 21, 1908, *ibid.*, p. 174.
- <sup>61</sup> Cfr. R. Graves, *The Greek Myths*, Penguin, Middlesex 1955, vol. 2, pp. 354-356.
- <sup>62</sup> E. Kraepelin, *One Hundred Years of Psychiatry (1917)*, trad. Wade Baskin, Philosophical Library, New York 1962, pp. 151-152.
- <sup>63</sup> World Health Organization, *Report*, p. 17.

## **ANTI-PSICHIATRIA: IL MODELLO DELLA MENTE DEPREDATA**

Con i rapidi progressi della sifilologia, della psichiatria e della psicoanalisi nel corso dei primi vent'anni di questo secolo ci fu anche una spartizione del bottino (perché di ciò si trattò) fra queste specializzazioni; la paralisi fu reclamata dalla sifilologia, la psicosi dalla psichiatria, la nevrosi dalla psicoanalisi. Ne risultarono due serie di differenziazioni: i pazienti furono divisi in paretici, psicotici e nevrotici; i medici in sifilologi (o neurologi), psichiatri e psicoanalisti (o psicoterapisti). « Diagnosi differenziale » venne e viene ancora chiamata l'operazione per smistare i pazienti, e « specializzazione » si chiamò e si chiama ancora la scelta di occuparsi della diagnosi e della cura dei pazienti così smistati. In armonia con il carattere generale delle classificazioni, ognuna di queste categorie di pazienti e di medici aveva un rappresentante caratteristico che ne era il modello. I pazienti-tipo mostravano le malattie caratteristiche della loro specie, mentre i medici-tipo mostravano gli interventi medici caratteristici del loro genere: così la paralisi divenne il modello della neurosifilide, la schizofrenia della psicosi e l'isteria della nevrosi; analogamente la chemioterapia (e la febbre artificiale) divenne il modello della sifilologia, la detenzione in manicomio (definita « ricovero ,psichiatrico») quello della psichiatria e la conversazione (definita « associazione libera » e « interpretazione ») quella della psicoanalisi.

Ho messo in evidenza questi cambiamenti storici - provocati in parte da alcune nuove scoperte scientifiche che, a loro volta, generarono altre pratiche sociali nuove - per identificare nel modo più chiaro possibile la natura della psichiatria « tradizionale », come era, più o meno, alla fine della Seconda Guerra Mondiale. Come un tiratore scelto deve distinguere chiaramente il proprio bersaglio, così noi dobbiamo distinguere il nostro - la



psichiatria -, perché è contro di essa che i cosiddetti anti-psichiatri ed io abbiamo puntato il fuoco della nostra critica. Ma, come tenterò ora di mostrare, lo abbiamo fatto in modi diversi e per motivi differenti.

Uno degli effetti della pubblicazione de *Il mito della malattia mentale*<sup>1</sup> è stato la nascita del cosiddetto movimento anti-psichiatrico. Questo movimento, come quello della psichiatria tradizionale che cerca di sostituire, si fonda sul concetto di schizofrenia e sul tipo di aiuto da dare ai cosiddetti schizofrenici. Siccome sia gli anti-psichiatri che io combattiamo alcuni aspetti della psichiatria, i nostri punti di vista vengono spesso associati e confusi e veniamo spesso identificati come nemici comuni di tutta la psichiatria.

E' vero, naturalmente, che nei confronti della psichiatria tradizionale e coercitiva gli anti-psichiatri ed io abbiamo di fronte lo stesso nemico. In un altro contesto, era lo stesso per Stalin e Churchill. Il vecchio proverbio arabo « il nemico del mio nemico è mio amico » è verissimo in politica e in guerra, ma in relazione al discorso intellettuale e morale non ha alcun significato.

Personalmente rifiuto il termine *anti-psichiatria* perché è impreciso e fuorviante. I chimici non si definiscono *anti-alchimistici*, né gli astronomi *anti-astrologi* \*.

Se si definisce la psichiatria, in modo convenzionale, come la specializzazione medica che si occupa della diagnosi e della cura delle malattie mentali, allora, davvero, si è obbligati ad « apporsi » ad essa come ad una specializzazione non della medicina, ma della mitologia. Comunque, siccome ritengo che ognuno abbia diritto alle proprie mitologie, tale opposizione deve essere chiaramente diretta solo contro l'impiego della forza o della frode da parte degli adoratori del mito nella professione della loro religione alternativa. Questo è il motivo per cui ho sempre sostenuto di essere contro la cura psichiatrica imposta e contro la violenza sul paziente da parte dello psichiatra. Ma non sono affatto contro un trattamento psichiatrico liberamente scelto o contro rapporti (psichiatrici fra persone adulte e consenzienti.

Se, invece, si definisce la psichiatria da un punto di vista operativo, come cioè tutto (quello che gli psichiatri fanno, allora è necessario identificare e articolare il proprio atteggiamento verso ognuna delle numerose attività in cui essi si impegnano. Ho cercato di farlo in parecchie mie pubblicazioni, precisando sempre quali attività osteggio, quali approvo e perché. A diffe-

---

\* Il termine anti-psichiatria non soltanto è poco indovinato, ma non è neppure nuovo. Fu utilizzato già nel 1912 da Bernhard Beyer per caratterizzare un articolo che criticava la psichiatria?

renza di questo approccio analitico, il termine stesso *anti-psichiatria* indica implicitamente che si è contro qualunque cosa facciano gli psichiatri, cosa evidentemente assurda. E comunque gli anti-psichiatri non definiscono in modo chiaro se sono solo contro gli interventi coercitivi della psichiatria o anche contro quelli accettati liberamente, se contro tutti i tipi di interventi psichiatrici coatti o solo contro quelli praticati dai loro avversari politici. Non ammettono apertamente se sostengono una reale tolleranza verso gli interventi psichiatrici sorti da un libero contratto o solo «una tolleranza repressiva» per (0 contro) questi ultimi, perché tali pratiche avvengono in un contesto «capitalistico-speculativo» di libero mercato e di libera iniziativa.

In verità, come vedremo, gli anti-psichiatri sono tutti socialisti dichiarati o comunisti, o almeno anticapitalisti e collettivisti. Come il comunista vuole che i poveri abbiano la prevalenza sui ricchi, così l'anti-psichiatra vuole una supremazia del «folle» sul «sano»; come i comunisti giustificano i loro obiettivi e i loro metodi sostenendo che i poveri sono pieni di virtù, mentre i ricchi sono viziosi, così gli anti-psichiatri giustificano i propri affermando che i «folli» sono autentici, mentre i «sani» sono inautentici.

Ronald Laing, che con David Cooper diede origine al cosiddetto movimento anti-psichiatrico, cominciò il suo lavoro con lo studio degli schizofrenici. Il suo primo libro, pubblicato nel 1960, s'intitola *L'Io diviso*<sup>3</sup>, traduzione quasi letterale del termine greco coniato da Bleuler *schizofrenia* e virtuale ripetizione della visione psichiatrica classica dello schizofrenico come «personalità scissa». Quattro anni dopo, Laing pubblicò con Aaron Esterson *Normalità e follia nella famiglia*, come sottotitolo *Famiglie di schizofrenici*<sup>4</sup>, che è un resoconto sullo studio di undici casi di pazienti schizofrenici e delle loro famiglie. In questo libro gli autori non danno alcuna indicazione sullo stato legale degli «schizofrenici», cioè se sono pazienti consenzienti o coatti. Non viene menzionato nemmeno quale ruolo abbiano avuto, se l'hanno avuto, Laing ed Esterson, nel privare queste persone della loro libertà o, nel caso che ne siano stati privati da qualcun altro, quale ruolo abbiano avuto i due autori nel cercare di aiutarli a riacquistarla.

In seguito, Laing ha rifiutato in qualche occasione l'idea che la schizofrenia sia una malattia, ma ha continuato a «curarla». La fama di Kingsley Hall, la casa di cura di Laing per il trattamento della follia, riposa quasi interamente sulla pretesa che essa offra un metodo per aiutare i «pazienti schizofrenici» mi-

gliore di quelli offerti da altre istituzioni psichiatriche o da altri professionisti.

Ho sempre sostenuto, e lo continuo a fare, che dove non c'è malattia, non c'è *niente* da curare; che, se non c'è paziente, non c'è *nessuno* da curare. Se anche altri sostengono la stessa cosa, cioè che la schizofrenia (e la malattia mentale in genere) non è una malattia, sono obbligati anche, non fosse altro per la stessa logica del linguaggio, a concludere che non esiste un « trattamento » per essa. Comunque ogni volta che persone, con diagnosi psichiatrica di schizofrenia, chiedono un aiuto, specialmente se questo « aiuto » non è obbligatorio e non sono costrette a pagarlo, ci troviamo di fronte alla realtà sociale degli « psicotici », i quali sono considerati incapaci di « insight » della loro « malattia » e che pretendono una « cura » per essa.

Laing accetta queste persone come « residenti » nelle sue « comunità » e le legittima come « sofferenti » che proprio per la loro « vittimizzazione » sono più meritevoli di altri. Viene così ad essere inserita nel suo sistema di ricovero una premessa economico-morale non esplicita, ma tanto più importante proprio per questo. E', inoltre, la stessa premessa che anima un grande numero di uomini e di donne oggi, in tante parti del mondo civile. In poche parole secondo questa premessa è immorale che la gente sia obbligata a procurarsi col danaro (l'aiuto medico o psichiatrico (o anti-psichiatrico), ma è legittimo « comprarselo » con la sofferenza. Aggiungerò fra poco altre cose riguardo a questa dimensione morale del legame terapeutico. Qui basterà notare che nell'espone questa posizione Laing non è affatto anticonvenzionale. Si pone, al contrario, esattamente nel mezzo della principale corrente di pensiero dei suoi contemporanei sulla « cura della salute ». Tale corrente, sia nei paesi comunisti che in quelli capitalistici, è adesso del tutto marxista, e ha adottato per le « situazioni di sofferenza »\* la famosa formula: « da ciascuno secondo le sue capacità, a ciascuno secondo i suoi bisogni ».

Economicamente Laing ha in tal modo sostituito la coercizione sul malato di mente da parte dello psichiatra, nell'interesse del cittadino, con la coercizione sul contribuente da parte dello Stato, nell'interesse del malato di mente. Prima i cittadini sani potevano *tenere* rinchiusi coloro che consideravano matti, ora, essi devono *mantenere* quelli che vogliono intraprendere il loro « viaggio » nella follia.

Anche se una persona, nella sua situazione normale, non viene molestata né dalla famiglia, né dal datore di lavoro, né dalla

---

\* L'espressione è di Kennet Minogue<sup>5</sup>:

polizia, né dalla psichiatria (in altre parole, anche se veramente non è tormentata o perseguitata in alcun modo) viene comunque accettata da Laing come ospite a Kingsley Hall e legittimata come sofferente in buona fede. Non contesto il fatto che quella persona possa effettivamente soffrire, almeno come la maggior parte della gente spesso soffre dei colpi e degli strali dell'avversa fortuna. Sto solo obiettando che da ciò non deriva logicamente e moralmente che queste persone abbiano, perciò, diritto a prestazioni estorte ad altri con la forza o con la frode, siano questi « altri » gli aguzzini stipendiati negli antichi ospedali di Stato o i contribuenti stipendiati nei moderni paesi del benessere. Sto cercando cioè, di rendere esplicito qualcosa che, almeno per quanto ne so, non è mai stato esplicitato né da Laing, né dai suoi seguaci, né dai suoi critici, e cioè che il costo della cura dei « residenti » nelle case di salute di Laing è sopportato per la maggior parte dai contribuenti inglesi, e che il contribuente inglese ha soltanto un voto per dire se vuole o no che il suo sudato denaro sia speso in quel modo, lo stesso del contribuente americano che pagava per la guerra nel Vietnam. Mentre Laing con la lingua frusta la società perché rende folle la gente, con la mano ripulisce le tasche dei contribuenti.

Gli anti-psichiatri, inoltre, somigliano molto agli psichiatri e agli psicoanalisti per la loro continua disattenzione del fatto che il cosiddetto malato di mente assuma il suo ruolo spontaneamente o gli venga assegnato contro la sua volontà. Psicoanalisti, psichiatri e antipsichiatri teorizzano tutti quanti sulle nevrosi, le psicosi, l'isteria e la schizofrenia, senza curarsi di accertare se le persone così identificate chiedano o rifiutino l'aiuto psichiatrico; se esse accettino o no di essere diagnosticate; se si definiscano sofferenti o se siano altri ad attribuire loro la sofferenza. E così tutti questi tipi di approccio ai cosiddetti problemi psichiatrici, apparentemente diversi e a volte perfino antagonisti, mostrano questa fondamentale somiglianza: considerano il « paziente » come un « caso », anzi come una « vittima ». Per lo psichiatra, lo « schizofrenico » è una vittima di una inafferrabile malattia del cervello, come la neurosifilide; per lo psicoanalista, è vittima di un Io debole o di un forte Es o di una combinazione di entrambi; per l'anti-psichiatra è la vittima di una famiglia oppressiva e di una società malata. Ciascuna di queste dottrine e culti diminuisce il « paziente » e distorce ciò che la persona è realmente; ognuna di esse nega che egli possa fare un atto di definizione chiarificatrice di sé. Così, lo psichiatra nega il diritto dello « schizofrenico » di rifiutare il ricovero e attribuisce il suo desiderio di libertà all'incapacità di comprendere ciò che è la sua malattia e la necessità

di essere curato. Lo psicoanalista nega il diritto del paziente ad opporsi all'interpretazione analitica e attribuisce il suo rifiuto di collaborare a una « malattia » che lo rende « inaccessibile » all'analisi. L'anti-psichiatra nega il suo obbligo a pensare a se stesso e ad obbedire alle leggi e considera la sua tendenza alla violazione delle regole sociali come una prova della sua superiore virtù morale.

Il risultato di tutto questo è un ammasso – nella psicoanalisi, nella psichiatria e nell'anti-psichiatria – dei più differenti tipi di persone. Le persone capaci di prendersi cura di se stesse, ma che non sono disposte a farlo, vengono messe nello stesso mucchio di quelle disposte a farlo, ma incapaci di pensare a se stesse. Persone colpevoli, ma che si proclamano innocenti, sono messe assieme a coloro che, benché innocenti, si ritengono colpevoli; e persone accusate e ricolosciute colpevoli di reati sono messe insieme a quelle che non sono state né incriminate né riconosciute colpevoli di alcuna mancanza. Nella psichiatria e nella psicoanalisi ciascuno di questi tipi di persone possono essere definite « schizofreniche »; nell'anti-psichiatria, tale classificazione è, da un lato, criticata come sbagliata e, dall'altro, assunta per identificare uno specifico gruppo di individui particolarmente vittimizzati da altri e particolarmente adatti ai metodi di cura mentale di Laing. In tutte queste varie concezioni, le somiglianze fra psichiatria, psicoanalisi e anti-psichiatria nel loro approccio alla « schizofrenia » mi sembrano molto più significative delle differenze.

In breve, l'anti-psichiatria, in quanto continuazione della tradizione del trattamento morale fatto dalla psichiatria, non è niente di nuovo; in quanto prospettiva politica della società e insieme di comportamenti pratici nelle relazioni umane, è un'inversione di alcuni valori e modelli occidentali. Alcuni di questi punti sono stati messi in evidenza dai critici dell'anti-psichiatria, prevalentemente da David Martin e Lionel Trilling.

Il succo delle argomentazioni di Martin, con cui sono sostanzialmente d'accordo, è che Laing è un predicatore de e pro il « molle » ventre della « Nuova Sinistra ». Per « Nuova Sinistra molle » Martin intende, fra le altre cose, una « sindrome di atteggiamenti » che ci mette davanti a un « sistema psicologico che evita sistematicamente una analisi accurata e tratta la nozione di fatto come una ingannatrice invenzione borghese »<sup>6</sup>. « Lo stile prevalente di Laing », aggiunge Martin, « non è rappresentato da un leale argomentare, ma è sentenzioso, dogmatico e confessionale »<sup>7</sup>. Martin richiama l'attenzione sui ricorrenti riferimenti da parte di Laing alla « natura della società capitalista, che è

un contesto sociale quasi universale in cui la libertà viene deformata<sup>9</sup> e fa notare che questa è un'affermazione abbastanza assurda, non perché sia completamente falsa, ma perché è meno vera per le società capitalistiche contemporanee di quanto non lo fosse per qualunque altra società passata o presente di cui noi abbiamo notizia. Ma, come sottolinea Martin, l'aspetto più importante dello stile di Laing è l'evitare e lo sbarrare la via a qualsiasi sviluppo di uno scambio di ragionevoli affermazioni e negazioni<sup>9</sup>.

Questo, posso aggiungere, rappresenta una delle più importanti somiglianze fra gli psichiatri tradizionali e gli anti-psichiatri tipo Laing: non si può ragionare o discutere con nessuno di loro. Entrambi sono come fanatici religiosi con cui non si possono assolutamente toccare o dibattere argomenti che si riferiscano al loro credo. Queste persone lasciano spazio a due sole alternative: o l'accordo totale o il disaccordo totale. Nel primo caso è permesso solo riconoscere che lo psichiatra o l'anti-psichiatra è il solo a possedere la vera chiave di lettura della mente e del cuore dello psicotico e a difenderne gli interessi. Nel secondo caso si è disprezzati e umiliati da una spietata « diagnosi », cioè si è dichiarati pazzi, vittime della follia e dell'inautenticità.

Tutta l'antipsichiatria è caratterizzata da questa fatale somiglianza con la scienza a cui si oppone. Nella psichiatria tradizionale « noi » siamo i sani e « loro » - quelli che sfidano le norme e i valori della società - sono i pazzi. Nell'anti-psichiatria è tutto l'opposto. « Non c'è una sola parola negli scritti di Laing », nota Martin, « che ammetta l'esistenza di una qualsiasi virtù in ciò che è anche un suo patrimonio »<sup>10</sup>. Dire così è anche troppo poco perché a Laing piace moltissimo tirare fuori osservazioni come « le peggiori barbarie sono ancora perpetrate da noi stessi, dai nostri alleati e amici »<sup>11</sup>. Questo totale rifiuto del « noi » e la relativa enfaticizzazione del « loro » è, del resto, caratteristico della attuale mentalità « di sinistra » nei paesi ancora liberi.

L'immagine di Laing, come emerge dall'analisi del suo lavoro fatta dal Martin, è quella di un profeta arrabbiato, di un intollerante fanatico religioso, che ci lancia in faccia accuse e invettive come questa: « Siamo tutti assassini e prostitute... »<sup>12</sup>. Secondo Martin, Laing è:

« Un irrazionalista, che **non** trova assolutamente congeniali le discussioni razionali e argomentate su questioni religiose e sostiene che l'essenza della religione è l'estasi... C'è in tutto lo stile di Laing, una **sostituzione** del ragionamento con l'estasi e una incapacità a costruire una sequenza di argomenti ordinati, sorretti da esperienze accuratamente raccolte, qualificate rispetto ed un fine o a un altro. Il suo metodo consiste nel lanciare accuse

alla cieca con una virulenza fatta di slogans che annulla ogni possibilità di discussione»<sup>13</sup>.

In breve, come i medici dei pazzi di un tempo, e come gli psicoanalisti di ieri, Laing è profondamente retorico<sup>14</sup>.

Anche Lionel Trilling ha notato che la critica di Laing all'ordine sociale esistente è simile, in tutti i suoi aspetti essenziali, a quella del marxismo e del comunismo e che la salvezza che egli propone somiglia alle soluzioni offerte da queste dottrine collettivistiche. Sebbene non sia d'accordo con Trilling nella sua acritica accettazione della schizofrenia come malattia (sembra che la consideri quasi come la sifilide, solo un po' più difficile da diagnosticare), ritengo però valida e importante gran parte della sua critica all'anti-psichiatria.

Trilling ha infatti ragione quando mette in rilievo - anche se, a parere mio, non abbastanza energicamente - il contesto economico entro cui il movimento anti-psichiatrico trova origine ed entro il quale esso va esplicitamente reinserito. Quel quadro è l'anticapitalismo di Marx. In esso, osserva Trilling, « il denaro è il principio del non autentico nell'esistenza umana »<sup>15</sup>. E cita l'osservazione di Oscar Wilde a proposito di questa nuova visione dell'« essere genuinamente umano », che, cioè, « La vera perfezione dell'uomo non consiste in ciò che l'uomo ha, ma in ciò che l'uomo è »<sup>16</sup>. Ne consegue, come egli stesso suggerisce, che l'ideale morale non è rappresentato più dal conoscere se stesso, ma dall'essere se stesso. Questo va bene finché non ci domandiamo cosa significa. Infatti, in questa massima si nasconde l'intero significato e valore della vita stessa.

La teoria di Laing sulla schizofrenia, che serve da giustificazione morale e da fondamento economico a qualunque opera egli faccia come soccorritore o come guaritore, si fonda perciò sul concetto di inautenticità e del suo ruolo in questo « disordine ». E' proprio su questo punto che Trilling lancia i colpi più duri contro il lavoro di Laing:

« La schizofrenia, nella sua visione [di Laing], è la conseguenza di circostanze esterne, di una influenza, esercitata sul senso del sé, di una persona che è più disposta di altre a cedere ad essa; la persona schizofrenica è caratterizzata proprio da quella che Laing chiama una "insicurezza ontologica", una debolezza del suo senso dell'essere... E' la famiglia che è direttamente responsabile della frattura ontologica dell'"io diviso", della schizofrenia; Laing è categorico nell'affermazione che ogni caso di schizofrenia deve essere interpretato come "una strategia particolare che il paziente inventa per poter vivere una situazione non vivibile" -

che è sempre una situazione familiare –, in particolare la richiesta da parte dei genitori che uno sia quello che non è. Possiamo dire che egli interpreta la schizofrenia come la risposta del paziente ad una imposizione di inautenticità da parte dei genitori»<sup>17</sup>.

Trilling mette il dito qui sugli aspetti insensati e mistificatori del culto dell'autenticità. Tale culto è, in qualche modo, l'immagine speculare del culto della moderna ,psichiatria istituzionale. Come per la psichiatria il concetto base, il simbolo sacro è la « schizofrenia », così per l'anti-psichiatria il concetto fondamentale è quello di « autenticità ». Dal punto di vista della prima, ciò che manca allo schizofrenico rispetto alla gente normale è il non sapere fare « l'esame di realtà »; dal punto di vista della seconda invece, ciò che egli ha in più rispetto agli altri è « l'autenticità ».

Dati i problemi che « lo schizofrenico » pone per sé e per gli altri e data la tendenza di Laing ad attribuire tutti i problemi umani alla società, era inevitabile, secondo Trilling, che la causa della schizofrenia « fosse ricercata nei fattori sociali... [Ma]... non necessariamente... una tale linea di pensiero doveva sfociare nell'affermazione che la follia è uno stato dell'esistenza umana apprezzabile per la sua indiscutibile autenticità »<sup>18</sup>.

Questa è davvero un'affermazione quanto mai infelice. Nel farla, Laing, Cooper e coloro che sostengono la loro idealizzazione della follia, hanno, a parere mio, reso un pessimo servizio all'accrescimento della dignità di ogni uomo, sia egli psicotico, psichiatra o tutte e due le cose, o nessuna di queste. L'affermazione che il folle è sano e che la società è ammalata è il tipo di cose che Trilling chiama un *luogo comune*. Secondo me, non è solo un luogo comune, ma un contro-luogo-comune: è l'eco del luogo comune psichiatrico che ha definito la devianza come malattia, cosa che Trilling sembra ritenere un'affermazione scientifica. Ma egli ha ragione quando mette in evidenza che un luogo comune non può opporsi alla logica. Più di uno « schizofrenico » lo ha scoperto, come pure molti di coloro che avrebbero criticato la psichiatria « scientifica ». Osserva Trilling:

« Trattare questo fenomeno della nostra cultura secondo il metodo dell'argomentazione analitica sarebbe, credo, pretendere troppo. La posizione è caratterizzata dal fatto di trovarsi in un sistema intellettuale a cui non può essere applicata l'argomentazione analitica. Questo è il sistema intellettuale che un tempo andava sotto il nome di luogo comune. E' interessante notare come tale parola sia sparita dal vocabolario moderno »<sup>19</sup>.

La sparizione di questa parola, e anche di *retorica*, è ovvia-



mente in stretta relazione con l'accettazione e lo sviluppo della psichiatria come « scienza », argomento su cui mi sono trattenuto a lungo altrove<sup>20</sup>.

Trilling cita brani tratti da Cooper e Laing per illustrare quello che intende quando parla di luogo comune anti-psichiatrico. Per una visione realmente equilibrata della schizofrenia, da Kraepelin e Bleuler ad oggi, dobbiamo fare una critica chiara sia del luogo comune dell'anti-psichiatria, come di quello della psichiatria; e per una politica verso la schizofrenia pienamente umana (e con questo termine intendo sincera, consensuale, non coercitiva), dobbiamo rifiutare le lusinghe dell'anti-psichiatria con altrettanta fermezza delle ingiurie della psichiatria.

Tutti possiamo riconoscere i luoghi comuni psichiatrici: è il materiale che arriva impacchettato fra le due copertine dei testi di psichiatria (e di psicoanalisi). I luoghi comuni anti-psichiatrici sono la stessa cosa, girata sottosopra o rovesciata dal di dentro. Trilling cita un esempio di ciò dalla introduzione di Cooper alla *Follia e civiltà* di Foucault:

« La follia... è un modo di affermare in extremis il fondamento della verità che è alla base della nostra più specifica realizzazione di ciò che stiamo per fare. La verità della follia è ciò che la follia è, e la follia è una forma di visione che distrugge se stessa con la sua stessa scelta di non tener conto delle forme esistenti di tattiche e di strategie sociali. Follia, per esempio, è la questione di annunciare la consapevolezza che io sono (o tu sei) Cristo »<sup>21</sup>.

In verità è facile citare brani anche più chiari di luoghi comuni dagli scritti di Cooper, come da quelli di Laing. Per esempio: in *La morte della famiglia*, Cooper dichiara che « tutte le malattie mortali sono un suicidio nel senso che sono un rifiuto di amare »<sup>22</sup>. Cooper qui corifonde se stesso non solo con Gesù Cristo, ma anche con George Groddeck, che giunse alla conclusione che tutte le malattie umane sono dovute a conflitti mentali.

« Lo Stato borghese », spiega Cooper, « è un farmaco tranquillante con letali effetti collaterali »<sup>23</sup>. La sua indicazione per una « liberazione » da ciò è ugualmente illuminante.

« Il compimento della liberazione può avvenire con una efficace azione macropolitica. Così i Centri di Coscienza Rivoluzionaria debbono anche diventare delle Basi Rosse. L'azione macropolitica deve essere essenzialmente negativa e si esplica rendendo impotenti con ogni e qualsiasi mezzo le strutture di potere borghesi... Le bottiglie Molotov trovano certamente posto in una

ribellione studentesco-operaia organizzata in modo significativo... »<sup>24</sup>.

I commenti di Cooper sulle « Basi Rosse » e sulle « bottiglie Molotov » non sono certo collaterali, buttati là per impressionare la massa del proletariato intellettuale rassegnato; essi costituiscono un tema consistente sia nel libro *La dialettica della liberazione* che ne *La morte della famiglia*. Nel primo egli fa l'elogio della guerriglia del Nord Vietnam e cita Cuba come « già liberata ». Della ormai vicina conquista del Vietnam da parte dei comunisti dice che quel paese si sta ormai avviando « inesorabilmente sulla via della liberazione »<sup>25</sup>. Nel secondo libro, la sua avversione verso i leaders capitalistici è altrettanto assoluta quanto la sua incondizionata approvazione di quelli comunisti.

« I falsi leaders sono semplicemente figure ombra, con un artificiale carisma da "grand'uomo" passivamente rigurgitato da processi sociali non-umani e istituzionalizzati, come gli Hitler, i Churchill, i Kennedy, ad esempio. Veri leaders sono uomini come Fidel Castro e Mao Tse-Tung, che guidano quasi rifiutando di essere dei leaders... »<sup>26</sup>.

Il luogo comune politico di Laing ha lo stesso accento: « noi » siamo i cattivi e « loro » sono i buoni. Nella sua intervista con Richard Evans fa queste osservazioni rivelatrici a proposito di alcune recenti atrocità:

« Negli anni sessanta la lotta militare in Indocina è stata molto più estesa di quello che si è voluto far credere. La Cambogia veniva bombardata. Dio sa che cosa altro sta succedendo là in questo momento. Guardate la connivente indifferenza circa i campi di concentramento tedeschi. Guardate l'indifferenza degli Inglesi quando i loro bombardieri distruggevano una città come Dresda solo per far vedere ai Russi e agli Americani che cosa poteva fare l'aviazione britannica »<sup>27</sup>.

Né Cooper, né Laing ci lasciano dubbi per quanto riguarda i fini a cui essi tendono e a cui è diretta la loro anti-psichiatria: essi cercano, con metodi ancora più fanatici e feroci di quelli che vogliono cambiare, di imporre i propri particolari valori sul mondo. La seguente proposta di Cooper è tipica a tale riguardo:

« Ma per i rapporti meno artificiosi tra uomini e donne della media borghesia meno sofisticata e del ceto operaio (poiché le classi superiori sono completamente e definitivamente dedite alla non-sessualità) c'è bisogno di un'attività rivoluzionaria che operi in modo più totale nell'intera società. A questo punto dovranno fare

la loro comparsa gli scioperi, accortamente predisposti, le bombe e le mitragliatrici impugnate con spirito di compassione, ma anche in un modo che sia del tutto reale e oggettivo, visto e percepito dagli agenti della società borghese nei confronti dei quali possiamo essere compassionevoli solo in un secondo momento »<sup>28</sup>.

Kraepelin e Bleuler, quindi, rappresentano la « destra » psichiatrica e Laing e Cooper « la sinistra ». Essi si fronteggiano ognuno col proprio apparente antagonismo, che nasconde le loro effettive convergenze: ognuno è convinto dell'assoluta legittimità delle proprie posizioni e del diritto, anzi del dovere, d'imporre la propria volontà, anche con la forza, se necessario, a quelli che oppongono resistenza. Kraepelin considera la detenzione come ospedalizzazione e la chiama psichiatria; Cooper considera l'assassinio degli « agenti della borghesia » e l'intraprendere una rivoluzione con bombe e mitra come una liberazione guidata dalla compassione e la chiama anti-psichiatria. Comunque, le ambizioni degli psichiatri non si avvicinarono mai, neppure nei loro momenti peggiori, a quelle dei moderni anti-psichiatri. Possiamo chiamare questo, o almeno considerarlo, l'effetto Romanoff-Lenin, che potrebbe essere definito così: colui che ti libera dispoticamente da un altro despota supererà con la sua crudeltà le peggiori atrocità dell'antagonista precedente.

Penso che dobbiamo prendere sul serio Cooper e trarre dai suoi scritti le conclusioni chiaramente implicite in essi. E, d'altra parte, non può essere frainteso, avendole rese abbastanza esplicite:

■ Tutte le morti nel primo mondo sono assassini camuffati da suicidi camuffati da evento naturale... Io credo che la rivoluzione potrà diventare una totale realtà sociale solo quando l'uomo bianco potrà assumere tutti i colori del nero, e sarà anche capace di avere dei bambini. La dottrina di Guevara sull'Uomo Nuovo a Cuba si avvicina molto a quell'ampio significato del termine di rivoluzione che ho perseguito in queste pagine. L'Uomo Nuovo è il rivoluzionario attivo che distrugge effettivamente le strutture del potere dello stato feudale, borghese e assume per se stesso qualunque potere si dimostri necessario per conservare una comunità autonoma »<sup>29</sup>.

Insomma, la ricetta di Cooper per la vittoria sulla follia, sulla alienazione, sulla povertà e su ogni altra miseria umana è il vecchio, millenario, apocalittico sogno di una « fratellanza » collettivistica fra uomini e donne di tutto il mondo. E' un vecchio sogno che, fin dalla Rivoluzione Francese, è diventato un incubo, e anche peggio, per una quantità innumerevole di gente in tutto il mondo.

Come ho fatto notare, sia Martin che Trilling fanno osservare che Laing non ragiona o discute, ma critica e predica. Di conseguenza, non vi è il più piccolo sforzo nella sua opera, come in quella degli anti-psichiatri, di essere coerente. Non esiste la schizofrenia, tuttavia essi la curano. I sani sono più pazzi dei malati, ma essi apprestano case di cura per questi ultimi, non per i primi. L'occidente capitalista è più oppressivo dell'est comunista, ma tutta questa massa di anti-psichiatri vivono e contestano nel primo e si tengono accuratamente alla larga dal secondo.

Uno dei documenti più interessanti e istruttivi a questo proposito è il *Philadelphia Association Report* 1965-1969. E' l'organizzazione sorta nel 1965 ad opera di Ronald Laing, o comunque sotto la sua ispirazione, allo scopo di fondare dei ricoveri per - come dobbiamo chiamarli? - schizofrenici, persone senza una casa, « vittime ». Diamo un'occhiata a come il rapporto tratti la questione della definizione dei « clienti » e di coloro che « si prendono cura » di loro.

Seguendo fedelmente lo stile del collettivismo occidentale contemporaneo, il rapporto non ha autori identificati o identificabili, e la casa di cura di cui tratta non ha personale identificato. Per di più, l'individualismo, l'identificazione di sé come forma di autoaccrescimento viene denunciato fin dall'esordio, nella dedica che suona così:

« Questo rapporto nasce dall'esperienza comune di molte persone, che hanno accettato di stare insieme, senza ruoli sociali o professionali prefissati. A tutti loro, troppo numerosi per poterli nominare singolarmente, è dedicato questo rapporto »<sup>30</sup>.

Ma che cos'è allora questa Associazione di Filadelfia? E' una « Opera nazionale di carità autorizzata nel Regno Unito », è una organizzazione che si è procurata l'esenzione « dalle imposte negli Stati Uniti a norma della Sezione 501 (C) (3) del Codice Fiscale Internazionale »<sup>31</sup>.

Gli scopi presentati negli « articoli dell'Associazione » sono i seguenti:

« Eliminare le malattie mentali di ogni tipo, in particolare la schizofrenia.

Intraprendere o promuovere ricerche sulle cause delle malattie mentali, sui mezzi per la loro individuazione e prevenzione e sui sistemi di cura.

Provvedere o promuovere la preparazione di una sistemazione residenziale per persone che soffrono o hanno sofferto di malattie mentali.

Provvedere all'assistenza finanziaria di pazienti indigenti.  
Promuovere e organizzare training per la cura della schizofrenia e di altre forme di malattie mentali »<sup>32</sup>.

- Questo potrebbe benissimo essere stato scritto da Karl Menninger oltre che da Ronald Laing. Sembra tanto un tentativo di Laing di dare una sua versione della Clinica Menninger; cioè la sua fabbrica (chiamata « sistemazione residenziale » invece che « posti letto ») per confezionare malati mentali (chiamati « schizofrenici~in entrambi i casi), e per addestrare i futuri lavoratori e dirigenti (chiamato « training » per la cura della schizofrenia e di altre forme di malattia mentale in entrambi i casi).

La prima attività dell'Associazione di Filadelfia fu di prendere in affitto un edificio, chiamato Kingsley Hall, allo scopo di trasformarlo in una « sistemazione residenziale » o « casa di cura ». Kingsley Hall, che aprì le porte nel giugno 1965, non ha, come ci viene detto:

« né personale, né pazienti, né le solite procedure istituzionali. E' possibile in questo luogo comportarsi come non sarebbe ammesso in altri posti. La gente sta alzata o a letto, come preferisce, mangia quello che vuole, può stare sola o insieme agli altri, e in linea generale si dà le proprie regole »<sup>33</sup>.

Quindi, almeno secondo questo rapporto, non ci sono obblighi né doveri di nessun tipo per i « residenti ». Soprattutto non devono nulla per quanto ricevono o, per lo meno, anche se devono pagare, la cosa non è menzionata. Ciò che viene detto, anzi sottolineato, è che:

« Molti ospiti sono indigenti e hanno soltanto sussidi d'assistenza sociale. Nessuno è stato rifiutato per motivi finanziari, nonostante le nostre limitate risorse. Comunque, le attività si restringono quando i fondi sono pochi »<sup>34</sup>.

In breve, Kingsley Hall differisce dalla clinica Menninger (o da qualsiasi altra clinica privata per malati di mente) come una pensione economica differisce da un albergo di prima categoria. In entrambi i casi, vitto e alloggio vengono forniti da un gruppo di persone a un altro, qualunque sia la denominazione di un gruppo o dell'altro.

Così anche verso il denaro, Laing mostra lo stesso atteggiamento devoto degli psichiatri istituzionali. Il ricovero psichiatrico tradizionale imponeva un rapporto economico unidirezionale nei confronti del folle, trattandolo ostentatamente come un padre

« sollecito » tratta il figliuolo « bisognoso », mentre in realtà riceveva da altri il compenso per i suoi servizi. Lo stesso assetto economico caratterizza le relazioni triangolari tra guide, viaggiatori e finanziatori nelle cliniche di Laing. Tutte e due queste organizzazioni puzzano di quell'odore di santimonia terapeutica di cui il « concetto di filantropia »\* inevitabilmente trasuda.

Laing non impone un esplicito obbligo finanziario ai « pazienti » di Kingsley Hall. Non ha alcuna importanza quali possibilità abbia il paziente o quanto egli spenda per alcoolici, tabacco o gioco: egli non deve spendere nemmeno una lira per pagarsi le « cure per la salute mentale ». E in che modo, dunque, Laing riesce a valutare se il paziente merita una cura? Misurando i suoi « bisogni » in termini di quanto soffre e di quanto è disposto a sottomettersi ai suoi soccorritori. Tale posizione paternalistica è stata a lungo ritenuta il fondamento del modello ideale dell'etica medica. Ed è la posizione che abbracciano ciecamente Laing e i suoi discepoli mostrando così lo stesso disprezzo per i costi che i guardiani dei pazzi al Burgholzli, al Maudsley o alla Salpêtrière hanno sempre mostrato.

E' chiaro quindi che Laing e Cooper non si oppongono tanto ad un particolare modo d'intervento psichiatrico, come ad esempio il principio di fare e mantenere promesse; non è tanto alla coercizione come contratto; essi non si oppongono al capriccio « terapeutico », ma a delle regole chiare che vincolano allo stesso modo - moralmente e legalmente - tutte le parti contraenti.

Io credo che prima o poi dovremo tutti scegliere fra i due principi prevalenti che regolano le relazioni umane, cioè fra il contratto e l'imposizione<sup>36</sup>. Laing e Cooper, di fronte a questa scelta, sostengono proprio l'imposizione e si oppongono al contratto. Anche riguardo a questo aspetto fondamentale stanno spalla a spalla con le autorità psichiatriche tradizionali che cercano di abbattere e soppiantare. Ma le somiglianze fra le cliniche di Laing e i manicomi si spingono più oltre, come mostrerò fra poco.

Ci sono delle sconcertanti incoerenze non solo fra l'affermazione di Laing che la schizofrenia non è una malattia e la sua pretesa di possedere un metodo migliore degli altri per curarla, ma anche fra la pretesa dell'Associazione di Filadelfia che a Kingsley Hall non ci sia uno staff professionale o una gerarchia, e l'autoidentificazione di Laing, nel giornale *The Human Context* come « Direttore, Kingsley Hall (Clinica) »<sup>37</sup>. In poche parole, invece di demistificare le metafore della medicina, Laing, di volta

---

\* La frase è di William F. May<sup>35</sup>.

**in** volta, ora le denuncia nel tentativo di spazzarle via filosoficamente e di ghetizzarle politicamente, ora le impiega ogni volta che ne vale la pena, usandole come propri artifici retorici.

Simili riflessioni mi hanno portato a concludere che nella guerra psichiatrica verbale, le metafore della medicina hanno la stessa funzione delle bombe a mano; le attuali posizioni degli psichiatri e degli anti-psichiatri sono come quelle di soldati in trincea che si fronteggiano lanciandosi le stesse granate avanti e indietro nella speranza che esse colpiscano i nemici e non loro. Io sono contro questo tipo di **strumentalizzazione** del vocabolario medico, indipendentemente dalla identità di chi lo usa.

E' evidente che gli anti-psichiatri hanno accettato il ruolo centrale che la schizofrenia occupa nella psichiatria. Ciò che hanno fatto, essenzialmente, è d'invertirne la posizione e il significato, puntando il dito sulla famiglia e sulla società, invece che sul paziente e sulla malattia. Hanno, perciò, sostenuto che la società, e non lo schizofrenico, è malata; e addirittura che lo schizofrenico è, almeno in qualche caso, supersano, nel senso che, essendo egli una « vittima », diventa ipso facto più virtuoso di coloro che lo hanno vittimizzato.

Il mio discorso contro la psichiatria parte da premesse del tutto diverse e tende a conclusioni completamente differenti. Le mie accuse sono rivolte prima di tutto contro ciò che gli psichiatri fanno e in secondo luogo contro le loro affermazioni riguardanti quello di cui gli psicotici soffrirebbero. In sintesi sono convinto che l'intervento istituzionale psichiatrico chiamato « ricovero mentale » sia, in realtà, una forma di detenzione; che l'imposizione di una tale perdita di libertà ad una persona innocente sia immorale (e, negli Stati Uniti, incostituzionale); e che il fenomeno psichiatrico definito « schizofrenia » non sia una malattia dimostrabile con evidenza medica, ma sia invece la denominazione data a certi tipi di devianza sociale (o a comportamenti inaccettabili per colui che ne parla).

Sebbene non sia il caso di appesantire questa presentazione **con** un resoconto dettagliato della storia di Mary Barnes, sono tuttavia essenziali alcune osservazioni al riguardo, per una visione più completa delle dottrine e delle mistificazioni dell'anti-psichiatria.

Mary Barnes è per l'anti-psichiatria ciò che « L'Uomo dei Lupi » è per la psicoanalisi; ognuno di loro è il caso più famoso per i rispettivi movimenti e la più eloquente testimonianza dei poteri miracolosi dei rispettivi leaders. Il libro, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness*<sup>38</sup>, (Mary Barnes: due testimonianze su un viaggio attraverso la follia) consta di due

parti: una, scritta da Mary Barnes, la «turista» e l'altra da Joseph Berke, la sua «guida». Esso offre la possibilità di «penetrare con lo sguardo» non tanto «le profondità del mondo della schizofrenia», come assicura la presentazione dell'editore, quanto il sacro segreto di Kingsley Hall, la sacra moschea dell'anti-psichiatria. La pubblicità del libro promette una cosa e ne sottintende un'altra altrettanto importante. Promette nuove rivelazioni sul metodo particolare usato da Laing per la cura della schizofrenia. Ciò implica che ci siano alcune somiglianze fra questo resoconto e altre testimonianze miracolose della follia, ma con la differenza che questa volta, alla fine, la psichiatria - o meglio l'anti-psichiatria - ha veramente battuto la schizofrenia.

La prima riga della presentazione dell'editore, citando da una rassegna comparsa nel Publishers Weekly<sup>\*</sup>, dice: «Uno dei resoconti più penetranti delle tecniche psicoterapeutiche innovatrici»<sup>39</sup>. Segue poi il testo dell'editore, presumibilmente approvato dagli autori e da Laing:

Due immagini del mondo interiore di una schizofrenica raccontate dalla paziente e dallo psichiatra che l'ha aiutata a ricuperare la salute mentre vivevano e lavoravano insieme nella comunità terapeutica di R.D. Laing, Kingsley Hall<sup>40</sup>.

Quasi ogni parola di questa presentazione smentisce le pretese affermazioni di Laing e di quelli che lavorano al Kingsley Hall:

1. Laing dice che non esiste la schizofrenia e che non ci sono schizofrenici; eppure qui, ci viene offerta non una, ma due immagini del «mondo interiore di una schizofrenica».
2. Coloro che fanno parte della comunità di Kingsley Hall pretendono che non ci siano là né pazienti, né psichiatri; eppure qui ci viene detto che ci sono.
3. Gli operatori di questa clinica vogliono far credere che essa non appartenga a nessuno e che non sia diretta da nessuno; eppure qui è chiaramente definita «di R.D. Laing».
4. Laing e i suoi seguaci sostengono che lo schizofrenico non è malato: eppure qui ci viene offerto il racconto di una schizofrenica ricondotta alla «salute» in una «comunità terapeutica».

Sarebbe difficile, anche volendolo, riunire in così poche frasi un maggior numero di contraddizioni nelle pretese di Laing e nelle idee confuse del movimento anti-psichiatrico.

Il ruolo di Laing durante il soggiorno di Mary Barnes a Kingsley Hall, dove essa fu assistita durante la sua psicosi, viene indi-

---

<sup>\*</sup> Gli autori della settimana (*N.d.T.*).



cato in molti punti della relazione, fin dai Ringraziamenti, dove Berke scrive:

« Desidero esprimere la mia gratitudine a Ronald Laing per la maggior parte dei concetti che ho modo di discutere ed illustrare nella mia relazione. Mi riferisco, in modo particolare, alla consapevolezza che la psicosi può essere uno stato di realtà, di natura clinica, con il sé rinnova se stesso; e alla consapevolezza che una persona può funzionare a vari livelli di regressione nello stesso tempo »<sup>41</sup>.

Queste idee appartengono naturalmente a Jung e a Federn, e a Freud, più che a Laing. Quanto a Mary Barnes, ella ci offre questa osservazione chiarificatrice:

« Incapace di adattarmi ai modi che usavano "i grandi" mi sentivo in una strana sensazione di disagio. Ronnie disse un giorno a tavola agli altri: "Mary manca di confini dell'Io". Fare a modo mio, essere quella che ero, pareva a volte che facesse arrabbiare gli altri. Allora ne rimasi sorpresa: "Ma, Joe, io sto solo essendo me stessa" »<sup>42</sup>.

E' interessante notare che Laing preferisce parlare di Mary Barnes usando il gergo psicoanalitico, piuttosto che il linguaggio ordinario. E le osservazioni della ragazza fanno pensare che gli « assistenti » a Kingsley Hall non siano molto più tolleranti delle coercizioni psicotiche di quanto lo siano gli infermieri di un normale ospedale per alienati mentali. Inoltre la passione di Mary Barnes di controllare e di essere controllata è così chiara come la passione di Laing e di Berke di mutare i concetti psicoanalitici. Ella scrive: « Non essere trattenuta e controllata può essere davvero terrorizzante. L'ospedale con le medicine e i trattamenti fisici e il ricovero coatto controlla e tiene a freno ». In una nota a piè di pagina aggiunge: « Uso il termine ospedale nel senso generalmente accettato. Per me il termine indica un luogo di cura, di terapia. Kingsley Hall è in questo senso un ospedale vero e proprio »<sup>43</sup>.

Mary Barnes, colei che è fermamente convinta della **metaforizzazione** dei problemi personali come malattie mediche, qui rivela se stessa. E' malata. Kingsley Hall è un ospedale. Berke e Laing sono medici. Fa in modo che rivelino i ruoli che lei desidera imporre loro. Il teorizzare di Laing è, da questo punto di vista, uno sforzo per negare i suoi veri rapporti con persone come Mary Barnes: un rapporto basato non su un consenso consapevole e su un contratto economico, ma su una mutua coercizione e celebrazione.

Laing inizia e termina *La politica dell'esperienza* in un

modo che mi sembra rivelatore del suo stile e della sua visione morale. Lo stile è arrogante e mistico, la visione apocalittica e minacciosa. Le frasi iniziali sono:

« Pochi libri si possono salvare al giorno d'oggi. Del nero su di una tela, del silenzio su uno schermo, un foglio di carta bianco e vuoto, sono forse praticabili. Il nesso tra verità e "realtà" sociale è debole »<sup>44</sup>.

Vogliono forse queste parole significare l'accettazione della psicosi e dello psicotico? Perché questa arbitraria e assurda condanna di ciò che scivono gli altri? E' evidente, infatti, che Laing giudica i propri libri come « giustificabili » e « verosimili », e molte altre cose ancora. I libri che lo riguardano gli piacciono, anche se gli alberi tagliati per renderli possibili fanno sanguinare il suo ecologico cuore. « Dovremo tagliare Dio sa quanti alberi per avere una edizione di questo libro » egli dice a Evans, « La mente rifugge da ciò che stiamo facendo »<sup>45</sup>.

Una delle caratteristiche dello stile personale e letterario di Laing è la sua inclinazione a dire e a scrivere cose senza dimostrare assolutamente niente.

E' ciò che Trilling chiama luogo comune, ma è un particolare tipo di luogo comune, che sa abbondantemente di presunzione e di desiderio di auto-esaltazione. Eccone un esempio: « Non ho mai incontrato nessuno con una mente come la mia. E' qualcosa di assolutamente originale »<sup>46</sup>.

Naturalmente Laing fa qualche affermazione, e molte sono davvero sorprendenti, per esempio:

« I militari sono molto interessati alla telepatia, all'ipnosi, ecc... C'è un palpito, un fremito, un impulso fra noi di cui le rapaci grinfie manipolatrici di tutto il complesso militare-medico-scientifico-industriale sta appena cominciando ad impadronirsi. Le trame si stanno interessando. Un magico Voodoo? Primitivo. Hitler e gli astrologi. In effetti sappiamo bene che la seconda guerra mondiale fu in gran parte programmata astrologicamente dai consiglieri di Hitler. Churchill si servì di un astrologo di stato per essere tenuto informato su ciò che gli astrologi di Hitler stavano facendo »<sup>47</sup>.

Forse proprio perché noi tutti « sappiamo bene » queste cose, Laing non ci dà indicazioni circa le fonti di questi « fatti ». Comunque, ci dice almeno qualcosa d'importante sul suo conto; « il contratto che ho fatto con la mia mente è che essa è libera di fare tutto ciò che vuole »<sup>48</sup>.

Laing può essere un genio nel fare contratti con la propria

mente, ma non c'è la minima dimostrazione di un suo qualsiasi tentativo di fare e di mantenere delle promesse con persone reali, o del suo tentativo di negoziare e portare a termine dei reali contratti con delle reali parti contraenti". Una simile chiarezza e affidabilità non fa assolutamente parte dell'immagine che offre di sé e del suo stile personale. Questo spiega perché Laing eviti sistematicamente di chiarire quali siano le funzioni che secondo lui dovrebbero avere i « terapeuti » o « guide » nei confronti dei « pazienti », o « turisti », e viceversa.

Per di più Laing ci « fa sapere » che non è soddisfatto di comunicare la sua immagine della « realtà », ma che, se potesse fare a modo suo, solo lui (e forse pochissimi altri) sarebbero in grado di mettere davvero nero su bianco; che, cioè, in poche parole, egli non vuole comunicare, ma convertire. Nella frase conclusiva del libro *La politica dell'esperienza*, dichiara: « Se solo potessi convertirvi, condurvi fuori dalle vostre meschine menti, se potessi comunicare con voi, allora sapreste »<sup>10</sup>

C'è, come si vede, una costante simmetria fra la vecchia psichiatria e la nuova anti-psichiatria. In psichiatria l'immagine dominante era quella dell'individuo « che perde la ragione ». Curarlo voleva dire, perciò, aiutarlo a ritrovare la ragione che aveva perduto; se si rifiutava di ritrovarla sotto la guida dello psichiatra, voleva dire allora, « condurlo » di nuovo alla ragione. In anti-psichiatria l'espressione dominante è invece quella dell'individuo che ha una mente « falsata » o « sbagliata ». Curarlo significa, in tal caso, aiutarlo a « perdere » la sua falsa coscienza o il suo sé non autentico; se si rifiuta di perderlo o di abbandonarlo sotto la guida dell'anti-psichiatra, allora curare significa a tirarlo fuori » dalla sua « mentalità distorta ».

Naturalmente, ogni tanto Laing dice quasi esattamente ciò che io sostengo a proposito della schizofrenia, cioè che non esiste e che schizofrenia è un nome e una metafora<sup>11</sup>. Ma poi, come se non ci fosse bisogno di spendere molte parole su questa idea, esalta ripetutamente la superiorità dello schizofrenico sulla gente comune. Ecco un tipico passaggio:

« [Coloro che verranno dopo di noi] vedranno chiaramente come ciò che noi ora chiamiamo "schizofrenia" fosse una delle forme in cui, spesso tramite delle persone del tutto comuni, la luce cominciava a baluginare tra le crepe delle nostre menti rigidamente serrate »<sup>12</sup>.

Laing ripete spesso questa idea. Dobbiamo perciò pensare che la ritenga un aspetto fondamentale della sua visione della

psichiatria e del cosiddetto problema della schizofrenia. Ma certo, la schizofrenia non può essere sia una malattia metaforica, **sia** uno stato psicopatologico definito da coloro che usano tale termine come una metafora presa alla lettera! Eppure Laing tratta la schizofrenia proprio come se fosse tutte e due le cose, senza mai preoccuparsi di chiarire, né tanto meno di definire, a quale dei due concetti egli si riferisca quando, ad esempio, asserisce che « Non è detto che la pazzia debba sempre costituire un regresso: può essere anche un progresso »<sup>53</sup>. Questo suona bene. Molto meglio di quanto dice Bleuler. Ma non offre un briciolo d'informazione in più, perché Laing non ha assolutamente nulla da dire su quali tipi di pazzia costituiscano un regresso e perché, e quali un progresso e perché, e come dobbiamo fare per riconoscerli quando ce li troviamo davanti. In breve, Laing continua la tradizione di Bleuler e di Freud in quanto ha le sue proprie categorie di condotta accettabile o riprovevole – egli le chiama persino « sanità » e « pazzia »! –, ma non ci dice, chiaramente e inequivocabilmente, in che cosa consistano e come possiamo identificarle.

L'impressione che, nonostante l'occultamento verbale, la vera posizione di Laing nei confronti della schizofrenia sia molto vicina non solo a quella di Bleuler, ma anche a quella di Freud, è decisamente convalidata dal suo caso « Uomo dei Lupi », Mary Barnes. Consideriamo le analogie. Come Freud aveva psicoanalizzato un paziente famoso sul suo divano, così Laing ne aveva condotto una fuori della pazzia a Kingsley Hall. Come l'Uomo dei Lupi aveva una « nevrosi », che è il simbolo sacro della psicoanalisi, così Mary Barnes aveva una « psicosi », che è il simbolo sacro della psichiatria e dell'anti-psichiatria. E, infine, come il suo paziente famoso e tutte le leggende su di lui e su altri pazienti consacrano Freud guaritore straordinario di nevrotici, così la famosa paziente di Laing e le leggende su di lei e altri pazienti consacrano Laing guaritore eccezionale di psicotici.

Le somiglianze strutturali generali fra i ricoveri della psichiatria e dell'anti-psichiatria colpiscono in egual modo. I manicomi erano gestiti da un insieme di persone a beneficio di altre; così pure le case di Laing. Quelli che gestivano i manicomi sostenevano che la loro organizzazione era un ospedale, che loro erano medici e che i loro clienti erano pazienti; i ricoverati erano invece convinti di essere confinati in prigione, che i loro custodi erano carcerieri e che loro erano prigionieri. Le persone che gestiscono le case di Laing sostengono che la loro organizzazione è un albergo, che loro sono guide e i loro clienti turisti che si sono persi nel loro viaggio nella follia; gli ospiti sono convinti

di essere curati in un ospedale, che i loro superiori sono medici e che loro sono pazienti.

La disputa sulle definizioni è molto simile nei manicomi e nelle case di Laing; c'è un'analoga separazione in ognuna di queste organizzazioni fra coloro che tengono in custodia e coloro che sono custoditi; i primi mettono l'accento sulla definizione medica o anti-medica di se stessi e dei propri clienti, i secondi sulla definizione complementare e antagonistica, antimédica e medica di se stessi e dei propri custodi. Per quanto riguarda le differenze, le principali fra loro sono che nei manicomi le metafore guida sono mediche, mentre nelle case di Laing sono di tipo alpinistico e che nei primi le relazioni di dominio-sottomissione, coercizione e contro-coercizione si nascondono sotto le immagini della ragione perduta che deve essere riportata alla « sanità », mentre nelle seconde si celano sotto le immagini di turisti dispersi che devono essere ricondotti alla « vera sanità ». Plus ça change, plus c'est la même chose\*.

La « guarigione » di Mary Barnes perciò è dipesa, mi sembra, non dal fatto di essere « guidata nel viaggio attraverso la follia », ma piuttosto dalla sua abilità nel manipolare il suo terapeuta, e dall'accondiscendenza ad essere manipolata da lui; dal suo fervore nel recitare il ruolo di paziente speciale, salvata a Kingsley Hall, e dal desiderio del terapeuta di adattarla a quel ruolo e di strumentalizzarla. Così, in mille modi, Mary Barnes è stata gonfiata e si è riempita di auto-stima. Un aspetto fondamentale dei

---

\* La schizofrenia *non* è un viaggio nella follia esattamente come *non* è una malattia del cervello. Entrambe queste affermazioni sono metafore letteralizzate. Certo si può dire della schizofrenia che sia *come* un viaggio o *come* una malattia; ma è anche *come* molte altre condizioni o situazioni, come sentirsi infantili, o senza uno scopo, o inutili, o senza casa, o essere *adirati*, turbolenti, presuntuosi o egoisti.

La questione è che proprio come in psichiatria la metafora letteralizzata della schizofrenia come malattia porta a giustificare che essa venga gestita per mezzo di medici, ospedali e medicine, **così** in anti-psichiatria la metafora letteralizzata della schizofrenia come viaggio porta a giustificare che essa venga trattata per mezzo di guide, alberghi e cassette di pronto soccorso.

Che cosa è dunque la schizofrenia? Essa ha avuto per molto tempo la funzione di simbolo della sacra missione della psichiatria; ora essa serve anche come simbolo della missione sacra dell'anti-psichiatria. In realtà, in quanto il termine « schizofrenia » indica un qualche « problema » che un preteso « paziente » ha, esso si riferisce di solito al fatto che la vita del « paziente » è turbata, cioè che essa è, o il « paziente » crede che sia, inutile e senza scopo. Se è così, non può davvero essere curata né coi viaggi, né con le medicine. Il caos, la sofferenza e il disordine interiore possono essere risolti solo se il soggetto mette in ordine la sua vita. Qualunque cosa possa aiutare una persona a raggiungere questo scopo avrà perciò una funzione « terapeutica ».

suoi rapporti con Laing, Berke e Kingsley Hall, perciò, risiede nella sua trasformazione da « schizofrenica paranoide », come sarebbe stata la regressione diagnosticata per lei dalla psichiatria tradizionale, a « pittrice molto dotata », che fu invece la promozione assegnatale dall'anti-psichiatria. Scrive, riferendosi ad un artista che era stato incaricato di farle da « guida » nel suo « viaggio »: « Harry mi ha fatto comprendere il dono che mi era stato dato da Dio. Questo mi commosse profondamente. Più tardi, pensando ad Harry e alla Montagna della Legge, dipinsi Nebbia, Montagna e Mare »<sup>54</sup>.

Tutto ciò è molto commovente. Ma non può certo essere un passo avanti, concettuale o morale, nel trattamento dei bambini, degli psicotici o di altri individui che abbiano bisogno d'incoraggiamento e siano facile preda dell'adulazione da parte di persone superiori da cui essi dipendono. Questa è, piuttosto, un'altra facile battuta, non dissimile - come notava David Martin - dal fare dell'ironia sul Vietnam mentre si discute sulla schizofrenia<sup>55</sup>.

Eppure, la celebrazione di Mary Barnes come persona « risorta » e la sua scoperta come pittrice dotata sono i nostri più sicuri e importanti indizi sull'ideologia e gli interventi dell'anti-psichiatria. Quando Mary Barnes entrò a Kingsley Hall era una mediocre, sconosciuta e infelice infermiera. Quando ne uscì, cinque anni dopo, era una donna miracolosamente curata dalla follia, una pittrice di talento, una celebrità bene avviata sul sentiero della fama, come una dea del Tempio della Anti-psichiatria. Non mi sorprende che si sentisse meglio.

Come le operazioni caratteristiche della psichiatria istituzionale diminuiscono l'autostima del paziente con le varie ripetute « cerimonie di degradazione », così le operazioni caratteristiche dell'anti-psichiatria ne accrescono invece l'autostima per mezzo di ripetute « cerimonie di promozione ». Questo sicuramente non implica la decisione da parte delle prime di essere scettiche sulle seconde. In che consistono queste « cerimonie di promozione »? Significano esse l'acquisizione di particolari conoscenze e abilità, come gli esercizi di iniziazione? O sono occasioni cerimoniali a carattere politico, come un'incoronazione? La distinzione è importante, in modi che non possiamo qui prendere in esame. E' sufficiente dire che ci sono fondati motivi per dubitare che Mary Barnes abbia veramente appreso a dipingere a Kingsley Hall. In altre parole, ci sono fondati motivi per credere che non venne scoperta come « pittrice di talento », ma semplicemente dichiarata tale. Sulla copertina del suo libro, c'è la riproduzione a colori di un dipinto di Mary Barnes. All'interno, esso viene definito come « Spunta la resurrezione. Pittura a dita su una tavoletta di olmo,

fatta nella primavera del 1969 »<sup>56</sup>. Non sono un critico d'arte. E anche se lo fossi, il mio giudizio sul talento di Mary Barnes come pittrice potrebbe essere sbagliato o contraddetto da altri. Ma faccio rilevare che « Spunta la resurrezione » non è arte, è « pittura a dita » definita come arte.

Guardiamo « Spunta la resurrezione » di Mary Barnes - e già il titolo è straordinariamente rivelatore - come un simbolo cerimoniale. Come il termine *schizofrenia* sacralizza - o demonizza - il soggetto come uomo o donna folli, così l'esaltazione del dipinto di Mary Barnes la sacralizza come pittrice di talento o un genio. Laing e Cooper dovrebbero perciò essere considerati come sacerdoti che benedicono un oggetto sacramentale, trasformando qualcosa di comune in qualcosa di straordinario e di santo. E Mary Barnes verrebbe ad essere considerata come una persona che è stata ricondotta alla « salute » dal passaggio attraverso un rituale classico di purificazione, consacrando se stessa come « salvata », i suoi terapeuti come « salvatori » e Kingsley Hall come il S. Pietro dell'Anti-psichiatria.

La carenza d'immaginazione degli anti-psichiatri nell'invertire non solo la logica e il vocabolario della psichiatria, ma anche le sue trappole, e nell'appropriarsi di esse come propri originali principi terapeutici provoca, in me almeno, solo disprezzo e pietà. I freudiani scoprono nell'arte l'imbrattare con le feci<sup>n</sup>; i lainghiani scoprono l'arte nell'imbrattare coi colori. Oppure, ma si giunge sempre allo stesso risultato, gli psichiatri ricercano i segni della follia e li trovano nei dipinti d'un genio, come Van Gogh, mentre gli anti-psichiatri cercano i segni del genio e li trovano nei dipinti di una pazza come Mary Barnes.

La serratura e la chiave combaciano. Lo psichiatra pronuncia una maledizione e la chiama diagnosi, e il paziente, specialmente se ci crede, di conseguenza peggiora. Vanti-psichiatra benedice e chiama questa scoperta del genio, e il paziente, specialmente se ci crede, pieno di riverenza, si riprende. Ma quanti geni si possono produrre con questo metodo? In ogni disegno a dita di un bimbo di cinque anni ci sarà veramente il Picasso in erba che ci vede la madre? Ogni Mary Barnes è davvero la Mary Casat che i suoi Pigmaliioni pretendono che sia? Sono davvero ogni ragazzo o ragazza annoiati e noiosi, non ammirati e non attraenti - o semplicemente comuni - le vittime di un « saccheggio »? Veramente ognuno di loro è stato derubato della propria autenticità o sanità, come schiavi del lavoro e come gente colonizzata dalle proprie ricchezze? Gli anti-psichiatri rispondono a queste domande con un sonoro « **S** ». Ma io sostengo che la risposta giusta sia « no ».

Una delle cose che colpiscono di più nel racconto di Mary Barnes sul suo « viaggio » è la chiara manifestazione della sua paura della libertà e della sua fuga da essa. Queste espressioni così appropriate sono di Erich Fromm<sup>58</sup>, che le ha introdotte per spiegare la popolarità dei regimi totalitari in Europa, dopo le rovine causate dalla Prima Guerra Mondiale. In seguito al disastro che la vita e i suoi « idoli » spesso provocano sugli individui, anche essi, spesso, sviluppano il desiderio di fuggire la libertà. Cercano un rifugio, che è ciò che Kingsley Hall intenderebbe essere. Questi paralleli fra i regimi totalitari e i ricoveri psichiatrici, fra la paura e il rifiuto della libertà da parte di masse di uomini e masse di pazzi sono importanti ed evidenti. Perché, quindi, io voglio sottolinearli? Perché, anche se è evidente che a molti adulti manca la libertà, non tanto perché qualcuno gliel'ha rubata, quanto perché essi l'hanno gettata via; e anche se è egualmente ovvio che persone che agiscono in questo modo possono facilmente essere definite come psicotiche (specialmente se questo è ciò che vogliono), tuttavia nella visione di Laing, non c'è posto per alcuno di tali fatti. Lo schizofrenico, egli sostiene, è sempre privato della libertà da altri: la famiglia, la psichiatria, la società. Implicitamente Laing nega che lo schizofrenico tema mai la libertà perché è troppo pericolosa ed esigente e che egli deliberatamente cerchi la fuga da essa in seno ad altri: la famiglia, la psichiatria, la società.

La psichiatria e l'anti-psichiatria qui di nuovo combaciano come una chiave e la sua serratura. Gli psichiatri negano che i loro involontari pazienti desiderino mai realmente la libertà; gli anti-psichiatri negano che i loro volontari turisti desiderino mai realmente la privazione della libertà. Gli psichiatri insistono nel considerare tutti gli schizofrenici, indipendentemente da ciò che essi dicono o fanno, come malati bisognosi di cure per la loro pazzia; gli anti-psichiatri insistono nel considerare tutti gli schizofrenici, indipendentemente da ciò che dicono o fanno, come turisti bisognosi di un viaggio attraverso la follia.

Anche qui la visione anti-psichiatrica rispecchia fedelmente le acrimoniose invettive dei marxisti e comunisti moderni che attribuiscono l'indigenza dei popoli « sottosviluppati » al fatto di essere derubati, principalmente da parte degli Americani, delle loro risorse. I Cileni sarebbero tutti ricchissimi se le compagnie americane non saccheggiassero le loro miniere di rame. In questa prospettiva anticapitalistica, le ricchezze scaturiscono dalle risorse naturali senza l'intervento umano. Tale intervento può solo confiscare e corrompere. Il cileno seduto sulla cima di una montagna non sfruttata sarebbe « ricco ». Il bambino lasciato in balia



del suo sé incorrotto sarebbe « sano ». Ognuno diventa la « vittima » di un « saccheggio ». Cooper descrive questo tipo di visione con una disarmante ingenuità senza pudore:

« La nazione A (gli Stati Uniti, per esempio) compra pomodori dalla nazione B (uno Stato impoverito del Sud America, per esempio) e glieli rivende in scatola con un guadagno del 300 per cento. Ciò va sotto il nome di Aiuto Economico e l'aiuto si avvicina molto al soccorso e alla cura... »<sup>59</sup>.

Le sue idee sul commercio, la schizofrenia e l'intera condizione umana si configurano secondo lo stesso modello:

« Se si definisce il problema della schizofrenia in questo modo, cioè nei termini dell'esistenza di una persona che viene succhiata fuori da se stessa da altri o che si esprime in un'auto-rivelazione da se stessa (in un riconoscimento adorante della rapace voracità degli altri) in modo tale che alla fine nulla di se stessa viene lasciato a lei perché essa è tutta per l'altro, allora dobbiamo concludere che, sebbene essere messi in un ospedale rappresenti una situazione particolare, la schizofrenia non è niente altro che un attributo di ognuno di noi »<sup>60</sup>.

Qui, finalmente, troviamo pienamente sviluppata l'immagine della schizofrenia intesa come la mente saccheggiata. Cooper, naturalmente, esagera, come esagera ogni cosa. Derubare ed essere derubati sono, almeno, dei fatti reali, comprensibili. Delle persone privano altre dei loro averi. Ma come può essere che ognuno di noi sia la vittima di un furto come pare essere la quasi definitiva visione del mondo da parte di Cooper? Chi sono dunque, questi saccheggiatori? La domanda è, ovviamente, retorica. Nella visione che Laing e Cooper vogliono presentare, noi siamo sia vittime che aguzzini. Di chi, che cosa e quando, non dobbiamo chiedercelo noi. Ce lo diranno loro quando saranno pronti.

Dovrebbe essere ormai chiaro che proprio come il modello psichiatrico della paresi non era originale in Kraepelin, Bleuler e i loro seguaci, così il moderno modello dell'anti-psichiatria non è originale in Laing, Cooper e i loro seguaci. Gli psichiatri hanno preso in prestito il modello di malattia dalla medicina, e in virtù di questo hanno dichiarato la psichiatria una branca della medicina, una specializzazione basata sulla combinazione fra una metafora medica e il potere di polizia dello Stato. Analogamente gli anti-psichiatri hanno preso in prestito il modello di sfruttamento, di colonialismo, di invasione straniera e di saccheggio dalla Vecchia Sinistra e, in virtù di esso, hanno dichiarato l'anti-psichiatria una branca della Nuova Sinistra, un movimento basato

sulla combinazione fra una metafora militare e il potere persuasivo di promesse e profezie apocalittiche.

In realtà l'affermazione che il folle è sano e che la società che lo etichetta così è malata è solo una estensione della famosa affermazione di Proudhon che « la proprietà è un furto ». Entrambe fanno uso del linguaggio d'una istituzione per attaccare quella istituzione, la proprietà privata nel primo caso, la psichiatria nell'altro. Nel primo caso, secondo Searle, « la regola morale o il precetto che non si deve rubare può essere preso nel senso che riconoscere qualcosa come proprietà di un altro necessariamente comporta il riconoscimento del suo diritto a disporre. Questa è la regola fondamentale della istituzione della proprietà privata »<sup>61</sup>. Searle poi riferendosi alla versione della norma fatta da Proudhon, circa il furto, commenta:

« Se la si vuole considerare come una osservazione interna non ha senso. Era intesa come una osservazione esterna che attacca e rifiuta l'istituzione della proprietà privata. Trae la sua pretesa di paradosso e di forza usando dei termini che sono interni all'istituzione allo scopo di attaccare l'istituzione. Stando sul ponte di una istituzione si può anche armeggiare con alcune norme costitutive e perfino gettare in mare tutte le istituzioni... Non si può far questo e poi continuare a impegnarsi in quelle forme di comportamento che noi consideriamo caratteristicamente umane. Supponiamo che Proudhon avesse aggiunto (e avesse cercato di vivere in conseguenza): "La verità è una menzogna, il matrimonio è infedeltà, il linguaggio è incomunicativo, la legge è un crimine" e così via con ogni possibile istituzione »<sup>62</sup>

E' interessante notare come questo sia esattamente quello che hanno fatto Laing e Cooper e il motivo in parte per cui essi hanno attratto così fortemente i giovani disincantati della nostra epoca che, non avendo nulla per cui vivere, sono invidiosi di tutti quelli che ce l'hanno, e vogliono distruggere le istituzioni che hanno un significato per la vita della gente « normale ». Da parte mia, mi sento altrettanto decisamente contro coloro che degradano altri individui definendoli malati, facendone un mezzo per trovare un significato alla loro vita (che è il cannibalismo esistenziale caratteristico della psichiatria), come contro coloro che degradano dei gruppi o l'intera società come malata (che è il cannibalismo caratteristico dell'anti-psichiatria)<sup>63</sup>

Questo, in sintesi, è il motivo per cui io credo che la psichiatria e l'anti-psichiatria siano due cose sbagliate, insieme non ne fanno una giusta, ma solo una **terza**, ancora più sbagliata. La psichiatria è un errore da un punto di vista intellettuale, perché interpreta la devianza come malattia e da un punto di vista morale,

perché giustifica la reclusione come una cura. L'anti-psichiatria è un errore, intellettualmente perché interpreta l'anomia come autenticità, e moralmente perché condanna esclusivamente il comportamento dei nostri genitori, medici e politici, e giustifica il comportamento di coloro, sia dentro che fuori della società, che ci priverrebbero della libertà, perché ci disprezzano per propri motivi politici o personali.

Inoltre, psichiatria e anti-psichiatria si assomigliano non solo come succede spesso agli opposti, ma anche per la comune ossessione che hanno entrambe per la « schizofrenia » e il modo di gestirla. Questa somiglianza si rivela in un modo sorprendente nelle immagini dominanti adottate dalla psichiatria e dall'anti-psichiatria per spiegare questa paradigmatica forma di « follia ». In psichiatria l'immagine dominante è che lo schizofrenico aveva una « mente sana » ma l'ha « perduta ». Come? E' stata distrutta. Come una città occupata viene data alle fiamme dallo straniero invasore e abbandonata in cenere, così il suo cervello viene distrutto dalle spirochete invasori della sifilide.

In anti-psichiatria l'immagine dominante è che lo schizofrenico aveva una « mente sana », o avrebbe potuto averla, ma ne è stato spogliato, o gli è stato impedito di svilupparla. Come? Ad opera di un saccheggio. Come una città saccheggiata dallo straniero e lasciata vuota e desolata, così la sua personalità è stata « svuotata » dall'« amore » invadente della famiglia, dalla società (capitalista), dagli « oppressori ».

In altre parole, nella visione psichiatrica della schizofrenia, la sanità mentale è sinonimo di un cervello biologicamente sano, che è una proprietà umana quasi universale e che si raggiunge senza sforzo personale; la follia deriva da un danno a questa preziosa proprietà, a cui ognuno ha una specie di « diritto biologico ». Nella visione anti-psichiatrica, la sanità mentale è sinonimo di un sé vero e autentico, anch'esso concepito, secondo la concezione di Rousseau, come una proprietà o una potenzialità umana universale, e anch'esso raggiunto senza uno sforzo personale; la follia risulta da un danno o da una perdita di questa preziosa proprietà, a cui ognuno ha una specie di « diritto politico ». La prima concezione presuppone come un processo « naturale » il « normale sviluppo » del cervello, la seconda il « normale » sviluppo del sé. Questo incontaminato e sano cervello / sé viene poi descritto come distrutto o deformato dalla sifilizzazione o dalla civilizzazione. In realtà, non più di due generazioni fa si diceva che questi due processi procedevano di pari passo. Poi la sifilide ha lasciato la palma di maggior concorrente nella gara per la rovina della mente, cedendo il passo, almeno per gli anti-capitalisti e gli anti-psichiatri.

alla civiltà come vincitore assoluto, lasciando la civiltà indiscutibilmente in testa.

Certo entrambi questi due punti di vista contengono una certa dose di verità; quale sia questa dose dipende dal tempo, dal posto e dalle persone. La sifilide provoca la paresi. I genitori, gli insegnanti, le persone al potere possono «provocare» uno stato di estrema ansietà e sofferenza in coloro che dipendono da loro, e possono, in quel senso, «condurre la gente alla follia». Ma ciò che entrambi questi modelli fanno dimenticare sono le più semplici, antiche verità umane; e cioè che la vita è un'ardua e tragica lotta; che ciò che noi chiamiamo «sanità mentale», ciò che noi intendiamo per «non essere schizofrenico», ha molto a che vedere con la competenza, che si guadagna lottando per la supremazia; con la compassione che si conquista faticosamente affrontando i conflitti; e con la modestia e la pazienza che si acquistano attraverso il silenzio e la sofferenza. Questa concezione, non tanto d'una specie d'idealistica integrità e salute mentale, ma semplicemente di essere capaci di sopportare la vita con decoro e dignità, non può essere inserita nel paradigma né della paresi né del saccheggio. Essa richiede un modello o una prospettiva completamente diversi, qualcosa di simile a uno scultore che modella una statua da una pietra. Non c'è una statua nascosta nella pietra. Se un uomo che ha un pezzo di marmo nelle mani non ne ottiene una statua di marmo non è perché il suo fanatico nemico l'ha mandata in pezzi perché era un falso idolo; né perché il predone razziatore l'ha rubata perché la vuole per sé; ma perché egli non è riuscito a trasformare la pietra in statua.

L'obbligo di trasformarsi da neonato in fanciullo, in adolescente e in adulto (in qualsiasi cosa pensiamo di dover diventare) e l'insuccesso nell'assolvere questo impegno, (per motivi troppo numerosi per essere qui considerati, ma che comprendono evidentemente anche la natura di quel profondo sé la cui formazione è il nostro intento), tutto questo non trova posto nelle teorie né della psichiatria né dell'anti-psichiatria. Gli psichiatri e gli antipsichiatri sono ugualmente semplicistici nelle loro enunciazioni delle cause e nelle loro strategie di rimedio. Nella visione psichiatrica, la ricerca medica renderà tutti sani. Nella visione anti-psichiatrica, il permettere a persone incompetenti, pericolose a sé e agli altri di sguazzare nel proprio auto-disprezzo e nel disprezzo degli altri, sarà sufficiente a guidarle sane e salve nel loro viaggio sulle Alpi dell'alienazione, per poi tutti arrivare nel lindo e pulito villaggio svizzero dove vivranno felici tutta la vita. Queste sono le promesse di chi reclamizza la ricerca psichiatrica da un lato e i rifugi anti-psichiatrici dall'altro.

<sup>1</sup> T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961; ed. riv., Harper & Row, New York 1974.

<sup>2</sup> B. Beyer, *Die Bestrebungen zur Reform des Zrrenwesens*, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle am Saale 1912, p. 180.

<sup>3</sup> R. D. Laing, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness* (1960), Penguin, Baltimore 1965.

<sup>4</sup> R. D. Laing e A. Esterson, *Sanity, Madness, and the Family: Vol. I, Families of Schizophrenics*, Basic Books, New York 1964.

<sup>5</sup> K. Minogue, *The Liberal Mind*, Methuen, London 1963, specialmente pp. 6-13.

<sup>6</sup> D. Martin, *Tracts Against the Times*, Lutterworth Press, Guildford and London 1973, p. 66.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 68.

<sup>8</sup> *Zbid.*, p. 75.

<sup>9</sup> *Zbid.*, p. 83.

<sup>10</sup> *Zbid.*, p. 87.

<sup>11</sup> Ripreso da R. I. Evans, *R. D. Laing: The Man and His Ideas*, Dutton, New York 1976, p. 115.

<sup>12</sup> Martin, *Tracts Against the Times*, γ. 89.

<sup>13</sup> *Zbid.*, p. 90.

<sup>14</sup> Cfr. p. es., R. M. Weaver, *The Ethics of Rhetoric*, Regnery, Chicago 1953; R. L. Johannesssen, R. Stickland, e R. T. Eubanks a cura di, *Language Is Sermonic: Richard M. Weaver on the Nature of Rhetoric*, Louisiana State University Press, Baton Rouge 1970 e T. S. Szasz, *Karl Kraus and the Soul-Doctors: A Pioneer Critic and His Criticism of Psychiatry and Psychoanalysis*, Louisiana State University Press, Baton Rouge 1976.

<sup>15</sup> L. Trilling, *Sincerity and Authenticity*, Harvard University Press, Cambridge, Mass 1972, p. 124.

<sup>16</sup> *Zbid.*, p. 125.

<sup>17</sup> *Zbid.*, p. 160.

<sup>18</sup> *Zbid.*, p. 168.

<sup>19</sup> *Zbid.*, p. 169.

<sup>20</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Heresies*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1976, e idern, *Karl Kraus*.

<sup>21</sup> Ripreso da Trilling, *Sincerity and Authenticity*, p. 170.

<sup>22</sup> D. Cooper, *The Death of the Family*, Pantheon, New York 1970, p. 103.

<sup>23</sup> *Zbid.*, p. 33.

<sup>24</sup> *Zbid.*, pp. 61-63.

<sup>25</sup> D. Cooper, Introduzione a *The Dialectics of Liberation*, a cura di D. Cooper, pp. 7-11, Penguin, Middlesex 1968, p. 10. ,

<sup>26</sup> Cooper, *Death of the Family*, p. 78.

<sup>27</sup> Ripreso da Evans, *R. D. Laing*, p. 108.

<sup>28</sup> Cooper, *Death of the Family*, pp. 111-112.

<sup>29</sup> *Zbid.*, pp. 127-138.

<sup>30</sup> Philadelphia Association, *Philadelphia Association Report, 1965-1969*, Philadelphia Association, London s.d. p. della dedica.

<sup>31</sup> *Zbid.*, p. 2.

<sup>32</sup> *Zbid.*, p. 3.

<sup>33</sup> *Zbid.*, p. 7.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 11.

35 Cfr. W. F. May, *Code, Covenant, Contract, or Philanthropy*, « The Hastings Center Report 5 » (1975): 29-33, p. 31.

36 V. in generale L. von Mises, *Human Action: A Treatise on Economics*, Yale University Press, New Haven 1949.

37 *The Human Context* 5 (1973), retro di copertina.

38 M. Barnes e J. Berke, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness*, MacGibbon and Kee, London 1971; Harcourt Brace Jovanovich, New York 1972.

39 *Advertisement for the American edition*, « New York Times Book Review », Aprile 9, 1972, p. 31.

40 *Zbid.*

41 Barnes e Berke, *Mary Barnes*, p. 6.

42 *Zbid.*, p. 150.

43 *Ibid.*, p. 157.

44 R. D. Laing, *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Penguin, Harmondsworth 1967, p. 11.

45 Da Evans, R. D. Laing, p. 115.

46 *Zbid.*

47 *Zbid.*, p. 112.

48 *Zbid.*, D. 12.

49 *Ibid.*

50 Laing, *Politics of Experience*, p. 156.

51 *Zbid.*, p. 107.

52 *Zbid.*

53 *Zbid.*, p. 110.

54 Barnes e Berke, *Mary Barnes*, p. 160.

55 Martin, *Tracts Against the Times*, p. 83.

56 *Ibid.*, (London ed.), sopraccopertina.

57 Cfr. per es., C. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Norton, New York 1945, p. 283.

58 E. Fromm, *Escape from Freedom*, Rinehart New York 1941.

59 Cooper, *Death of the Family*, p. 93.

60 D. Cooper, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock, London 1967, p. 45.

61 J. R. Searle, *How to Derive « Ought » from « Is » in The Is-Ought Question: A Collection of Papers on the Central Problem of Moral Philosophy*, a cura di W. D. Hudson, pp. 120-134, Mcmillan, London 1969, p. 132.

62 *Zbid.*

63 Cfr. T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970, spec. pp. 260-262.

## SCHIZOFRENIA: SINDROME PSICHIATRICA O SCANDALO SCIENTIFICO?

Sessantacinque anni di « progresso » nella moderna psichiatria « scientifica » hanno portato sicuramente al risultato di definire la schizofrenia come una vera e propria malattia, o meglio, poiché uno psichiatra sofisticato non accetterebbe questo termine, come una sindrome. Ma cosa è una sindrome? Secondo Webster, è « un gruppo di segni o sintomi che si presentano contemporaneamente, e che caratterizzano una malattia ». In poche parole, è un ennesimo artificio psicosemantico per affermare che una « malattia » che non presenta una lesione istopatologica o una anomalia patofisiologica dimostrabile, è, comunque, una malattia.

La schizofrenia è un termine definito in modo così vago che, in pratica, è possibile applicarlo a quasi tutti i tipi di comportamento disapprovati da chi lo utilizza. Sarebbe perciò impossibile passarne in rassegna la fenomenologia, come lo sarebbe per quella della eresia. E' possibile, invece, passare in rassegna alcuni caratteristici scritti moderni sulla schizofrenia, illustrare i modi tipici in cui tale termine viene usato e mostrare così non solo che non identifica nessuna malattia dimostrabile, ma anche che non indica nessuna realtà oggettivamente dimostrabile. Questo non vuol dire che il termine sia privo di senso, anzi, proprio per la sua impercettibilità, acquista maggiore significato e potenza. Cercherò quindi di dimostrare che la schizofrenia è il simbolo sacro della psichiatria, come, ad esempio, il Cristo crocifisso è il simbolo sacro della Cristianità.

Tutta la letteratura sulla schizofrenia, che ha ormai circa settanta anni e che comprende centinaia di migliaia di libri « dotti » e di saggi tradotti in tutte le lingue principali, è, a parer mio, fatalmente viziata da un unico errore logico: considera il termine « schizofrenia » come se fosse la *descrizione* stenografica di una malattia, mentre, in realtà, è la *prescrizione* stenografica di una

disposizione. In altre parole, tutte queste trattazioni usano il termine *schizofrenia* come se fosse una *proposizione che afferma* qualcosa sugli psicotici, mentre, in realtà, è una *giustificazione che legittima* qualcosa che gli *psichiatri* fanno a quest'ultimi.

Di conseguenza i professionisti e i magistrati sono convinti che, quando gli psichiatri parlano di «schizofrenia», si riferiscono ad una malattia analoga, almeno da un punto di vista logico, a una ferita, a una infezione, a un disturbo metabolico o a un tumore. In realtà, gli psichiatri si riferiscono ad un complesso di giustificazioni morali e legali per imprigionare il «paziente» e chiamare questa azione «ricovero». I principali brani sul trattamento della schizofrenia in qualunque testo di psichiatria favoriscono questa interpretazione.

L'enunciazione di Lawrence Kolb, nel suo testo classico *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*\*, è, in questo senso, tipica:

«In linea teorica, il trattamento della schizofrenia dovrebbe iniziare prima che si manifestino sintomi evidenti di disturbo mentale. Purtroppo ciò non accade spesso. E' raro infatti che il paziente cerchi da sé aiuto... Dopo la prima visita, bisogna di solito decidere se debba essere curato ambulatoriamente o ricoverato in ospedale. Se il comportamento è stato molto turbolento e rischia di compromettere l'inserimento sociale futuro, è indicato un immediato ricovero in ospedale»<sup>1</sup>.

I termini reali della questione sono evitati in modo talmente scrupoloso, che non è esagerato dire che l'autore di questi brani menta deliberatamente. Se non è lo schizofrenico a «cercare da sé aiuto», come arriva alla presenza dello psichiatra?

La risposta è: di solito qualcuno ce lo porta con la forza o con l'inganno. Se, inoltre, come dice Kolb, «bisogna... decidere» dove il «paziente» debba essere «curato», chi deve prendere tale decisione? Perché Kolb non dice in modo chiaro che questa decisione viene presa di solito dai parenti, dagli psichiatri istituzionali e dai tribunali, e la fa apparire come una qualunque altra decisione medica, presa di comune accordo da un medico e dal suo paziente pienamente consapevole e informato a cui egli riconosce il diritto indiscusso di rifiutare il trattamento?

Negli anni più recenti, l'attenzione sempre crescente dei magistrati e del pubblico verso la privazione psichiatrica dei diritti umani ha spinto gli psichiatri ad evitare sempre più questo argomento. Esemplificativo degli eccessi di questo atteggiamento di rifiuto è il primo volume di *The World Biennial of Psychiatry and*

---

\* La moderna psichiatria clinica di Noyes (N.d.T.).



*Psychotherapy* edito da Silvano Arieti<sup>2</sup>. Nell'indice di questo grosso volume di oltre 600 pagine, contenente due capitoli sull'argomento specifico della schizofrenia, si cercano invano i termini di *ricovero coatto, coercizione, obbligatorietà, affidamento*. Nel testo, almeno per quanto sono riuscito ad accertarmi, non c'è il più lontano riferimento al fatto che gli psichiatri tengano rinchiusi delle persone, specialmente quelle definite «schizofreniche». Eppure, il volume include un intero capitolo scritto da A.V. Snezhnevsky, direttore dell'Istituto di psichiatria di Mosca, uno dei più famosi orimali medici sovietici, responsabile della detenzione e della distruzione psichiatrica dei dissidenti<sup>3</sup>. Allo stesso identico modo Ari Kiev, l'editore di *Psychiatry in the Communist World*, come pure i numerosi collaboratori del libro, ignorano totalmente la psichiatria non volontaria<sup>4</sup> E così via.

Solo pochi anni fa gli psichiatri non avevano alcuna difficoltà ad affermare che gli «schizofrenici» sono, e del resto devono essere, rinchiusi nei manicomi. Nel 1938, proprio dalla Germania, Franz Josef Kallmann, il genetista pioniere nel campo dei disturbi mentali, ci presenta questa tesi illuminante sulla connessione fra la «schizofrenia» e la perdita della libertà:

«E' cosa nota che persino oggi la reclusione di molti schizofrenici avviene in ritardo. La colpa di questo ritardo sta, sia nel pregiudizio che il pubblico profano ha contro le istituzioni psichiatriche, sia nell'incapacità di alcuni impiegati e medici di capire la natura delle psicosi schizofreniche... La lotta contro questi radicati pregiudizi, che ancora impediscono il pronto ricovero del malato di mente, deve essere un aspetto importante di un efficace programma di eugenetica »<sup>5</sup>

Dal momento che «schizofrenia» non è un termine descrittivo, ma si riferisce ad una disposizione - poiché non spiega cos'è che non va nel preteso paziente, ma giustifica ciò che il «suo» psichiatra gli fa -, è, a parere mio, semplicemente privo di scopo continuare a trattare questa parola come se fosse il nome di una malattia «organica». D'altra parte, secondo la versione ufficiale - medica, psichiatrica, legale e scientifica - è scontato che la schizofrenia sia una malattia. Perciò il compito di uno psichiatra leale non è quello d'indagare se la schizofrenia sia una malattia, ma quello di sviluppare dei metodi per una sua diagnosi sempre più accurata e un trattamento sempre più efficace. La scoperta della lobotomia è un esempio di tale orientamento<sup>6</sup>.

Nel 1935, Egas Moniz (1874-1955), neurologo e neurochirurgo portoghese, introdusse nella psichiatria la lobotomia prefrontale. Nel 1949 ricevette, per questo, il Premio Nobel con la seguente

motivazione: « Per la sua scoperta del valore terapeutico della lobotomia prefrontale in alcune psicosi »<sup>7</sup>.

In tal modo, esplicitamente, il pomposo cerimoniale del Premio Nobel riconosceva in Moniz un grande scienziato e un benefattore del genere umano; implicitamente, riconosceva che « alcune psicosi », per la maggior parte quelle che gli psichiatri americani diagnosticano come schizofrenia, erano malattie dovute a un funzionamento anomalo del cervello. Che altro serviva per giustificare una operazione così radicale nel cervello umano?

Ecco come, secondo Moniz, la lobotomia « curi » e sia giustificabile questo intervento:

« Partendo dai [precedenti] fatti anatomici, arrivai alla conclusione che le sinapsi, presenti in miliardi di cellule, rappresentano la base organica del pensiero. La vita psichica normale dipende dal buon funzionamento delle sinapsi e i disordini mentali appaiono come il risultato dei disturbi delle sinapsi... Tutte queste considerazioni mi condussero alla seguente conclusione: alterando queste combinazioni sinapstiche e cambiando i percorsi scelti dagli impulsi nel loro costante passaggio, è possibile modificare le idee corrispondenti e obbligare il pensiero entro canali differenti »<sup>8</sup>.

E' interessante, ma anche curioso, osservare come l'identificazione del pensiero con le sinapsi presentatoci da Moniz - la cui validità è stata implicitamente autenticata dal conferimento alla sua opera del Premio Nobel - corrisponda all'identificazione del corpo di Gesù con la sua presenza reale nell'Eucarestia, la cui validità è autenticata dalla dottrina cattolica della transustanziazione<sup>9</sup>. Come questa seconda identificazione non poteva essere messa in discussione o sfidata nell'Epoca della Fede, così la prima non può essere messa in discussione o sfidata nell'Epoca della Scienza. Inoltre, come i preti agli ordini dell'Inquisizione adoperavano la tortura e il rogo per « obbligare il pensiero entro canali differenti », così i medici, agli ordini della medicina, usano la lobotomia e altri metodi di tortura psichiatrica per raggiungere gli stessi fini. E' significativo che la lobotomia prefrontale è stata, per quanto ne so, l'unico « trattamento medico » formalmente condannato dal Vaticano e bandito dall'Unione Sovietica. Moniz, comunque, riconosce che il suo scopo nello sperimentare la lobotomia sugli esseri umani non era quello di trovare una cura per la « psicosi » ma un supporto ideologico alla « psichiatria organica » - cioè di fornire un solido fondamento allo « studio delle funzioni psichiche su base organica »:

« All'epoca del mio primo tentativo, nella comprensibile ansia di quel momento, tutte le paure furono spazzate via dalla speranza di ottenere risultati favorevoli. Se fossimo riusciti a eliminare certi complessi sintomatici di natura psichica, distruggendo i gruppi di connessione delle cellule, avremmo dimostrato in modo inequivocabile che le funzioni psichiche e le zone del cervello che contribuivano alla loro elaborazione erano in stretta relazione. Questo sarebbe stato un grande passo avanti e un fatto fondamentale nello studio delle funzioni psichiche su base organica »<sup>10</sup>.

Cito l'opera di Moniz, non allo scopo di condannarla, quanto per sottolineare la fondamentale affinità, in questo tipo di ricerca, con i metodi tradizionali della ricerca medica. Per stabilire la natura organica della paralisi, i ricercatori medici studiarono il cervello dei cadaveri dei paretici e cercarono di definire e di dimostrare l'istopatologia della malattia. Non cercarono però di dimostrare che la (paralisi era una malattia organica del cervello, mutilando il corpo del paretico, chiamando questo una « cura » e facendo illazioni da tale intervento « terapeutico » sulla natura della malattia. Comunque la lobotomia, così come lo shock da insulina prima e l'elettroshock poi, furono introdotti nella psichiatria, e il loro impiego fu giustificato, in base ad un simile pervertimento della logica e del metodo scientifico. Tutto il ragionamento che c'è dietro e i risultati di un simile metodo di « ricerca » sono ora ampiamente accettati. Il fatto, per esempio, che i cosiddetti tranquillanti maggiori influiscano sul comportamento degli psicotici in modi che molta gente considera desiderabili « prova » che i « pazienti » così « curati » soffrono di una « malattia mentale » che ha « base organica ».

In tal modo, mentre le più fantasiose e radicali terapie della schizofrenia vanno e vengono, gli psicofarmacologi si stanno mettendo con ogni impegno all'opera per sfruttare il più possibile questa miniera basata sul contribuente. Consideriamo a questo proposito una notizia uscita nel marzo 1975 sulla rivista « Current Prescribing »<sup>\*</sup>. Sotto il titolo « Le novità » e il sottotitolo « Rassegna mensile dei nuovi farmaci usciti, di quelli che stanno per uscire, e nuovi usi dei vecchi farmaci », ne vengono descritti tre nuovi: « Carbazepina per gli attacchi », « Gliburide, una sulfonburea sperimentale » e « Molindone HC1 nella schizofrenia. Il Molindone (Moban, Endo) è stato da poco immesso sul mercato per la cura della schizofrenia acuta e cronica ». Segue una descrizione del dosaggio, degli effetti collaterali, del metabolismo e, infine, una « Valutazione: il Molindone è altrettanto efficace per la

---

<sup>\*</sup> Farmaci in commercio (N.d.T.).

schizofrenia quanto gli altri farmaci correnti e offre un'alternativa per i pazienti refrattari»<sup>11</sup>.

Se un medico legge questo tipo di imbonimento, può facilmente arrivare a pensare che la schizofrenia sia una malattia « come qualunque altra ». Così « saprà » che la schizofrenia è una malattia, sebbene non possa mai essere sicuro che il paziente che ha sotto cura per questo l'abbia realmente. Tale situazione, così tipica della « medicina psichiatrica » contemporanea, porta a compimento la conquista del campo della medicina reale (organicistica) da parte di quella falsa (psichiatrica): nei tempi andati i medici diagnosticavano malattie che non potevano curare; oggi curano malattie che non possono diagnosticare.

Un recente saggio di uno psichiatra inglese che va per la maggiore offre un ulteriore appoggio alla mia tesi che la schizofrenia è il simbolo sacro della psichiatria, attorno al quale gli psichiatri, assediati da un nemico che in modo sempre più energico e chiaro sta smascherando le loro pretese mediche e i loro saccheggii morali, si stanno ora raggruppando in una nuova difesa del loro spazio vitale e forse per lanciare un nuovo contrattacco. In un articolo molto serio, R. E. Kendell, professore di psichiatria all'Università di Edimburgo, lancia un appello per una ritirata strategica della psichiatria<sup>12</sup>. Riconosce candidamente che la devianza non è una malattia e che gli psichiatri si sono appropriati di un territorio troppo vasto.

Il nemico, nell'immagine che ho usato, è la mia critica alla pretesa che le cosiddette malattie mentali abbiano un fondamento medico e alla teoria costruita intorno a questo fatto. L'American Psychiatric Association ha già abbandonato una di queste posizioni vulnerabili, non considerando più l'omosessualità una malattia<sup>13</sup>. Kendell consiglia di abbandonare tutti i territori occupati e fuori campo e di mantenere invece le posizioni nella capitale fortificata:

« Vale la pena di chiedersi se i numerosi tentativi ai quali abbiamo recentemente assistito, di screditare il concetto di malattia mentale non siano una reazione alla nostra pretesa, ugualmente assurda, di ricondurre tutti gli stati d'infelicità e i comportamenti sgraditi a manifestazioni di malattie mentali » .

Kendell sembra pronto ad ammettere che non solo l'omosessualità, ma anche le angosce e le ossessioni, le fobie, le depressioni e tutte le miriadi di manifestazioni elencate come malattie mentali nei testi psichiatrici non sono, in realtà, niente del genere. Sicuramente una tale ammissione da parte di una autorità psi-

chiatrica così rispettata è una prova importante del fatto che, dietro lo schermo delle malattie mentali, si trova uno scandalo scientifico di primo ordine. La ritirata di Kendell nella roccaforte della schizofrenia, una fortezza che egli ritiene sicura, è ugualmente una auto-accusa:

« Dobbiamo sostenere con ogni mezzo », conclude, ma senza offrire nessuna chiara dimostrazione per la sua conclusione, « che la schizofrenia è una malattia e che noi siamo i più idonei di chiunque altro a comprenderla e a curarla. Cerchiamo però di non fare la stessa cosa per tutti gli affanni che affliggono l'uomo »<sup>15</sup>.

E' logico che gli psichiatri in vista, e i membri leali della loro corporazione e le guide patriottiche dei loro colleghi, abbiano il diritto di fare tali rivendicazioni e che ci si aspetti da loro che le facciano. Ma la questione non è se gli psichiatri « comprendono » la schizofrenia meglio di altri. La questione è se la schizofrenia è una malattia come la paresi o la pellagra e se gli psichiatri devono davvero essere delegati dallo Stato a tenere rinchiusi delle persone alle quali è stato diagnosticato di « avere » una simile malattia.

In realtà, né Kendell, né Moniz, né nessun altro hanno mai dimostrato la validità di queste due proposizioni cruciali - una medica e scientifica, l'altra morale e politica - sulle quali poggiano le rivendicazioni dei moderni psichiatri riguardo alla schizofrenia e alla loro condotta verso gli schizofrenici. Voglio dire che nessuno ha mai dimostrato che la presunta sindrome clinica chiamata « schizofrenia » sia veramente in relazione con delle lesioni istopatologiche presenti nel cervello degli schizofrenici, e solo di essi. *O* che quei presunti « schizofrenici » (e forse qualche altro « psicotico ») siano pericolosi a se stessi o agli altri; che persone appartenenti ad altre classi di esseri umani non siano ugualmente o anche più pericolosi a se stessi o agli altri; che le misure imposte agli « schizofrenici » senza il loro consenso li rendano realmente meno pericolosi a se stessi e agli altri; e che per tali ragioni l'uso degli interventi psichiatrici non volontari, come sono stati tradizionalmente imposti agli « schizofrenici », sia moralmente e politicamente giustificato. Su quest'ultimo punto - cioè sul fatto che la schizofrenia sia solo una formula giustificatoria che legittima gli interventi psichiatrici non volontari - anche Kendell rimane eloquentemente silenzioso.

In effetti, la prospettiva medica sulla schizofrenia è una chiamata alle armi: è una consegna a rifiutare sia ciò che i cosiddetti schizofrenici fanno, sia quello che i medici fanno loro; e a so-

stenero, invece, che ciò che gli « psicotici » fanno sono sintomi di una malattia di cui non sono responsabili e che ciò che gli psichiatri istituzionali fanno sono ricerche sulla natura e sul trattamento di una malattia di cui sono responsabili e per le quali essi meritano la gratitudine eterna dell'Umanità. Adesso cercherò di portare delle prove a sostegno di questo mio punto di vista.

In un articolo pubblicato nell'« American Journal of Psychiatry », l'organo ufficiale dell'American Psychiatric Association, Albert Urner, dell'Università della California a Los Angeles, analizza le implicazioni della nuova legge californiana sulla salute mentale<sup>16</sup>. Questa legge, conosciuta come Lanterman-Petris-Short (LPS), è entrata in vigore nel 1969 e ha reso il ricovero psichiatrico, molto più difficoltoso di quanto non lo fosse in precedenza. Facendo delle riflessioni sulle conseguenze di tale atto, l'autore, che non è davvero un oppositore della psichiatria coercitiva, nota casualmente:

« L'esperienza della nuova legge californiana ha anche mostrato che l'organizzazione per la salute mentale è usata frequentemente per trovare una sistemazione ad individui socialmente disadattati e che, quando quel tipo di organizzazione non è utilizzabile, si sviluppano sistemi alternativi. Per esempio, una notevole percentuale di individui è stata affidata a ospedali statali prima della legge LPS, non perché fossero violenti o avessero tentato il suicidio, ma perché costituivano un peso per la società... »<sup>17</sup>.

Questa frase «perché costituivano un peso per la società» ci servirà da punto di partenza per molte delle osservazioni che seguiranno. Naturalmente, chiunque si occupi di psichiatria, e anche molte persone che ne sono al di fuori, sanno e hanno sempre saputo che questa è la vera ragione per cui la gente viene rinchiusa negli ospedali (psichiatrici): perché sono un peso. Ma questa idea e questa frase non appaiono nella versione più recente del « Diagnostic and Statistical Manual » dell'American Psychiatric Association<sup>18</sup>, che elenca le malattie mentali ufficialmente riconosciute da questo dotto organismo. Ma come venivano classificate queste persone che, secondo Urner, erano rinchiusi in ospedale soltanto perché costituivano un peso? Dal momento che il 25% dei pazienti degli ospedali psichiatrici negli Stati Uniti vengono ricoverati come schizofrenici e dal momento che il 60% di coloro che sono attualmente ricoverati in questi ospedali sono classificati come tali<sup>19</sup>, possiamo tranquillamente supporre che almeno un quarto dei pazienti ai quali fa riferimento Urner, erano stati diagnosticati schizofrenici.

---

\* Manuale diagnostico e statistico (N.d.T.).

Ho già documentato altrove chi siano queste persone sgradite che vengono etichettate come « schizofreniche », da quali autorità, per quali motivi, e come esse vengano rinchiusi in ospedale e curate per la loro « malattia »<sup>20</sup>. Fra poco avrò qualcos'altro da aggiungere a tale documentazione, soprattutto per quanto riguarda l'uso di questa diagnosi nella Russia Sovietica. Prima di farlo, tuttavia, vorrei richiamare l'attenzione sul Department of Mental Hygiene Study, istituito da poco in California, che conferma in modo definitivo la mia tesi che tanti cosiddetti pazienti « diagnosticati » e « curati » dalla psichiatria istituzionale sono in realtà persone sane da un punto di vista medico, ma considerate come pazienti esclusivamente perché si trovano in una istituzione psichiatrica statale<sup>a</sup>. Discutendo sul tasso di mortalità in gruppi diversi di residenti in un ospedale psichiatrico per anziani, gli autori di questo studio identificano i due gruppi con il minor tasso di mortalità come i « pazienti di élite » e i « pazienti normali ». Greenblatt e Glazier, che citano questo articolo con sconfinata approvazione, totalmente dimentichi delle implicazioni morali e politiche insite nel classificare persone come « pazienti normali », identificano i due gruppi nel modo seguente:

« I pazienti "d'élite" erano descritti come molto socievoli e disposti a collaborare, indipendenti nella cura di se stessi e in buona salute fisica, ma con una notevole quantità di sintomi psichiatrici. I pazienti "normali" venivano descritti come non carenti in alcuna sfera, pronti, responsabili, fisicamente sani e senza sintomi psichiatrici »<sup>22</sup>.

Quest'ultimo gruppo è in realtà « più sano » della « popolazione sana », visto il modo come tale popolazione viene descritta dagli epidemiologici psichiatrici e dai fabbricanti di follia<sup>B</sup>. Nonostante una tale palese ammissione che molte delle persone confinate negli ospedali psichiatrici di Stato siano « sane », la pretesa religione che tali istituzioni servano allo scopo di « curare pazienti malati » per le loro « malattie mentali » procede indisturbata ed è ora (potentemente rinvigorita non solo dalle rivendicazioni degli inquisitori psichiatrici che predicano un « diritto ad essere curati », ma anche dalle dispute di magistrati civili e di giuristi « liberali » che reinterpretano la Costituzione in modo da poter dare agli inquisitori un « diritto a curare » le loro vittime<sup>24</sup>.

L'affermazione che il significato reale di schizofrenia è sempre stato, e continua ad essere « matto », e perciò « passibile di ricovero », trova conferma nel larghissimo uso di questa « diagnosi » nell'Unione Sovietica. Se le autorità russe avessero solo voluto

degradare, awilire o insultare i dissidenti, esse e i loro lacchè psichiatrici avrebbero potuto tirare fuori una qualsiasi altra diagnosi psichiatrica su di loro. Avrebbero potuto chiamarli maniaci o ossessivi o omosessuali. Perché, allora, hanno scelto di chiamarli schizofrenici? Proprio perché, più di qualunque altro termine diagnostico psichiatrico, schizofrenia porta in sé l'implicazione che la persona così «diagnosticata» sia matta, non sappia quello che sta facendo, non sia responsabile del proprio comportamento e perciò debba essere «curata». Questo spiega perché il termine schizofrenia ha giustificato e continua a giustificare l'imposizione degli interventi psichiatrici coercitivi, sul «paziente» che ha subito tale diagnosi.

Sebbene un'adeguata presentazione e discussione delle barbare sovietiche giustificate in nome della «schizofrenia» richiederebbero un intero libro, voglio comunque fare alcune osservazioni per illustrare il reale, in confronto all'astratto, significato e uso di questo termine. Le seguenti citazioni sono tratte da un'intervista a una psichiatra russa, la dottoressa Marina Woikhanskaya<sup>25</sup>. Ecco come parla di se stessa e del proprio lavoro:

«Lasciai l'Unione Sovietica l'11 aprile 1975. Ho lavorato là come psichiatra per 12 anni. Ero in uno dei più grandi ospedali della città. Amavo molto i miei pazienti ed ero molto fiera del mio lavoro, perché era uno dei più umanitari tipi di lavoro che potessero esistere»<sup>26</sup>.

Nel 1973 si rende conto finalmente che la situazione non è proprio così idilliaca. Ma, naturalmente, ancora è d'accordo col sistema: «Venni a sapere che in vari ospedali dell'Unione Sovietica esisteva un certo numero di cosiddetti dissidenti». Gli schizofrenici, tuttavia, non sono mai «cosiddetti» per la Woikhanskaya. Essi sono «veri». Crede nella schizofrenia altrettanto fermamente quanto crede nel Marxismo. «Questo problema [cioè "l'abuso" della psichiatria] mi preoccupa molto», ella dice, «e preoccupa molto gli psichiatri sovietici onesti»<sup>27</sup>. Ciò che «gli psichiatri onesti» fanno in realtà nell'Unione Sovietica lo apprendiamo presto, anche troppo chiaramente, dalle sue risposte alle domande rivolte dall'intervistatore:

Domanda. Con quale frequenza nei casi psichiatrici normali, cioè a parte i dissidenti, si ricorre al trattamento in Unione Sovietica?

Woikhanskaya: Una persona malata di mente non ha diritti nell'Unione Sovietica e spetta interamente ai medici la decisione di far internare o no questa persona in ospedale. Se il medico ritie-



ne che ci possa essere il pericolo che questa persona si comporti in un modo non consentito, questa persona va in ospedale.

*Domanda:* E questo si applica a tutti i casi psichiatrici?

*Woikhanskaya:* Sì<sup>28</sup>.

Apprendiamo poi altre cose sulla schizofrenia in Russia e ci rendiamo conto, se solo siamo disposti a guardare in faccia la questione, quanto poco tale « malattia » sia cambiata dalla Zurigo di Bleuler alla Mosca di Breznev.

*Domanda:* Se i dissidenti sono internati ufficialmente, ci deve essere qualche categoria diagnostica ufficiale e dei criteri nei quali essi devono rientrare per essere internati in questo modo?

*Woikhanskaya:* La diagnosi è di un tipo molto pesante e grave. Schizofrenia lenta. Sindrome riformatrice. Schizofrenia cronica. Schizofrenia strisciante o nascosta e Sindrome di riforma che tende alla schizofrenia... Vengono curati con insulina, con Elettroshocks. Non sono malati, ma la cura, sì, è quella normale per le persone malate<sup>29</sup>.

Ecco qua, tutto quanto nei termini classici: « il ricercare un cambiamento » come « schizofrenia »; l'internamento psichiatrico del « paziente »; e il suo « trattamento » coatto. Se gli studiosi del linguaggio e della semantica sono nel giusto quando dicono che ciò che una parola significa va desunto dal modo in cui viene impiegata, allora questo è ciò che *schizofrenia* significa, non solo nella Russia comunista, ma dappertutto.

Un breve resoconto della « diagnosi » e del « trattamento » di un « dissidente » è stato pubblicato in uno degli ultimi numeri del giornale « New Statesman »<sup>30</sup>. Completa e amplia le dichiarazioni della Woikhanskaya.

Un giovane, Jean Krilsky, ebreo e sionista, viene arrestato in Russia, per essere entrato illegalmente in una fabbrica col tessere di un amico. La polizia gli chiede a favore di chi combatterebbe nel caso di una guerra fra Israele e la Russia. Per Israele, egli risponde. Ecco cosa accadde poi:

« Suo padre, chiamato dal KGB, dette il suo consenso all'internamento del figlio nell'ospedale psichiatrico di Jaroslav [una città vicino Mosca] per essere curato come schizofrenico, ma soltanto, come egli sostiene, in preda alla disperazione e per evitargli la condanna a una lunga prigionia. (Jean aveva allora 18 anni). La cura consisteva naturalmente in iniezioni di sulfazina, zolfo purificato in olio di nocciolo di pesca, che gli mandava la temperatura alle stelle, a 41°C. Secondo il dottor Harold Merskey, psichiatra londinese e Presidente del Comitato Medico e Scientifico in fa-

vore degli ebrei sovietici, oggi non è giustificato l'impiego di questo farmaco... Il giovane fu trasferito all'ospedale psichiatrico Yakovenko di Mosca e dopo sei mesi fu dimesso da una commissione di medici perché "guarito"... [Più tardi], mentre era in stato d'arresto, il KGB inoltrò una lettera al Ministro degli Esteri, Gromiko, contenente il suo desiderio di andare a Israele e che Jean firmò contro voglia. Ciò era equivalente a una confessione di pazzia. Nello spazio di poche settimane egli fu sballottato da un ospedale all'altro »<sup>31</sup>.

Il ricevere queste gratuite attenzioni da parte del sistema sanitario russo evidentemente fu abbastanza per far sì che perfino il padre di Jean, che era stato un leale membro del Partito Comunista per cinquantadue anni, vedesse chiaro:

« A quel punto Giulio, il padre, ne aveva avuto abbastanza. Sottoscrisse una richiesta ufficiale per avere il permesso di emigrare in Israele con la famiglia... [Allora venne riaperta contro Jean una vecchia pendenza giudiziaria penale e la corte] lo affidò a un ospedale psichiatrico "finché non si sia riavveduto dalla sua militanza a favore del Sionismo" »<sup>32</sup>.

Anche se questi « abusi psichiatrici » possono sembrare evidenti, i metodi e i concetti dei gagsters psichiatrici russi hanno l'appoggio da parte dei loro colleghi occidentali. Perfino Kendell, che è ora il decano riconosciuto degli psicodiagnostici inglesi, si guarda bene dal criticarli! Nel suo recente e ampio libro *The Role of Diagnosis in Psychiatry* \*, in cui non una sola volta fa menzione della repressione psichiatrica dei dissidenti in Russia o altrove, afferma:

« Il concetto russo di questa malattia [schizofrenia] comprende tre sottotipi, la schizofrenia periodica, quella strisciante e quella insidiosa, che non sono riconosciuti altrove. In genere gli psichiatri russi, a differenza degli altri europei, sembrano essere influenzati più dal decorso della malattia e meno dalla sua reale sintomatologia, fatto questo che non ha un suo posto nelle „recenti controversie politiche" »<sup>33</sup>.

Gli psichiatri russi, che fanno e appoggiano queste diagnosi di schizofrenia sui « dissidenti », fanno parte, naturalmente, delle stesse organizzazioni psichiatriche internazionali alle quali appartengono gli psichiatri occidentali, come del resto gli psichiatri americani che fanno e appoggiano questo tipo di diagnosi su « pazzi » come Ezra Pound e James Forrestal. « Pazienti » come questi

---

\* Il ruolo della diagnosi in psichiatria (N.d.T.).

costituiscono la base « clinica » sulla quale altri « ricercatori » fondano le loro teorie sulla natura e sulla causa della schizofrenia e i loro suggerimenti, per il trattamento più adatto.

Consideriamo ora come questo semplice problema reale, cioè il fatto che della gente viene rinchiusa in un ospedale psichiatrico perché dà fastidio ad altri, e viene perciò definita « schizofrenica », possa intaccare la validità delle affermazioni dei più famosi biologi chimici e genetisti contemporanei.

Nel 1970, il genetista Joshua Lederberg, premio Nobel per la medicina e la fisiologia,

« chiese che fosse istituita una commissione nazionale per la ricerca genetica allo scopo di favorire la realizzazione di una nuova era della medicina. Sollecitò il Congresso perché destinasse circa 10 milioni di dollari in più nel successivo anno finanziario per incrementare la ricerca genetica. Lederberg disse che le malattie note come aventi origine esclusivamente genetica sono solo un quarto del totale, ma che si ritiene che in molte altre malattie i fattori ereditari abbiano una qualche incidenza. Fra queste egli annoverò il diabete e la schizofrenia »<sup>34</sup>

Ma come riusciva a scoprire Lederberg che qualcuno aveva la schizofrenia? Possiamo supporre che egli non avrebbe fatto da sé la diagnosi, ma si sarebbe affidato ad uno psichiatra. In tal modo egli avrebbe basato la sua speculazione genetica su una frode organizzata e sostenuta in maniera professionale, la cui frodolenza egli accetta, invece di verificarla.

L'esempio precedente, cioè di un biologo che basa il suo lavoro sulla premessa d'una diagnosi di schizofrenia stabilita dai medici, è caratteristico di gran parte della documentazione genetica sulla schizofrenia. Per esempio Sir Julian Huxley, uno dei più noti biologi dei nostri giorni, ha affermato che « Ora appare chiaro che la schizofrenia, almeno nella maggior parte dei casi, è basata su un solo gene parzialmente dominante a bassa penetrazione. Vogliamo avanzare l'ipotesi che esso comporti un morfismo genetico... »<sup>35</sup> Uno si domanda quale schizofrenia Huxley abbia in mente: quella di Gesù? di Lincoln? di Hitler? di Stalin? Tutti questi uomini, come d'altronde molti altri meno conosciuti, sono stati definiti schizofrenici da esperti per i quali, indubbiamente, Huxley ha rispetto e fiducia.

Considerando il modo in cui la schizofrenia viene diagnosticata, è impressionante considerare quanto spazio venga offerto dalle importanti riviste scientifiche alle ripetute dichiarazioni dei ricercatori che la schizofrenia è, in primo luogo, una malattia e, in secondo luogo, una malattia genetica. Nel 1970 la rivista

« Science » pubblicò una delle sue periodiche riaffermazioni della realtà del concetto di malattia attribuito alla schizofrenia. Leonard Heston, uno psichiatra, asserisce:

« Il contributo di fattori genetici all'etiologia della schizofrenia è stato confermato in modo decisivo... L'importanza dei fattori genetici nello sviluppo della schizofrenia è stata ormai stabilita oltre ogni ragionevole limite di discussione... Riguardo al rischio di schizofrenia per la popolazione nel suo complesso, si calcola che almeno il 4% dell'intera popolazione sarà affetta da disturbi schizoide-schizofrenici »<sup>36</sup>.

Ciò è doppiamente rassicurante per la psichiatria: le garantisce una riserva sicura di clienti e spazza via tutti gli scetticismi di coloro che vengono qui definiti « irragionevoli ».

Nello stesso anno, Elaine Cumming, una sociologa che lavorava allora come capo cerimoniere al Department of Mental Hygiene dello Stato di New York, scrisse un editoriale per la rivista « American Journal of Psychiatry ». Dopo una pagina e mezza di banalità arriva a questa sorprendente conclusione:

« Soprattutto in psichiatria abbiamo il problema supplementare del marchio d'infamia che viene ancora impresso alle nostre malattie. Una metà della nostra ricerca pare avere in qualche modo il recondito scopo di « addossare l'infamia » di una malattia sia personalmente che collettivamente alla schizofrenia. Tale modo di procedere le cose indubbiamente le indagheremo sebbene forse sia necessario per la nostra sopravvivenza sociale: in ogni caso, la scoperta di un virus o di un anello sostituibile biochimicamente nella catena causale della [schizofrenia] sarebbe una liberazione per gli epidemiologi e una liberazione da una malattia veramente tremenda »<sup>37</sup>.

Questa è una conclusione sorprendentemente rivelatrice per una ricercatrice che, io penso, doveva conoscere veramente bene come stavano le cose. Se, come dice, la schizofrenia fosse una malattia, questa sarebbe davvero una liberazione per la psichiatria. Da che cosa? Dalla frode di essere una falsa specialità medica. Sarebbe certamente una liberazione per la (psichiatria se venisse provato che la schizofrenia è dovuta a un virus o a un difetto genetico. Allo stesso modo farebbe piacere ai capitalisti se si potesse dimostrare che il comunismo è una « malattia mentale » e viceversa. Come darebbe piacere agli Ebrei se si potesse dimostrare che l'Islamismo è una « malattia mentale » e viceversa. In altre parole, nel nostro mondo intossicato dalla medicina, si pensa in genere che nel caso di un disaccordo fra due partiti, se uno dei

due può dimostrare che l'altro è malato, schizofrenico, questo stabilisce irrefutabilmente la superiorità, sia scientifica che morale, del primo sul secondo. Come possiamo spiegare altrimenti la fervente speranza, presente in quasi tutti gli ambienti « scientifici » che la schizofrenia sia una malattia e meglio ancora una malattia genetica? (Perché allora non è presente in quegli ambienti anche la speranza che essa sia un mito, un errore medico originato dal desiderio di isolare alcuni disturbatori? Non potrebbe anche questo aiutare le vittime?)

Anche la letteratura inglese sulla schizofrenia è esattamente uguale a quella americana. Un editoriale della rivista « New Scientist » ci informa:

« La schizofrenia è una terribile malattia che affligge una persona su cento della popolazione e rovina la vita di molte altre a causa dell'influsso che lo schizofrenico può avere sul resto della sua famiglia. Circa 60.000 posti letto in Gran Bretagna sono occupati da schizofrenici.. Tutto questo ha una base scientifica di evidenza schiacciante che indica la radice genetica di questa malattia, probabilmente mediata attraverso cambiamenti biochimici nel cervello. Non è una malattia mistica: ha cause fisiche, ed è curabile, se verrà dato abbastanza spazio alla ricerca di base »<sup>38</sup>.

Mi sembra che mai, nella storia della medicina moderna, tante autorità abbiano fatto altrettante affermazioni intorno alla causa di una malattia, quando invece la malattia in questione non può neppure essere identificata obiettivamente con osservazioni e criteri istopatologici e patofisiologici; quando, in altre parole, la vera identità, per non parlare della natura, della malattia che tali autorità con tanta convinzione, addirittura con arroganza, affidano alla ricerca e vogliono curare, è avvolta se non nel mistero, almeno nella controversia.

Al momento attuale non esiste dimostrazione istopatologica o fisiopatologica che la schizofrenia è una malattia. Del resto, se qualcuna ce ne fosse, i sostenitori di tale affermazione sarebbero i primi a sostenere che la schizofrenia non è una malattia della mente, ma del cervello. Ciò nonostante secondo la dottrina psichiatrica corrente, onorata nel mondo intero, la schizofrenia è una malattia; ed è, per di più, « fundamentalmente » uguale dovunque, sebbene, a causa della diversità di usanze e di comportamenti nella vita nazionale, gli psichiatri di vari paesi tendano a diagnosticarla in modi leggermente diversi fra loro.

Steven R. Hirsch, decano conferenziere al Westminster Hospital di Londra, riferisce che gli psichiatri americani fanno diagnosi di schizofrenia due volte più spesso di quelli inglesi<sup>39</sup>.

Tolani Asuni, direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico Aro-Abeokuta, in Nigeria, dichiara che « La schizofrenia non può essere un prodotto esclusivo della società occidentale perché essa incide per il 70% sui ricoveri negli ospedali psichiatrici africani »<sup>40</sup>.

Jimmie Holland, del Collegio di Medicina Albert Einstein, riferisce in base alle sue personali esperienze che «Nell'Unione Sovietica, quando un paziente è stato diagnosticato schizofrenico viene poi considerato per sempre tale anche se diventa asintomatico »<sup>41</sup>. Ella osserva:

« Gli psichiatri sovietici trovano difficile credere che gli hippies americani non sono tutti schizofrenici... Uno psichiatra sovietico può essere davvero convinto che un dissidente politico abbia una forma permanente di schizofrenia perché un dissidente appare come uno che ha delle idee esagerate sulla sua importanza e sulla validità della sue vedute ideologiche su un cambiamento politico... I pazienti non hanno possibilità di scegliere lo psichiatra che li curi. L'atteggiamento dello psichiatra è cortese, attento, paternalistico e fortemente autoritario. Egli ha il potere d'intervenire sulla situazione di lavoro del suo paziente, di metterlo a riposo, e di prendere altre decisioni circa la sua vita... »<sup>42</sup>.

Non si deve credere che solo le attuali definizioni e gli usi moderni della schizofrenia siano così indeterminati, variabili e moralmente obbiettabili, e che in passato la diagnosi fosse definita ed usata con più attenzione e in senso più stretto. Citerò un esempio per fugare questa opinione. La fonte è ancora Kallmann, che, bisogna ricordarlo, è considerato il fondatore della genetica psichiatrica moderna. Fra i pazienti di cui parla nel suo famoso studio su 1.087 schizofrenici, egli incluse un « sottogruppo », che classificò « psicopatici schizoidi », e che descrive nel seguente modo:

« Nel classificare gli psicopatici schizoidi, abbiamo di nuovo interpretato la diagnosi nel senso più stretto possibile [sic]... Il nostro concetto di psicopatici schizoidi comprende i tipi dell'asociale, dell'insensibile, dell'irrisolto e del fanatico che sono considerati da Schneider rispettivamente come (prototipi dei casi cataoide, eboide, schizoide e paranoide, e da Hoffmann come idioti testardi, tiranni maligni, imprevedibili bizzarri, macchinatori pignoli, ritrosi "bambini modello" e sognatori senza alcun contatto con la realtà. Comunque abbiamo incluso nella classificazione solo quegli individui psicopatici che presentavano le caratteristiche schizoidi fondamentali dell'introversione autistica, dell'inadeguatezza di reazioni emotive, di improvvisi sbalzi di umore e di inappropriate reazioni motorie a stimoli emotivi e coloro nei quali i sintomi di anormalità schizoide come la bigotteria, il pietismo,

l'avarizia, la superstizione, la sospettosità, l'ostinazione e la testardaggine erano presenti in un grado sproporzionato e impressionante ed erano dominanti nella personalità degli individui in questione »<sup>43</sup>.

Si può chiamare questa una relazione su ciò che Kendell pretende essere una malattia indiscutibilmente vera da un punto di vista clinico o su « sintomi » di una tale malattia? Se il termine schizofrenia non racchiudesse in sé un immenso problema umano, si potrebbe essere tentati di fermarsi direttamente a questo punto. Che bisogno c'è infatti di un'ulteriore prova per dimostrare quale inganno crudele sia tutto questo? Per dimostrare che la schizofrenia non è una ipotesi scientifica, ma un simbolo sacro? E che come tale, al pari dell'Ospite medioevale pugnalato dal malvagio Ebreo, essa mostra i più terribili « sintomi » e perciò giustifica i più spietati interventi?<sup>44</sup>.

Gli esempi che ho citato, e come questi ce ne sono innumerevoli altri, illustrano due cose. Primo, che nessuno degli esperti citati sembra avere il minimo dubbio che la schizofrenia sia una malattia che egli sa riconoscere e identificare. Secondo, che c'è una grande confusione nella testa di questi esperti, nelle loro relazioni e nella psichiatria in genere, circa le differenze fra scienza e politica, fra diagnosi medica come tassonomia tecnica e diagnosi psichiatrica come azione politica. Le affermazioni scientifiche sono sostenute dalle dimostrazioni; per esempio, l'affermazione che la paresi è una infezione sifilitica del cervello è sostenuta dalla dimostrazione che esistono *Treponema pallidi* nel cervello di tali pazienti. Le azioni politiche invece non si basano sulle dimostrazioni, ma sul potere: per esempio, la politica di rinchiudere certe persone senza accusarle di alcun reato e senza processarle per esso, e quella d'imporre loro a forza l'etichetta infamante della « schizofrenia », non si basa su alcuna dimostrazione di lesioni morfologiche del loro cervello, ma sul potere che hanno le autorità di agire in quel particolare modo verso quelle particolari persone. L'uso di tale potere è chiaro, e non viene in genere contestato, quando l'imposizione forzata del ruolo infamante e dello stato di reclusione si realizza senza la partecipazione di personale medico o psichiatrico. Per esempio, quando i nazisti stigmatizzano e isolano gli Ebrei, quella è persecuzione; quando gli Americani fanno la stessa cosa con i loro concittadini che hanno la pelle nera o antenati giapponesi, anche questa è persecuzione. Ma quando della gente, in tutto il mondo, condanna e isola dei parenti o dei vicini che si comportano in un modo che alla maggioranza non piace, e quando questa condanna viene perseguita per mezzo di condanne

e segregazioni pseudomediche, allora viene generalmente accettata non come una persecuzione, ma come psichiatria<sup>45</sup>.

Mentre alcuni esperti si scervellano sulla natura e sulla causa della schizofrenia, altri fra i quali biologi e chimici oltre a psichiatri, sono già pronti a curarla. Fra i non psichiatri che hanno una cura da offrire, c'è addirittura un'autorità come Linus Pauling a cui sono stati attribuiti ben due premi Nobel. Come coeditore di un libro che s'intitola *Orthomolecular Psychiatry* \* e ha il sottotitolo più modesto di *Treatment of schizophrenia*, Pauling sostiene che la schizofrenia si può curare con una « terapia megavitaminica », cioè con dosi massicce di vitamine<sup>4</sup>. Non è chiaro, però, come fa ad essere sicuro di stare curando un vero caso di schizofrenia. Dobbiamo pensare che Pauling accetti l'affermazione dei suoi colleghi psichiatri che quella che loro *chiamano* schizofrenia sia schizofrenia, ma questo è un atteggiamento che mal si addice a uno scienziato della sua levatura.

Nella prefazione a *Orthomolecular Psychiatry*, Pauling scrive:

« Alla voce *Pazzia*, nella nona edizione dell'*Encyclopedia Britannica* (1881), la *pazzia* viene definita come una malattia cronica del cervello che provoca dei sintomi mentali disordinati, cronici. L'autore dell'articolo, (J. Batty Tuke, Professore di inf. mentale alla Scuola di Medicina di Edimburgo) dichiarò poi che tale definizione possiede il notevole vantaggio pratico di mantenere chiaro davanti allo studente il fatto primario che la demenza è il risultato di una malattia del cervello... Al giorno d'oggi... è universalmente riconosciuto che il cervello è l'organo attraverso il quale si manifestano i fenomeni mentali e che perciò è impossibile concepire l'esistenza di una mente malata in un cervello sano »<sup>47</sup>.

Pauling cita questo passo, che esprime chiaramente il paradigma della mente paretica, con incondizionata approvazione. Ma, mentre Tuke avanza solo una ipotesi, Pauling la considera una realtà. E' significativo che non cerchi di provare che la schizofrenia è una malattia del cervello, come Noguchi e Moore fecero per la *paresi*, ma cerca di sostenere la validità della sua affermazione citando, e rifiutando, l'affermazione di Freud che « la malattia mentale » è « psicogena »:

« Nel 1929, quando fu pubblicata la quattordicesima edizione della *Encyclopedia Britannica*, la situazione era cambiata, in gran parte per lo sviluppo della psicoanalisi ad opera di Sigmund Freud. La precedente definizione di *pazzia* fu cancellata e sostituita dalle discussioni fra due punti di vista differenti [uno organico, l'altro psicogeno] »<sup>48</sup>.

---

\* *Psichiatria ortomolecolare (N.d.T.)*.



Dopo aver citato la definizione psicoanalitica classica di « malattia mentale », ma senza far notare il cambiamento della terminologia da « pazzia » a « malattia mentale », Pauling continua così:

« La psicoanalisi non è riuscita, e la psichiatria sta ora perciò tornando rapidamente all'approccio scientifico, a riconoscere il carattere della malattia mentale... La dimostrazione dell'efficacia delle fenotiazine e di altri farmaci (e l'inefficacia della psicoanalisi) ha accelerato la riaccettazione del concetto che la malattia mentale è una malattia del cervello, e che è proprio il cervello che va curato, cambiando la sua composizione molecolare »<sup>49</sup>.

Pauling dice qui molte cose, tutte insieme. Dobbiamo districarle e trattare ogni argomento separatamente. Prima di tutto, sembra dire che non c'è malattia mentale, che non ci può essere una malattia mentale, che una malattia è, per definizione, fisica. Fin qui sono perfettamente d'accordo. Ma se tutte le malattie mentali sono malattie del cervello, se ogni malattia mentale è davvero soltanto il « sintomo mentale » di condizioni come la paresi o la pellagra, allora non ha senso avere due classi di malattie del cervello, una neurologica e l'altra mentale. Invece sarebbe necessario sostenere, come ho sostenuto io, primo, che le malattie del cervello sono malattie del cervello e che le malattie mentali non sono affatto malattie; secondo, che quella che si sospetta possa essere una malattia del cervello non diventa reale finché non sia provata da ricerche istopatologiche o fisiopatologiche appropriate, consistenti e ripetibili; terzo, che persone con o senza malattie cerebrali sono « pazienti » solo in quanto esse stesse accettano di assumerne il ruolo, perché come individui in una libera società hanno il diritto fondamentale di rifiutare la diagnosi medica, il ricovero in ospedale e la cura.

Ma non sono queste le conclusioni che Pauling trae dalla sua indimostrata e indimostrabile affermazione che tutti i malati di mente hanno una malattia del cervello. Ne trae invece tre diverse conclusioni, ognuna delle quali mi sembra vuota, falsa o addirittura immorale. Primo, Pauling afferma che la psicoanalisi ha fallito come terapia; è vero non per i motivi che egli porta, ma perché la conversazione non può curare una malattia vera, e perché è impossibile curare malattie (« mentali ») inesistenti<sup>3</sup>. In secondo luogo, Pauling porta l'uso dei moderni psicofarmaci a dimostrazione che le malattie mentali sono malattie cerebrali; allo stesso modo avrebbe allora potuto sostenere che il larghissimo uso di alcoolici e di tabacco è una dimostrazione che la razza umana soffre di deficienza di alcool e di nicotina. Terzo, Pauling dichiara

che « è proprio il cervello che ha bisogno di essere curato »; questo è un linguaggio improprio e sciatto perché non può essere curato un cervello o un fegato, ma solo una persona, un paziente. In definitiva egli evade il problema della possibilità o meno da parte di una persona che abbia avuto la sventura di possedere questa supposta malattia del cervello, di avere voce in capitolo per quanto riguarda la cura. Il modo evasivo di Pauling implica sicuramente, e le amicizie psichiatriche che egli mantiene lo implicano di certo, che egli approvi il fatto di curare tali persone col loro consenso, quando esso sia ottenibile, o senza il loro consenso nel caso contrario (presumibilmente ottenendo il consenso da parenti o da tribunali, come si fa in pediatria e psichiatria).

La conclusione è che nelle mani o nella mente di Pauling non ci sono pazienti psichiatrici come persone o individui capaci di agire; ci sono solo cervelli malati che hanno bisogno di essere rimessi a posto da un trattamento ortomolecolare. La dichiarazione seguente, che è al limite della stravaganza nel quadro che dà di quel che gli psicoterapisti fanno ai loro pazienti, conferma appieno la mia osservazione precedente:

« Non si giustifica la decisione della maggior parte degli psichiatri, che non accettano i principi della psichiatria ortomolecolare, di ridurre ai loro pazienti le dosi di vitamine a certi livelli arbitrari, senza sperimentare la possibilità di effetti migliori ottenibili con dosi più elevate »<sup>51</sup>

Psichiatri, psicoterapeuti e psicoanalisti sono stati accusati, anche da me, di ogni sorta di nefandezze, ma oso dire che l'accusa di « ridurre ai loro pazienti le dosi di vitamine » è proprio nuova. La scelta della parola « decisione » da parte di Pauling per descrivere questo controllo della « maggior parte degli psichiatri » sulle dosi di vitamine prese dai loro pazienti è, a dir poco, strana. In realtà la maggior parte degli psichiatri non sa e non si cura affatto di sapere se e quante vitamine prendono i loro pazienti. Se Pauling ignora questo, ci si può chiedere cosa effettivamente egli sappia di quel che succede in psichiatria<sup>52</sup>.

Mi sono fermato a commentare un po' in dettaglio la psichiatria ortomolecolare in primo luogo per la chiara fama del suo principale teorico, Linus Pauling; in secondo luogo perché, sebbene Pauling e i suoi seguaci sostengano che i disturbi mentali sono malattie del cervello, essi continuano a chiamarli disturbi mentali. In terzo luogo perché, nonostante il fatto che Pauling abbia la fama di essere un civile libertario, non c'è un solo riferimento nelle 697 pagine del libro *Orthomolecular Psychiatry* alla situa-

zione legale degli schizofrenici o di altri malati di mente, agli interventi psichiatrici non volontari o a qualsiasi altro aspetto riguardante i diritti civili nelle diagnosi psichiatriche, nei ricoveri ospedalieri e nelle cure.

Molto prima che Pauling prestasse il prestigio del proprio nome ai loro sforzi, Abram Hoffer e Humphry Osmond, due psichiatri, avevano dichiarato di poter curare la schizofrenia con vitamine e, cosa abbastanza curiosa, con una organizzazione autonoma chiamato Schizophrenic Anonymus International. Hoffer e Osmond presentarono le loro teorie in un opuscolo intitolato *What You Should Know About Schizophrenia*, pubblicato dalla American Schizophrenia Foundation, una corporazione non a fini di lucro che essi « possiedono ». Nei riconoscimenti in copertina, leggiamo che « Questo opuscolo fu preparato da uno schizofrenico guarito con l'aiuto del Dottor Abram Hoffer, direttore della ricerca psichiatrica all'Ospedale dell'Università di Saskatoon, Canada, e del dottor Humphry Osmond, direttore dell'Ufficio Ricerche di Neurologia e Psichiatria, Princeton, N.J. »<sup>53</sup>. Secondo Hoffer e Osmond:

« La schizofrenia non è un modo di vita. Non è un reato. Non predilige gli artisti e gli intellettuali... Non è provocata da demoni o da madri possessive o da padri tirannici o da omosessualità latente o da stress... La schizofrenia è una *malattia* fisica, allo stesso modo in cui sono malattie fisiche la pellagra, il diabete e i ritardi mentali. Ed è una malattia che è uguale in ogni parte del mondo »<sup>54</sup>.

Come fanno Hoffer e Osmond a saperlo? La scienza lo dice loro:

« Sono state recentemente raccolte una grande quantità di dimostrazioni scientifiche che indicano che lo schizofrenico è vittima di un "errore metabolico" nei processi chimici del suo corpo. Tale difetto, probabilmente ereditario, causa la produzione di una sostanza velenosa che influenza il cervello e crea profondi disturbi nella percezione e cambiamenti radicali nei processi intellettivi, nella personalità e nel comportamento »<sup>55</sup>.

Questo opuscolo di quattordici pagine dà delle informazioni molto interessanti compresa una lista di quattordici « segni premonitori » dell'approssimarsi di un attacco di schizofrenia. I primi quattro sono: « 1) Insonnia; 2) Eemicrania; 3) Cambiamento del colore della pelle in una tonalità più scura; 4) Un continuo e sgradevole odore corporeo... »<sup>56</sup>. Comprende anche prescrizioni come questa « Dovete sempre fidarvi del giudizio del vostro me-

dico e seguire fedelmente le sue istruzioni»<sup>57</sup>. Non viene fatta menzione degli effetti terapeutici dei vari tipi di profumi contro lo sgradevole odore corporeo degli schizofrenici; né delle conseguenze sociali di deodorarli attraverso il ricovero forzato.

Oltre che alle vitamine, Hoffer e Osmond per la loro terapia si affidano alla Schizophrenics Anonymus International da loro fondata. Secondo un articolo apparso su « The National Observer »:

« E' invitato ad aderire qualsiasi individuo che sia stato diagnosticato come schizofrenico da uno specialista di malattie mentali. I membri pronunciano i 12 punti del programma della "speranza permanente", che comprende una testimonianza di fede in Dio e la promessa di seguire le cure prescritte »<sup>58</sup>.

Le regole dell'Anonima Internazionale Schizofrenici, come viene annunciato nell'opuscolo dell'organizzazione, richiedono che i suoi membri dichiarino che:

« Sono arrivati a credere che un potere più grande di loro possa ricondurli alla salute.

Hanno deciso di affidare la loro volontà e la loro vita a Dio, poiché hanno capito che Egli...

Desiderano approfondire attraverso la preghiera e la meditazione il loro contatto cosciente con Dio... pregando solo per poter conoscere la Sua volontà su di loro e ottenere la forza di metterla in pratica »<sup>59</sup>.

Sarebbe difficile superare l'orgogliosa arroganza delle affermazioni di Hoffer e Osmond. Essi insistono sul fatto che la schizofrenia è una malattia fisica, proprio come la pellagra e il diabete (sono esempi loro). Eppure raccomandano che le persone affette da questa malattia « affidino la [loro] volontà e le [loro] vite alla protezione di Dio » - e dell'Internazionale Schizofrenici. Se questa non è pura bigotteria, è difficile dire che altro possa essere. A questo riguardo è particolarmente divertente constatare l'incondizionato sostegno di Linus Pauling, lo scienziato ateo, a questa forma di religione appoggiata dallo Stato.

Molti psichiatri contemporanei riconoscono e ammettono che l'oggetto cui si riferisce il termine schizofrenia è incerto e variabile. Ma ciò non scuote in alcun modo la loro fede sia nella realtà della schizofrenia come « malattia », sia nella legittimità medica e morale di tale termine come « diagnosi ». Le osservazioni seguenti degli editori del « Bollettino di Schizofrenia » dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale sono esempi tipici di tale ipocrisia - cioè l'ammettere la debolezza di un particolare termine psi-

chiatrico solo per giustificarne meglio l'uso continuo tendente a controllare la devianza.

« Ciò che è o non è schizofrenia è stato il soggetto di rovente, se non chiarificatrice, discussione sin dal momento in cui il termine fu coniato da Bleuler nel 1911. Il fatto che tale categoria diagnostica sia stata largamente accettata e usata, sebbene manchi una definizione universalmente accettata, è degno di attenzione. I modi in cui il termine "schizofrenia" è stato applicato variano largamente e sono stati influenzati da fattori non specifici (cioè non riferiti al paziente) come la preparazione teoretica di chi fa la diagnosi, la sua esperienza, la natura del rapporto che si è creato nella visita diagnostica e il contesto entro cui viene condotta la visita (cioè l'ospedale o la clinica)... E poi, naturalmente, c'è il problema più difficile di tutti: non è possibile provare una diagnosi di schizofrenia. Non c'è alcun esame che possa confermare in modo autonomo che l'individuo così designato è in effetti schizofrenico»<sup>60</sup>.

Ciò che fanno notare questi osservatori, naturalmente, si è sempre saputo. La diagnosi di schizofrenia non può essere provata più di quanto lo possa essere una « diagnosi » di « non-americanismo », per la semplice ragione che nessuna delle due è una diagnosi medica. E' mettere completamente fuori strada definire le osservazioni sopra riportate « il problema più difficile » riguardo alla schizofrenia; non sono affatto problemi, ma osservazioni che da sole aiutano a risolvere il cosiddetto problema della schizofrenia insinuando il forte sospetto che la « schizofrenia » non sia mai stata, non sia ora, e probabilmente non sarà mai un termine diagnostico in buona fede.

Comunque nessuna di queste dimostrazioni distoglie gli editori del « Bollettino di Schizofrenia » dal considerare la schizofrenia una malattia riconosciuta dalla medicina. Né alcuno di loro si sogna di impedire ai sostenitori delle megavitamine di « curare » gli schizofrenici come se la loro malattia non fosse, in linea di principio, diversa dal diabete<sup>61</sup>.

Ciò non sorprende davvero. La diagnosi di schizofrenia non è mai stata concepita come un aiuto al « paziente ». Perché dovremmo attenderci che egli venga aiutato oggi? La diagnosi aiutò invece Bleuler; lo rese famoso. E aiuta oggi gli psichiatri contemporanei a mascherare la loro coercitiva ingerenza come « cura ».

Voglio aggiungere qui una breve osservazione sul rapporto fra conoscenza scientifica della natura della malattia e la pretesa dei medici di saperla curare. Nel corso della lunga storia della medicina più era incerta la natura di una malattia, più numerosi erano i sistemi di cura per essa. Al giorno d'oggi non esiste si-

curarmente alcuna altra « malattia » per cui questo sia più vero della schizofrenia. Non esiste la minima concordanza di vedute su ciò che è la schizofrenia e su chi davvero sia o non sia schizofrenico. E se la fenomenologia della schizofrenia è nascosta dietro opache cortine, la sua etiologia è sepolta nella più profonda oscurità. Ma nessuna delle due cose impedisce a ricercatori e a scienziati medici di scoprire continuamente nuove cure per essa. Fra queste la più recente è il digiuno, che ha assunto il nome più appropriato di « totale astinenza dal cibo »! Da un articolo molto sicuro di sé dal titolo « il digiuno: una vecchia cura per l'obesità, una nuova cura per la schizofrenia », apprendiamo che:

« Nonostante i rischi che presenta, alcuni medici hanno cominciato a usare il digiuno come trattamento per la schizofrenia. Il disordine mentale cronico, che comprende una quantità enorme di possibili sintomi mentali dalle allucinazioni, all'apatia, alla paranoia, colpisce più di due milioni di americani e costa al paese più di 14 miliardi di dollari all'anno »<sup>62</sup>.

Avendo in tal modo « identificato » la presunta malattia, il lettore è probabilmente messo nella condizione mentale adatta ad apprezzare la disinteressata lotta di quei sapienti in camice bianco che tentano di salvare la ragione di « più di due milioni di americani », per non parlare dei 14 miliardi di dollari. L'autore di questo articolo. Steve Berman, non ha dubbi che la schizofrenia sia una malattia. Dopo tutto, abbiamo già fatto un passo avanti per curarla. Ora dobbiamo farne un altro:

« Ma non c'è stato nessun altro serio progresso nella battaglia contro questa malattia da quando un medico di bordo francese introdusse le fenotiazine nel 1951. Ancora nessuno sa se il digiuno potrà rivelarsi un passo avanti altrettanto importante. Un numero ancora limitato d'esperimenti in questo senso promette bene »<sup>63</sup>.

Se la miseria umana sfruttata da questi moderni mercanti d'olio di serpente, talismani, non fosse tanto tragica, la scena che si viene delineando davanti a noi riguardo al « trattamento della schizofrenia » farebbe ridere. Gli psichiatri non conoscono cosa sia la schizofrenia e non sanno come diagnosticarla. Intanto, però, un gruppo di essi sostiene di essere in grado di curarla imbottendo i « pazienti » di enormi dosi di vitamine, mentre un altro gruppo raccomanda di eliminare qualunque tipo di nutrimento. E' difficile vedere come queste due affermazioni possano essere vere, anche se è facile rendersi conto di come entrambe possano essere false.

Non sorprende che fra coloro che appoggiano il metodo di mettere alla fame gli schizofrenici ci siano gli psichiatri russi, oggi largamente riconosciuti come i più avanzati nella diagnosi di questa terribile malattia:

« Altri esperimenti di totale astinenza dal cibo [sic] sono stati portati avanti dal prestigioso istituto psichiatrico di Mosca. Qui il professore Uri Nikolayev è stato il primo a sperimentare il digiuno come possibile cura per la schizofrenia... Egli ha constatato un miglioramento nell'ordine del 65% fra i suoi oltre 7000 pazienti »<sup>64</sup>

I sionisti chiamati « schizofrenici »; il mettere alla fame chiamato « totale astinenza » dal cibo; è meglio ridere piuttosto che piangere!

Per nulla scoraggiati da tutti i meravigliosi trattamenti « medici » per la schizofrenia, coloro che la ritengono un « disturbo psicologico » continuano ad offrire le loro cure « psicodinamiche ». In un articolo su una rivista, Arieti enumera il contributo di famosi psicoterapisti al trattamento della schizofrenia. Poi enuncia la sua « tecnica » che tende:

« a ristabilire il legame delle relazioni umane col paziente, attaccando i sintomi psicotici con tecniche specifiche, cercando di comprenderne la storia psicodinamica, specialmente i rapporti non capiti con la famiglia e cercando di aiutare il paziente ad aprirsi verso nuovi e non psicotici modelli di vita. In tal modo sebbene la psicoterapia della schizofrenia mantenga la tecnica interpretativa e lo svelamento di ciò che è represso, come nell'originaria terapia psicoanalitica, essa si espande in molte direzioni. E' tanto costruttiva quanto interpretativa... Sebbene all'inizio il terapeuta assuma un ruolo genitoriale, poi gradualmente diventa alla pari col paziente »<sup>65</sup>.

Sebbene questo brano rifletta fedelmente la fondamentale onestà del suo autore, non si può dire che contenga informazioni chiare su ciò che il terapeuta e il paziente possono e non possono fare nelle situazioni terapeutiche o fuori di esse. In realtà apprendiamo ciò che fa uno dei terapeuti, alla cui opera di pioniere Arieti si riferisce, con alcuni dei suoi pazienti schizofrenici, dagli atti di un processo intentatogli per scorrettezza professionale. Verso la fine degli anni '40 e l'inizio dei '50, John Rosen si proclamò in possesso di una nuova e miracolosa cura per la schizofrenia, che chiamava « analisi diretta ». Come vedremo, un elemento costitutivo dell'analisi diretta è l'attacco diretto, cioè il terapeuta che picchia il paziente chiamando la cosa « cura ».

La paziente, Alice Hammer, era una persona adulta, ma le-

galmente interdetta e affidata alle cure di Rosen dai suoi genitori. Ciò che segue è estratto dalle registrazioni in tribunale del processo per scorrettezza professionale condotto a carico di Rosen dai genitori di Alice Hammer:

\* Fu portato all'attenzione della famiglia che l'imputato sosteneva di ottenere notevolissimi risultati nella cura dei pazienti schizofrenici. Furono quindi presi contatti con l'imputato, gli venne fatta richiesta di curare la paziente ed egli accettò. L'infermiera H. Louise Wong che assistette la paziente per 12 giorni nel settembre 1948, testimoniò che per due volte aveva accompagnato la paziente dall'imputato per il trattamento... Dopo la fine della prima seduta, la Wong osservò che il corpo della paziente era coperto da lividi e che i suoi abiti erano lacerati e in disordine... Oltre alla testimonianza della Wong, c'era ampia prova nelle registrazioni degli attacchi dell'imputato verso la paziente in varie occasioni nel corso delle sedute. La signora Hammer testimoniò che dopo le sedute ella notava che la figlia era stata "picchiata" e aveva "gli occhi neri" e che tornava dalle sedute "nera e blu". La signora Hammer testimoniò anche su alcune conversazioni avute con l'imputato nelle quali egli aveva affermato che le percosse lamentate facevano parte della cura »<sup>66</sup>.

In propria difesa Rosen replicò,

\* che il trattamento era chiaramente conosciuto e accettato, dal momento che la madre della paziente aveva dichiarato che, se le percosse „erano mezzo di cura, ella era consenziente al trattamento » .

La Corte d'Appello non ne rimase particolarmente impressionata<sup>a</sup>. Picchiare i malati di mente non era naturalmente una cosa inventata da John Rosen: la sua innovazione si limitava all'averlo fatto nella relativa apertura del suo studio privato invece che dietro le porte chiuse di un ospedale psichiatrico.

Ora non sentiamo più parlare molto dell'analisi diretta. E' stata soppiantata da altre cure rivoluzionarie, come per esempio la seguente, che è stata recentemente annunciata nelle pagine del « Bollettino di Schizofrenia », una pubblicazione dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale. Insieme alle megavitamine e alle percosse, anche questo ci mostra chiaramente come la schizofrenia non sia una sindrome psichiatrica, ma uno scandalo scientifico. L'autore Antonio Parras, assistente di psichiatria al Collegio medico di New York, spiega:

« Lo scopo del Centro Distensione è di fornire un ambiente



che sia relativamente tranquillo e distensivo e promuova una crescita... Il Programma ebbe inizio nell'ottobre 1971 al Centro di salute mentale della comunità di Maimonides. I pazienti furono informati che potevano andare a farsi rinnovare le prescrizioni il giovedì pomeriggio. Venne anche detto che il Centro Distensione era un ambiente informale dove essi potevano, se ne avevano desiderio, incontrarsi con altri pazienti e con il personale. Fu detto ai pazienti che potevano usare liberamente ciò che il Centro Distensione metteva a loro disposizione, e cioè la piscina, giochi di carte, arti e mestieri, musica e rinfreschi... Questo resoconto preliminare indica che il Centro Distensione può avere degli effetti benefici per gli schizofrenici cronici... Tale metodo di cura può essere applicato a una corsia di ricoverati cronici... Esso può essere una enorme fonte di materiale per gli studi sulla schizofrenia »<sup>69</sup>.

E' invece più probabile che questo programma e questi resoconti siano « una enorme fonte di materiale » per gli studi sugli scandali scientifici che i moderni psichiatri sono stati capaci di suscitare pubblicando le loro fantastiche fandonie sui giornali medici e scientifici famosi confondendo la distensione con un Centro Distensione e promuovendo questa metafora medica letteralizzata con l'imprimatur dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale, come un « trattamento » per la « schizofrenia »<sup>70</sup>.

Non stupisce perciò che ora tutti siano convinti che la schizofrenia sia una malattia. La paresi è una malattia per un solo motivo: perché il paretico soffre di un'anomalia del cervello che può essere dimostrabile. La schizofrenia è una malattia per molte ragioni: perché lo schizofrenico soffre di un'anomalia del cervello che la scienza medica è sul punto di dimostrare; perché sta male e fa star male altre persone; perché è rinchiuso in un ospedale psichiatrico; perché è sottoposto a trattamento psichiatrico e perché la sua malattia costa un sacco di soldi. Quest'ultimo criterio (l'ultimo dei criteri che si è venuto ad aggiungere agli altri sulla schizofrenia, ma forse quello più tipicamente americano) è indubbiamente il più fantasioso e umoristico.

La forma tipica di un simile metodo per affermare che la schizofrenia è una malattia, o meglio per sottintendere che essa è tanto evidentemente una malattia che impiantare una qualsiasi discussione sull'argomento diventa segno di stupidaggine, è di documentare il costo accuratamente calcolato della « malattia » e del suo « trattamento ». Un esempio di tale tentativo è una nota scritta da John Gunderson e Loren Mosher - Mosher è, va detto, il direttore del Centro di Studi sulla Schizofrenia dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale. Da moderno psichiatra « dinamico » e da devoto seguace di Laing, Mosher evidentemente non s'intende di

medicina. Ma come burocrate federale, è espertissimo in questione di danaro. Così scrivono lui e Gunderson:

« Il costo della schizofrenia è stato valutato da 11,6 a 19,5 miliardi di dollari all'anno. Circa i due terzi di tale costo si deve alla carenza di produttività dei pazienti schizofrenici e circa un quinto ai costi delle cure. Le valutazioni potrebbero essere considerevolmente più alte se si potesse disporre di cifre più attendibili per quanto riguarda il costo del mantenimento dei pazienti nella comunità »<sup>71</sup>.

Questa è pura retorica. Discutendo della « carenza di produttività » e delle « cure » degli « schizofrenici » come se discutesero di quelle dei pazienti che hanno avuto qualche attacco, Gunderson e Mosher inducono a credere che la schizofrenia sia davvero una malattia. In realtà molte persone sono « improduttive » (nel senso che producono meno di altri in circostanze analoghe, o meno di quello che potrebbero se fossero più esperte, o perché sono pigre, o perché sono mantenute da altri) per motivi estranei alla salute o alla malattia. Per esempio, i bambini e gli studenti, i ricchi e i pensionati sono tutti « improduttivi ». Ma gli psichiatri che discutono sul costo della schizofrenia non paragonano davvero gli schizofrenici con alcune di queste categorie. In tal modo riescono a comporre un bilancio gonfiato di costi sproporzionati che sarebbero da attribuire esclusivamente alla « schizofrenia ». Il brano seguente esemplifica questo effetto retorico e, probabilmente, il corrispondente scopo politico:

« Nel 1968 il costo di tutte le malattie mentali è stato valutato intorno ai 21 miliardi di dollari, 17 miliardi dei quali è stato attribuito alla perdita di produttività... I pazienti schizofrenici indubbiamente contribuiscono in proporzione larghissima a questa valutazione... Sembra verosimile valutare che gli schizofrenici viventi nelle comunità sono responsabili del 50% di perdita della produttività annua, cioè di circa 7,5 miliardi di dollari nel 1968 »<sup>72</sup>.

Gli autori prendono poi in considerazione gli schizofrenici disoccupati, sottintendendo che alcune persone sono disoccupate perché non riescono a trovare un lavoro e altre perché sono affette da una malattia chiamata « schizofrenia ». Sottintendendo questa distinzione più che mettendola in luce, essi nascondono l'affermazione che la schizofrenia è una malattia, rendendola in tal modo indisponibile ad una verifica. « Assumendo una media dal 2 al 3 per cento per la schizofrenia, essi scrivono, il 75% degli schizofrenici disoccupati contribuiscono per 3 o 4 milioni al numero totale dei disoccupati »<sup>73</sup>.

Ironicamente, Gunderson e Mosher riconoscono che, sebbene nel passato l'ambiente adatto per modificare e per studiare la parestesi era il laboratorio di neuropatologia e l'Istituto di ricerche chemioterapiche, adesso è il Congresso e la Zecca degli Stati Uniti. Per raggiungere tale fine, anche se non è questo che essi dicono di volere raggiungere, gli autori citano, con incondizionata approvazione, il capo di Mosher, Bertram S. Brown, direttore dell'Istituto Nazionale della Salute Mentale. Secondo il parere di Brown «il futuro della salute mentale e del ritardo mentale appartiene al campo dell'economia, della tassazione e della finanza»<sup>74</sup>. Se è così perché qui da noi si insegnano agli psichiatri Bleuler e Freud invece di Marx e von Mises? Perché ciò che Gunderson e Mosher intendono dire non è che gli psichiatri dovrebbero saperne di più in materia economica, ma che essi dovrebbero diventare più abili a rubare dal tesoro pubblico:

«Dobbiamo dimostrare che costa di più non curare la gente piuttosto che fornire loro una cura. Se raddoppiare il costo della cura fa dimezzare la perdita di produttività, si risparmieranno circa 2 miliardi di dollari all'anno»<sup>75</sup>.

Qui, dunque, ci troviamo di fronte alle inesorabili conseguenze della psichiatria come sacra missione sostenuta dallo Stato e dalla sua prospettiva collettivistico-positivista di trattare le persone come oggetti difettosi. I motivi e le giustificazioni tradizionali per la cura, in medicina, sono sempre stati, primo, che il paziente ha una malattia; secondo, che egli vuole essere curato per tale malattia e accetta di sottoporsi alla cura; e, terzo, che un medico acconsente di curarlo. Gunderson e Mosher aggiungono ora a tale elenco una quarta giustificazione al trattamento, quella che è da tempo la interpretazione terapeutica preferita dai marxisti, dai comunisti e dai socialisti, e cioè che la cura dei malati viene fatta nell'interesse economico della società. E' importante formulare anche il corollario di tale norma: che il trattamento potrebbe non esserci, forse addirittura proibito, se non è nell'interesse economico della società. Il desiderio del paziente di essere curato e il suo consenso e la libertà del medico di curare o di rifiutare la cura sono, naturalmente, tutte questioni, in teoria (e, nel cosiddetto campo della salute mentale, in pratica), in disaccordo col principio economico-terapeutico enunciato da Gunderson e Mosher. Ma ciò non sorprende. Il principio da essi proposto è a beneficio dei burocrati che essi rappresentano, cioè dello psichiatra-poliziotto impiegato dello Stato. Dopo tutto sono loro, non i pazienti, i beneficiari dei fondi di cui qui si discute.

Parte di tutto questo è sempre stato vero, naturalmente, ma

un nuovo risvolto si è aggiunto alla moderna psichiatria collettivistico-coercitiva. Ciò che è stato sempre vero è che i pazienti ricevevano la cura e i medici prendevano il danaro. Ma tradizionalmente i pazienti volevano la cura ed erano loro che pagavano i medici. Nel nuovo stato di cose i « pazienti » ricevono « cure » che non vogliono ed è lo Stato che paga gli psichiatri per costringere, rinchiodare e mutilare chimicamente i suoi cittadini recalcitranti.

Al principio di questo capitolo, ho evidenziato il fatto che il fenomeno primario in un ospedale psichiatrico è ed è sempre stato la devianza sociale o l'essere di disturbo ad altri e il controllo o la repressione di ciò per mezzo dell'incarceramento psichiatrico; e che la nozione di schizofrenia è stata messa come un cappello sopra a tutto questo e non può essere trattata prescindendone. Sebbene io abbia fatto qualche riferimento anche alla psichiatria sovietica, la maggior parte di ciò che ho detto finora riguardava la psichiatria della cosiddetta società libera. Applichiamo ora le osservazioni e riflessioni fatte alla psichiatria nelle cosiddette società totalitarie. In questi sistemi il rapporto tra psichiatra e malato di mente è talmente paternalistico e coercitivo che io considero fuorviante persino chiamarli « medico » e « paziente ». Nell'Unione Sovietica i pazienti, specialmente i malati di mente, sono più prigionieri sulla parola che liberi cittadini che comprano un servizio medico, e i medici, specialmente gli psichiatri, sono molto più custodi sulla parola che medici che forniscono un servizio medico. Di conseguenza, i problemi sociali e personali di ogni genere e soprattutto il dissenso politico sono definiti e trattati come malattie psichiatriche anche più prontamente nell'URSS che negli Stati Uniti o in Gran Bretagna.

J.K. Wing, uno psichiatra inglese che aveva visitato l'Unione Sovietica in quattro occasioni, fornisce una documentazione della differenza fra la psichiatria sovietica e quella britannica in questo modo:

« Il sistema diagnostico usato da molti psichiatri sovietici è diverso da quello che si trova nella classificazione internazionale delle malattie. In particolare, il termine « schizofrenia » viene usato per descrivere condizioni che gli psichiatri britannici definirebbero in altri modi. Tale differenza clinica spiega in parte il diverso concetto di "responsabilità criminale", ma in gran parte la diversità è politica, più che medica »<sup>76</sup>.

Nessun medico, in nessuna parte del mondo, ammetterebbe che ci siano dei motivi politici per diagnosticare in modi diversi una

polmonite lobare o un infarto miocardico in paesi capitalistici o in paesi comunisti. Sebbene gli psichiatri americani e britannici stiano ora cominciando a riconoscere che ci sono ragioni politiche per diagnosticare la schizofrenia in maniera diversa nei loro paesi e in Russia, continuano tuttavia a sostenere che la schizofrenia è una malattia, esattamente come la polmonite lobare e l'infarto miocardico. Non c'è ragione di dubitare della validità della diagnosi quando è applicata in « modo corretto », sostengono questi psichiatri occidentali, o della « realtà » della malattia che essa definisce, solo perché alcuni psichiatri russi « fanno cattivo uso » di certe malattie psichiatriche. Wing descrive, è vero, il modo in cui il termine schizofrenia è usato in Russia per giustificare il controllo dei dissidenti, ma ciò non sembra avere influenza sulla sua accettazione del termine come denominazione di una malattia medica:

« Come abbiamo già visto il concetto di malattia mentale, e particolarmente la schizofrenia, è molto più esteso, [nell'URSS] che in Gran Bretagna e comprende moltissimi di quelli che noi definiremmo disturbi della personalità. Nessuna delle persone di cui mi sono stati presentati i casi clinici soffrivano di schizofrenia, nello stesso senso di quella evidente sindrome centrale che viene riconosciuta dagli psichiatri di tutto il mondo. Ci sono due gruppi principali: uno è composto da persone che sono state accettate [*sic*] negli ospedali molto prima che diventassero dissidenti politici (sebbene non per quella che io chiamerei "schizofrenia"), l'altro comprende persone che hanno sviluppato delle complesse teorie economiche e sociali che essi presentano come alternative all'ortodossia marxista corrente... La maggior parte degli psichiatri britannici probabilmente non farebbe una diagnosi di schizofrenia (né di alcuna altra malattia mentale) in tali casi »<sup>77</sup>.

Naturalmente la distinzione fra il ricovero volontario o non volontario in ospedale psichiatrico è del tutto priva di significato in Russia. Tutti i pazienti malati di mente sono in realtà prigionieri o prigionieri sulla parola: nessuno di loro è, e si sente, libero di decidere se preferisce essere curato in ospedale, in clinica o non essere curato per niente. Sebbene Wing sembri piuttosto insensibile riguardo alle istanze dei diritti umani in psichiatria, egli nota che, mentre sulla carta c'è una differenza fra i pazienti malati di mente volontari e quelli coatti, tale differenza non è in pratica dimostrabile.

« Ho tentato di scoprire se un paziente che non abbia una diagnosi sicura sia libero di lasciare l'ospedale "nonostante parere contrario", ma sembrava molto difficile per i miei informatori an-

che solo prevedere questo caso. Dopo molte discussioni dissero finalmente che la cosa era possibile, ma che non si ricordavano che si fosse mai verificata »<sup>78</sup>.

Non sembra che a Wing sia passato per la testa che in un paese dove non ci si può nemmeno trasferire da una città all'altra senza il permesso delle autorità nessuno si sognerebbe mai di lasciare l'ospedale mentale « nonostante parere contrario »\*.

E allo stesso modo non pare che venga in mente agli psichiatri o ai biologi, chimici e genetisti che basano il proprio lavoro sulle diagnosi psichiatriche, che la « schizofrenia » ha molto più a che vedere con la libertà e la schiavitù che con la salute e la malattia, più con la semiologia che con la biologia, in breve, più con la politica che con la genetica.

Per porre le mie osservazioni precedenti sulla schizofrenia nella giusta prospettiva è ora necessario per prima cosa sollevare e confrontare alcune fondamentali questioni etiche e politiche; e in secondo luogo ripassare brevemente in rassegna le nostre idee tradizionali sulla malattia, i nostri metodi tradizionali per identificarla e le metamorfosi che tali idee e metodi hanno subito nella psichiatria moderna.

Voglio far rilevare che esistono alcuni fondamentali interro-

---

\* Cercare di fare una distinzione fra ricovero mentale volontario e involontario in Russia è privo di significato e fuorviante allo stesso modo che cercare di fare una distinzione fra atletica non professionale e professionale in quel paese. Come noi sappiamo, tuttavia, nei Giochi Olimpici, le nazioni libere e non comuniste di tutto il mondo accettano gli atleti russi come se fossero dilettanti. Allo stesso modo, nei congressi e nelle organizzazioni mediche internazionali, medici liberi e non comunisti, accettano gli psichiatri russi come medici normali e i malati di mente russi come malati normali. Per di più, poiché anche nei paesi non comunisti la medicina è, come è sempre stata, una casa divina, che comprende medici e pazienti liberi e non liberi, lo stesso sistema di comportamento auto-distruttivo viene manifestato da parte dei medici « veri » nelle società libere verso i medici e gli psichiatri « falsi » e i loro pazienti: cioè i medici accettano gli psichiatri come fossero medici regolari e i malati di mente come fossero pazienti normali. Attraverso questi atti di capitolazione e di connivenza gli atleti dilettanti e i medici individualistici e tutti coloro che hanno chiari i valori che il proprio ruolo comporta commettono in realtà un suicidio<sup>79</sup>: accettando gli atleti russi come dilettanti, gli atleti occidentali contribuiscono a liquidare una distinzione importante nella loro società, ma non in quella comunista, allo stesso modo in cui, accettando dei medici che sono agenti dello Stato come se fossero invece agenti dell'individuo, i medici individualistici contribuiscono ad eliminare una distinzione essenziale per il proprio lavoro, ma non per quello dei loro colleghi collettivisti. Tale processo, se non verrà invertito, potrà condurre solo ad una graduale erosione e infine alla scomparsa dei valori e della identità dello sportivo dilettante in atletica e del medico come agente del proprio paziente in medicina.

gativi etici e morali che sono anteriori, da un punto di vista morale, logico ed empirico, al tipo di interrogativi nei quali gli psichiatri amano tuffarsi senza preoccuparsi affatto d'osservare alcune di quelle questioni preliminari di cui dovrebbero occuparsi con un minimo di senso di responsabilità. Gli interrogativi sono: è lecito agli psichiatri (o ad altri medici) diagnosticare che una persona è schizofrenica se quella persona, il presunto «paziente», non ha richiesto aiuto psichiatrico? E' lecito a loro far ciò se il «paziente» rifiuta esplicitamente di essere diagnosticato?

Penso che questi problemi siano interessanti perché, nonostante la loro apparente semplicità, sembra che non siano mai stati posti. L'intera storia della psichiatria sembra basata sulla premessa non esplicita, ma non per questo meno importante, che agli psichiatri sia lecito « diagnosticare » chiunque, in qualunque modo, vivo o morto, che lo voglia o che non lo voglia. Considero questa premessa al tempo stesso ridicola e repellente. Sono convinto che la si debba ripudiare nel modo più rapido e radicale possibile, sia per il nostro bene come guaritori, medici e scienziati, come per il bene dei nostri clienti involontari come vittime, pazienti ed esseri umani.

Voglio qui trattare un punto molto semplice, ma molto importante, che tocca il cuore, se non la mente, di chiunque sia stato mai uno che soffre o uno che guarisce; in breve, di ognuno di noi. Tale questione è la misura in cui la nostra mente è inviolabilmente nostra.

In tutti i sistemi sociali, liberi e non liberi, c'è una sfera di intimità individuale che le autorità, lo Stato, non ritengono di poter violare (eccetto che in circostanze eccezionali). Così pure certi intimi oggetti personali, come calze e pipe, libri e fotografie, sono generalmente riconosciuti come appartenenti a una persona, ciò che significa che essa può destinarli a ciò che vuole e chiamarli come vuole. Ma ci sono altre cose, meno tangibili ma non meno reali, che la gente considera egualmente come sue intime proprietà personali, come i propri sogni, le proprie opinioni, il proprio nome. In realtà la privatezza di questi preziosi possedimenti non materiali è ora generalmente molto meno protetta della privatezza di quei triviali oggetti materiali che ho nominato. E' un paradosso non abbastanza valutato che uno (psichiatra non possa andare in casa di una persona senza essere invitato e dare un altro nome al suo cane, ma che gli sia permesso di entrare in casa sua senza esserne richiesto e cambiare nome a lei. Questo è uno dei modi in cui un John Doe diventa un « paziente schizofrenico ».

Dobbiamo perciò porre a noi stessi dei severi interrogativi. Che cosa è più prezioso per noi: la privacy dei rapporti con i nostri figli o con i nostri genitori? Che cosa esige, e merita, una maggiore protezione dalle autorità (senza considerare chi esse siano o quali siano le loro motivazioni): il nostro diritto alla privacy della nostra casa o alla privacy della nostra mente? Il nostro diritto a chiamare come ci pare il nostro cane o noi stessi? Sono questioni come queste che stanno dietro la cortina semantica della nosologia {psichiatrica, ed è questa cortina che nasconde agli uomini di legge come ai professionisti gli errori epistemologici e le brutalità esistenziali della psichiatria.

C'è inoltre una stringente somiglianza fra il postulato che agli psichiatri sia lecito « diagnosticare » le persone senza il loro consenso o addirittura contro la loro volontà e il postulato che agli psichiatri sia lecito « curare » le persone senza il loro consenso o anche contro la loro volontà. Io non ho intenzione e neanche potrei ripetere qui le obiezioni che ho mosso a quest'ultima pratica<sup>80</sup>. Vorrei solo dire che quanto più agli psichiatri viene concesso nelle società libere il privilegio di curare delle persone adulte contro la loro volontà - privilegio questo di cui altri medici e professionisti non beneficiano - tanto più la psichiatria diventa simile alla giurisprudenza e alla penalistica; in breve, diventa una delle discipline che hanno la funzione di controllare la devianza, non di curare le malattie. Dal momento che così stanno infatti le cose al momento attuale in tutto il mondo, mi sembra assurdo considerare quegli atti di devianza ora sotto il controllo degli psichiatri - e che naturalmente sono diversi da cultura a cultura e da classe a classe - come malattie. E inoltre, in quanto nei sistemi totalitari non solo agli psichiatri ma a tutti i medici è concesso il privilegio - anzi è imposto il dovere - di « curare » le persone senza tener conto della loro volontà, c'è una differenza fra le giustificazioni che fanno da puntelli morali e politici alle professioni medica e psichiatrica nei sistemi sociali « liberi » e quelli totalitari che altera in modo significativo non solo le loro osservazioni empiriche, ma lo stesso linguaggio in cui esse si strutturano.

Siamo ora pronti a volgere la nostra attenzione a quell'altro problema epistemologico che non era ancora venuto fuori e che sta sotto al problema della schizofrenia, e cioè la natura dei nostri concetti medici tradizionali su ciò che è la malattia e i nostri metodi tradizionali per identificarla; l'espansione e trasformazione di tali idee e metodi nella psichiatria moderna; e le conseguenze di questi cambiamenti come si manifestano nel fatto che quando la gente ora chiama qualcosa malattia o qualcuno



malato (specialmente malato di mente) non necessariamente si riferisce a ciò che organicamente questi termini significavano, anche se pensa o afferma di riferirvisi.

Verso la metà del secolo passato, come abbiamo visto, la malattia era definita come istopatologia o fisiopatologia. Ferite, infezioni, disturbi del metabolismo e tumori erano perciò classi caratteristiche di malattie. Il metodo scientifico ammesso per dimostrare l'esistenza di tali malattie consisteva, primo, nell'identificare le loro caratteristiche morfologiche attraverso l'esame post mortem degli organi e dei tessuti; e, secondo, nell'accertare attraverso osservazioni ed esperimenti, preferibilmente sugli animali, le loro origini e cause. La paresi soddisfa tale criterio di malattia. La schizofrenia no o, per lo meno, fino a questo momento non l'ha fatto.

Comunque poiché questa conclusione, per lo più, non è stata accettata né dai medici né dagli uomini di legge, c'è stata una concentrazione di sforzi da quando Bleuler annunciò la sua scoperta della schizofrenia - anzi in realtà perfino prima di ciò! - per cambiare i criteri di definizione di ciò che costituisce la malattia e le corrispondenti norme fondamentali per dimostrarla. Nel corso di tale processo sono venuti alla luce parecchi criteri nuovi di identificazione delle malattie e i corrispondenti metodi per dimostrarne la presenza. Li ho passati in rassegna tutti e sarà ora sufficiente riassumere questa importante metamorfosi nell'epistemologia medica.

Prima di tutto si è esteso il classico modello virchowiano di malattia per includervi la psicopatologia. Ciò è stato compiuto da Kraepelin, Bleuler, Freud e i loro seguaci. Nello stesso tempo, e immediatamente dopo, sorse la consuetudine di desumere la malattia dal contatto medico o psichiatrico o dal ruolo di paziente. Se una persona andava da un medico e si lamentava con lui di qualche cosa, allora presentava immediatamente dei « sintomi » che ipso facto indicavano la presenza di una malattia. E se una persona era confinata in un ospedale psichiatrico, allora ipso facto soffriva di qualche malattia mentale. Il primo falso corollario giustificava il curare dei « pazienti » anche se non avevano malattie dimostrabili, il secondo giustificava la loro incarcerazione.

Con lo sviluppo di più efficaci metodi terapeutici negli anni '20 e '30, e specialmente dagli anni '40, diventò accettabile desumere la malattia dalla pretesa risposta del paziente al trattamento. Così, se una persona a cui erano stati dati ormoni o antibiotici si sentiva meglio, allora la sua « condizione » precedente alla cura veniva considerata come una malattia. Tale criterio e metodo si confaceva a meraviglia alla psichiatria, special-

mente a quella istituzionale, fornendo la giustificazione a interventi come lo shock da insulina, l'elettroshock, la lobotomia e agli psicofarmaci come mezzi di cura, e alla schizofrenia e ad altre innumerevoli « condizioni » come malattie.

Infine, con la drastica callettivizzazione della pratica medica e l'allargamento del suo costo a terzi, specialmente allo Stato, fin dagli anni '50 sorse il criterio economico e il sistema di misurare la malattia, cioè il suo costo, in termini di disoccupazione, sotto-occupazione e fondi spese per le cure mediche. Con questo criterio la schizofrenia si classifica come il « problema numero uno della salute » negli Stati Uniti e nel resto del mondo.

Nel concludere questo capitolo voglio enunciare, più esplicitamente di quanto non abbia fatto finora, quali siano le giustificazioni al trattamento, specialmente in psichiatria, a cui io mi appongo e per quali motivi, e quali invece io sostenga e perché. Credo di poterlo fare meglio e in modo più conciso, riferendomi ad una recente dichiarazione psichiatrica sul trattamento della schizofrenia che esemplifica molti degli errori epistemologici che ho già indicato.

Hans Huessy, uno psichiatra americano, afferma:

« La comprensione delle cause è importante per la prevenzione, ma non per la cura... Possiamo curare i sintomi acuti della schizofrenia con mezzi medici, nonostante la nostra carenza di conoscenza delle cause di questo disturbo. Le terapie che pretendono di giustificarsi sulla base delle cause dovrebbero essere sempre sospette, poiché la sola giustificazione valida per un intervento terapeutico è che produce un miglioramento »<sup>81</sup>.

Tale affermazione che in tre frasi riunisce una quantità incredibile di stupidità, d'immoralità e della più grossolana stortura mentale è apparsa in un prestigioso giornale psichiatrico e riflette fedelmente una prospettiva terapeutica che è, se non universale, almeno prevalente. Il suo autore minimizza l'importanza delle cause, o etiologia, nella terapia. Tale posizione è del tutto sbagliata. E' essenziale sapere se il diminuire della vista d'una persona sia causato da un'atrofia ottica dovuta alla sifilide, o da un tumore che preme contro il suo chiasma ottico, per individuare e proporre il trattamento più adatto a quella persona.

Questo autore asserisce anche di poter trattare i « sintomi acuti della schizofrenia » con strumenti medici, intendendo i farmaci, senza conoscerne le cause. Comunque egli non ha accertato né che la schizofrenia sia una malattia, né che il preteso paziente voglia essere curato; egli ha sottinteso, del tutto erroneamente, che, siccome il comportamento di persone dette « schizofreniche »

può essere cambiato dai farmaci, la schizofrenia è una malattia. Che questa argomentazione, così popolare oggi in psichiatria, sia falsa, lo si può dimostrare facilmente sostenendo un'argomentazione parallela: siccome il comportamento della gente comune o cosiddetta normale, si può cambiare dando loro alcool, che è un farmaco, la normalità è una malattia e l'assunzione di alcoolici **una** cura.

La maggiore ottusità intellettuale e disonestà morale di Huesy, però, sta nell'affermazione che « la sola giustificazione valida per l'intervento terapeutico è che produce un miglioramento ». Questa è chiaramente un'affermazione di tipo etico: è un'affermazione sul fatto che un determinato valore (« il miglioramento ») giustificerebbe un determinato tipo di atto (« l'intervento terapeutico »).

In realtà ci sono almeno tre distinte categorie di fatti che possono essere usate per giustificare la terapia<sup>a2</sup>. Primo è il fatto che il paziente abbia una malattia; a questo riguardo ciò che giustifica la mastectomia, per esempio, è che la paziente abbia un tumore al seno. Secondo è il fatto che la terapia sia efficace; e quanto a questo, ciò che giustifica la mastectomia è che questa cura il tumore. Entrambe queste considerazioni sono importanti per sostenere degli interventi terapeutici: la prima legittima una terapia sulla base della malattia del paziente, la seconda sulla base dell'efficacia degli interventi del medico.

Che cosa manca ancora? La condizione più importante da un punto di vista morale e politico, anzi la sola realmente importante, secondo questa ottica, e cioè il consenso. Da questo punto di vista, etico, legale e politico, ciò che giustifica la mastectomia è che la paziente dà un consenso consapevole all'operazione e che il chirurgo è d'accordo nell'eseguirla. Il ruolo del consenso, specialmente per la storia e l'epistemologia della psichiatria, è talmente preponderante in importanza che non si rischia di esagerarlo. Si potrebbe anche sostenere (e sebbene quest'affermazione sia incompleta, e ciò nonostante molto seria) che è il consenso, ed esso solo, che giustifica la cura e il trattamento (come opposto al controllo e alla tortura). Sebbene sia un utile punto fermo per chiarire le idee e il linguaggio sostenere che non ci possa essere trattamento senza malattia, è ovvio che ci possa anche essere intervento medico o chirurgico senza malattia: per esempio, nel caso dell'aborto e della vasectomia (naturalmente per la legge americana una gravidanza non desiderata è adesso una malattia, ma questa è un'aberrazione linguistica e legale che non richiede qui ulteriori commenti). Analogamente, medici e chirurghi hanno impiegato in passato e continuano ad usare oggi, metodi

che erano e sono terapeuticamente inutili o perfino dannosi. Era forse una terapia il salasso? Ed è l'elettroshock (salasso della mente) una terapia? Chiaramente, a meno che non siamo disposti a riscrivere la storia della medicina eliminando tutto quello che è inutile via via che lo troviamo, non possiamo davvero definire la terapia dalla sua efficacia.

Ciò che resta, allora, è il consenso alla terapia. Praticamente nelle società libere, tutta la [modernaterapia medica somministrata ad adulti consapevoli, aderisce al requisito del consenso. L'unica eccezione è la terapia psichiatrica. Ho voluto sottolineare questa dimensione etica e politica della malattia e del trattamento perché guardando le malattie e i trattamenti psichiatrici attraverso la lente morale d'ingrandimento che ci può fornire, noi intravediamo una nuova immagine e definizione di schizofrenia (e di alcune altre cosiddette psicosi funzionali maggiori).

Guardando attraverso questo metaforico microscopio, possiamo distinguere tra le varie malattie e i vari sistemi di cura, non secondo criteri morfologici, cioè anatomici o istologici, ma secondo criteri morali, e poi legali, politici e così via. Possiamo identificare in tale modo una classe di malattie come il tumore al seno o l'ipertensione che i medici non curano mai (e nei sistemi sociali liberi viene loro proibito di curare) senza l'esplicito consenso del paziente. Possiamo poi distinguere un'altra classe di malattie, come gli incidenti o le ferite che provocano uno stato d'incoscienza, che i medici curano senza l'esplicito consenso del paziente, perché egli non può dare il proprio consenso, e il permesso viene dato in tali casi dai parenti o da altre autorità legalmente riconosciute.

Possiamo poi identificare una terza classe, come la tubercolosi o l'epatite, in caso delle quali, sebbene siano poste ai parenti certe restrizioni sociali a causa della loro malattia, ai medici viene ancora impedito dalla legge di curare senza il consenso del paziente.

Vi è infine una (quarta classe di « malattie » come la schizofrenia e la psicosi maniaco-depressiva, che ai medici è consentito curare anche di fronte all'esplicita opposizione del presunto /paziente al trattamento. E' esattamente la realtà sociale di questo tipo di « trattamento » e l'esigenza corrispondente di rinchiudere con la forza delle persone che vi si oppongono che, come ho già detto più sopra, genera l'immagine (**miraggio** sarebbe il termine più adatto) di certi disturbi o sindromi, e particolarmente della schizofrenia<sup>83</sup>. Da questo punto di vista si potrebbe dire che la schizofrenia è quella malattia che giustifica l'imposizione di un trattamento psichiatrico al paziente indipendentemente dal

fatto che egli vi acconsenta o meno e, naturalmente, senza considerare se ciò gli sia d'aiuto o di danno\*.

La pazzia, come suggerivo un po' di tempo fa, è in un certo senso, manipolata dai medici dei pazzi<sup>84</sup>. In altre parole la psichiatria crea la schizofrenia, o, più precisamente, gli psichiatri creano gli schizofrenici. E' importante che noi siamo molto chiari nell'esprimere con precisione in che senso essi lo facciano, e quali siano le implicazioni pratiche di questo punto di vista per quanto riguarda il nostro atteggiamento verso il cosiddetto problema della schizofrenia.

Il senso in cui io intendo che la psichiatria crea la schizofrenia è chiaramente illustrato dall'analogia fra la psichiatria istituzionale e la schiavitù. Se non c'è schiavitù non ci possono essere schiavi. In altre parole, l'identità di un individuo come schiavo dipende dall'esistenza del sistema sociale della schiavitù. Perciò se la schiavitù viene abolita, gli schiavi spariscono. Ciò non significa che certe persone che un tempo sono state schiave o che amano essere schiave, spariscono anch'esse; sicuramente rimangono delle persone di colore o prive di risorse, o ignoranti, o stupide, o remissive, o pigre. Ma se non esiste la schiavitù, nessuna di loro può essere schiava.

Allo stesso modo, se non c'è psichiatria, non ci può essere schizofrenia. In altri termini l'identità di un individuo come schizofrenico dipende dall'esistenza del sistema sociale della psichiatria (istituzionale). Perciò se la psichiatria viene abolita, gli schizofrenici scompaiono. Ciò non significa che certi tipi di persone che prima erano schizofrenici o che amavano essere schizofrenici, scompaiano anch'essi. Certamente, anche in questo caso, rimangono degli individui che sono incapaci, o chiusi in se stessi, o che rifiutano il proprio ruolo « reale », o che disturbano gli altri in qualche altro modo. Ma se non esiste psichiatria nessuno di loro può essere schizofrenico.

E' certo che l'abolizione della schiavitù mette solo in libertà degli schiavi. Non li rende educati, autosufficienti, simpatici, capaci di esercitare un lavoro, fisicamente sani; li libera solo dal padrone. Analogamente l'abolizione della psichiatria metterebbe solo in libertà lo schizofrenico. Non lo renderebbe competente,

---

\* Quest'ultimo fattore è reso incerto dal ricovero psichiatrico: individui che non vogliono che certi interventi vengano loro imposti è molto probabile che li considerino *isso facto* dannosi o nocivi. mentre gli psichiatri e altre autorità socialmente legittimate, responsabili dell'imposizione di tali interventi su pazienti non consenzienti, è probabile che li considerino efficaci come aiuto e come terapia se questi rendono i « pazienti » più docili, più socialmente adattati e ricettivi a ulteriori « cure ».

autosufficiente, simpatico, in grado di esercitare un lavoro, o « mentalmente sano ». Lo renderebbe solo libero dal suo psichiatra. Sarebbe naturalmente assurdo pretendere il miglioramento della condizione d'uno schiavo all'interno di un sistema di schiavitù, e in particolare dal suo padrone. Allo stesso modo è assurdo ricercare « il miglioramento » della condizione dello schizofrenico all'interno del sistema psichiatrico, e in particolare del suo psichiatra. Il miglioramento della condizione di uno schiavo o di uno schizofrenico è, senza dubbio, un fine auspicabile. Ma come tutti i fini, se non è perseguito in modo adatto e intelligente, tanto varrebbe non perseguirlo affatto.

#### NOTE

<sup>1</sup> L. C. Kolb, *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*, 8<sup>a</sup> ed., Saunders, Philadelphia 1973, p. 349.

<sup>2</sup> S. Arieti (a cura di), *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*: Vol. I, 1971, Basic Books, New York 1970.

<sup>3</sup> A. V. Snezhnevsky, *Symptom, Syndrome, Disease: A Clinical Method in Psychiatry*, in *ibid.*, pp. 151-164; per quanto riguarda Snezhnevsky vedi *es.*, H. V. Dicks, *Soviet Abuses (Two Letters to the Editor)*, « *Psychiatric News* » 11 (Febbraio 6, 1976), 2.

<sup>4</sup> A Kiev. (a cura di), *Psychiatry in the Communist World*. Science House, New York 1968.

<sup>5</sup> F. J. Kallmann, *The Genetics of Schizophrenia: A Study of Heredity and Reproduction in the Families of 1,087 Schizophrenics*, J. J. Augustin, New York 1938, pp. 27-28.

<sup>6</sup> E. Kringlen. *New Studies on the Genetics of Schizophrenia*. in *World Biennial*, a cura di Arieti, pp. 476-501; p. 476.

<sup>7</sup> Cfr. L. G. Stevenson, *Nobel Prize Winners in Medicine and Physiology, 1901-1950*, Henry Schuman, New York 1953, p. 264.

<sup>8</sup> E. Moniz, *How I Came to Perform Prefrontal Leucotomy*, (1948), in *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*, a cura di T. S. Szasz, pp. 157-160, Doubleday-Anchon, Garden City, N.Y. 1973, p. 158.

<sup>9</sup> In questo contesto cfr. T. S. Szasz, *Heresies*, Doubleday Anchor, Garden City, N.Y. 1976, spec. pp. 3-11.

<sup>10</sup> Moniz, *How I Came to Perform*, p. 159.

<sup>11</sup> *What's New*, « *Current Prescribing* », Marzo 1975, p. 9.

<sup>12</sup> R. E. Kendell, *The Concept of Disease and Its Implications for Psychiatry*, « *British Journal of Psychiatry* », 127 (1975): 305-315; v. anche *idem*, *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1975.

<sup>13</sup> Cfr. R. J. Stoller et al., *A Symposium: Should Homosexuality Be in the APA Nomenclature?* « *American Journal of Psychiatry* » n. 130 (1973): 1207-1216; R. Lyons, *Psychiatrists, in a Shift, Declare Homosexuality No Mental Illness*, « *New York Times* » n. Dicembre 16, 1973, pp. 1, 25; *Deleting*

*Homosexuality As Illness: A Psychiatric Change in Values*, «Roche Report: Frontiers of Psychiatry», 4 (Febbraio 1, 1974), 1-2.

<sup>14</sup> Kendell, *Concept of Disease*, p. 314.

<sup>15</sup> *Zbid.*

<sup>16</sup> A. H. Urner, *Implications of California's New Mental Health Law*, a *American Journal of Psychiatry*, 132 (1975), 251-254.

<sup>17</sup> *Zbid.*, p. 253.

<sup>18</sup> The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2<sup>a</sup> ed., American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968.

<sup>19</sup> Cfr. Kolb, *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*, 8<sup>a</sup> ed., p. 312; e *Schizophrenia and Alcoholism Head Listing of Inpatient Ills*, «Roche Report: Frontiers of Psychiatry» 5 (Aprile 1, 1975), 2.

<sup>20</sup> V. per es., T. S. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*, Macmillan, New York 1963, e idem, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970.

<sup>21</sup> R. Marlowe, *The Modesto Relocation Project: The Social Psychological Consequences of Relocation of Geriatric State Hospital Patients*, Bureau of Research Projects, 1-60 (MOD), California Department of Mental Hygiene, Sacramento 1972.

<sup>22</sup> M. Greenblatt e E. Glazier, *The Phasing Out of Mental Hospitals in the United States*. «American Journal of Psychiatry» n. 132 (1975), 1135-1140; p. 1137.

<sup>23</sup> V. per es., L. Srole et al., *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill, New York 1962 e K. Menninger et al., *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*, Viking, New York 1963.

<sup>24</sup> Cfr. T. S. Szasz, *The Right to Health*, a *Georgetown Law Journal* » 57 (1969): 734751; e idem, *Psychiatric Slavery*, Free Press, New York 1977.

<sup>25</sup> *Oppressive Psychiatry*, «Bethlem and Maudsley Gazette» (London), Autunno 1975, pp. 9-12.

<sup>26</sup> *Zbid.*, p. 9.

<sup>27</sup> *Zbid.*

<sup>28</sup> *Zbid.*, p. 10.

<sup>29</sup> *Zbid.*

<sup>30</sup> D. Herstein, *One Jew's Journey*, «New Statesman» (London), Gennaio 24, 1975, p. 106.

<sup>31</sup> *Zbid.*

<sup>32</sup> *Zbid.*

<sup>33</sup> Kendell, *Role of Diagnosis*, p. 80.

<sup>34</sup> Ripreso da H. M. Schmeck, Jr., *National Genetics Study Urged as Step to New Era in Medicine*, «New York Times», Gennaio 16, 1970, p. 1.

<sup>35</sup> J. Huxley et al., *Schizophrenia as a Genetic Morphism*, «Nature» 204 (Ottobre 17, 1964), 220-221; p. 220.

<sup>36</sup> L. L. Heston, *The Genetics of Schizophrenia and Schizoid Disease*, «Science» 167, (Gennaio 16, 1970): 249-256; pp. 249, 255.

<sup>37</sup> E. Cumming, *Epidemiology: Some Unresolved Problems*, «American Journal of Psychiatry» n. 126 (1970), 121-122; p. 122.

<sup>38</sup> *Two Minds on Schizophrenia*, «New Scientist» n. Dicembre 10, 1970, p. 424.

<sup>39</sup> Cfr. *Schizophrenia: Nationality Key to Diagnosis; American MDs Make Diagnosis Twice as Frequently as British*, «Clinical Psychiatry News» 2 n. (Novembre 1974): 1; v. anche Kendell, *Role of Diagnosis*.

- <sup>40</sup> Ripreso da *Schizophrenia Not Indigenous to West*, «Clinical Psychiatry News 24 (Novembre 1974): 1.
- <sup>41</sup> Ripreso da *Once a Schizophrenic Always a Schizophrenic in the Soviet Union*, *ibid.*
- <sup>42</sup> *Zbid.*, pp. 1-22.
- <sup>43</sup> Kallmann, *Genetics of Schizophrenia*, pp. 102-103.
- <sup>44</sup> Cfr. Szasz, *Heresies*.
- <sup>45</sup> Cfr. Szasz, *Law, Liberty, and Psychiatry* e *idem, Psychiatric Pustice*, Macmillan, New York 1965.
- <sup>46</sup> D. Hawkins e L. Pailling (a cura di), *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*, W. H. Freeman, San Francisco 1973.
- <sup>47</sup> Pauling, prefazione a *ibid.*, pp. v-ix; p. v.
- <sup>48</sup> *Zbid.*
- <sup>49</sup> *Zbid.*, pp. v-vi.
- <sup>50</sup> Cfr. T. S. Szasz, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, ed. riv., Basic Books/Harper Colophon, New York 1974.
- <sup>51</sup> Pauling, Prefazione a *Orthomolecular Psychiatry*, p. vii.
- <sup>52</sup> Per una critica ragionata della ricerca sulla schizofrenia, e dei contributi di Pauling in particolare cfr. R. Fischer, «Schizophrenia Research in Biological Perspective», in *Genetic Factors in Schizophrenia*, a cura di A. R. Kaplan, pp. 74-138, Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1972.
- <sup>53</sup> A. Hoffer e H. Osmond, *What You Should Know About Schizophrenia*, American Schizophrenia Foundation, Ann Arbor Mich 1964, spec. p. 1.
- <sup>54</sup> *Zbid.*, p. 1.
- <sup>55</sup> *Ibid.*, p. 2.
- <sup>56</sup> *Ibid.*, p. 12.
- <sup>57</sup> *Zbid.*
- <sup>58</sup> G. Gerlach, *How Two Groups Aim to Help Sufferers From Schizophrenia*, «National Observer», Ottobre 10, 1966; ristampato in un pamphlet dalla American Schizophrenia Foundation, Box 160, Ann Arbor, Michigan 48107, s.d. Ripreso dal pamphlet.
- <sup>59</sup> *The 12 Steps of S. A.* (Saskatoon, Saskatchewan, P. O. Box 913: Schizophrenics International, s.d.).
- <sup>60</sup> Editoriale *Diagnosis: A New Era*, «Schizophrenia Bulletin», n. 11, Winter 1974, pp. 18-20 pp. 18-19.
- <sup>61</sup> Per alcuni recenti commenti cfr. *Megavitamins and Mental Disease*, «Medical World News», Agosto 11, 1975, pp. 71-82 e *Megavitamins for Schizophrenia?* *ibid.*, Novembre 3, 1975, pp. 31-36.
- <sup>62</sup> S. Berman, *Fasting: An Old Cure for Fat, A New Treatment for Schizophrenia*, «Science Digest», 79 (1976): 27-31; p. 27.
- <sup>63</sup> *Zbid.*
- <sup>64</sup> *Zbid.*, p. 28.
- <sup>65</sup> S. Arieti, *An Overview of Schizophrenia from a Predominantly Psychological Approach*, «American Journal of Psychiatry» 131 (1974): 241-249; p. 248.
- <sup>66</sup> Cfr. Hammer v. Rosen, 7 A. D. 2d 216, 181 N.Y.S. 2d 805 (Sup. Ct., McNally, J., dissenting in part. 1959), pp. 805-808.
- <sup>67</sup> *Ibid.*, p. 807.
- <sup>68</sup> Hammer v. Rosen. 7 N.Y. 2d 376. 379-380, 165 N.E. 2d 756, 757, 198 N.Y.S. 2d 65 (1960).
- <sup>69</sup> A. Parras, *The Lounge: Treatment for Chronic Schizophrenics* «Schizophrenia Bulletin», n. 10, Fall 1974, pp. 93-96; pp. 93, 96.
- <sup>70</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Medical Metaphorology*, «American Psychologist» 30 (1975): 859-861.



- <sup>71</sup> J. G. Gunderson e L. R. Mosher, *The Cost of Schizophrenia*, « American Journal of Psychiatry » **132** (1975): **901-906**; p. **901**.
- <sup>72</sup> *Ibid.*, p. **902**.
- <sup>73</sup> *Ibid.*
- <sup>74</sup> *Ibid.*, p. **905**.
- <sup>75</sup> *Ibid.*
- <sup>76</sup> J. K. Wing, *Psychiatry in the Soviet Union*, « British Medical Journal » **1** (Marzo **9**, 1974): **433-436**; p. **433**.
- <sup>77</sup> *Ibid.*, p. **435**.
- <sup>78</sup> *Ibid.*
- <sup>79</sup> Cfr. J. Burnham, *Suicide of the West: An Essay on the Meaning and Destiny of Liberalism*, Arlington House, New Rochelle, N.Y. **1964**.
- <sup>80</sup> V. spec T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York **1961**; ed. riv. Harper & Row, New York **1974**; e idem, *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. **1970**.
- <sup>81</sup> H. R. Huessy, *Some Historical Antecedents of Current American Mental Health Practices*, « Psychiatric Annals » **4** (1974): **31-39**; p. **38**.
- <sup>82</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Reflections on Medical Ethics*, in T. S. Szasz, *The Theology of Medicine*, Harper & Row, New York, in preparazione.
- <sup>83</sup> Cfr. capitolo **1**.
- <sup>84</sup> Szasz, *Manufacture of Madness*.

## PSICHIATRIA E MATRIMONIO: DUE SISTEMAZIONI PER LA VITA

Sono molte le ragioni per cui il punto di vista medico sulla schizofrenia si è dimostrato tanto popolare e duraturo: storicamente è profondamente legato all'origine, alla struttura e alla funzione del moderno ospedale psichiatrico; è psicologicamente legittimato nel linguaggio della psichiatria; è conforme alla moda del mondo moderno di guardare alle tragedie della vita attraverso le lenti deformanti della medicina; fornisce metodi socialmente accettabili per affrontare alcuni problemi economici, morali, politici e personali che altrimenti si sarebbero dovuti trattare in modi non sperimentati e sconosciuti. Inoltre ci può essere anche un altro motivo per la popolarità e la persistenza del cosiddetto modello medico della schizofrenia e cioè che non viene offerto nessun altro modello di pari portata e potere<sup>1</sup>. E in realtà non sarebbe possibile trovarne un altro superiore. Il maggior potere simbolico e sociale della « schizofrenia » si fonda proprio su questo suo essere inestricabilmente legata all'idea di malattia e all'istituzione della medicina. Perciò, il tentativo di cercare un modello non medico per la schizofrenia è altrettanto realizzabile, e futile, quanto cercare un modello non teologico per l'Eucarestia.

Da lungo tempo ho capito che l'unico modo per affrontare i problemi apparentemente insolubili della psichiatria è di rifiutare completamente la tradizionale ottica pseudomedica e di guardarli invece come non semplicemente determinati o dal cervello o dalla mente del cosiddetto paziente, ma piuttosto da una complessa rete di rapporti in cui il paziente e lo psichiatra non sono altro che i due più evidenti protagonisti.

L'idea che la schizofrenia non sia solo un problema di qualcosa che non funziona nel cervello o nella mente del cosiddetto paziente, né che essa sia, anche nel linguaggio della psichiatria contemporanea, solo un problema intrapersonale, ma anche inter-

personale; o, più semplicemente, che essa non sia solo un problema che viene posto, ma anche una proposta di soluzione, in una complessa rete di rapporti che **comprende** il paziente, la sua famiglia, la psichiatria, il sistema **ospedaliero** e la società nel suo complesso, tale modo esistenziale, drammatico e psicosociale, di considerare la schizofrenia non è oggi neanche **più** tanto nuovo<sup>2</sup>. Non ha **comunque** contribuito a chiarire il problema della schizofrenia come ci si aspettava, perché, a parer mio, ha favorito il sorgere di nuove « teorie etiologiche » di questa « malattia », che fanno riferimento, riproponendolo, al classico modello della sifilide. Invece del *Treponema pallidum* che « conduce il paziente alla follia » sono gli « schizofrenogeni » madre, padre, famiglia, religione, sistema economico o società nel suo complesso che, nelle teorie di questi nuovi psichiatri e anti-psichiatri, « conducono il paziente alla follia ». L'immagine che viene così proiettata entro il nostro schermo mentale, per quanto forse **più** precisa di quella proiettata dal paradigma della paralisi che si cerca di sostituire, è tuttavia ancora sfocata. Non può fornire infatti una spiegazione degli eventi della vita psichica e non riesce a darci una chiave intellettualmente e moralmente soddisfacente per interpretarli.

Se si adotta seriamente il modo umano, e non medico, di considerare la cosiddetta schizofrenia, quel che ci occorre non è affatto un modello del « paziente » o del suo cervello, della sua mente o del suo comportamento, ma un modello dell'intera situazione sociale o del dramma rappresentato in parte dal rapporto fra il « paziente schizofrenico » e « coloro che significano qualcosa per lui », in cui in qualche modo la « schizofrenia » ha origine. Non è necessario cercare lontano questo modello. Tenterò, infatti, di mostrare come il matrimonio - specialmente nella sua tradizionale forma combinata - ci fornisca un paradigma interpretativo del rapporto psichiatra-paziente. In questo schema considereremo lo psichiatra come il marito, lo psicotico come la moglie, la schizofrenia come la diagnosi/figlio, e/o l'incapacità-schizofrenica/inferiorità-femminile che la paziente/moglie riceve prima dell'affidamento/matrimonio o dopo di esso dallo psichiatra/marito. Terremo ben presente che è, prima di tutto, il rapporto matrimoniale-psichiatrico che definisce e legittima la condizione e lo status di ognuno dei due partners, cioè di marito/psichiatra e di moglie/paziente.

Cerchiamo di passare brevemente in rassegna le caratteristiche principali dell'istituzione del matrimonio nella sua forma tradizionale di matrimonio combinato, che sarà poi il modello che ci chiarirà la psichiatria combinata o istituzionale.

Il matrimonio è una sistemazione sociale universale i cui

aspetti particolari variano considerevolmente da luogo a luogo e secondo le epoche. Come istituzione il matrimonio assolve innu-  
merevoli funzioni personali e sociali: dalla soddisfazione dei biso-  
gni sessuali alla regolarizzazione dei rapporti sociali e alla conser-  
vazione della specie<sup>3</sup>. Per quanto riguarda il nostro argomento  
basterà notare che il rapporto matrimoniale, come il rapporto  
psichiatrico, ha tre fasi distinte: l'inizio del rapporto, lo stato  
«cronico» del rapporto e la fine del rapporto. Per i matrimoni  
combinati le fasi di inizio e di fine sono considerevolmente simili  
anche in culture molto diverse. Ciò si accorda col fatto che l'inizio  
del rapporto - in quanto viene «combinato» per, invece che da,  
i futuri marito e moglie - di solito fa parte integrante di un siste-  
ma patriarcale di consanguineità. In tale sistema il matrimonio è  
un contratto non tanto fra i due (evidenti) partners, quanto fra i  
loro rispettivi capi, clans o famiglie. Inoltre nel matrimonio pre-  
cristiano anche la fine, come l'inizio, era spesso un affare fra i  
capi dei clans interessati. « Finché rimase la legge [ebraica], fino  
al tempo di Gesù, un matrimonio poteva in qualsiasi momento  
essere sciolto arbitrariamente dal marito, mentre la moglie non  
aveva alcun potere corrispondente »<sup>4</sup>.

Le successive consuetudini matrimoniali nei paesi occidentali  
furono strutturate prima di tutto dalla religione cristiana e in  
secondo luogo dall'economia del feudalesimo. Il matrimonio diven-  
ne un sacramento nel IV secolo e fu dichiarato indissolubile nel  
IX. Rimase così un'istituzione divina e sacra per un millennio e  
mezzo fino a dopo la Rivoluzione Francese, periodo in cui fu se-  
colarizzato. Nel corso del XIX secolo, infatti, il matrimonio civile  
divenne obbligatorio per legge nella maggior parte dei paesi eu-  
ropei. Attualmente è obbligatoria la cerimonia religiosa solo in  
Grecia, in Israele (solo per gli Ebrei), e nello Stato Vaticano<sup>5</sup>.

Sebbene fra le classi più colte d'Europa, America, Russia e  
sempre di più anche in Giappone, ora predomini il modello ro-  
mantico di matrimonio in cui i partners si scelgono liberamente,  
la maggioranza dei matrimoni nel mondo sono ancora combinati  
e i partners imposti l'uno all'altra. In Africa, nell'Europa sudo-  
rientale, nel Medio e Estremo Oriente, i matrimoni combinati  
continuano ad essere la regola. Gli intermediari, o sensali di matri-  
monio, sono di solito persone anziane e rispettate che possono  
essere o no parenti e che possono essere o no pagate per i loro  
servizi. In tali matrimoni, scrive Judson Taylor Landis, « dai  
primi contatti del sensale fino agli accordi finali le considerazioni  
economiche sono in primo piano »<sup>6</sup>.

Dovunque il matrimonio combinato è stato istituzionalizzato,  
è strettamente legato alla famiglia patriarcale come sistema poli-

tico-religioso di controllo sociale e quindi ai suoi caratteristici sistemi economici per la regolamentazione dell'acquisto, la distribuzione e l'eredità di beni e servizi. Perciò, quando le basi di questi accordi vengono scalzate o rimosse, come accade nelle società industrializzate occidentali e in quelle comuniste, i matrimoni combinati vengono presto sostituiti da matrimoni in cui sono i partners che fanno la scelta. « Il comunismo, scrive Landis, in linea teorica elimina le basi economiche del matrimonio e del combinare matrimoni;... i paesi che hanno adottato il comunismo hanno spazzato via i fondamenti su cui poggiavano i matrimoni combinati e vi hanno sostituito la libera scelta di ognuno dei due partners del matrimonio »<sup>7</sup>. Quando la scelta di sposarsi o meno è legittimata come decisione individuale, con altrettanta facilità non può tardare troppo a giungere la scelta di divorziare.

L'organizzazione sociale, cioè l'ordinata sistemazione di persone in gruppi, richiede che agli individui siano assegnati degli spazi ben identificati, fisici e simbolici. Una delle principali funzioni del matrimonio come istituzione sociale è di collocare le persone sia nello spazio fisico conosciuto, come la casa, sia negli spazi simbolici conosciuti, come i ruoli di marito, moglie, figlio e così via. E' in questa funzione di assegnare spazio e ruolo che il matrimonio e la psichiatria istituzionale si rassomigliano in modo tanto drammatico.

Il concetto che il matrimonio sia, almeno in parte, un fatto di accasamento, per quanto abbastanza evidente, ha bisogno qui di una chiara enunciazione. L'idea è già espressa nell'Antico Testamento in rapporto alla identificazione dei fondamenti del divorzio: « Quando un uomo ha preso una donna e vissuto con lei da marito, se poi avviene che essa non trovi grazia ai suoi occhi, perché egli ha trovato in lei qualche cosa di vergognoso, scriva per lei un libello di ripudio e glielo consegni in mano e la mandi via dalla casa »<sup>8</sup>. La casa, naturalmente, è del marito. Perciò è la donna, non l'uomo, che è privato di una casa dal divorzio.

S. Matteo si pone contro questa tradizionale legge ebraica e propone di riformarla. Il divorzio, afferma, è moralmente ammissibile solo in caso di concubinato. In realtà, ciò che egli ha in mente è ancora una sanzione maschile ad una trasgressione femminile: « Fu pure detto: chi ripudia la propria moglie, le dia l'atto di ripudio; ma io vi dico: chiunque ripudia sua moglie, eccetto il caso di concubinato, la espone all'adulterio »<sup>9</sup>.

La frase biblica « ripudia la propria moglie », che significa divorzia da lei, è naturalmente diventata un eufemismo per esprimere il ricovero in manicomio. Ma chiarirò meglio in seguito questo punto.

Il cambiamento nelle leggi del divorzio dall'Antico al Nuovo Testamento riflette la delimitazione dei confini, e forse una più chiara articolazione, di uno dei più grandi peccati – anzi forse il maggiore – secondo l'etica giudaico-cristiana: cioè l'autonomia personale, il controllo sul proprio corpo o, più semplicemente, sui propri atti sessuali o mentali. Rispetto agli atti sessuali, questa nuova etica cristiana è chiaramente espressa, per esempio, nella I lettera ai Corinti, dove Gesù\* spiega che « è cosa buona per l'uomo non toccare donna; tuttavia, per il pericolo dell'incontinenza, ciascuno abbia la propria moglie e ogni donna il proprio marito »<sup>10</sup>. Perché, come ci dice più avanti, « E' meglio sposarsi che ardere »<sup>11</sup>. Perché nel matrimonio sia marito che moglie abbandonano il controllo del proprio corpo al loro partner: « La moglie non è arbitra del proprio corpo, ma lo è il marito; allo stesso modo anche il marito non è arbitro del proprio corpo, ma lo è la moglie »<sup>12</sup>.

Questa rinuncia alla proprietà del corpo da parte del marito e della moglie fa di ognuno di essi la persona perfettamente contenente il cui corpo appartiene interamente a Dio: « Questo però vi dico per concessione, dice, non per comando. Vorrei che tutti fossero come me... Ai non sposati e alle vedove dico: è cosa buona per loro rimanere come sono io; ma se non sanno vivere in continenza, si sposino; è meglio sposarsi che ardere »<sup>13</sup>.

E ancora, in questo passo, Gesù pronuncia il Suo comando – in opposizione alla legge e al costume ebraico tradizionale – contro il divorzio e lo fa con un linguaggio che colpisce per la sua somiglianza con la corrispondente facoltà del marito di poter disporre della propria moglie con il divorzio e con l'affidamento psichiatrico: « e il marito non ripudi la moglie »<sup>14</sup>.

Il matrimonio cristiano è di conseguenza un sacramento. La unione fra marito e moglie è giustificata, anzi esaltata, perché « essa è parallela, imita e partecipa, per quanto è possibile, dell'unione e dell'amore che lega Cristo e la sua sposa, la Chiesa »<sup>15</sup>. Questo è il motivo per cui nell'etica cristiana « disgiungere » ciò che Dio ha unito è un peccato mortale e perché il ricovero psichiatrico di un coniuge da parte dell'altro, o « ripudiare », è una vera benedizione medica. Quando un marito cristiano « ripudia » la propria moglie, o più raramente nel caso contrario, essi non violano i sacri voti del matrimonio; sono considerate persone che tendono alla salvezza dell'anima o della « salute mentale » del coniuge e anche alla salvezza della loro unione.

In realtà, spesso marito e moglie considerano intollerabile la

---

\* Naturalmente, San Paolo, e non Gesù come nell'edizione originale (N.d.T.).

loro unione e cercano qualche scappatoia per romperla, o almeno per mitigare la sofferenza che essa provoca, mettendo fra loro una distanza. Il divorzio, se è una scelta economicamente, moralmente e personalmente accettabile, è la soluzione più ovvia per tale problema. Se non è accettabile, i coniugi hanno fondamentalmente altre due possibilità, una antichissima, l'altra relativamente recente: o l'omicidio o il ricovero in manicomio. L'omicidio ha lo svantaggio di produrre un cadavere, ma questo inconveniente è stato superato, specialmente nelle società devotamente religiose, giustificando l'atto come una conseguenza dell'«impeto della passione», spiegazione ritenuta particolarmente convincente quando la passione è quella di un uomo che difende il suo onore macchiato da una moglie infedele\*. Il ricovero in manicomio ha il vantaggio di raggiungere lo stesso risultato dell'omicidio senza lasciare un cadavere; la manipolazione del prodotto così creato, giustamente denominato «morto vivente», è inoltre prontamente giustificata facendo appello alla sua proprietà caratteristica: la follia.

Fino a non molto tempo fa le donne non potevano vivere sole. Anche oggi esse non possono farlo se non nell'ambito di società molto progredite sia culturalmente che economicamente e, anche in tal caso, lo fanno a prezzo di grandi difficoltà. Perciò le donne erano obbligate, e ancora lo sono, a mettere su la propria casa sotto la protezione o almeno con l'aiuto di altri, per lo più uomini. Nel passato una donna poteva scegliere il proprio domicilio essenzialmente in tre modi: o vivendo col padre (o con chi ne faceva le veci, con uno zio, un fratello, un cognato), o col marito, o con Dio. In ognuna di queste sistemazioni l'identità della donna era definita dal suo rapporto e subordinazione ad un uomo o ad una figura maschile - il padre, il marito, Gesù - e ciascuna di esse configurava uno specifico ruolo femminile - zitella, moglie, suora (o «sposa di Cristo»).

La creazione di manicomi e case di cura, e in seguito della psichiatria ospedaliera come accreditata istituzione sociale, sostituì in parte qualcuna di queste sistemazioni e in parte ne aggiunse una nuova. Una donna poteva scegliere non solo se preferiva essere una zitella, una moglie, una suora, ma anche se voleva essere

---

\* Si racconta che Clarence Darrow abbia detto che era favorevole al divorzio perché contrario all'omicidio. In altri termini, è meglio che marito e moglie divorzino piuttosto che usino violenza l'uno verso l'altra. Ed è meglio che lo psichiatra e lo «psicotico» divorzino - essendo entrambi liberi di lasciare il proprio partner quando ne hanno abbastanza l'uno dell'altro - piuttosto che usino violenza l'uno verso l'altro, lo psichiatra incarcerando il paziente e il paziente assaltando lo psichiatra.

una pazza. Questa facoltà di scegliere o di essere scelta per una carriera di follia, allo stesso tempo sostituiva e si aggiungeva alla possibilità di scegliere o di essere scelta per una carriera religiosa. Da qui la stretta associazione, nella concezione psichiatrica moderna e nel moderno pensiero « intellettualmente sofisticato », fra la cosiddetta « religiosità eccessiva » e la follia. Si ritiene infatti che la follia si manifesti spesso attraverso una « religiosità eccessiva » e che quest'ultima sia spesso una delle cause della follia.

C'è da dire che anche l'uomo, sebbene potesse, almeno in linea di principio, mettere su casa indipendentemente dal padre, dalla moglie e dalla Chiesa, subiva una enorme pressione sociale che lo obbligava a scegliere una di queste sistemazioni domestiche. Quando alle sistemazioni domestiche disponibili si aggiunsero le agevolazioni offerte dalla psichiatria istituzionale, anche gli uomini poterono, e anzi furono costretti ad approfittare dei vantaggi che essa offriva. Così il manicomio e la casa di cura diventano una « casa » sia per gli uomini che per le donne – se più per gli uni che per le altre dipendeva dai fattori (diversi da luogo a luogo e da periodo a periodo) che rendevano i membri dell'uno e dell'altro gruppo più bisognosi d'aiuto e di un focolare e perciò bisognosi delle agevolazioni offerte da tali « orfanotrofi » per adulti.

Una volta arrivati a considerare in generale l'infermità mentale cronica, specialmente quella ospedalizzata, e la schizofrenia in particolare come una carriera o un ruolo, la sua analogia col matrimonio, specialmente per le donne, appare chiara. In tutte le società (patriarcali) le donne hanno di fronte due carriere fondamentali: o accettare il matrimonio assumendo il ruolo di moglie, o astenersi da esso diventando qualche altra cosa. Ma che cosa potevano diventare, specialmente fino a qualche tempo fa, le donne che rifiutavano il matrimonio o che non riuscivano a sposarsi per altre ragioni? Prima dell'Illuminismo la principale alternativa era la vita claustrale: la donna doveva essere una sposa, se non di un uomo, almeno di Cristo. Dopo l'Illuminismo il ruolo del convento è stato in parte sostituito da quello del manicomio o dell'ospedale psichiatrico: tutte le donne, ancora, dovevano avere un domicilio di proprietà e sotto il controllo di un uomo o di molti uomini: se non era la casa di un marito, allora era una « casa di cura ».

Disgustato dallo spettacolo del matrimonio della madre, Amleto ordina a Ofelia di andare in convento:

« Se ti prendi un marito, io ti darò questa maledizione per



dote: anche se sarai casta come il ghiaccio, pura colme la neve, tu non sfuggirai alla calunnia. Vattene in un convento, va, addio »<sup>16</sup>.

Disgustato dallo spettacolo della moderna vita sociale, Kallmann manda le donne nei manicomi. Egli sostiene la carcerazione psichiatrica come una politica sociale sistematica su basi cosiddette eugenetiche.

« A livelli culturali bassi, egli spiega, gli squilibrati e i deboli di mente sono a malapena capaci di procurarsi il necessario per vivere, mentre l'alto livello di qualità degli ospedali psichiatrici evidentemente tende a ridurre le condizioni avverse per i ricoverati »<sup>17</sup>.

Ma non è tutto. Lo scopo principale della reclusione degli schizofrenici, specialmente delle donne schizofreniche, secondo Kallmann, è d'impedire loro di sposarsi e di avere figli. E infatti egli consiglia il ricovero in ospedale psichiatrico come un surrogato del matrimonio:

« D'altra parte il ricovero in un istituto psichiatrico deve esercitare una precisa influenza sulla riproduttività del malato di mente. Naturalmente tale fine si può raggiungere solo se il ricovero avviene abbastanza presto e abbraccia la maggior parte del periodo riproduttivo di tutti i pazienti che hanno malattie ereditarie. Questo aspetto è stato spessissimo trascurato, e perfino la più moderna psichiatria ancora trascura questo importante principio eugenetico, a detrimento della salute pubblica. E' appena necessario ricordare che ancora oggi ragazze ai primi stadi della schizofrenia (spesso diagnosticata come "nervosismo") non sono messe in guardia contro i matrimoni precoci, ma anzi vengono consigliate di sposarsi come miglior rimedio contro l' "esaurimento nervoso" »<sup>18</sup>.

La realtà pratica del principio proclamato da Kallmann in questo brano - che naturalmente non era una invenzione sua, ma costituiva l'opinione dei più prestigiosi psichiatri del suo tempo, ossessionati dall'ereditarietà - viene illustrata nella seguente storia, riferita da un quotidiano:

« Martha Nelson, che era stata ricoverata in ospedale psichiatrico per ignote ragioni nel 1875, quando aveva 4 anni, e trascorse 99 anni in istituzioni statali, morì un giovedì, stando a quanto affermano i registri del Dipartimento per l'Igiene e il Ritardo Mentale dell'Ohio. Aveva 103 anni... I funzionari responsabili dicevano che ancora non erano sicuri dei motivi per i quali la Nelson era stata rinchiusa tutta la vita. Si occupava del bucato e aiutava

nell'andamento della casa... finché non raggiunse 60 o 70 anni, dicevano, rimanendo poi come paziente »<sup>19</sup>.

Chiedere perché questa donna era « rinchiusa » all'età di 60 o 70 anni è fare una domanda per evitare una sola risposta e cioè che l'ospedale era la sua casa. Naturalmente questa risposta è insufficiente da un punto di vista ideologico. Se si fosse chiesto a qualcuno del Medioevo perché una donna aveva vissuto in un convento, la risposta non avrebbe potuto essere che lo aveva fatto perché non aveva altro posto in cui vivere, ma sarebbe stata che lo aveva fatto perché amava Gesù. Allo stesso modo noi ora dobbiamo dire che le persone vivono in un ospedale psichiatrico non perché non hanno altro posto dove andare, ma perché sono schizofreniche.

Il fatto che nel mondo moderno il fenomeno primario della « follia » - che diventò « dementia praecox » alla fine del XIX secolo e « schizofrenia » all'inizio del W - è lo spostamento forzato dalla propria casa al manicomio, è confermato da tutta la storia della psichiatria istituzionale<sup>m</sup>. Anche solo un rapido sguardo a questa storia mostra, e un più attento studio di essa lo conferma ampiamente, che, qualunque fosse la fenomenologia della follia nel passato e qualunque possa essere oggi, quasi sempre prima veniva il ricovero in manicomio e poi veniva la sua giustificazione a causa della follia.

Circa 250 anni fa il giornalista e romanziere inglese Daniel Defoe denunciava così tale pratica:

« Tutto questo mi spinge ad inveire contro la vile Pratica, adesso tanto in voga nella Classe migliore, così vengono chiamati, ma è la classe peggiore in realtà, che consiste nel mandare la propria Moglie in Manicomio ad ogni Capriccio o Antipatia, così che loro possano essere più tranquilli e indisturbati nelle loro Dissolutezze.... Tale è il livello della Barbarie e dell'Ingiustizia in un Paese Cristiano; è una inquisizione clandestina, anzi peggio »<sup>21</sup>.

Ma perché gli inglesi facevano queste cose terribili alle loro mogli? Uno dei motivi era che non potevano divorziare. Questo è un argomento del quale si era interessato anche John Milton. Il più strenuo difensore della libertà personale, circa nello stesso periodo in cui iniziava la costruzione dei manicomi, con le seguenti significative parole:

« Ad un certo punto, dunque, mi accorsi che esistevano tre specie di libertà che sono essenziali al felice svolgimento della vita sociale: quella religiosa, quella domestica e quella civile;

siccome avevo già scritto sulla prima e i magistrati erano valorosamente all'opera per ottenere la terza, decisi di rivolgere la mia attenzione alla seconda specie di libertà, cioè a quella domestica... Esposi ciò che pensavo non solo sulla celebrazione del matrimonio, ma anche sul suo scioglimento, se le circostanze lo avessero reso necessario;... è vano, infatti, farsi vanto della libertà in senato o nel foro quando si langue sotto la più abietta schiavitù di un inferiore in casa. Pubblicai perciò sull'argomento alcuni libri, che erano particolarmente necessari in quel periodo, nel quale marito e moglie erano spesso i più inveterati nemici e nel quale spesso l'uomo rimaneva a casa per occuparsi dei figli, mentre si vedeva la madre di famiglia nel campo nemico minacciare morte e distruzione contro il marito »<sup>22</sup>.

Questo è quanto si scriveva nel 1654. Nel giro di un centinaio di anni la « follia » costituiva un fiorente « commercio » in Inghilterra<sup>23</sup>. La mia convinzione è che il matrimonio e la psichiatria non solo sono istituzioni simili, ma che sono strettamente interdipendenti e si sostengono l'uno con l'altra. Per esempio uno statuto dell'Illinois del 1851 specificava che le donne sposate potevano essere rinchiusse forzatamente nei manicomi di Stato « su richiesta del marito... senza bisogno della dimostrazione della pazzia richiesta in altri casi »<sup>24</sup>.

In Inghilterra lo stesso principio fu messo in pratica ogni volta che l'infedeltà del marito si nascondeva dietro la scusa dell'infermità mentale, come ad esempio avvenne nel 1869, quando il Principe di Galles, il futuro Edoardo VII, (detto familiarmente « Bertie » dal suo popolo) fu minacciato di scandalo a causa dei suoi rapporti intimi con una donna sposata. Secondo un suo biografo moderno:

« Fu fatto un altro tentativo per evitare lo scandalo da parte del leale Sir Thomas Moncrieffe, padre della signora, che un po' spietatamente, ma dando prova di patriottismo, fece immediatamente dichiarare pazza la figlia. Famosi medici andarono in tribunale a giurare che era stata affetta da « follia puerperale » dopo la nascita del figlio. Ciò fu accettato dal giudice... La magistratura non si era proprio coperta di gloria, ma gli interessi della Regina erano salvi e Bertie uscì da una situazione quanto mai imbarazzante »<sup>25</sup>.

Perciò, in misura proporzionale a quanto il matrimonio viene considerato sacro e indissolubile, la psichiatria non volontaria verrà considerata come benedetta e indispensabile; e quanto più la discordia coniugale e il divorzio sono considerati motivo di scan-

dalo, tanto più la malattia mentale e il trattamento coatto saranno considerati scientifici.

Ora, col modello del matrimonio ben presente, siamo pronti a riesaminare il vero contesto e il modo esatto in cui si sviluppano i fenomeni che Kraepelin chiamò «dementia praecox» e Bleuler «schizofrenia». Il contesto è la famiglia: genitori e uno o più figli. Il ragazzo «malato» è un adolescente che sta diventando adulto (uso e userò il maschile per semplificare il discorso, ma il paziente è molto più spesso una donna\*), il cui sviluppo procede in modo tale da dare preoccupazione ai genitori o ad altre persone circa le sue capacità di agire come individuo indipendente. Egli può essere eccessivamente infantile e dipendente dai genitori o eccessivamente distaccato da loro, in una sprezzante esibizione d'illusoria indipendenza. In entrambi i casi appare molto problematica la sua sopravvivenza come adulto economicamente e personalmente indipendente o, peggio, come capo di una famiglia. Il soggetto - o «pre-paziente», come lo definisce appropriatamente Goffman<sup>28</sup>, cioè, il nostro futuro paziente schizofrenico - è ora sui vent'anni, ancora universitario o appena laureato. Tuttavia egli è ancora economicamente dipendente (dalla propria famiglia o da altri) e socialmente isolato (se si eccettua la sua famiglia e pochissimi altri). Ecco dunque la situazione tipica in cui si determina la «schizofrenia», cioè la situazione in cui essa viene inizialmente «identificata» o «diagnosticata»: genitori già avanti negli anni, stanchi ormai di star dietro al rampollo che ha raggiunto la propria maturità biologica, si trovano di fronte al peso presente e alla prospettiva futura di mantenere un figlio o una figlia «inutili» e molto probabilmente «difficili». Gli interrogativi, che inevitabilmente sorgono nella loro mente e nella mente degli altri membri della famiglia interessati, sono questi: che cosa accadrà a questo «ragazzo» quando i genitori diventeranno inabili o moriranno? Come vivrà? Chi si prenderà cura di lui?

Questa è la situazione in cui possiamo osservare la dementia praecox o schizofrenia *in statu nascendi*. E' del resto la situazione che ricorda in tutti i suoi elementi fondamentali le circostanze in

---

\* All'ospedale Burgholzi, quando era direttore Bleuler «La percentuale di schizofrenici era per il 71% di uomini e per il 79% di donne...»<sup>26</sup>. Circa l'età della comparsa di questa «malattia» e la sua durata, Bleuler aggiunge questa significativa osservazione: «Perciò il peso sociale della schizofrenia è gravissimo... perché colpisce la maggior parte dei pazienti prima che essi abbiano la possibilità di stabilizzarsi nella vita e nel lavoro»<sup>27</sup>. Ho l'impressione che Bleuler si rendesse conto che in realtà la «schizofrenia» è la «vita e il lavoro» dei cosiddetti schizofrenici, ma che non avesse il coraggio di ammetterlo e di affrontare le implicazioni che tale affermazione comportava.

cui noi possiamo osservare un matrimonio (combinato) in *statu nascendi*. Come la schizofrenia, o follia, due termini che userò indifferentemente, nasce in un contesto in cui il pre-paziente ha un ruolo fondamentale, così il matrimonio nasce da un contesto in cui il ruolo fondamentale lo ha la pre-moglie. Per « pre-moglie » intendo la fanciulla in quella età e in quello stadio di vita in cui passa, impercettibilmente, da bambina o adolescente a potenziale sposa e moglie; quell'età che, significativamente, veniva chiamata, e a volte lo è ancora, « da marito ».

Che cosa intendeva la gente quando parlava di una fanciulla in età « da marito »? Intendeva che ella *avrebbe dovuto* sposarsi; che avrebbe dovuto *essere* sposata; che suo padre era pronto a *darla* in matrimonio. L'esistenza o il ruolo destinato a una tale persona era quello di moglie; in poche parole, era una *pre-moglie*. Allora, come adesso, le pre-mogli erano educate ad essere assolutamente incapaci e inutili come individui all'esterno del proprio focolare domestico. Non ci si aspettava da loro che potessero svolgere un impiego nella società, eccetto forse ai livelli più bassi della scala economica e sociale. Ci si aspettava invece da loro che sapessero essere mogli, madri e padrone di casa. Chiedo scusa per le cose ovvie che sto dicendo, ma i motivi per cui lo faccio risulteranno evidenti fra poco.

Giunte in età da marito, diventate pre-mogli, le fanciulle di solito facevano del loro destino una propria decisione: si sposavano e diventavano mogli. Nel realizzare questo cambiamento di stato venivano aiutate dalle loro famiglie, da quelle del futuro marito e spesso anche da intermediari o sensali di matrimonio. Ecco perché l'istituzione del matrimonio funzionava tanto bene in passato e tanto male oggi. Un tempo esso realizzava i desideri e i bisogni delle fanciulle e delle loro famiglie e i corrispondenti desideri e bisogni dei giovani e delle loro famiglie. Adesso si vorrebbe che esso realizzasse i desideri e le necessità dei coniugi come individui, ma non lo fa.

Attualmente la struttura e la funzione del matrimonio combinato è stata in parte sostituita dalla struttura e dalla funzione della psichiatria combinata. E' importante a questo riguardo notare come la cerimonia della certificazione che ha tante somiglianze con quella nuziale, sia chiamata « affidamento », un termine che suggerisce l'idea che non è solo il paziente a essere affidato all'ospedale, ma che il paziente e lo psichiatra, come moglie e marito, sono anche « affidati » l'uno all'altro.

Le somiglianze strutturali fra il matrimonio combinato e il rapporto psichiatrico combinato sono abbastanza evidenti. A volte il giovane pre-paziente va da sé a cercare aiuto dallo psichiatra e

si mette volontariamente in quel legame psichiatrico di tipo « matrimoniale », che descriverò poi più compiutamente. In genere, però per continuare il parallelo con l'esempio del matrimonio combinato, la funzione di fare incontrare il pre-paziente col suo futuro psichiatra spetta ai genitori e ad altri intermediari, come il medico di famiglia, lo psicologo, l'assistente sociale e altri cosiddetti « professionisti dell'igiene mentale ». Dopo essere giunti a un conveniente contatto medico il pre-paziente e il medico sono pronti per la cerimonia della certificazione: uno dei due partecipanti viene formalmente diagnosticato come « paziente schizofrenico », l'altro riceve l'autenticazione come « suo psichiatra », e lo spazio in cui entrambi sono confinati è formalmente accreditato come « ospedale ».

In breve, come nel matrimonio consacrato la moglie lascia il proprio nome e riceve il nome che le dà il marito, così nel matrimonio psichiatrico il paziente lascia il proprio nome e riceve quello che gli dà lo psichiatra. Allo stesso modo in cui la cerimonia delle nozze trasforma Joan Jones nella signora Smith, dandole da allora in poi l'identità di « moglie di Smith »; così la cerimonia dell'affidamento trasforma un ragioniere o un architetto in uno schizofrenico, dandogli da allora in poi l'identità di « paziente del dottor Daniel Doe ».

Anche questa sistemazione psichiatrica istituzionale, come l'altro termine di paragone, cioè la sistemazione matrimoniale, è confezionata apposta per risolvere alcuni problemi umani comuni a tutti. Perciò, i protagonisti di questo dramma non solo vengono sollevati dal peso di creare di nuove soluzioni (psichiatriche) ai loro problemi, ma al contrario sono sospinti, con tutte le pressioni che la società può esercitare, a risolvere in questo modo i loro bisogni particolari. I genitori e la società hanno bisogno di chi si prende cura di certe persone che, o per come sono state allevate, educate o per qualsiasi altro motivo, non sono in grado di badare a se stessi o non lo vogliono. E, del resto, questi individui sono in genere ben disposti ad accettare come sostenitori e custodi alcune persone e istituzioni che non siano i genitori e le famiglie, specialmente se si trovano di fronte a una pressione autoritaria e coercitiva in questo senso.

Allo stesso modo in cui non può esservi corteggiamento fra i fidanzati nel matrimonio combinato, così può non esservi tra lo schizofrenico ricoverato e lo psichiatra: il primo incontro fra i due può avvenire direttamente in ospedale, dopo che il primo è stato affidato alla « tutela » del secondo. Quando l'affidamento è stato fatto da un giudice, né il paziente, né il medico sono liberi di rifiutare l'unione, per lo meno non del tutto. Come nel modello

del matrimonio, è ovvio, comunque, che lo psichiatra dell'istituzione ha il potere necessario, se lo desidera, sia di avviare l'unione (cioè di portare alcuni pazienti nell'ospedale e sotto la propria tutela), sia di troncarla (cioè di mandare via, perché guarito o perché in via di miglioramento, qualsiasi paziente egli voglia). A questo riguardo la cosa più evidente è che, nonostante lo sbandierato modello medico su cui la psichiatria sostiene di basarsi, questo tipo di sistemazione psichiatrica manca della caratteristica politica della medicina che più la distingue, e cioè la libera scelta del medico da parte del paziente e viceversa. In breve, mentre il moderno rapporto fra medico e paziente tende a informarsi al modello romantico di matrimonio o d'unione, in cui liberamente si impegnano due individui che si scelgono l'un l'altro, il moderno rapporto fra lo psichiatra e il paziente tende a ricalcare il modello matrimoniale tradizionale, combinato per i partners dai capi dei loro rispettivi clans.

Così alcune delle funzioni di differenziazione e di identificazione sociale, un tempo erano assolute dall'istituzione del matrimonio e vengono ora assolute dall'istituzione della psichiatria. In ogni società, ogni individuo ha il « proprio posto » e là viene, più o meno rigidamente, mantenuto. Sebbene questo discorso valga più per le società tradizionali a vari strati sociali che per quella moderna, apparentemente senza differenziazioni di classi, tuttavia questa fissità di un determinato ruolo sociale, almeno per certi periodi di tempo, è un fenomeno caratteristico di tutte le società.

Nelle società patriarcali d'Europa, fino all'inizio del secolo e oltre, gli spazi della donna erano, secondo una classica definizione tedesca, *Kinder, Kirche, Küche* (bambini, chiesa, cucina). Via via che le donne e altri gruppi oppressi, come gli Ebrei, i lavoratori, i poveri, si « emancipavano », e nei vari sistemi sociali venivano scomparendo, almeno apparentemente, le differenze di classe, comparvero altre classi di sfruttati: i malati di mente sono una di queste, mentre i destinatari dell'assistenza pubblica, i bambini e gli handicappati sono alcune altre. Adesso sono i membri di questi gruppi che devono conoscere i propri posti ed esservi mantenuti. Il « posto » dello schizofrenico è stato definito da Bleuler: assenza di associazioni, autismo e ambivalenza. L'allitterazione delle « tre A », i classici « sintomi fondamentali della schizofrenia », ha così sostituito l'allitterazione delle « tre K », i classici « sintomi fondamentali della femminilità ».

Anche il decorso, la prognosi e l'eventuale esito della schizofrenia possono utilmente essere visti dall'angolo visuale del paradigma del matrimonio combinato. L'età caratteristica dell'insorgere della *dementia praecox* è, come abbiamo già visto, la stessa in cui

era consuetudine un tempo e ancora oggi, che una fanciulla prendesse marito. Le aspettative caratteristiche - familiari e sociali, mediche e psichiatriche - delle pre-mogli dell'epoca vittoriana e dei pre-schizofrenici di Bleuler sono essenzialmente uguali: disadattamento fuori del proprio ambiente familiare, dipendenza dalla autorità e dalla famiglia, impossibilità di trovare un impiego.

Una volta ricoverati (sposati) ci si aspetta che i pazienti (le mogli) siano malati per tutta la vita (rimangano sposate finché la morte non le divida dal marito). A volte capita che il paziente schizofrenico abbia un miglioramento, sia dimesso dall'ospedale e recuperi la personalità che aveva prima d'ammalarsi (che il marito ottenga il divorzio e la ex-moglie ritorni alla casa paterna). Spesso, comunque l'ex-paziente viene colto da una ricaduta e rientra in ospedale (la ex-moglie si risposa). Da questa prospettiva sarebbe altrettanto sbagliato e inappropriato dire che la schizofrenia è una condizione cronica quanto il dire che essere una moglie fedele è una condizione cronica. Sarebbe più esatto attribuire la cronicità di queste situazioni a certe attese sociali e sistemazioni istituzionali che non alle « condizioni » che esse producono. E' chiaro che il matrimonio dura più a lungo se il divorzio è proibito per legge o viene impedito da severe sanzioni sociali. Allo stesso modo è evidente che la schizofrenia dura più a lungo se la guarigione viene proibita dalla psichiatria e ostacolata da severe sanzioni sociali. In Italia, ad esempio, fino a {qualchetempo fa il divorzio non esisteva; la moglie poteva lasciare il marito, e viceversa, solo con l'annullamento o la separazione. Analogamente, per la psichiatria di Kraepelin-Bleuler-Freud non c'era possibilità di guarigione; il paziente poteva scegliere fra la fuga dai propri medici o accontentarsi d'un miglioramento, e lo psichiatra poteva scegliere fra l'abbandonare la psichiatria ospedaliera o riclassificare gli schizofrenici « guariti » come nevrotici ai quali era stata sbagliata la diagnosi.

Nel matrimonio la pre-moglie riceve un marito che fa le veci del padre, una nuova casa e una nuova famiglia, e tutto questo le permette di vivere come « moglie » e « padrona di casa ». In modo analogo in un ospedale psichiatrico il pre-paziente riceve un medico che fa le veci del padre, una nuova casa e una nuova istituzione che sostituisce la sua casa e la famiglia di un tempo, e tutto questo gli consente di vivere come paziente e aiuta a mandare avanti l'istituzione. Perciò la schizofrenia non è solo un « sistema di vita »; fa anche parte di una sistemazione e istituzione sociale che definisce e offre un certo sistema di vita, e cioè la psichiatria istituzionale. In questo senso il paziente rappresenta la moglie; lo psichiatra il marito; l'ospedale psichiatrico



la casa in cui vivono entrambi; «schizofrenico» è il nome non lusinghiero con cui il marito chiama la moglie; «dottore» è l'ossequioso nome con cui la moglie chiama il marito; e gli ospiti dell'ospedale, specialmente quelli ancora più senza speranza dello stesso paziente, rappresentano gli altri figli ai quali la madre e il padre - lo «schizofrenico che ha avuto una guarigione istituzionale» e il «direttore dell'ospedale psichiatrico» - prestano le loro cure, la prima facendo tutto il lavoro più pesante, il secondo raccogliendone tutto il merito.

Le conseguenze di lunghi anni di forzato matrimonio psichiatrico sono in genere le stesse di lunghi anni di matrimonio consacrato, medico e paziente accumulano profondi rancori l'uno verso l'altro. E ognuno ha il proprio punto di vista e le proprie ragioni per giustificare le proprie lagnanze. Così da una parte stanno gli psichiatri, pieni di diffidenza verso i pazienti, sempre pronti a provare che lo «psicotico» può essere pericoloso a sé o agli altri e perciò da tenere e curare in ospedale psichiatrico, anche per forza. Dall'altra stanno i pazienti, pieni di risentimento verso gli psichiatri, sempre pronti a sostenere di essere stati trattati in modo ingiusto e inadatto e di avere perciò sofferto umiliazioni e danni per i quali hanno diritto a un risarcimento.

E' questo il (motivo per cui, proprio come nelle dispute per un divorzio, così in quelle tra psichiatra e paziente un giudice o una giuria possono trovare delle colpe nell'una o nell'altra parte o in entrambe a seconda delle loro valutazioni o simpatie. Ed è anche il motivo per cui i giudizi su questo tipo di questioni, cioè se ricoverare o risarcire un paziente, possono facilmente essere sia a favore che contro l'uno o l'altro contendente, a seconda dell'abilità dei protagonisti del dramma. E' difficile, del resto, immaginare come le cose potrebbero andare diversamente: fino a quando un rapporto fra esseri umani, specialmente un rapporto a due, sarà forzato, invece che contrattato liberamente, ci sarà sempre la necessità di trovare dei motivi per giustificare sia la coercizione che le lagnanze per il cattivo uso fatto di esso, e ci sarà sempre bisogno di un vero e proprio Salomone per giudicare queste dispute.

Da questo punto di vista è facile anche capire perché uno dei sintomi più comuni di una moglie dell'epoca vittoriana fosse la frigidità, perché, cioè, ella non potesse rispondere sessualmente a un marito che ella non voleva e a cui rifiutava di sottomettersi; e perché uno dei sintomi caratteristici dello schizofrenico, oggi, sia la resistenza al trattamento, perché cioè, egli non possa rispondere terapeuticamente allo psichiatra che egli non vuole e a cui rifiuta di sottomettersi. In molti dei suoi aspetti essenziali,

quindi, la psichiatria praticata nell'ospedale, come si è venuta sviluppando in Europa nel XVIII secolo e nel XIX, e come la conosciamo ora in tutto il mondo «civilizzato», è una riproduzione perfetta del «felice» matrimonio dell'epoca vittoriana. E' stabile: il paziente è uno psicotico a vita, e lo psichiatra è uno psichiatra a vita. E' pacifica: il potere è distribuito e mantenuto in una rigida struttura verticale, eliminando sia la possibilità di un'efficace rivolta da parte dell'oppresso che quella di un efficace cambiamento da parte dell'oppressore. E' animata e governata soltanto dall'amore e dalla benevolenza: tutto quello che il paziente deve fare è rappresentato dal ricevere delle cure e tutto ciò che lo psichiatra fa è rappresentato dall'offrire delle cure. Infine, come il matrimonio consacrato non può produrre che felicità coniugale, così l'affidamento psichiatrico non può produrre che salute mentale.

Dobbiamo tener ben presente, comunque, - e su questo punto vorrei insistere molto - che né il sistema matrimoniale, né quello che si è creato intorno alla follia sono stati organizzati dalla società per rendere felici o sani i propri membri. Ciascuno dei due sistemi corrisponde a fini completamente diversi da questi e coloro che desiderano essere felici o sani devono cercare di realizzare i loro obiettivi per conto proprio, dentro il sistema o fuori di esso.

Innumerevoli scrittori moderni di romanzi e di opere teatrali, da Ibsen e Cekov a Pinter e Mishima, si sono interessati a questo genere di rapporti problematici - sia matrimoniali che psichiatrici, fra due persone forzatamente messe insieme - che abbiamo esaminato. Soltanto poche citazioni di queste opere letterarie e qualche osservazione su di esse saranno sufficienti a questo punto per ampliare e chiarire le mie argomentazioni.

Tolstoj, la cui vita sia d'uomo che di scrittore fu una titanica lotta per esorcizzare i demoni del dominio-sottomissione nelle relazioni umane<sup>B</sup>, arrivò al cuore di questo problema non solo per quanto incide sul matrimonio, ma anche per quanto incide sulla medicina come metodo di mistificazione di esso. Ecco un frammento di un dialogo tratto dalla Sonata a *Kreutzer*. E' una parte della conversazione che si svolge in treno fra un uomo che ha ucciso la moglie ed è appena uscito di prigione e il suo anonimo interlocutore:

« "Sa", cominciò mentre riponeva il tè e lo zucchero nella borsa, "il dominio delle donne di cui il mondo soffre, nasce da questo". "Ma quale dominio delle donne?" domandai. "Tutti i diritti, tutti i privilegi legali sono dalla parte degli uomini". "Sì, sì! E'

proprio così", mi interruppe. "E' proprio questo ciò che voglio dire. Questo spiega lo straordinario fenomeno per cui da una parte la donna è ridotta al più basso livello di umiliazione, mentre dall'altra essa è la dominatrice... La mancanza di diritti della donna non consiste nel fatto che non ha diritto di voto o non può essere un giudice - occuparsi di tali questioni non è un privilegio - ma nel fatto che non è uguale all'uomo nel rapporto sessuale e non può usare dell'uomo o astenersene a suo piacimento, non le è consentito di scegliere un uomo di suo gradimento invece che essere scelta da lui... Come stanno oggi le cose, una donna non possiede questo diritto, mentre un uomo ce l'ha" »<sup>30</sup>.

Se sostituiamo il ierme psichiatra a quello di uomo e schizofrenico a quello di donna, l'esempio calza ancora perfettamente: l'uno può scegliere, o « diagnosticare », l'altro, ma non viceversa.

Tolstoi lamenta l'intrappolamento vicendevole degli uomini e delle donne come padroni gli uni e schiave le altre e descrive « la maggior parte delle donne » come condannate ad essere « malate di mente, isteriche, infelici e incapaci di sviluppo spirituale »<sup>31</sup>. Fa poi questa osservazione profetica sul ruolo dei medici nel pervertire e nel mistificare questo fondamentale dilemma etico dell'umanità:

« "Mi sembra che non vi piacciono i medici", dissi, notando che ogni volta che alludeva a loro c'era nella sua voce un tono singolarmente malevolo.

"Non si tratta del fatto che mi piacciono o no. Sono loro che hanno rovinato la mia vita, come hanno rovinato e stanno rovinando quella di migliaia e centinaia di migliaia di esseri umani; non posso fare a meno di collegare la causa con l'effetto... Oggi non si può più dire: 'Non stai vivendo in modo giusto, cambia vita'. Non si può più dire questo né a se stessi, né ad altri. Se vivi male, ciò dipende da un funzionamento anormale dei nervi. Allora bisogna andare da loro, ed essi ti prescriveranno un sacco di medicine, ti manderanno a comprarle in farmacia e ti obbligheranno a prenderle! Se stai peggio, ancora medicine e di nuovo dal medico. Che bell'inganno!" »<sup>32</sup>.

Davvero una preveggente prospettiva del modo attuale di trattare con gli psicofarmaci i problemi matrimoniali e molti altri problemi umani! La prospettiva si allarga ancora nel brano seguente in cui Tolstoi ci offre un'altra drammatica descrizione della prigionia matrimoniale - e, *mutatis* mutandis di quella psichiatrica - che ciascun partner esercita sull'altro.

« Tutte quelle nuove teorie sull'ipnotismo, sui disturbi psichici

e isterici non sono solo pura follia, ma anche qualcosa di ripugnante e pericoloso. Charcot avrebbe senz'altro detto che mia moglie era isterica e che io non ero normale e senza dubbio avrebbe cercato di curarmi. Ma non c'era proprio niente da curare. Così immersi in una nebbia perenne, senza riuscire a scorgere la condizione in cui ci trovavamo. Eravamo come due galeotti che si odiavano l'un l'altro e che tuttavia erano legati alla stessa catena, avvelenandosi reciprocamente la vita e cercando di non vederlo. Allora non sapevo che il novantanove per cento delle persone sposate vivono in un inferno simile a quello in cui vivevo io e che non può essere altro che così »<sup>33</sup>.

Julius Horwitz, in *Nemici naturali*, ci offre uno straordinario e moderno seguito della *Sonata a Kreutzer*. Questo romanzo è, in realtà, un'analisi ancora più penetrante del matrimonio come trappola, per entrambi i coniugi, forse perché è oggi ancora più problematico di quel che non fosse ai tempi di Tolstoj. Inoltre Horwitz è profondamente critico circa l'influenza pernicioso che la psichiatria può avere su coloro che lottano per allentare o recidere i vincoli del matrimonio. « Gli psicologi hanno torto », osserva Horwitz in un monologo simile a quello di Tolstoj su Charcot, « come al solito. In America chi esercita una professione non si preoccupa in genere di essere nel giusto, ma solo di proteggere il tipo di conoscenze entro cui si sente a proprio agio, come ad esempio, gli psichiatri, che non si rendono ancora conto che Freud era un grande novelliere »<sup>34</sup>.

Il protagonista del romanzo di Horwitz è un editore di successo che vive in periferia con la moglie, i figli e un cane. Mentre la storia di Tolstoj è raccontata da un uomo che ha ucciso la moglie e ha appena finito di scontare la pena in prigione, quella di Horwitz è raccontata da un uomo che sta meditando su come uccidere la moglie, i figli e se stesso e che alla fine lo fa realmente. In entrambi i casi, il matrimonio è una prigione esistenziale. « Non importava nulla », spiega il marito, « che io fossi l'editore di una delle più importanti riviste americane secondo l'opinione di *New-sweek*; Miriam continuava a vedermi come un uomo che interferiva con una sua personale immagine di sé che ella era assolutamente incapace di chiarire a se stessa o ad altri »<sup>35</sup>.

Miriam « diventa pazza », tenta il suicidio, entra per qualche tempo in ospedale psichiatrico e poi seguita a farsi curare dagli psichiatri facendo sorgere nel marito sensi di colpa e di risentimento. « Perché le donne scelgano la pazzia andava oltre le mie possibilità di comprensione »<sup>36</sup>, gli fa esclamare in un impeto di rabbia e di disperazione Honvitz, facendoci invece capire che egli comprende tutto questo anche troppo bene. Marito e moglie

si sono intrappolati a vicenda e hanno intrappolato se stessi in un matrimonio che essi non vogliono mettere in discussione, né tanto meno sciogliere e che gli psichiatri che curano Miriam li distraggono dal mettere in discussione e dallo sciogliere.

Questo è dunque il problema che viene psichiatrizzato con conseguenze disastrose «Io sono pazza di certo, le registrazioni in ospedale lo provano»<sup>37</sup>, dice Miriam. Anche se Horwitz ci risparmia una formale diagnosi, la follia di Miriam è chiaramente del tipo ,che ogni autentico psichiatra americano chiamerebbe schizofrenia. Man mano che la storia si avvicina al punto culminante, Miriam avverte l'implacabile risentimento del marito. E' troppo tardi quando, alla fine, riesce a comunicare la propria angoscia con le parole invece che con i sintomi: .

« Gli psichiatri non amano le persone, preferiscono i pazienti. Non ti sei mai sognato di contraddirli. Sembravi sempre accettare i suoi giudizi anche quando avresti dovuto accorgerti che erano sbagliati. Avresti dovuto portarmi via dall'ospedale prima che mi facessero gli elettrochock. Non credo di essere mai stata malata di mente »<sup>38</sup>.

Il marito sa che Miriam ha ragione. Lo ha sempre saputo, ma entrambi sono andati avanti così: lei giocando il ruolo della malata sofferente, lui quello del marito che la sosteneva in questo ruolo. Il commento finale di Horwitz sugli psichiatri, da lui posto in bocca al (marito, è quanto mai significativo:

« Lo psichiatra che aveva prescritto a Miriam Ritalin, Thorazine e poi Valium, si suicidò buttandosi sotto un treno della metropolitana a Lexington Avenue. Cadde di traverso sulle rotaie, ebbe la testa in parte decapitata e gli arti semistrappati come se fosse stato ghigliottinato da un folle. Gli psichiatri superavano i ginecologi per il numero di suicidi »<sup>39</sup>.

Se Talstoi e Horwitz - e Cekov, Kraus e Kesey - scrivono questo sulla psichiatria, forse essi sanno qualcosa a cui la gente dovrebbe prestare maggiore attenzione. In **Nemici** naturali, Horwitz coglie con perfetta fedeltà la determinazione del moderno psichiatra « dinamico » nel distruggere nel proprio paziente anche le ultime tracce del senso di sé come agente morale\*, un senso già compromesso dal « paziente » stesso:

« Avrei dovuto trascinar via Miriam da quello psichiatra della Settantaquattresima strada. Le aveva insegnato un falso linguag-

---

\* Spetta agli scrittori moderni riscoprire che gli « alienisti » sono in

gio che non faceva uso dei verbi... Ella entrò a far parte di quella pazzia creata da Freud, come altri folli prima di lui che credevano di aver trovato il vero significato della vita... La psichiatria scomparirà, come è scomparsa la pratica di fare i salassi »<sup>40</sup>.

Potrebbe sembrare un passo troppo lungo spostarsi dalla Russia degli Zar o dall'America contemporanea al Giappone dopo la seconda guerra mondiale, dove Mishima scrisse *Colori proibiti (Kinjiki)*. Eppure, le idee e i sentimenti di Tolstoj, di Horwitz e di Mishima sono molto simili e ci mostrano l'universalità del problema del « giusto posto » dell'uomo e della donna, nei confronti l'uno dell'altra e nell'ordine sociale. Ecco, prima di tutto, le osservazioni di Mishima sulle pressioni ad aderire alla forma prescritta d'accoppiamento che è il matrimonio:

« Quando c'è una fanciulla che dimostra di amarti tanto come Yasuko [dice Shunsuké a Yuichi] la cosa migliore è sposarla; tanto un giorno o l'altro dovrai prendere moglie! Credi: il matrimonio è una cosa di poca importanza. E' una cosa futile, per questo lo chiamano sacro »<sup>41</sup>.

Seguono poi le osservazioni di Mishima sulla necessità di mantenere la donna al suo posto, altrimenti, è chiara l'implicazione, inverte il modello dominazione-sottomissione e prende il sopravvento sull'uomo:

[Yuichi]: Ma come fa uno a sposarsi, se non vuole?

[Shunsuké]: Non voglio scherzare. Gli uomini sposano dei tronchi d'albero; possono sposare perfino delle scatole di ghiaccio. Il matrimonio è una invenzione dell'uomo. E' qualcosa che egli può fare; il desiderio non è necessario... La sola cosa a cui si deve fare attenzione è di non ammettere mai, per nessun motivo, che ella [la moglie] ha un'anima. Anche solo la minima traccia di un'anima è fuori discussione in questo caso<sup>1</sup>.

Di nuovo, possiamo sostituire il termine uomo col termine psichiatra ospedaliero e donna con quello di schizofrenico ricoverato e il paragone rimane calzante. Ciò che la tradizione della psichiatria di Kraepelin, organicistica e ospedaliera, vieta in modo assoluto è il riconoscimento del paziente come persona. La punizione per lo psichiatra che venga meno a questo principio e il sistema di condotta che esso comporta sono presentati in modo commovente da Cekov in *Corsia* n. 6<sup>43</sup>. Per non dilungarmi

---

genere alienati da se stessi e dal loro ambiente e che, se i loro clienti soffrono di **animia**, essi in genere li rendono più **anomici** ancora.

ulteriormente, non citerò alcun brano da quest'opera, ma vorrei concludere con un altro passo tratto da Colori proibiti, in cui Mi-shima fa i conti del costo morale, nel mondo contemporaneo, dell'istituzione del matrimonio combinato e, mutatis mutandis, della psichiatria istituzionale:

«Quelle due mani [di Shunsuké] e niente altro avevano svegliato in lui [Yuichi] una passione per i matrimoni forzati, il vizio, l'impostura e la falsità e lo avevano indotto ad abbracciarli. Quelle due mani erano come compagne della morte, avevano fatto con essa un patto segreto»<sup>44</sup>.

Le mani di Shunsuké sono quelle di Kraepelin, di Bleuler e di Freud. E' ora che la finiamo di scambiare con esse amichevoli strette.

Se il matrimonio è una trappola che finisce spesso nel divorzio per liberare coloro che ne sono rimasti prigionieri, perché tanto spesso uomini e donne si risposano? E se l'affidamento psichiatrico è una trappola che spesso si chiude in modo triste sia per l'ospite che per il custode, perché i pazienti e gli psichiatri tanto spesso ricreano lo stesso genere di situazione? Ci sono due evidenti motivi. In primo luogo sia il suolo matrimoniale che quello psichiatrico esercitano di solito sulla gente una potente attrazione, in particolare sui malati di mente e sugli psichiatri. Questi ruoli costituiscono delle vere e proprie carriere che definiscono l'identità di marito e moglie, di psichiatra e psicotico: è perciò molto difficile abbandonarli. In secondo luogo, attraverso il contratto nuziale, il matrimonio fornisce un mezzo per controllare il rapporto uomo-donna che altre sistemazioni meno formalizzate, meno coercitive invece non danno. Analogamente, attraverso l'affidamento la psichiatria istituzionale offre un mezzo per controllare il rapporto psichiatra-paziente che altre sistemazioni meno formali, meno coercitive non danno. Senza un contratto - letteralmente, un « affidamento » reciproco - che vincoli legalmente, uomini e donne, psichiatri e pazienti possono separarsi con relativa facilità e spesso lo fanno. Perciò coloro che desiderano la sicurezza coniugale o psichiatrica - per motivi che spaziano nell'intera gamma dei bisogni umani - opteranno in modo esplicito per il matrimonio o scaglieranno tacitamente l'affidamento psichiatrico.

In un bellissimo articolo sul divorzio e sulle seconde nozze, Sonya O'Sullivan descrive il cammino di una donna da partner sessuale liberata a seconda moglie regularizzata.

« Muriel si trova in una situazione paradossale. Dopo essere

riuscita a persuadere il suo uomo che il matrimonio è ridicolo, è un'istituzione obsoleta, si ritrova a desiderare ardentemente di essere sposata con lui. Dopo aver sostenuto con molta abilità che la Casa diventa un monumento ad un rapporto ormai finito, si ritrova a desiderare ardentemente una casa sua, col suo uomo al sicuro dentro di essa. Dopo aver espresso con aria seducente commenti pungenti sul tema della fedeltà, pretende che il suo uomo sia fedele. E dopo aver fatto notare l'assurdità della pretesa di una moglie di essere aiutata finanziariamente, le viene in mente (dopo essersi sposata) che le sue modeste entrate non giustificano il fatto di dover lavorare dalle nove alle cinque e che considerando le tasse che il suo uomo deve pagare, effettivamente lo stare a casa farebbe risparmiare molti soldi. E' un paradosso, ma non un problema »<sup>45</sup>.

Ovviamente la questione è che non si può al tempo stesso ottenere il massimo della libertà, e della sicurezza e dell'indipendenza dal matrimonio o dalla psichiatria e al tempo stesso ammettere di dipendere da queste istituzioni. Non si può voler conservare la torta intera e allo stesso tempo volerla mangiare. O è possibile? Mi sembra che le tendenze matrimoniali e psichiatriche di oggi richiedano proprio questa interpretazione: essere cioè considerati come tentativi per risolvere nel miglior modo possibile, all'interno di una coppia, una serie di bisogni umani e di pratiche sociali fra loro contraddittorie.

In un altro articolo, che tratta soprattutto di seconde nozze, Leslie Westoff riferisce che negli Stati Uniti, queste finiscono col divorzio due volte più di frequente che non i primi e che le cifre attuali sono del 59% per i primi e del 37% per i secondi<sup>46</sup>. Le tendenze attuali della frequenza nel campo del matrimonio, del divorzio e delle seconde nozze sono corrispondenti a quelle relative ai ricoveri, alle dimissioni e alle riammissioni negli ospedali psichiatrici. Lungodegenze in ospedale psichiatrico giustificate prima con il « deterioramento » dello schizofrenico, sono diminuite in modo drammatico. In effetti, molti psichiatri - persino qualche autore di testi psichiatrici - ammettono oggi che questo stadio della « malattia » è un prodotto dell'istituzionalizzazione cronica<sup>47</sup>. Comunque la frequenza per il primo ricovero, come quella per i primi matrimoni, continua ad essere alta, mentre la frequenza di coloro che vengono dimessi, come quella dei divorzi, è in continuo aumento. Al tempo stesso rimane elevata e forse in aumento la frequenza di quelli che ritornano in ospedale, come di quelli che si risposano; ma questi ritorni finiscono spesso con nuove dimissioni, proprio come le seconde nozze terminano spesso col divorzio. Tutto questo fa pensare a un non facile com-



promesso fra una costante brama della sicurezza che dà il marito e lo psichiatra e quella invece della libertà dai legami che questa sicurezza comporta. ((Attribuire al matrimonio la colpa di tutte le nostre difficoltà », osserva Westoff in una frase che è vera e banale al tempo stesso, « dimostra certamente il desiderio di rapporti più liberi, più realistici e più uguali, senza i ceppi di un contratto legale »<sup>48</sup>. In altre parole, dimostra il desiderio di un rapporto che non sia affatto un matrimonio, in nessuna delle accezioni convenzionali del termine. Cosa rimane infatti del matrimonio senza l'obbligatorietà che deriva dalla legge? E cosa della schizofrenia senza l'affidamento psichiatrico? Che cos'è un triangolo, per cambiare metafora, senza i tre lati?

Mi sembra che, proprio come un rapporto pienamente volontario fra un uomo e una donna nega il concetto stesso di matrimonio, un rapporto pienamente volontario tra psichiatra e paziente neghi il concetto di schizofrenia (nel senso usuale del termine). O, per porre la questione in modo diverso, direi che l'assistenza psichiatrica non volontaria o istituzionale sta a quella volontaria o contrattuale<sup>49</sup> come il matrimonio sta a una relazione amorosa. Il primo incatena insieme i due partners in una morsa di ambivalenza e di legalità, il secondo congiunge in una libera unione di amore e di convenienza reciproca. Ecco la ragione per cui la gente puritana considera seri gli uomini che sposano le donne, perché così sanno affrontare le loro « responsabilità morali » verso di esse; e invece considera poco seri quelli che rifuggono il matrimonio, perché « rifiutano di affrontare le loro responsabilità morali » verso delle donne indifese. Allo stesso modo gli psichiatri puritani considerano medici seri quelli che affidano alla loro tutela i malati mentali, perché sanno affrontare le loro « responsabilità mediche » verso di essi; considerano invece poco seri quelli che evitano l'affidamento, perché « rifiutano di affrontare le loro responsabilità » verso « dei pazienti malati in modo gravissimo ».

Inevitabilmente il rapporto tra i partners, sia nel matrimonio consacrato che in quello psichiatrico, comporta spesso una situazione di vicendevolesse coercizione personale e di ambivalenza emotiva\*. Come una moglie dipendente ha bisogno di un marito di-

---

\* Vale la pena di notare a questo proposito che usualmente in gergo volgare i due termini più comuni usati per indicare il rapporto sessuale sono « fottere » e « chiavare », e tutti e due sono usati nel senso che è il maschio che « lo » fa alla femmina. Il linguaggio corrente perciò riflette con più onestà di quello tecnico la natura spesso sfruttatrice del rapporto sessuale e coniugale. Questi termini sono oggi frequentemente riferiti al rapporto psichiatrico da coloro che disapprovano il potere incontrollato dello psichiatra sul proprio paziente.

spotico e viceversa, così il paziente schizofrenico ha bisogno di uno psichiatra ospedaliero e viceversa, e sia l'uno che l'altro sono incapaci di ammettere il proprio bisogno o il proprio sfruttamento dell'altro a causa del peso della vergogna, del senso di colpa, della mistificazione medica e della ipocrisia sociale. Invece di bisogno reciproco, si parla di aiuto reciproco che l'uno vuole ricevere e l'altro vuole dare. Invece di sfruttamento reciproco, si parla di mancanza di comprensione e di antagonismo ingiustificato del paziente nei confronti della psichiatria e dello psichiatra nei confronti del paziente. In breve, la schizofrenia è la cima di un iceberg: sotto la superficie si nasconde il « malriuscito matrimonio » tra psicotico e psichiatra, ciascuno deluso del comportamento dell'altro, ma disposto a portare avanti il rapporto piuttosto che a romperlo.

Sulla mappa che ci viene fornita dalla metafora del matrimonio c'è un'area che risulta particolarmente chiara. Intendo riferirmi al fatto che, negli Stati Uniti, come del resto in molti altri paesi, fino a pochi decenni fa, una persona non poteva farsi ammettere in un ospedale psichiatrico statale (o comunque pubblico) di sua volontà, perché voleva farsi curare; neanche lo psichiatra poteva ammettere come paziente quella persona, perché desiderava curarla in ospedale. L'ammissione in una istituzione psichiatrica, come in una penale, si poteva ottenere soltanto attraverso un'azione legale. Essere ~~pariente~~ **pariente** di un ospedale psichiatrico, perciò, significava essere affidato all'ospedale; essere il medico di quel paziente significava essere assegnato a lui dal giudice o da un proprio superiore.

Come appare chiaro, questo procedimento non somiglia a nessun altro nella pratica medica delle società libere. Somiglia piuttosto, a parte i procedimenti che regolano l'inserimento nel ruolo di prigioniero e custode, a quelli che regolano l'immissione nei ruoli di moglie e marito costretti a sposarsi - che in gergo si chiama « matrimonio riparatore ». In questo tipo di matrimonio l'uomo e la donna si sposano sotto la minaccia di essere uccisi, di solito dal padre di lei che, con la scusa di proteggere l'onore della famiglia, in realtà vuole sbarazzarsi dal peso che la figlia costituisce per lui. Anche l'affidamento psichiatrico è un « matrimonio riparatore »: unisce, infatti, nel matrimonio della follia, lo psicotico e lo psichiatra sotto la minaccia dell'irresistibile coercizione della società, esercitata di solito attraverso la sentenza di un giudice che, con la scusa di proteggere la sicurezza pubblica e la salute mentale del paziente, vuole, in realtà, sbarazzarsi del peso che il folle costituisce per lui.

E' importante tener presente che, come in un matrimonio ri-

paratore sia la sposa che lo sposo sono forzati, altrettanto lo sono sia lo psicotico che lo psichiatra nell'affidamento civile; nessuno dei due è libero di rifiutare il ruolo che gli viene assegnato, né il rapporto reciproco assegnato ad entrambi. Questo discorso dimostra chiaramente il preciso meccanismo sociale attraverso il quale sia la schizofrenia che la psichiatria vengono, quasi letteralmente, a crearsi e a strutturarsi<sup>50</sup>: attraverso la collaborazione di tutte le principali istituzioni sociali della società - la legge e la medicina, la religione e la famiglia, l'educazione e il giornalismo - i tribunali definiscono alcuni « pazzi » o « psicotici », altri « sani » o « psichiatri », la loro interazione « ospedalizzazione » e « trattamento », imponendo tali definizioni con l'inganno, la forza, e il ricatto della protezione e del prestigio.

Questo tipo di accoppiamento psichiatrico - l'unico esistente fin verso la fine del XIX secolo, quando cominciò ad affiorare la pratica di certi tipi di rapporti volontari fra pazienti psichiatrici e psichiatri - aveva il vantaggio della brutalità palese rispetto alla coercizione nascosta, per lo meno rendeva trasparente come il cristallo l'assenza totale di scelta tra il paziente e il medico, lo psicotico e lo psichiatra. Come marito e moglie nel matrimonio combinato, sapevano che dovevano tirare avanti insieme, ma che non erano obbligati ad amarsi. Ognuno dei due poteva perciò rifugiarsi nel proprio ruolo e poteva, in quell'ambito, essere lasciato in pace dall'altro: il paziente poteva occuparsi della sua psicosi, il medico della sua diagnosi. Questo garantiva ad entrambi la stabilità e il decorso del loro rapporto: il paziente « peggiorava » diventando sempre più bravo come psicotico; lo psichiatra « migliorava » diventando sempre più bravo come psichiatra.

Il delicato equilibrio di questa idilliaca sistemazione coniugale fu sconvolto quando nella psichiatria istituzionale cominciò a introdursi il concetto che probabilmente il paziente psicotico aveva il diritto di ricevere e lo psichiatra il dovere di dare, qualcosa di più che vitto e alloggio e forse di quella guida chiamata « trattamento tutelare e assistenza morale ». A partire dagli ottimi risultati ottenuti col trattamento malarico della paralisi nel 1917, e specialmente quando venne introdotto, negli anni '30, il trattamento d'insulina per la schizofrenia, si cominciò a pensare che anche il « trattamento medico » di questa « malattia » dovesse essere « attivo » e « aggressivo ». In altre parole, ci si aspettava ora che la infelice coppia copulasse (e ne provasse piacere!). Il risultato fu la scandalosa istituzionalizzazione dello stupro psichiatrico, cioè delle « aggressioni terapeutiche » fatte allo psicotico dallo psichiatra col metrazolo, l'insulina, l'elettricità, la lobotomia e gli psicofarmaci.

Poi, proprio come si vennero allentando nel XX secolo i legami del matrimonio consacrato, così si allentarono quelli del matrimonio psichiatrico. Una delle manifestazioni di questo nuovo « permissivismo » fu che i partners del matrimonio cominciarono ad avere a volte la facoltà di scegliersi o di rifiutarsi a vicenda; un'altra fu che, anche dopo essere stati uniti in matrimonio, potevano, se c'erano motivi sufficienti, divorziare uno dall'altro. Questi cambiamenti derivarono da alcuni progressi sia nella psichiatria che nella schizofrenia. Per esempio, divenne possibile al pre-paziente decidere di entrare di sua volontà in un ospedale psichiatrico pubblico; questo, in seguito, gli consentì - prima solo in teoria e poi anche in pratica - di decidere di uscirne. Il matrimonio di stile italiano o cattolico divenne, in altri termini, un matrimonio secondo lo stile americano o protestante: divenne possibile il divorzio, spesso addirittura abbastanza facilitato, e allo stesso modo, divenne possibile dimettersi dall'ospedale psichiatrico.

Tuttavia, proprio come le leggi per facilitare il divorzio non hanno distrutto l'istituzione del matrimonio, ma, al contrario, in qualche modo l'hanno resa più solida, così facilitare le possibilità di divorzio fra lo psicotico ospedalizzato e lo psichiatra ospedaliero non ha distrutto la psichiatria istituzionale, ma, al contrario, l'ha in qualche modo resa più solida. Con o senza il divorzio, il matrimonio e l'adulterio sono rimasti concetti e valori ben distinti; l'istituzione del matrimonio ha infatti mantenuto la protezione della legge e la stima della società. Con o senza il ricovero dell'alienato, la follia e la sanità mentale, la cura psichiatrica e la conversazione personale sono rimasti concetti e valori ben distinti; l'istituzione della psichiatria ha infatti mantenuto la protezione della legge e la stima della società. La conseguenza è che, come dopo il divorzio rimangono ex-mogli ed ex-mariti che spesso si sentono a posto solo dopo aver ristabilito nuovi legami matrimoniali, così, dopo la dimissione dall'ospedale psichiatrico, rimangono ex-pazienti ed ex-psichiatri ospedalieri che il più delle volte si sentono a posto solo dopo aver ristabilito nuovi legami di matrimonio psichiatrico. Ecco, in breve, il quadro di una tipica situazione psichiatrica in un moderno paese occidentale: preipazienti ed ex-pazienti alla ricerca disperata di psichiatri che li facciano star bene (felici), e psichiatri a loro volta alla disperata ricerca di pazienti da poter salvare dalla malattia mentale (dal non essere sposati).

Soltanto in questa prospettiva - cioè quella di considerare gli schizofrenici (o a volte i loro parenti) come persone alla ricerca di uno psichiatra migliore, che è un fenomeno tipicamente

post-Kraepeliniano e post-Bleuleriano e somiglia quindi moltissimo alla ricerca d'un marito migliore da parte di una donna che ha avuto un matrimonio infelice o che è divorziata da poco (e viceversa) - possiamo comprendere alcuni aspetti nuovi della psichiatria moderna. Forse tra quelli che più colpiscono c'è l'apparizione e la sparizione, spesso in rapida successione, di promesse di nuove cure per la schizofrenia (e le altre psicosi), ognuna legata al nome di qualche psichiatra ambizioso e menzognero. Questi psichiatri, forti dei loro nuovi « trattamenti » - che offrono in aggiunta a tutto l'« armamentario » di altri metodi psichiatrici - promettono di curare lo schizofrenico, ristabilendo così, in un sal colpo, non solo la sua salute mentale, ma anche la sua fiducia (e quella di ogni altro) nel matrimonio psichiatrico.

Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Marguerite Sechehayé, John Rosen e Ronald Laing sono i più noti fra coloro che hanno promesso di poter curare la schizofrenia là dove altri hanno fallito; fra coloro, in altre parole, che fanno come quell'uomo che prometteva la felicità vera in un nuovo matrimonio, con lui, a una donna già sposata una, due o più volte. Ma questo genere di seduzioni terapeutiche non è altro, appunto, che questo: seduzione. Sebbene non possa negare che alcuni psichiatri siano in grado di aiutare i propri pazienti meglio di altri, voglio però sottolineare che non possono superare i limiti posti dal loro ruolo come « terapeuti » e da quello dei loro partners come « pazienti ». Per dirla in modo un po' più crudo, ma più semplice, come le mogli non possono guarire dal matrimonio finché hanno un marito, così i malati di mente non possono guarire dalle psicosi (o da qualunque altra malattia mentale) finché hanno uno psichiatra.

Sull'interdipendenza fra mariti e mogli, fra psichiatri e pazienti - tanto perniciosa per l'indipendenza personale dei due, ma così benefica per il matrimonio e per la psichiatria - si sta cominciando attualmente a puntare sempre più l'attenzione. E' questo, io credo, il motivo per cui nascono oggi, molto di più di quanto non sia successo nel passato, dubbi profondi e sempre più diffusi sul matrimonio e sulla psichiatria, fra uomini e donne e fra psichiatri e pazienti. Coloro che si battono per la liberazione della donna non hanno solo denunciato nuovamente quanto le donne siano state da sempre oppresse dagli uomini, ma hanno avuto anche il coraggio di andare oltre, riconoscendo che le donne hanno anche sfruttato la loro posizione di schiave e che l'unica via per superare il loro stato di soggezione è quello di conseguire l'indipendenza tanto economica quanto personale dagli uomini. Ciò significa che le donne normalmente non devono

venire mantenute dagli uomini, ma devono essere in grado di mantenersi da sole con un lavoro stipendiato.

Analogamente coloro che si battono per la liberazione dei malati mentali non hanno solo nuovamente denunciato quanto questi ultimi siano stati oppressi da tanto tempo dagli psichiatri istituzionali, ma anche essi hanno avuto il coraggio di andare oltre riconoscendo che i malati di mente hanno sfruttato la loro posizione di schiavi e che l'unico modo per superare il loro stato di soggezione è quello di conseguire l'indipendenza sia economica che personale dagli psichiatri. Ciò significa che gli « psicotici » non dovrebbero aspettarsi di essere mantenuti dagli psichiatri, cioè dalla società, come pazienti, ma dovrebbero mantenersi da soli con un lavoro stipendiato. Nella misura in cui le donne e gli « psicotici » non possono, o non vogliono, liberarsi, rimarranno schiavi di uomini che le « amano » o di psichiatri che li « curano ».

Quanto il paradigma del matrimonio possa appropriatamente essere avvicinato ai problemi della medicina, e specialmente della psichiatria, viene evidenziato in modo drammatico dalle recenti metamorfosi del rapporto sia coniugale che medico: nel corso del secolo passato, il matrimonio combinato si è trasformato in matrimonio deciso dai partners e l'accoppiata medica decisa dai partners si è trasformato in un « matrimonio » medico combinato.

Nell'Europa vittoriana, fra le classi medie ed elevate, sarebbe stato impensabile che il rapporto medico potesse essere imposto al paziente o al medico. « La libera scelta del medico » da parte del paziente era il simbolo sacro della medicina come « libera professione », mentre il corollario, « libera scelta del paziente da parte del medico », era sin troppo ovvio per essere formulato. Nello stesso periodo e fra le stesse classi, sarebbe stato egualmente impensabile che il rapporto matrimoniale si potesse basare su una libera scelta dei partners. Il matrimonio, secondo quanto si riteneva universalmente, era un'istituzione che coinvolgeva un numero grandissimo di individui, addirittura l'intera società, e non solo i futuri marito e moglie; sarebbe stato perciò assolutamente ingiusto lasciare la scelta del compagno più adatto nelle mani dei soli partners. In particolare, poi, il matrimonio interessava il padre della sposa, che doveva pensare alla dote. Poiché non era la fanciulla che finanziava le sue nozze, come poteva, e perché avrebbe dovuto, essere libera di decidere chi sposare? Non è forse giusto che chi paga i suonatori scelga il motivo o per lo meno possa dire quali motivi gli sono graditi? E infine, poi, la gente credeva - e come si può biasimare questo? - che la scelta di un compagno adatto fosse un compito troppo difficile per

essere lasciato a persone tanto giovani ed inesperte come erano di solito il futuro marito e la futura moglie.

Adesso consideriamo questi argomenti a favore del matrimonio combinato antiquati e assurdi e ci vantiamo della nostra « emancipazione » e « modernità » per aver adottato come nostro ideale morale di matrimonio il criterio della libera scelta da parte dei partners. Non ci rendiamo assolutamente conto, però, che abbiamo in realtà sostituito l'accoppiamento matrimoniale combinato con l'accoppiamento medico combinato. Infatti, anche se ora crediamo nella libera scelta del coniuge, non crediamo più invece nella libera scelta del medico. Sia nelle società libere che in quelle totalitarie siamo così arrivati ad accettare il criterio del rapporto medico di cui è stata antesignana la psichiatria, e cioè il rapporto imposto dalle varie autorità espresse dalla società, professionali, legali e così via, invece che dalla scelta personale delle persone coinvolte. E, per di più, le spiegazioni e le giustificazioni che si danno oggi di questa medicina combinata sono esattamente le stesse che si davano un secolo fa per il matrimonio combinato.

La medicina, così suona questa « spiegazione », è un'istituzione che interessa un numero grandissimo di persone oltre il paziente e il medico; perciò sarebbe un errore lasciare che il rapporto fra questi ultimi si determini per libera scelta. In particolare, il rapporto medico interessa i datori di lavoro, le compagnie d'assicurazione e lo Stato, che spesso pagano l'assistenza ospedaliera e le prestazioni mediche. Come possono quindi, queste parti in causa, essere escluse dal poter dire la loro nella faccenda? E inoltre è ormai largamente diffusa l'idea che la scelta del medico o del paziente è un compito troppo difficile per poterlo lasciare a questi due soli partners. Il paziente è troppo ignorante e il medico è troppo avido; il primo è troppo credulone e il secondo è troppo portato ad approfittarne. E' meglio, perciò, che come lo sposo e la sposa nei tempi andati, il paziente e il medico siano assegnati l'uno all'altro dai loro superiori. La pratica della psichiatria istituzionale, e della medicina in generale, è stata così sempre più strutturata dalle disposizioni di legge, dai tribunali e dalle compagnie di assicurazione. Le esemplificazioni sono innumerevoli: un giorno l'aborto è un crimine proibito dallo Stato e il giorno dopo ottiene invece assistenza dallo Stato; la pillola anticoncezionale e le sigarette sono considerate innocue, mentre cyclamates e laetrile non lo sono; assumere l'eroina significa drogarsi, mentre prendere il metadone significa curarsi<sup>1</sup>.

La conseguenza di questi gravi cambiamenti culturali ed economici è stata una completa metamorfosi, durante il secolo

passato, sia del rapporto coniugale, sia di quello medico: il primo da combinato è diventato libero, l'altro da libero è diventato combinato\*. Questo scambio fra il modello dell'accoppiamento matrimoniale e di quello medico si è verificato nel modo più completo nella Russia Sovietica e nel modo più rapido in Giappone dopo la II Guerra Mondiale. Alcune brevi osservazioni ci saranno di aiuto per estendere la nostra comprensione di questi profondi cambiamenti sociali.

Fino all'avvento del comunismo nel 1917, i matrimoni in Russia erano conformi al modello tradizionale che si era sviluppato nell'Europa feudale ed erano, naturalmente, sotto lo stretto controllo della Chiesa Ortodossa. Il matrimonio era combinato, il marito esercitava un potere dispotico sulla moglie e non esisteva il divorzio. Nello stesso periodo le prestazioni mediche, per quello che si poteva ottenere, erano un servizio fornito sul modello del libero capitalismo: coloro che potevano permettersi il servizio medico se lo potevano comprare come qualunque altro servizio, quelli che non potevano pagare potevano scegliere tra il farne a meno o l'accettarlo come una elemosina. Perciò la medicina era libera, non nel senso moderno per cui questi servizi sono resi accessibili alla gente sotto gli auspici e il controllo dello Stato, ma nel senso di una volta, cioè di un rapporto che poteva essere iniziato per libera scelta e per libera scelta interrotto o dal paziente o dal medico.

Con l'abolizione della proprietà privata e del libero mercato, tutti i più validi motivi ideologici del comunismo furono chiamati a raccolta per la distruzione del matrimonio combinato e del sistema di assistenza medica di tipo capitalistico. Sia la competenza sul matrimonio che quella sul divorzio furono tolti all'autorità ecclesiastica e attribuiti a quella civile. Il modello del matrimonio si trasformò da un accordo fra genitori e parenti a una libera scelta fra i partners. Le possibilità di divorzio, ormai completamente in mano allo Stato, si allargarono, ma le possibilità reali di ottenerlo variarono molto nel tempo, a seconda della politica della famiglia perseguita dai legislatori comunisti.

Parallelamente a questo cambiamento nel rapporto matrimoniale, anche il rapporto fra medico e paziente fu tolto al settore privato e posto sotto l'occhio vigile dello Stato, come il matrimonio era stato sotto quello della Chiesa. Una scelta fatta liberamente dal paziente o dal medico divenne, sotto il regime comunista, un'assurdità altrettanto grande quanto lo era una li-

---

\* Le implicazioni di questi cambiamenti - su questioni che vanno dal divorzio alla scorrettezza professionale - sono vastissime, ma esulano dallo scopo di questa indagine.



bera scelta da parte della futura moglie o del futuro marito nella Russia cristiana. In breve, il matrimonio in Russia un tempo era combinato e ora è libero, mentre la medicina prima era libera e ora è combinata. Il rapporto medico può essere iniziato o interrotto dal paziente e dal medico solo se è combinato e autorizzato dai loro superiori (che sono impiegati dello Stato) o se riescono a fornire a questi ultimi la giustificazione del loro desiderio.

In Giappone, le tradizionali pratiche coniugali e quelle psichiatriche rimasero relativamente stabili fino alla Seconda Guerra Mondiale. Poi cambiarono in modo drammatico. Secondo Landis, fra tutte le nazioni del mondo moderno, « Il più vistoso passaggio dal matrimonio combinato a un sistema diverso si ebbe dopo la Seconda Guerra Mondiale in Giappone, dove prima tutti i matrimoni venivano combinati »<sup>52</sup>. Questo cambiamento è strettamente parallelo alla vasta e massiccia diffusione nello stesso periodo in quel paese dei principi e della pratica della psichiatria istituzionale.

Tradizionalmente, in Giappone, l'assistenza dei cosiddetti malati mentali, come già ho detto, non era una faccenda che riguardava i medici, ma una questione di famiglia<sup>53</sup>. La cosiddetta « legge della reclusione „privata“ »<sup>54</sup> - una definizione veramente significativa - dava facoltà alle famiglie di confinare alcuni dei membri in « celle » nelle loro stesse case, dove venivano assistiti, bene o male a seconda dei casi, dai parenti e dai servi. Questo era, in effetti, un sistema di assistenza « psichiatrica » e di controllo informale e non medico. Sebbene la medicina giapponese cadesse sotto l'influenza della psichiatria Kraepeliniana agli inizi del XX secolo, solo dopo la Seconda Guerra Mondiale si occidentalizzò e medicalizzò completamente. Come ci spiega Masaki Kato:

« Con lo sviluppo dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione in Giappone, i pazienti psichiatrici furono sempre più allontanati dalle loro famiglie e dalla società e il numero dei posti-letto psichiatrici è andato rapidamente aumentando: da 4 posti ogni 10.000 persone nel 1954 a 25 nel 1972, un aumento di più di 6 volte dei posti-letto psichiatrici per la stessa popolazione »<sup>55</sup>.

E' particolarmente significativo che questo enorme aumento di posti-letto avvenisse in Giappone proprio nel periodo in cui il numero dei malati di mente ricoverati nei paesi occidentali, specialmente negli Stati Uniti, diminuiva precipitosamente in alcuni Stati perfino del 50% e più.

Si discute ancora fra gli psichiatri occidentali se la dimi-

nuzione dei ricoverati nei loro paesi sia dovuta all'efficacia terapeutica delle fenotiazine che si cominciarono a usare in psichiatria negli anni '50. Comunque, poiché questi farmaci sono stati largamente usati anche in Giappone, questa affermazione *non è nzolto convincente, a dir poco. E'* evidente che l'accoppiamento psichiatrico tra psicotici e psichiatri, proprio come l'accoppiamento matrimoniale fra marito *e* moglie, è così profondamente influenzato, anzi regolato, dal contesto economico, legale e sociale in cui si viene a formare, che sarebbe altrettanto sciocco l'attribuire l'aumentata quantità di dimissioni dagli ospedali alla te-razina, quanto lo sarebbe l'attribuire l'aumentata quantità dei di-vozzi al Valium.

Il modello matrimoniale del sistema della follia che sto presentando mi sembra uno strumento indispensabile per chiarire le idee confuse che di solito si hanno sulla schizofrenia. Come ora riconosciamo che l'accoppiamento è la causa e la conseguenza del rapporto moglie-marito, o matrimonio consacrato, così dobbiamo anche riconoscere che la follia è la causa e la conseguenza del rapporto psicotico-psichiatra, o matrimonio psichiatrico.

In alcune società l'accoppiamento fuori del matrimonio è proibito, e viene chiamato, ad esempio, «adulterio». Analogamente, in alcune società la follia fuori del manicomio è proibita ed è chiamata, ad esempio, «pericolosa a sé ed agli altri». Il fatto che ora tutti e due questi atti - l'«adulterio» e la «pericolosità per sé e per gli altri» - prosperino fuori delle mura di queste istituzioni serve solo a dar forza alla protezione illusoria che il matrimonio e il manicomio forniscono contro le inevitabili incertezze e vicissitudini della vita. Inoltre, come un matrimonio senza il certificato di nozze non sarebbe un matrimonio, così la follia senza un certificato di follia - una richiesta di ricovero o almeno una diagnosi psichiatrica interdicante - non sarebbe follia. Questi solenni atti rituali trasformano un cittadino in un «paziente psicotico», il suo protettore-persecutore in un «medico psichiatrico» e il rapporto fra loro in «trattamento della psicosi schizofrenica (o d'altro tipo)». Questo è il motivo per cui io credo che, come non ci poteva essere una effettiva protezione delle mogli contro i mariti (e viceversa) finché le donne non erano completamente libere di sciogliere i vincoli del matrimonio consacrato che le legava ai loro partners, così non ci può essere una effettiva protezione dei malati di mente contro gli psichiatri istituzionali (e viceversa) finché persone a cui si attribuiscono malattie mentali non siano completamente libere di sciogliere i vincoli del matrimonio psichiatrico che le lega ai loro partners.

Inoltre, come noi adesso riconosciamo che le condizioni *e* i

ruoli tradizionali delle donne, considerate **persone** socialmente incapaci o menomate, erano la causa e la conseguenza del matrimonio combinato, dovremmo anche riconoscere che le condizioni e i ruoli moderni di alcune persone socialmente incapaci o menomate, spesso **oggi** chiamate «schizofrenici», sono la causa e la conseguenza della psichiatria combinata: in entrambi i casi l'assistenza e il controllo di una parte dall'altra vengono assicurati valorizzando il partner dominante e svilendo quello sottomesso, rendendo l'uno coercitivo e intollerante e l'altro a sua volta contro-coercitivo e intollerabile. Il matrimonio combinato era, naturalmente, il caratteristico modello coniugale delle società feudali e patriarcali. Il rapporto medico combinato, come si sviluppò dapprima in psichiatria, è il modello medico caratteristico delle società moderne (di nome almeno) ed egualitarie. In generale, **più** ostentatamente egualitaria è, o aspira ad essere, una società, più essa ricorre al controllo sociale per mezzo di modelli medici e psichiatrici di accoppiamenti, combinati coatti, finanziati dallo Stato e da esso regolati.

Sia nel rapporto matrimoniale che in quello medico, ognuna delle due parti è, naturalmente, soggetta a perdere il controllo del rapporto. Nel matrimonio combinato era di solito la moglie che perdeva il controllo del rapporto, diventando sottomessa o ribelle, e spesso finiva col ritorcere contro il marito il suo stesso dominio, tormentandolo. Ogni tanto era il marito che perdeva il controllo sulla moglie o sulla famiglia, ed allora reagiva con l'inadeguatezza, la «malattia mentale» o l'aggressione suicida.

Analogamente, nel matrimonio combinato della psichiatria istituzionale, era di solito il paziente che perdeva il controllo del rapporto, diventava sottomesso o ribelle e spesso finiva col ritorcere verso lo psichiatra il suo stesso atteggiamento di dominio, tormentandolo con la sua incurabilità. Ogni tanto era lo psichiatra che perdeva il controllo sul paziente o sulla sua famiglia ed allora reagiva con la confusione, la «malattia mentale» o l'aggressione suicida.

L'organizzazione medica moderna di tipo socialista, comunista o della società del benessere - in cui il rapporto fra medico e paziente è combinato in modo da far perdere ad entrambi (di solito **più** al paziente che al medico) la possibilità di controllarlo - segue lo schema dell'accoppiamento tipico del matrimonio combinato e della psichiatria combinata. Il paziente che non paga l'assistenza che riceve perde gran parte del controllo su di essa; ma anche il medico che non viene pagato dal paziente perde il controllo sul rapporto, di solito a favore di chi lo paga. E così, come in passato la moglie veniva controllata dal marito e

il marito dall'istituzione del matrimonio, oggi i pazienti sono sotto il controllo dei medici e i medici sotto quello delle istituzioni mediche.

Si devono guardare tutti questi cambiamenti - e specialmente il passaggio dal matrimonio combinato alla psichiatria combinata - come manifestazioni delle profonde metamorfosi economico-sociali delle società moderne. Il clan e la famiglia stanno scomparendo come istituzioni efficaci di controllo sociale. Vengono rimpiazzate da una istituzione vecchia proposta sotto una nuova forma: la medicina, che da sempre è stata un'istituzione per la cura delle malattie, è diventata una istituzione per il controllo della devianza.

Infine, e questa è forse la cosa più importante, il fatto di paragonare il sistema della follia al matrimonio ci fornisce una spiegazione, e ci aiuta a sbarazzarci, di tutte le mitologie « originali » e delle contro-mitologie compensatorie tipiche dell'accoppiamento umano basato sui modelli di dominio-sottomissione. Senza tener conto se questi accoppiamenti siano quello fra uomo e donna, padrone e schiavo o medico e pazzo, in ognuno di questi casi ritroviamo lo stesso tipo di espressioni giustificatorie della superiorità dell'oppressore, e lo stesso tipo di espressioni giustificatorie della superiorità dell'oppresso<sup>56</sup>.

In conclusione, sebbene la schizofrenia non sia una malattia, il termine schizofrenia non è per questo privo di significato: come il termine matrimonio, esso si riferisce di solito ad un insieme complesso e molto variabile - a seconda delle epoche, delle classi sociali e delle culture - di atti da parte di « pazienti », di « psichiatri » e di una platea che incoraggia, scoraggia e fa da testimone alle loro rappresentazioni. Possiamo, se lo vogliamo, dedicarci ancora una volta allo sforzo di comprendere questi atti e questi rapporti e a quello di alterarli nei modi che desideriamo. Ma non possiamo continuare a farlo se vogliamo rimanere degli psichiatri. Come marito e moglie si creano l'un l'altro attraverso il vincolo esistenziale che li congiunge, così anche il folle e il suo medico si creano l'un l'altro. Qui risiede la tragedia medica, e la sfida morale, della psicosi e della psichiatria.

- <sup>1</sup> Cfr. T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago 1962, esp. pp. 77, 150.
- <sup>2</sup> Cfr. in generale, S. Arieti, *The Interpretation of Schizophrenia*, nuova ed. Basic Books, New York 1974.
- <sup>3</sup> Cfr. in gen. *Marriage*, in *International Encyclopedia of the Social Sciences*, a cura di D. L. Sills, vol. 10, pp. 1-23, Macmillan and Free Press, New York 1968.
- <sup>4</sup> *Encyclopaedia Britannica*, 14<sup>a</sup> ed., s.v. M. Rheinstein, *Marriage*, p. 927.
- <sup>5</sup> *Ibid.*, p. 928.
- <sup>6</sup> *Ibid.*, s.v. J. D. Landis, *Marriage and Family Organization*, p. 928.
- <sup>7</sup> *Ibid.*
- <sup>8</sup> Deut. 24:1.
- <sup>9</sup> San Matteo, 5:31-32.
- <sup>10</sup> I ai Corinzi, 7:1-2.
- <sup>11</sup> *Ibid.*, p. 7:9.
- <sup>12</sup> *Ibid.*, 7:4; cfr. anche *Vatican Statements on Sexual Ethics*, «New York Times», Gennaio 16, 1976, p. 11.
- <sup>13</sup> I ai Corinzi, 7:6-9.
- <sup>14</sup> *Ibid.*, 7:11.
- <sup>15</sup> J. Dominian, *Marital Breakdown*, Penguin, Harmondsworth 1969, p. 155.
- <sup>16</sup> Shakespeare, *Amleto*, atto 3, sc. 1.
- <sup>17</sup> F. J. Kallmann, *The Genetics of Schizophrenia: A Study of Heredity and Hereduction in the Families of 1,087 Schizophrenics*, J. J. Augustin, New York 1938, p. 48.
- <sup>18</sup> *Ibid.*
- <sup>19</sup> *Miss Nelson, 103, Dies; Confined for a Century*, «New York Times», Febbraio 2, 1975, p. 49.
- <sup>20</sup> Cfr. T. S. Szasz, a cura di, *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*, Doubleday-Anchor, Garden City, N. Y. 1973.
- <sup>21</sup> D. Defoe, *Demand for Public Control of Madhouses*, (1728), in *ibid.*, pp. 7-8.
- <sup>22</sup> J. Milton, *The Second Defense of the People of England*, (1654), in J. Milton, *Areopagitica and Of Education, With Autobiographical Passages from Other Prose Works*, a cura di George H. Sabine, pp. 93-107, AHM Publishing Corp., Northbrook, Ill. 1951, p. 104.
- <sup>23</sup> Cfr. W. Ll. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Routledge & Kegan Paul, London 1972.
- <sup>24</sup> Ripreso da A. Deutsch, *The Mentally Ill in America: A History of Their Care and Treatment from Colonial Times*, 2<sup>a</sup> ed., Columbia University Press, New York 1952, p. 424.
- <sup>25</sup> J. Pearson, *Edward the Rake: An Unwholesome Biography of Edward VII* Harcourt Brace Jovanovich, New York 1975, pp. 68-69.
- <sup>26</sup> E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911)*, trad. Joseph Zinkin, International Universities Press, New York 1950, p. 335.
- <sup>27</sup> *Ibid.*
- <sup>28</sup> Cfr. E. Goffman, *The Moral Career of the Mental Patient*, in E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, pp. 125-169, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1961.
- <sup>29</sup> Cfr. H. Troyat, *Tolstoj (1965)*, trad. Nancy Amphoux, Dall, New York 1969.

- <sup>30</sup> L. Tolstoj, *The Kreutzer Sonata* (1889), trad. Ayler Maude. in L. Tolstoj, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories*, pp. 157-239 Signet, New York 1960, p. 178.
- <sup>31</sup> *Ibid.*, p. 192.
- <sup>32</sup> *Ibid.*, p. 194.
- <sup>33</sup> *Zbid.*, pp. 200-201.
- <sup>34</sup> J. Horwitz, *Natural Enemies*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1975, p. 2.
- <sup>35</sup> *Zbid.*, p. 30.
- <sup>36</sup> *Ibid.*, p. 32.
- <sup>37</sup> *Zbid.*, p. 179.
- <sup>38</sup> *Ibid.*, p. 202.
- <sup>39</sup> *Zbid.*, p. 185.
- <sup>40</sup> *Zbid.*, p. 191.
- <sup>41</sup> Y. Mishima, *Forbidden Colors* (1951), trad. Alfred H. Marks, Berkley, Now York 1974, p. 29.
- <sup>42</sup> *Zbid.*, p. 33.
- <sup>43</sup> A. P. Chekhov, *Ward No 6* (1892), trad. B. G. Guerny, in *Short Novels of the Masters*, a cura di C. Neider, pp. 386-438, Holt, Reinehart and Winston, New York 1962.
- <sup>44</sup> Mishima, *Forbidden Colors*, p. 126.
- <sup>45</sup> S. O'Sullivan, *Single Life in a Double Bed*, a Harper's », Novembre 1975, pp. 45-52; p. 50.
- <sup>46</sup> L. A. Westoff, *Two-time Winners*, a New York Times Magazine », Agosto 10, 1975, pp. 10-15; p. 13.
- <sup>47</sup> V. per es., A. M. Freedman et al., *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore 1972, p. 240.
- <sup>48</sup> Westoff, *Two-time Winners*, p. 15.
- <sup>49</sup> In questo contesto cfr. T. S. Szasz, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, ed. riv. Basic Books/ Harper Colophon, New York 1974; idem, *The Second Sin*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1973, spec. pp. 11-124.
- <sup>50</sup> Cfr. T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970.
- <sup>51</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*, Doubleday, Garden City, N.Y. 1974.
- <sup>52</sup> Landis, *Marriage and Family Organization*, p. 929.
- <sup>53</sup> Cfr. p. 37.
- <sup>54</sup> Cfr. I. Veith, *The Far East: Reflections on the Psychological Foundations, in World History of Psychiatry*, a cura di J. Howells, pp. 662-703, Brunner/ Mazel, New York 1975, spec. pp. 690-691.
- <sup>55</sup> M. Kato, *Present Problems in Mental Hospitals*, « Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals ' » (1973): 5
- <sup>56</sup> Cfr. capp. 2-3.

## FOLLIA, COMPORTAMENTO E MALATTIA MENTALE: UN RIESAME E UNA RIDEFINIZIONE

Nei capitoli precedenti ho ritracciato lo sviluppo della psichiatria moderna, ho ricostruito l'origine e la natura dell'anti-psichiatria, ho preso in esame la situazione odierna del concetto di schizofrenia e ho presentato l'antica unione, stabilita dalla società, dell'uomo e della donna nel matrimonio come un modello da tener presente oggi per capire l'unione fra psichiatra e **psicologo** nella pratica psichiatrica. Nel presente capitolo voglio ritornare alle origini della psichiatria, riconsiderare i suoi « progressi » fino ad oggi e ricollocare le mie tesi in una **più** ampia prospettiva storica e filosofica.

Il primo passo nella storia della psichiatria fu la costruzione di manicomi o ricoveri per alienati<sup>1</sup>. Questo fatto determinò **la** formazione di due gruppi simmetrici: un gruppo **più** vasto comprendeva gli ospiti dei manicomi, l'altro **più** ristretto comprendeva quelli che gestivano e dirigevano questi ricoveri e i custodi che lavoravano sotto di loro. Il comportamento di questi due gruppi determinò una esigenza di descrizione e spiegazione.

Il secondo passo consistette, perciò, nell'identificazione di quelli che avevano la custodia e nella classificazione degli ospiti e dei loro comportamenti. Questi atti di denominazione e di ordinamento - che si risolvevano **più** nella categorizzazione degli ospiti come pericolosi e squilibrati e dei guardiani come gentili e premurosi - fornirono una razionalizzazione scientifica alle ipocrisie di chi gestiva i manicomi e una giustificazione legale alla schiavitù in cui relegavano le loro vittime<sup>2</sup>.

Il terzo passo - che inaugurò l'era del cosiddetto « trattamento morale » in psichiatria e durò approssimativamente tutta la prima metà del XIX secolo - consistette nel sempre **più** esplicito riconoscimento, da una parte, che i pazzi erano definiti tali **più** per il loro comportamento anomalo che non per il fatto di essere

malati, dall'altra parte nel riconoscimento che gli alienisti dovevano insegnare ai pazzi a comportarsi normalmente più che curarli di una vera malattia<sup>3</sup>. Comunque tutte queste espressioni e questa politica erano incompatibili con il fatto che, sebbene i medici dei pazzi agissero più da guardiani che da dottori, essi erano principalmente dei medici; e che, sebbene i pazzi fossero privati della libertà, essi erano, in realtà, innocenti da qualsiasi reato previsto dalla legge. Le pressioni generate da queste incongruenze, insieme con i rapidi progressi della medicina scientifica, specialmente della patologia, verso la fine del XIX secolo, indirizzarono il successivo sviluppo della psichiatria.

Il passo successivo, il quarto, consistette perciò nel medicalizzare, cioè nello psicopatologizzare, il comportamento anormale degli ospiti dei manicomi e nel corrispondente medicalizzare, cioè psicoterapizzare, il comportamento delle persone incaricate della loro « cura ». Questo fatto determinò la psicopatologizzazione di molti tipi di comportamenti della gente, sia dentro che fuori delle istituzioni per alienati psichiatrici, (per esempio le « nevrosi » e le « perversioni ») e la psicoterapizzazione di molti tipi di comportamenti dei medici, sia dentro che fuori delle istituzioni per alienati (per esempio, l'« ipnosi » e l'« elettroterapia »). Con un così fertile terreno, fu ben presto pronta per la raccolta una lussureggiante messe di nuove malattie mentali e di trattamenti corrispondenti. Il primo raccolto dette molte qualità nuove di sindromi e di classificazioni psicopatologiche, come la *dementia praecox*, la *psicosi maniaco-depressiva* e la *schizofrenia*, associate ai nomi di Kraepelin e Bleuler. Il secondo raccolto dette qualità nuove di metodi psicoterapeutici come l'ipnosi, la psicoanalisi e lo shock da insulina, associati ai nomi di Janet, Freud e Saker<sup>4</sup>.

Il passo successivo, il quinto, che ebbe inizio all'incirca negli anni della Prima Guerra Mondiale, fu caratterizzato dalla letteralizzazione di ciò che fino ad allora era stato ritenuto il vocabolario metaforico della psichiatria. Da allora in poi i pazienti mentali furono considerati malati perché avevano avuto una diagnosi come la « schizofrenia » e si pensò che la loro reclusione fosse giustificata dal fatto che avveniva in fabbricati chiamati « ospedali ». L'era della psichiatria dopo la Prima Guerra Mondiale fu caratterizzata dall'insistenza ostinata degli psichiatri nel voler vedere quello che non esiste: cioè le lesioni organiche o le basi somatiche delle malattie mentali; e nel non voler vedere quello che invece esiste: cioè l'ingiusta e ingiustificabile incarcerazione di persone innocenti negli ospedali psichiatrici. La concettualizzazione della « schizofrenia » come una malattia (mentale) divenne in tal modo il simbolo sacro della psichiatria istituzionale e la na-



tura reale delle istituzioni psichiatriche chiuse divenne il tabù sacro della psichiatria « scientifica ». Da allora in poi, i medici e gli psichiatri, come gli uomini di legge e i profani, hanno distolto il loro sguardo dal mondo della realtà e lo hanno fissato nelle nuvole: quanto più diventava evidente che gli schizofrenici erano imprigionati, tanto minore era l'attenzione che gli psichiatri e gli altri prestavano alla loro reclusione; quanto più difficile diventava lo scoprire le lesioni cerebrali che provocavano la schizofrenia, tanto maggiore era l'impegno con cui gli psichiatri e gli altri indagavano su di esse.

Il sesto passo cominciato intorno al 1930 e divenuto la moda dominante dopo la Seconda Guerra Mondiale, consistette nello sviluppo delle cosiddette terapie organiche - prima per la schizofrenia, poi per le altre « psicosi » e fra non molto, per tutte le malattie mentali. Poiché dopo un secolo di ricerca gli psichiatri non sono ancora riusciti a dimostrare l'istopatologia caratteristica, né tanto meno l'etiologia organica della schizofrenia, si accingono adesso a « dimostrare » che è una malattia sottoponendo gli schizofrenici a vari procedimenti medici e chirurgici definiti « trattamenti ».

Lo sviluppo della psichiatria moderna, perciò, non solo è stato diverso da quello della medicina moderna, ma è stato addirittura antitetico, Tranne la sola eccezione della segregazione dei lebbrosi (che avveniva molto tempo prima della nascita della medicina moderna), non c'è mai stato né in medicina, né in chirurgia, nessun tipo di istituzionalizzazione non volontaria dei pazienti; né c'è mai stata una proliferazione sistematica di nomi di malattie, determinate indipendentemente dalle loro relative caratteristiche anatomiche, biochimiche, microbiologiche o fisiologiche. Per esempio, fino ai tempi relativamente recenti, i medici parlavano di « malattie veneree » collettivamente; la corretta classificazione di queste malattie avvenne solo dopo le scoperte della microbiologia che fornirono gli strumenti necessari per attuarla. Operazioni dello stesso tipo sono evidenti nell'identificazione e nella classificazione di tutte le malattie del corpo: vengono osservati prima cambiamenti patologici macroscopici negli organi, cambiamenti microscopici nei tessuti o nelle cellule, invasioni di microbi e così via; in un secondo tempo viene l'esatta definizione della malattia. Questa sequenza è stata sistematicamente invertita e contaminata in psichiatria: veniva prima l'esatta o pseudo-esatta definizione della pretesa malattia; l'esistenza della patologia morfologica veniva postulata, ma mai dimostrata.

Ecco la ragione dell'incessante produzione in psichiatria di nomi di malattie e della mancanza più totale di dimostrazioni che

qualcuna di esse - dall'agorafobia alla schizofrenia - sia causata da lesioni cerebrali dimostrabili, sul modello della paresi <sup>5</sup>. E' il più grande scandalo scientifico della nostra epoca scientifica \*. In poche parole, la schizofrenia non esiste: non è una malattia, ma solo il nome di una presunta malattia. Sebbene non esista, ci sono una quantità di individui che vengono definiti « schizofrenici » <sup>D</sup>. Molte (anche se certamente non tutte) di queste persone spesso si comportano e parlano in un modo che è diverso dal modo di comportarsi e di esprimersi di molte (anche se certamente non di tutte) altre persone del loro ambiente. Queste differenze di comportamento e di modo di esprimersi possono, inoltre, essere di serio disturbo per i cosiddetti schizofrenici o per chi sta insieme a loro o per tutti gli interessati.

Che cosa ha a che fare tutto questo con la medicina o con una psichiatria che è pretenziosamente una specializzazione medica? Niente! L'articolazione delle diverse aspirazioni e la riso-

---

\* Questo scandalo ha assunto proporzioni così vaste da invadere ormai ogni aspetto, anche il più intimo, della nostra vita quotidiana. Mentre stavo scrivendo, e poi riguardando questo libro, le American Orthopsychiatric e Psychiatric Associations ne hanno dato un esempio con il loro incessante intramettersi negli affari di ognuno.

Al 52° Raduno annuale dell'American Orthopsychiatric Association, che si tenne nel marzo 1976, la commissione per i figli dei gruppi di minoranza dichiarò che « il razzismo è il problema più importante della salute pubblica » e che « il razzismo è probabilmente la sola malattia mentale contagiosa » <sup>6</sup>. L'American Psychiatric Association non ha protestato contro questo allargamento della nomenclatura psichiatrica.

Con il ritmo veloce di diffusione che c'è oggi nel mondo, non ci volle molto perché questo campione di malsana retorica psichiatrica rimbalzasse e colpisse al cuore gli psichiatri americani, specialmente quelli ebrei. Verso la fine del 1975, le Nazioni Unite approvarono una risoluzione che dichiarava il Sionismo una forma di razzismo. Ciò rese il Sionismo - secondo le Nazioni Unite, la cui attività ha finora goduto dell'incondizionato appoggio dell'American Psychiatric Association - una « malattia mentale contagiosa ». Nel dicembre 1975, il Consiglio di amministrazione dell'American Psychiatric Association adottò puntualmente un'altra « posizione ufficiale », questa volta sulla definizione di razzismo decretata dalle Nazioni Unite <sup>7</sup>. Rifiutando ancora di scorgere, o per lo meno di ammettere, che il contenuto del termine « razzismo », come quello di « malattia mentale », dipende da chi ha il potere di riempire la borsa semantica di parole vuote, il Consiglio di amministrazione denunciò invece l'anti-semitismo. L'assurdità di questi avvenimenti è accresciuta dal fatto che il 17 febbraio 74 il Consiglio aveva appoggiato all'unanimità le Nazioni Unite nell'iniziativa di una « Decade di azione per combattere il razzismo e la discriminazione razziale ». Comunque, il voto del Consiglio sulla risoluzione delle Nazioni Unite sul Sionismo non fu unanime: tre membri votarono contro. Questo vuol forse dire che nel Consiglio d'amministrazione dell'American Psychiatric Association tre membri credono davvero che il Sionismo è una « malattia mentale contagiosa »? O che è una forma di razzismo? O che è tutte e due le cose?

luzione dei conflitti che determinano fanno parte dei territori dell'etica e della politica, della retorica e della legge, dell'aggressione e della difesa, della violenza e della guerra. Come la medicina, la psichiatria può certamente contribuire agli sforzi delle parti in lotta. Ma, a differenza della prima, questo è tutto quello che può fare. In altre parole, come è un errore confondere la guerra chimica con la scienza medica, così è un errore confondere la psichiatria con la medicina.

Poiché la schizofrenia è il simbolo sacro, e la sua diagnosi è il sacro cerimoniale, della tradizione psichiatrica kraepeliniana-bleuleriana, le premesse etiche ed epistemologiche sulle quali riposa questo concetto non potevano essere né articolate né sfidate, a meno che lo sfidante non fosse stato disposto a rischiare l'ostracismo psichiatrico e a rinunciare al proprio ruolo di psichiatra. Non sorprende, perciò, che gli psichiatri non osino toccare questi sacri aspetti della schizofrenia. La società moderna, e le scienze nelle quali essa ha fiducia, non offre incentivi, né ricompense a coloro che potrebbero essere disposti ad assumere una posizione veramente critica verso la psichiatria.

Un solo esponente di primo piano della psichiatria ne ha sfidato gli assunti fondamentali, ma, anche se la sua revisione è rimasta notevolmente ristretta, ha abbandonato la psichiatria per la filosofia. Mi riferisco, naturalmente, a Karl Jaspers (1883-1969), che nel suo libro *Psicopatologia generale* - pubblicato per la prima volta nel 1913 e uscito nella sua settima edizione nel 1946 - ci propone le seguenti lungimiranti osservazioni:

« Nelle malattie fisiche siamo talmente simili agli animali, che gli esperimenti su questi ultimi possono essere usati per acquisire una comprensione delle funzioni vitali dell'organismo umano, sebbene poi le applicazioni possano non essere né semplici, né dirette. Ma il concetto di malattia psichica dell'uomo introduce una dimensione completamente nuova. Qui la imperfezione e la vulnerabilità degli esseri umani, la loro libertà e le loro infinite possibilità sono esse stesse causa di malattia. A differenza degli animali, l'uomo manca di un innato, perfezionato sistema di adattamento: deve acquisire un proprio sistema di vita man mano che va avanti »<sup>4</sup>

Sebbene nel libro, che è rimasto un classico della psichiatria in Germania, Jaspers si definisca « psicopatologo fenomenologico », le sue riserve circa i propri tentativi emergono in poche frasi - nascoste fra migliaia di altre all'interno delle sue 900 pagine - come, per esempio, nella seguente:

« La nostra epoca è caratterizzata dal fatto che gli psichiatri

stanno attualmente presentando in forma laica ciò che un tempo veniva presentato in base alla fede \*†.

Jaspers, comunque, non riesce a fare il passo successivo e a dichiarare che, se le cose stanno così, il cittadino di uno Stato moderno - libero e laico - merita di essere protetto da esso dalla coercizione degli psichiatri altrettanto quanto lo è dalla coercizione dei preti. Ma Jaspers registrò la realtà della pratica come la vide allora e come chiunque voglia vedere come stanno veramente le cose può vederla ora:

« Un trattamento razionale non è in realtà una meta raggiungibile per quanto riguarda la grande maggioranza dei pazienti mentali in senso stretto. Si può solo ottenere una protezione del paziente e della società attraverso il ricovero in ospedale... Il ricovero in ospedale spesso ha luogo contro la volontà del paziente e perciò lo psichiatra si trova in un rapporto con il paziente che è diverso da quello che hanno altri medici. Egli cerca di rendere questa differenza più insignificante possibile enfatizzando deliberatamente il suo approccio col paziente come esclusivamente medico; quest'ultimo però in molti casi è assolutamente convinto di star bene e oppone resistenza a questi tentativi del medico »<sup>10</sup>.

Forse perché si rese conto dell'enormità di questo scandalo, cioè dell'abisso che separa la mistificazione psichiatrica dalla pura e semplice verità; forse perché non poteva né accettare né rifiutare il « protezionismo » paternalistico che faceva, e fa, parte tanto integrale della psichiatria; forse per motivi personali era di salute fragile da giovane, anche se è vissuto fino a tarda età; o forse per tutte queste ragioni messe insieme, Jaspers lasciò la psichiatria sui trent'anni <sup>11</sup>.

Poiché le diagnosi psichiatriche, specialmente su soggetti che le rifiutano, sono atti umani che avvengono in un contesto complesso d'interessi in conflitto fra loro, è necessario ora fare un elenco in modo sistematico, delle premesse etiche, legali e politiche che costituiscono il fondamento della psichiatria europea tradizionale, di quella istituzionale americana e della psichiatria in genere, come viene attualmente esercitata in tutto il mondo.

Primo, la diagnosi di schizofrenia (e anche quella di altre psicosi e delle malattie mentali in genere) può basarsi sui « sintomi comportamentali » del presunto paziente. Può essere inoltre fatta e mantenuta indefinitamente - perfino dopo l'esame post-mortem - nonostante l'assenza di una istopatologia o di una fisiopatologia dimostrabili. In altre parole, il fatto che non esista un metodo « obiettivo » d'osservazione, con cui chiunque possa

dimostrare che una persona particolare con diagnosi di schizofrenia non è schizofrenica, non infirma in alcun modo la validità della « schizofrenia » come diagnosi medica (psichiatrica) accettata.

Secondo, il soggetto - il cosiddetto « paziente schizofrenico », non ha alcun diritto di rifiutare la diagnosi, il processo della diagnosi o il trattamento apparentemente giustificato dalla diagnosi. La sola idea, in questo schema psichiatrico, di « diritti » del paziente psicotico è un assurdo come l'idea, nello schema del regime di schiavitù, di « diritti » dello schiavo.

Terzo, il paziente schizofrenico viene di solito considerato come « pericoloso a sé e agli altri » in modi indefiniti e indefinibili ma che sono diversi da quelli in cui altre persone, o chiunque, sono « pericolose a sé e agli altri ».

Quarto, le suddette caratteristiche del « paziente » schizofrenico - e specialmente la natura della sua « malattia » e della sua « pericolosità » ne esigono psichiatricamente e ne giustificano legalmente il ricovero coatto in una istituzione psichiatrica.

Queste, dunque, sono le fondamentali premesse etiche, legali e politiche della psichiatria - cioè di quella tradizionale del manicomio come di quella moderna istituzionale. Per apprezzarne in pieno il significato, confrontiamo e contrapponiamo queste premesse con quelle proprie della medicina - cioè di quelle tradizionali del XIX secolo come di (quella moderna ospedaliera - che possono essere riassunte nel modo seguente:

Primo, i criteri e i contenuti di ciò che costituisce la malattia e il trattamento possono essere definiti, in vari modi, da alcune o da tutte le parti interessate e coinvolte nella questione: il paziente, i parenti del paziente, il medico, l'Ordine dei medici, la Chiesa, lo Stato e così via.

Secondo, personalmente il medico può fondare la sua diagnosi di malattia su qualunque criterio egli vaglia, dalle sofferenze del paziente a quelle che procura agli altri. Professionalmente deve attenersi ai criteri approvati dai suoi colleghi. Scientificamente, può sospettare la malattia in modo vasto, ma deve fare una diagnosi molto ristretta solo quando la sua supposizione è confortata da una evidenza di istopatologia e di fisiopatologia obiettivamente verificabile. Considerazioni simili si applicano ai criteri di ciò che costituisce il trattamento.

Terzo, la malattia e le sue conseguenze sono dei fatti come lo sono il trattamento e le sue conseguenze. Questi fatti strutturano e influenzano le giustificazioni che i pazienti e i medici costruiscono per intraprendere o abbandonare i vari interventi medici e specialmente i trattamenti. Comunque, quando la me-

dicina viene vista come una professione che serve gli ideali di una società libera, né la malattia, né la cura, giustificano l'intervento medico; solo il consenso fra le parti interessate lo giustifica<sup>12</sup>.

Quarto, poiché il trattamento consiste nell'azione di una persona su di un'altra, è sempre, in parte almeno, un atto etico e politico. Queste dimensioni e questi dilemmi morali della medicina possono essere ignorati o negati – e il dramma (la sceneggiata) delle moderne terapie è estremamente utile per distogliere la gente da essi –, ma non possono essere fatti sparire. Sono altrettanto inesorabili quanto le dimensioni e i dilemmi morali della vita stessa, di cui, naturalmente, fanno parte integrante<sup>13</sup>. Per esempio, se la gravidanza debba essere guardata come una malattia e l'aborto come un trattamento, sono questioni alle quali non possono fornire risposta le informazioni e le ricerche mediche.

Parlando in senso stretto, la medicina può, e deve, interessarsi solamente alle manifestazioni istopatologiche o patofisiologiche, e alle conseguenze delle malattie e delle cure per esse. Non può, e non deve, prendere in considerazione le manifestazioni linguistiche e comportamentali dovute alla diversità di persone e le conseguenze di tali differenze<sup>14</sup>.

E' in questa cornice che possono ora essere formulate e inquadrare le premesse della mia posizione sui cosiddetti problemi psichiatrici. Io sostengo che il professionista o l'esperto è, soprattutto, un agente. Il nostro primo dovere nella definizione del suo ruolo e dei suoi compiti è di chiarire e di decidere per chi agisce. Questo problema assume una particolare importanza quando l'esperto è – come avviene quasi sempre in psichiatria – una delle parti in conflitto. Nella medicina tradizionale il medico è tipicamente (e idealmente) l'agente del suo paziente. Nella psichiatria tradizionale, lo psichiatra istituzionale è, tipicamente (e idealmente), l'agente del suo sistema sociale. Questi fatti strutturano molti fenomeni che ora erroneamente consideriamo e trattiamo come «malattie mentali». Le mie fondamentali premesse etiche, legali e politiche sono le seguenti.

Primo, in un sistema sociale libero, i rapporti fra esperti e clienti devono essere contrattuali al massimo e coercitivi al minimo. Gli interventi penali (e alcune misure imposte dallo Stato, come la esazione delle imposte e la leva militare) dovrebbero essere nettamente separati da quelli che i clienti richiedono a loro vantaggio e sono liberi di accettare o di rifiutare.

Secondo, in un simile sistema sociale, le prestazioni psichiatriche che «i pazienti» richiedono e i professionisti forniscono,

e che entrambi vogliono definire mediche, dovrebbero rientrare in qualsiasi tipo di classificazione le parti interessate vogliono metterle, mentre quelle prestazioni che o l'una o l'altra parte rifiuta dovrebbero essere proibite per legge. Le prime dovrebbero essere perciò considerate come contratti **ordinari** - per esempio, una persona che fa un contratto con un **architetto** per farsi costruire una casa che i parenti e gli amici possono ritenere o no un luogo abitabile -, mentre le seconde dovrebbero essere considerate reati - come ad esempio lo stupro, l'aggressione o il sequestro di persona -, e quindi essere punibili e punite dalla legge.

Terzo, le parole e le azioni degli psicotici e degli psichiatri dovrebbero francamente essere riconosciute per quello che di solito sono: coercizioni e contro-coercizioni, a volte letterali, a volte metaforiche.

Quindi, come psichiatri, il nostro compito nell'affrontare il problema della schizofrenia è, per ironia, simile a quello del cosiddetto schizofrenico come paziente nell'affrontare i problemi della propria vita: dobbiamo entrambi accettare le nostre metafore **letteralizzate** come metafore. Possiamo tuttavia farlo solo uscendo fuori da noi stessi, prendendo meno sul serio noi stessi e di più gli altri, ponendo le realizzazioni al posto dell'orgoglio. E queste, naturalmente, sono proprio le cose che in generale non riescono o non vogliono fare né gli psicotici, né gli psichiatri<sup>15</sup>.

In breve, il pazzo e il suo medico, lo psicotico e lo psichiatra, sono avvinti in un amplesso di mutua coercizione, confusione e legittimazione. Perciò non è che la schizofrenia è un problema e la psichiatria una soluzione per essa, ma piuttosto che ognuna delle due è un aspetto di un problema e di un fenomeno più generale, e cioè della varietà dell'esperienza e dell'espressione umana e della sua regolamentazione nell'ambito della società. Non c'è nessun problema della schizofrenia che la psichiatria deve risolvere, c'è invece il problema di una schizofrenia-con-la psichiatria che la epistemologia e l'etica, la filosofia e la legge, la società come gruppo e i singoli individui come agenti morali devono affrontare coraggiosamente con la loro intelligenza e riconciliare con la loro coscienza.

<sup>1</sup> Cfr. R. Hunter e I. MacAlpine, *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860*, Oxford University Press, London 1963; G. Rosen, *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*, University of Chicago Press, Chicago 1968, e M. Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, cfr. Richard Howard, Pantheon, New York 1965.

<sup>2</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Deology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1970 e idem *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented Texts*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1973.

<sup>3</sup> Cfr. A. Deutsch, *The Mentally Ill in America; A History of Their Care and Treatment from Colonial Times*, 2<sup>a</sup> ed. Columbia University Press, New York 1949, spec. pp. 88-113, e S. J. Bockoven, *Moral Treatment in American Psychiatry*, Springer, New York 1963.

<sup>4</sup> Cfr. G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology*, Norton, New York 1941, spec. capp. 9 e 10 e H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Basic Books, New York 1970.

<sup>5</sup> Cfr. T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961, ed. riv. Harper & Row, New York 1974 e idem, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970.

<sup>6</sup> A. Hemdon, *Racism Said to Be America's Chief Mental Health Problem*, «Psychiatric News», Aprile 16, 1975, p. 25.

<sup>7</sup> *Trustees Protest UN Zionism Resolution, Withdraw Support*, «Psychiatric News», Gennaio 21, 1976, pp. 1-30.

<sup>8</sup> K. Jaspers, *General Psychopathology* (1913, 1946), 7<sup>a</sup> trad. J. Hoenig e M. W. Hamilton, University of Chicago Press, Chicago 1963, g. 8.

<sup>9</sup> *Zbid.*, p. 807.

<sup>10</sup> *Zbid.*, pp. 839-840.

<sup>11</sup> H. Saner, *Karl Jaspers, in Selbsteugnissen und Bilddokumenten*, Rohwolt, Reinbeck bei Hamburg 1970, cfr. anche, K. Jaspers, *Philosophical Autobiography*, in *The Philosophy of Karl Jaspers*, a cura di A. P. Schilpp, pp. 3-94, Tudor, New York 1957.

<sup>12</sup> T. S. Szasz, *Reflections on Medical Ethics*, in T. S. Szasz, *The Theology of Medicine*, Harper & Row, New York in preparazione.

<sup>13</sup> *Zbid.*

<sup>14</sup> Cfr. Szasz, *Myth of Mental Illness*.

<sup>15</sup> In questo contesto cfr. T. S. Szasz, *The Second Sin*, Doubleday, Garden City, N.Y. 1973 e idem, *Heresies*, Doubleday-Anchor, Garden City N.Y. 1976.



## **SCHIZOFRENIA: SIMBOLO SACRO**

Secondo la sua immagine idealizzata, la scienza è una istituzione per sperimentare, accumulare e insegnare delle verità. Ma chiunque abbia una sia pur minima familiarità con la storia della scienza sa che il comportamento reale degli scienziati reali - e perciò della stessa scienza reale - si ferma molto prima di questa meta fantastica<sup>1</sup>. E, in effetti, non è questo che sorprende. Ciò che sorprende, almeno me, non è quanto la scienza non sia stata capace di adempiere la sua promessa di tesaurizzazione di verità e di ripudi delle menzogne, ma quanto ci si sia invece avvicinata.

E' sorprendente perché la scienza, dopo tutto, è una attività umana; perché gli esseri umani sono, fondamentalmente, gregari e religiosi; e perché, come impresa collettiva, la scienza condivide certe caratteristiche istituzionali che appaiono indispensabili al mantenimento della coesione sociale e uno spirito di corpo atto a mantenerla. Comunque, questi aspetti umani della scienza - che forse contribuiscono anche ad umanizzarla in modi sottili e validi - la rendono meno scientifica. Anzi rendono la scienza non solo poco scientifica, ma le danno un carattere concretamente religioso (e anche politico, economico e così via). Di conseguenza, i modelli dominanti della scienza, o paradigmi, funzionano in parte, quasi come simboli religiosi: contribuiscono ad unire gli scienziati che faticano sotto la loro guida e protezione e che diffondono le loro meraviglie e ad espellere come eretici quelli che li rifiutano e si azzardano a sostituirli. Può essere richiamato a questo proposito il caso di Ignaz Semmelweis, che cercò, troppo presto e forse incautamente, di distruggere il paradigma dei vapori in medicina e di sostituirlo con quello degli agenti infettanti. Le reazioni violentemente ostili, persecutorie contro di lui e contro le sue idee da parte della Scienza Costituita - e questo naturalmente è solo un caso, ma se ne potrebbero facilmente ag-

giungere altri – confermano la mia tesi che i paradigmi principali di una scienza funzionano, fra l'altro, come suoi simboli sacri.

Dal momento che la scienza è un tentativo umano, portato avanti da persone che vivono nei sistemi sociali attuali, mi sembra inevitabile che la scienza – qualsiasi scienza – debba prima o poi cadere sotto l'influsso determinante dei valori e delle istituzioni sociali dominanti. In breve, qualsiasi scienza è obbligata ad essere, in misura più o meno ampia, al servizio della moderna nazione-stato e della sua ideologia. Comunque, poiché uno Stato vuole servirsi della scienza e poiché le cosiddette leggi naturali sono indipendenti dal volere dell'uomo, non è affatto nell'interesse a lungo termine dello Stato di interferire con il fondamentale scopo della ricerca della verità proprio della scienza. Se lo Stato rifiuta di servirsi di coloro che possono aiutarlo, se addirittura li perseguita, come fece Hitler con i matematici, i fisici e i chimici ebrei; se lo Stato sostiene le falsità di una impostura scientifica, come fece Stalin con Lysenko, allora lo Stato ne paga le conseguenze, e spesso le paga così presto da rendere queste azioni stoltezza eccezionale o suicida.

Ma niente di tutto questo è vero nel caso delle scienze sociali, le cui cosiddette leggi non sono affatto indipendenti dalla volontà umana e dal potere dello Stato. Al contrario, in queste discipline ci troviamo in parte a trattare con le descrizioni delle conseguenze di certe distribuzioni di poteri – nella famiglia, negli ospedali, nella società e così via – e in parte con le prescrizioni, spesso mascherate da descrizioni, di come dovrebbero essere organizzate e gestite queste relazioni. In questo caso è sicuramente interesse dello Stato interferire con il fondamentale scopo di ricerca della verità della scienza. Nelle scienze sociali, lo Stato può usare una scienza falsa o ingannevole e farla, per così dire, funzionare: nei paesi dell'Est lo Stato usa il marxismo, la cui « validità » non è in alcun modo infirmata dall'inferiorità dell'agricoltura e dell'industria comunista rispetto a quelle capitaliste; nei paesi occidentali, lo Stato usa la psichiatria istituzionale, la cui « validità » non è in alcun modo infirmata dalla sua incapacità di diagnosticare, curare o guarire le malattie mentali.

Per di più, anche nelle scienze naturali, come ha notato Kuhn \*, un paradigma non viene scartato semplicemente perché si rivela infondato all'osservazione più recente. « Una volta che ha raggiunto la condizione di paradigma » egli scrive, « una teoria scientifica viene annullata solo se ne è disponibile un'altra... La deci-

---

\* Cfr. Kuhn T., Sneed J. D., Stegmuller W., *Paradigmi e rivoluzioni nella scienza*, introd. di M. Baldini, S. Morigi, F. Voltaggio, 1983, pp. 156, in queste edizioni.

sione di rifiutare un paradigma è sempre contemporanea a quella di accettarne un altro »<sup>2</sup>.

Questi fatti sulla natura della scienza confermano in modo decisivo la tesi – anzi ne fanno sembrare inammissibile qualunque altra – che anche la scienza è, in parte, una questione « religiosa ». « Il Re è morto, viva il Re » diceva la gente quando era governata dai monarchi. « Dio è morto, viva Marx, Freud, Hitler, Stalin e Mao », dice la gente che pensa di essersi ormai liberata dalla religione. Gli scienziati, proprio in qualità di scienziati, sono soggetti, così almeno vorrei suggerire io, all'effetto di questo principio: possono abbandonare un paradigma, solo se ne possono mettere un altro al suo posto. E questo cambiamento ha un carattere « religioso » come Kuhn stesso tacitamente riconosce: « Il trasferimento della devozione da un paradigma ad un altro è un'esperienza di conversione [*sic*] che non può essere forzata »<sup>3</sup>. Se tutto questo è valido per la fisica e la chimica, lo è ancora di più per la psicologia e per le scienze sociali – che sono in larga parte, false scienze o pseudoreligioni. Ciò non vuol dire che il carattere dei paradigmi, in psichiatria come in fisica, non sia strutturato o influenzato dalla realtà. Il paradigma della paresi per la schizofrenia fu strutturato dalla realtà della neurosifilide. E, quando questo paradigma sarà sostituito da un altro, sarà strutturato, lo spero, dalla realtà della schiavitù psichiatrica<sup>4</sup>.

Vorrei quindi concludere dicendo che non ci può essere una autentica scienza sociale e che la funzione simbolico-religiosa dei paradigmi è molto più grande nelle scienze sociali che in quelle naturali. Di conseguenza, la schizofrenia rimarrà il problema centrale della psichiatria finché la società appoggerà i tipi d'interventi per essa che vengono attualmente definiti terapeutici e che vengono imposti alle persone diagnosticate come schizofreniche. Cesserà di essere un problema quando la società ritirerà il suo appoggio a questi interventi e alle istituzioni che ora li promuovono e traggono da essi profitto.

#### NOTE

<sup>1</sup> Cfr. T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago 1962.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 77.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 150.

<sup>4</sup> Cfr. T. S. Szasz, *Psychiatric Slavery*, Free Press, New York 1977.

## 1. LA TEORIA DELLA MALATTIA MENTALE COME MALATTIA DEL CERVELLO: UNA CRONOLOGIA

- c. 1650-1750 Vengono istituiti i manicomi, prima in Europa, poi in tutto il rimanente mondo civile<sup>1</sup>.
- c. 1750-1850 Il commercio della follia diventa un fiorente affare; viene gestito nei manicomi privati e in quelli pubblici tanto da medici che da uomini di chiesa e di legge<sup>2</sup>.
- 1838 Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) redige un nuovo disegno di legge sui pazzi e definisce la psichiatria forense una legittima attività medico-legale. « All'inizio dell'ininterrotto sviluppo della psichiatria », secondo Karl Jaspers, « si erge l'eminente personalità di Esquirol... [Egli affermò che] un ricovero per alienati è uno strumento terapeutico nelle mani di un medico abile e la nostra arma più potente contro d'infermità mentale »<sup>3</sup>.
- 1841 Viene fondata la « British Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane », la prima organizzazione « psichiatrica » del mondo anglosassone. Inizia la propria attività pubblicando l'*Asylum Journal* nel 1853<sup>4</sup>.
- 1844 Viene fondata l'« Association of edical Superintendents of American Institution for the Insane ». La sua prima decisione ufficiale è: « Risoluzione: è unanime parere di questa convenzione che il tentativo di abbandonare completamente l'impiego di tutti i mezzi di costrizione personale non è permesso dai veri interessi dell'alienato mentale »<sup>5</sup>. Nel 1921 questa organizzazione diventa l'« American Psychiatric Association »<sup>5</sup>.
- c. 1800-1900 La follia (l'alienazione mentale, la demenza) viene sempre più considerata dagli addetti ai lavori, e sempre più accettata dal pubblico, come una « malattia » e una « degenerazione » del cervello, probabilmente causata dalla mastrurbazione<sup>6</sup>.
- 1845 Wilhelm Griesinger (1817-1868) pubblica il suo famoso *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten\**,

---

\* [Patologia e terapia dell'infermità mentale (N.d.T.).]

- rivendicando alla psichiatria il ruolo di specializzazione medica. Secondo Kurt Kolle, «La psichiatria scientifica non esisteva fino alla metà del XIX secolo... Il riconoscimento che le persone con disturbi mentali sono malate... si fece strada molto lentamente dopo la fine del XVIII secolo. Questo cambiamento d'opinione e la conseguente inclusione della psichiatria nella medicina furono determinati da un libro, pubblicato nel 1845, dallo psichiatra tedesco Griesinger. Egli fece la significativa affermazione... [che]: «Le malattie mentali sono malattie del cervello». Come conseguenza del postulato di Griesinger, la psichiatria si avvicinò alle scienze naturali. La patologia del cervello divenne un fondamento essenziale della psichiatria » 7.
- 1869 Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) descrive un certo modello di comportamento dei pazienti degli ospedali psichiatrici. Lo definisce «catatonìa» e lo attribuisce ad eccessiva masturbazione<sup>8</sup>. Catatonìa e ebefrenia diventano, con Kraepelin, due forme di dementia praecox e, con Bleuler, due forme di schizofrenia.
- 1880 Jean-Martin Charcot (1825-1893) ottiene il riconoscimento, da parte dell'Ordine dei medici, dell'ipnosi come forma legittima di trattamento medico in psichiatria<sup>9</sup>. Apre così la via all'ammissione delle psiconevrosi come legittime malattie mediche e della psicoterapia e psicoanalisi come trattamenti medici.
- 1884 Johan Ludwig Wilhelm Thudicum (1829-1901), uno dei pionieri della neurochimica, stabilisce il principio che dovrà diventare il modello del concetto psichiatrico delle «psicosi endogene», opposte a quelle «esogene», quelle cioè causate dall'ingestione di sostanze tossiche, o da traumi al cervello: «La ricerca dei processi chimici della malattia, per avere successo, deve essere metodica e continua. Può essere portata avanti solo da medici, ha bisogno dell'appoggio dello Stato e dell'incoraggiante interesse degli intellettuali e dei professionisti... I fosfatidi sono il centro, la vita e l'anima chimica di qualunque bioplasma, delle piante, come degli animali... Molti tipi di emicrania sono probabilmente dovuti a sostanze tossiche che si formano nelle zone intracraniche o che arrivano al cervello attraverso il sangue, o fermentate nell'organismo, o come l'alcool la morfina e l'alcool amilico, formate fuori dell'organismo... Numerose forme di follia sono senza alcun dubbio manifestazioni esterne degli effetti di sostanze tossiche fermentate all'interno dell'organismo sulla materia cerebrale, esattamente come le aberrazioni mentali che accompagnano l'intossicazione cronica da alcoolici rappresentano gli effetti accumulati di una sostanza tossica relativamente semplice fermentata fuori dell'organismo. Non ho alcun dubbio che riusciremo a isolare queste sostanze tossiche quando sa-

remo in grado di conoscerne i normali processi chimici fin nei più intimi dettagli. E allora arriverà a coronare d'impresa anche la scoperta verso cui devono essere diretti tutti i nostri sforzi, vale a dire la scoperta degli antidoti di queste sostanze tossiche, e le cause dei processi fermentativi che le producono»<sup>10</sup>.

- c. 1890-1910 La **pareesi** prende il posto della masturbazione come **causa paradigmatica della follia**.
- c. 1893-1895 Joseph Breuer (1842-1925) e Sigmund Freud (1856-1939) riabilitano l'isteria come «**psiconevrosi**», definendo l'imitazione di una malattia come malattia **anch'essa**<sup>11</sup>.
- 1898 Emil Kraepelin (1885-1926) ri-inventa e introduce il termine **dementia praecox** in psichiatria. (Il termine era stato usato dalla psichiatria in Francia fin dal 1860). Considera la **dementia praecox** come una «malattia endogena, cioè non provocata da cause esterne». Supponeva infatti che fosse determinata da mutazioni cerebrali organiche. In seguito, si orientò verso l'idea che fosse di origine metabolica<sup>12</sup>.
- 1900 Freud pubblica «**L'interpretazione dei sogni**», trasformando i sogni, mondo tradizionale dei poeti, in problemi medici. Riesce ad ottenere il riconoscimento medico di una forma di conversazione, chiamata «**psicoanalisi**», come forma legittima di trattamento psichiatrico in alcuni «casi di malattia mentale»<sup>13</sup>.
- 1904 Alois Alzheimer (1864-1915) pubblica la prima relazione sui cambiamenti istopatologici caratteristici della paralisi generale dei pazzi, o **pareesi generale**.
- 1904 Nel suo testo, **Psychiatrie**, Emil Kraepelin afferma che «l'infezione sifilitica è un carattere fondamentale dell'apparizione della **pareesi** a un certo stadio della vita»<sup>14</sup>.
- 1905 Fritz Schaudinn (1871-1906) evidenzia il **Treponema pallidum** (*Spirochaeta pallida*) nelle lesioni primarie della sifilide e lo identifica come l'organismo responsabile della sifilide.
- 1906 August von Wassermann (1866-1925) mette a punto il primo test immunologico per la diagnosi della sifilide.
- 1909 Paul Ehrlich (1854-1915) mette a punto il Salvarsan, la prima delle arsfenamine, per il trattamento della sifilide; le arsfenamine continueranno ad essere il trattamento di questa malattia fino a quando nel 1943, non vengono sostituite dalla penicillina.
- 1910 Freud pubblica la sua descrizione della psicopatologia di Leonardo da Vinci<sup>15</sup>.
- 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) ribattezza e ridefinisce la «**dementia praecox**», inventando la «**schizofrenia**»<sup>16</sup>.
- 1913 Hideyo Nogouchi (1876-1928) e Joseph W. Moore (1879-1957) evidenziano la presenza del **Treponema pallidum** nei tessuti del sistema nervoso centrale dei pazienti affetti da **pareesi e tabe**.

- 1917 Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940) immunizza dei paretici con la malaria terziaria ed evidenzia il valore terapeutico della febbre nel trattamento di questa malattia; viene insignito per questo del Premio Nobel nel 1927.
- 1917 Emil Kraepelin riformula l'importanza del paradigma della paresi per lo sviluppo della psichiatria: «La natura della maggior parte delle malattie mentali è per il momento oscura. Ma nessuno potrà negare che ulteriori ricerche potranno svelare fatti nuovi in una scienza così giovane come la nostra; a questo proposito le malattie provocate dalla sifilide sono una lesione oggettiva. E' logico supporre che riusciremo a scoprire le cause di molti altri tipi di demenza che potranno essere prevenuti - forse addirittura curati - anche se attualmente non abbiamo il minimo indizio... »<sup>17</sup>.
- 1919 Elmer E. Southard (1876-1920) proclama la fede evangelica e la vocazione missionaria dei crociati della psichiatria: « Non possiamo rallegrarci del fatto che noi [psichiatri] ... per la nostra preparazione ed esperienza, ci troviamo ad essere in grado, forse più di chiunque altro, di vedere chiaro nei terrorizzanti fenomeni dell'anarchia, della violenza, della distruttività, dello spirito di distruzione, della paranoia - sia che queste tendenze si manifestino fra i leaders del capitalismo o fra quelli dei lavoratori, nelle università o nelle case, nei parlamenti o sotto i ponti deserti... .Gli psichiatri devono portare la loro capacità di analisi, il loro radicato ottimismo e la loro provata fermezza di propositi non soltanto nel ristretto campo della malattia esplicita, ma, come Seguin nei tempi passati, nell'educazione; come William James, nella sfera della morale; come Isaac Ray, nella giurisprudenza; e, soprattutto, nella economia e nell'industria. Saluto gli anni che verranno come anni molto importanti per gli psichiatri »<sup>18</sup>.  
Questo invito alla conquista del mondo da parte della psichiatria - cioè della medicalizzazione, psichiatrizzazione e terapizzazione di ogni attività umana - è stato da allora rinnovato da innumerevoli eminenti psichiatri di tutto il mondo.

<sup>1</sup> V. per es. M. Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (1961), trad. Richard Howard, Pantheon, New York 1965, e T. S. Szasz, a cura di *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*, Doubleday-Anchor, Garden City, N.Y. 1973.

<sup>2</sup> Cfr. per es., V. Ll. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Routledge & Kegan Paul, London 1973.

<sup>3</sup> Da H. F. Ellenberger, *Psychiatry from Ancient to Modern Times*, in *American Handbook of Psychiatry*, a cura di S. Arieti, 2<sup>a</sup> ed., pp. 3-27, Basic Books, New York 1974, p. 21.

<sup>5</sup> Da N. Ridenour, *Mental Health in the United States: a Fifty Year History*, Harvard University Press, Cambridge 1961, p. 76.

<sup>5</sup> Cfr. per es., T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 89.

<sup>7</sup> K. Kollé, *Karl Jaspers as Psychopathologist*, in *The Philosophy of Karl Jaspers*, a cura di P. A. Schlipp, pp. 437-466, Tudor, New York 1957, pp. 439-440.

<sup>8</sup> Cfr. E. H. Hare, *Masturbatory Insanity: The History of an Idea*, «Journal of Mental Science» 108 (1962): 1-25; p. 21.

<sup>9</sup> Cfr. G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology*, Norton, New York 1941, pp. 362-363.

<sup>10</sup> J. L. W. Thudicum, *A Treatise on the Chemical Constitution of the Brain* (1884) con una introduzione di David L. Krabkin, Archon Books, Hamden, Conn. 1962, pp. XI-XIII.

<sup>11</sup> Cfr. J. Breuer e S. Freud, *Studies on Hysteria* (1893-1895), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Hogarth, London 1955, vol. 2.

<sup>12</sup> Zilboorg, *History of Medical Psychology*, p. 457.

<sup>13</sup> V. S. Freud, *The Interpretation of Dreams*, I e II (1900), in *Standard Editions*, vol. 4 e 5.

<sup>14</sup> Da Zilboorg, *History of Medical Psychology*, p. 543.

<sup>15</sup> S. Freud, *Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood* (1910), in *Standard Editions*, vol. 11, pp. 57-137.

<sup>16</sup> Cfr. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911), trad. Joseph Zinkin, International Universities Press, New York 1950.

<sup>17</sup> E. Kraepelin, *One Hundred Year of Psychiatry* (1917), trad. Wade Baskin, Philosophical Library, New York 1962, pp. 151-152.

<sup>18</sup> Da K. Menninger, *The Academic Lecture: Hope*, «American Journal of Psychiatry» 116 (1959): 481-491, p. 489.



## 2. PSICHIATRIA E ANTI-PSICHIATRIA: SUPERIORITA' DELLE VIRTU' DELL'OPPRESSORE E SUPERIORITA' DELLE VIRTU' DELL'OPPRESSO

La mia proposta di considerare i sani e i pazzi da una parte e gli psichiatri e gli anti-psichiatri dall'altra come avversari che sostengono la propria superiorità e l'inferiorità dell'altro va collocata nella prospettiva più vasta di altri rapporti fra superiore e inferiore, delle loro mitologie caratteristiche. Ho già fatto altrove delle considerazioni su questo argomento, a proposito della somiglianza tra l'interazione dello psichiatra istituzionale con il paziente mentale istituzionalizzato e dell'Inquisitore con l'eretico <sup>1</sup>. Qui voglio estendere questo tipo di analisi alla relazione esistente fra lo psichiatra e l'anti-psichiatra, dando particolare rilievo al carattere morale delle rispettive pretese.

In uno dei suoi brillanti, primissimi saggi, Bertrand Russell ci ha fornito un quadro entro cui questa controversia si inserisce alla perfezione. « Una delle più tenaci fissazioni dell'umanità, suggerisce Russell, è che alcuni rappresentanti della razza umana siano moralmente migliori o peggiori di altri. Questa opinione assume molte forme differenti, nessuna delle quali poggia su un qualsiasi fondamento razionale » <sup>2</sup>. Dopo aver fatto notare come questa predilezione umana trovi i suoi sbocchi più evidenti nello « sciovinismo » del sesso, della nazionalità e della classe sociale, Russell osserva che alcune persone preferiscono ammirare ed esaltare i gruppi ai quali non appartengono - anzi dai quali sono addirittura escluse:

« Una forma abbastanza curiosa di questa ammirazione per i gruppi ai quali l'ammiratore non appartiene è la fede nella superiore virtù dell'oppresso: le nazioni soggette, i poveri, le donne e i bambini. Il XVIII secolo, da un lato strappava l'America agli Indiani, dall'altro riduceva i contadini nella condizione di poveri braccianti e introduceva la crudeltà del primo industrialismo, facendo nello stesso tempo sentimentalismo sul « nobile selvaggio » e « sulle semplici storie dei poveri »... I liberali continuano ancora a idealizzare i poveri contadini, mentre gli intellettuali socialisti e comunisti fanno lo stesso col proletariato urbano <sup>3</sup>.

Russell suggerisce l'idea che ci sia qualcosa nella natura dei rapporti di potere fra coloro che dominano e coloro che sono dominati e nella natura dell'animo umano che, insieme, determinano queste immagini compensatorie della superiorità dell'inferiore. Una delle più tipiche fu, e rimane, il mito della superiorità femminile. A proposito della forma vittoriana di questo mito, Russell osserva: « La credenza

nella loro [delle donne] superiorità spirituale faceva parte integrante della determinazione di mantenerle nella loro inferiorità economica e politica »<sup>4</sup>.

Quando gli anti-psichiatri sostengono che i pazzi sono superiori ai sani - uno dei loro più importanti principi dottrinali -, mi sembra che ripartano da dove i sostenitori della superiorità femminile si sono fermati. Sostituiscono solamente le « virtù superiori » delle donne oppresse con la « sanità superiore » degli schizofrenici oppressi. Questo gioco particolare degli anti-psichiatri mi sembra grossolano e spregevole, perché la conseguenza dell'idealizzazione della « autenticità » della follia, della romanticizzazione dello « scoppio » della psicosi, può essere salo una di due cose alle quali io mi oppongo.

Da una parte, il mito della superiorità dello psicotico, come quello della superiorità della donna, potrebbe far parte della volontà dello psichiatra di dominarlo, non apertamente come un pazzo, ma di nascosto come un turista sperduto. Dall'altra potrebbe essere uno sforzo diverso di sostituire gli speciali poteri e privilegi dello psichiatra con quelli dello psicotico, secondo la tradizione del programma cristiano di mettere il « primo » al posto dell'« ultimo » o del programma comunista di mettere al posto del regime capitalistico la « dittatura del proletariato ».

Osservando le innumerevoli coppie di oppressori e di oppressi, bisognerebbe chiedersi: per quale motivo si dovrebbe credere nei miti della superiorità dell'uno o dell'altro? Si può rispondere a questa domanda con alcune utili generalizzazioni. Normalmente si crede nella superiorità dell'oppressore quando questi occupa una posizione favorevole - per esempio, come uomo o come psichiatra -; o quando cerca la protezione dell'oppressore - per esempio come un bambino o un malato di mente aspedalizzato - o quando desidera assumere un ruolo complementare - per esempio, come moglie o come psicotico. Dall'altra parte la gente crederà nella superiorità dell'oppresso, - per esempio della donna o dello psicotico - soprattutto quando si sente colpevole verso di loro. Il sostegno che si dà all'anti-mito è quindi meno solido di quello che si dà al mito; questa differenza spiega la maggiore stabilità del primo rispetto al secondo. Le osservazioni di Russell a questo proposito possono forse riferirsi meglio, attualmente, alla situazione della psichiatria e dell'anti-psichiatria che a qualsiasi altro aspetto della tragicommedia umana:

« Come risulta dai vari esempi che abbiamo considerato, lo stadio in cui una virtù superiore viene attribuita all'oppresso è transitorio e instabile. Comincia solo quando l'oppressore arriva a sentirsi in colpa, e questo accade solo quando il suo potere non è più saldo. L'idealizzazione della vittima è utile per un certo periodo: se la virtù è il bene più grande e se la sottomissione rende la gente virtuosa, è gentile negare loro il potere, poiché esso distruggerebbe la loro virtù... Il sollevare le donne dallo sporco mestiere della politica era, da parte degli uomini, un delicato sacrificio... Ma, presto o tardi, la classe o p pressa avrebbe argomentato che la propria virtù superiore è proprio un motivo a favore dell'avere potere e gli oppressori si sarebbero

trovati contro le loro stesse armi. Quando finalmente il potere viene spartito in modo uguale, diventa universalmente chiaro che tutti i discorsi sulla virtù superiore erano solo assurdità e che non erano affatto necessari come base per una esigenza di eguaglianza»<sup>5</sup>.

E' esattamente a questo tipo di ragionevole posizione intermedia che ho cercato di aprire la strada nel mio approccio a quella dimensione di dominazione e soggezione che è ancora relativamente inesplorata - i rapporti cioè fra il medico dei pazzi e i pazzi, fra gli psichiatri e gli psicotici, fra gli esperti di schizofrenia e gli schizofrenici. Perciò, ho tentato di distruggere il mito della superiorità medica della psichiatria e della psicoanalisi rispetto ai principi legali e religiosi e alle pratiche di controllo sociale, e quello della superiorità morale degli psichiatri e degli psicoanalisti rispetto alle altre persone in genere e ai cosiddetti malati di mente in particolare. Allo stesso tempo, ho cercato di evitare l'idealizzazione della follia come supersanità e la mitizzazione del folle come persona che ha qualità, virtù o poteri artistici, morali o psicologici.

In conclusione, mi sembra che, se i concetti che ho sviluppato qui e altrove sono validi, e se otterranno una più vasta adesione, allora la psichiatria, come la conosciamo adesso, scomparirà gradualmente. In particolare, la psichiatria non volontaria, come la schiavitù, verrà abolita, e i vari tipi d'interventi psichiatrici volontari verranno riclassificati e rivalutati, ognuno secondo la propria vera natura e le proprie effettive caratteristiche. Alcune di queste pratiche potranno poi riapparire come interventi medici, forse nei confronti di persone che non soffrono di malattie fisiche dimostrabili - una pratica che non è affatto limitata alla psichiatria. La maggior parte delle pratiche psichiatriche, comunque, o dovrebbero sparire o potrebbero forse riapparire sotto forma d'interventi etici e politici. Tali pratiche psichiatriche, nei confronti di clienti volontari, sarebbero così riconosciute per quello che io credo siano in realtà, e cioè le « teorie » e le « tecniche » di vari tipi di etiche secolari, o meglio, le giustificazioni per esse e le applicazioni di esse.

## NOTE

<sup>1</sup> T. S. Szasz, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Znauisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York 1970, esp. pp. 260-292.

<sup>2</sup> B. Russell, *The Superior Virtue of the Oppressed*, in B. Russell, *Unpopular Essays*, pp. 59-64, Simon and Schuster, New York 1950, p. 58.

<sup>3</sup> *Zbid.*, pp. 58-59.

<sup>4</sup> *Zbid.*, p. 61.

<sup>5</sup> *Zbid.*, p. 63.

# INDICE ANALITICO E DEI NOMI

---

## Affidamento:

matrimonio combinato come -, 140-144; attrazione dell'-, 149; silenzio di Freud sull'-, 47; legge LPS in California e -, 92; metafora matrimoniale e -, 152-153; v. *Segregazione*

## Alienisti, 33

Allucinazioni, 30

Alzheimer A., 25, 180

« American Journal of Psychology », 92, 98

American Orthopsychiatric Association, 168

American Psychiatric Association, 90, 92, 168, 178

American Schizophrenia Foundation, 105

Amleto, 134

Analisi diretta, 109

Antipsichiatria, 55-58, 183-185;

ricoveri di psichiatria, 74, 75; autenticità e -, 62, 81-82; luogo comune della -, 62-63; libertà e -, 78-79; metafora letteralizzata della schizofrenia, 75; critica di Martin della -, 60; marxismo e -, 79-80; mente saccheggiana, 79-82; « cerimonie di promozione » nell'-, 76; psichiatria e psicoanalisi, come simili all'-, 58-60, 78-79; sanità nella concezione dell'-, 181-182; critica di Trilling all'-, 61-63; v. *Cooper D.*; *Laing R.D.*

Arieti S., 24, 87, 109

Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals, 178

Association of Medical Superintendents of American Institutions, 178

Asuni Tolani, 100

Autenticità, antipsichiatria e -, 62, 81-82

*Autistic Undisciplined Thinking in Medicine and How to Overcome it* (Bleuler), 37-40

Autocontrollo sul proprio corpo, 132

Autostima, 75-76

Barnes M., 69-71, 74-77

Batchelor I. R. C., 25

Berke J., 69-71, 75-76

Berman S., 108

Beyer B., 55

Bichat X., 22

Bleuler E., 18, 22-23, 24-29, 31-41, 43-44, 138, 180;

*Autistic Undisciplined Thinking in Medicine and How to Overcome it*, 37-40; - sul concetto di malattia, 39; demenza precoce o schizofrenia come definita da -, 25-26; - sul comportamento linguistico, 26-27; - sulle pressioni per diagnosticare gli alienati come malati, 32; - sull'impulso al suicidio degli schizofrenici, 35-36; - sulla confusione di linguaggio, 26

Bleuler M., 38, 41

Brown B., 113

Burgholzi (ospedale), 40, 68, 138

California, legge LPS, 92

Capitalista, società - e antipsichiatria, 59-61, 81-82

Castro F., 64

Catatonica, 23, 179

Cattolicesimo romano, 41, 88

Cattolici romani, 42

Cecov A., 148

Cellulare, patologia - come modello di malattia, 22-23

*Cellularpathologie, Die* (Virchow), 22

Centro di Distensione, 110-111

« Cerimonie di promozione », in antipsichiatria, 76

Charcot J. M., 179

Chemioterapia, 54

Churchil W., 55, 64  
 Ciclopi, leggenda dei -, 47-49  
 Coercizione psichiatrica, ignorata dagli psichiatri, 87, v. *Affidamento*; *Segregazione*  
 Comportamento inappropriato o insolito, 30  
 Comportamento linguistico, 26-28, 168-169;  
 Bleuler sul -, 2628  
 Consenso alla terapia, 121-124  
 Contrattuale o volontaria, psichiatrica -, 150-153  
 Controllo del proprio corpo, 132  
 Cooper D., 56, 62-65, 77, 79  
 Costo della schizofrenia, 111-113, 120  
 Cristianesimo e matrimonio, 130-133  
 Crudeltà nel trattamento dei malati di mente, 35-37  
 Cuba, Cooper su -, 64-65  
 Cumming E., 98  
 Cura della schizofrenia, v. *Terapia*  
 «Current Prescribing» (rivista), 89

Darrow C., 133

*Death of the Family, The* (Cooper), 63-64

Defoe D., 136  
 Delusioni, 29-30  
 Dementia paralytica, v. *Paresi*  
 Dementia precoc:  
 origini del concetto di -, 21-22, 23-24, v. *Schizofrenia*  
*Dementia Precoc or the Group of the Schizophrenias* (Bleuler), 25-26  
 Diagnosi della schizofrenia:  
 ospedalizzazione giustificata dalla -, 34-35; premesse della -, 170-171; diritto degli psichiatri di eseguire la -, 116118; «Schizofrenia Bulletin» sulla -, 106-108; - in URSS, 93-94, 95-96, 114-115  
 Diagnostic and Statistical Manual (Associazione Psichiatrica Americana), 92  
*Dialectics of Liberation, The* (Cooper), 64  
 Dissidenti sovietici, 94-97, 100  
*Divided Self, The* (Laing), 56  
 Divorzio, 131-133, 136-137, 142-143, 150-151, 154-155  
 Donne:  
 carriera o ruolo della pazzia per

le -, 133-135; segregazione delle - sposate, 136-137, v. *Matrimonio*

Ebefrenia, 23, 179  
 Economico, costo - della schizofrenia, 112-114, 120  
 Ehrlich P., 180  
 Encyclopedica Britannica, 102-103  
 Esquirol J.E.D., 178  
 Esterson A., 56  
 Eucarestia, metafora dell-, 42  
 Evans R., 64

Famiglia, schizofrenia e -, 107-109  
 Fattori ereditari nella schizofrenia, 97-98  
 Federn P., 71  
 Fenotiazine, 159-160  
*Forbidden Colors* (Mishima), 148-149  
 Freud S., 24, 29, 33, 43, 48, 74, 103, 180;  
 - sulla nevrosi, 23, 146  
 Fromm E., 78  
 Fromm-Reichmann F., 155

*General Psychopathology* (Jaspers), 169-170  
 Genetici, fattori - nella schizofrenia, 97-98  
 Gesù Cristo, 42, 97, 130, 132, 133  
 Giappone, 130;  
 relazioni maritali e psichiatriche in -, 158-160; «reclusione domestica» in -, 45, 159  
 Glazier E., 93  
 Goffman E., 138

Gran Bretagna, 114-115  
 Greenblatt M., 93  
 Griesinger W., 178-179

Grosslock 47, 63  
 Gunderson J., 111-113

Hammer A., 109-120  
 Hecker E., 23  
 Heston L., 98  
 Hirsch S.R., 99  
 Hitler A., 64, 72, 97, 177  
 Hoffer A., 105-106  
 Holland J., 100  
 Horwitz J., 146-148  
 «Human Context, The» (rivista), 68  
 Huessy H., 120-121  
 Huxley J. sir, 97

- International Pilot Study of **Schi-**  
zofrenia (WHO), 30, 50  
*Interpretazione dei sogni* (Freud),  
180
- Intimità, diritto all'-, 117
- Iperattività, 30
- Ipoattività, 30
- Jahrbuch für Psychoanalytische  
und Psychopathologische For-*  
*schungen*, 29
- Janet P., 166
- Jaspers K., 169-170, 178
- Jung C., 29, 47
- Kahlbaum K. L., 23, 179
- Kallmann J., 87, 100, 135
- Kato M., 159
- Kendell R. E., 90, 96
- Kasey K., 147
- Kiev A., 87
- Kingsley Hall, 56, 67-71;  
relazioni economiche a -, 67-68; Bar-  
nes a -, 69-71, 75-77
- Kolb L., 86
- Kolle K., 179
- Kraepelin E., 22-25, 31, 43-44, 45-46,  
48, 65, 180-181
- Kraus K., 147
- Kreutzer Sonata, The* (Tolstoy),  
144-146
- Kuhn T., 176
- Laing R. D., 56-58, 66-80, 155;  
relazioni contrattuali avversate da  
-, 68, 73; - sulla libertà, 78; - sul-  
l'inautenticità, 61-62, 73-74; Kingsley  
Hall e -, 67-68; critica di Martin a  
-, 59-61; caso di Mary Barnes e -,  
69-71, 75-77; premessa morale-econ-  
mica di -, 57; stile di -, 72-73; *The  
Politics of Experience*, 71-73; Trilling  
su -, 61-63
- Laingiani, ricoveri -, 66-68, 74-75
- Landis J. T., 130-131
- Lanterman-Petris-Short (LPS), Leg-  
ge -, 92
- Lederberg J., 97
- Legge giudaica, matrimonio e -,  
130-132
- Liberazione, concezione di Cooper  
della -, 63-64
- Lincoln A., 97
- Libertà, antipsichiatria e -, 78
- Linguaggio, v. *Comportamento lin-*  
*guistico*
- Lobotomia prefrontale, 87-89
- Luogo comune antipsichiatrico, 62-  
63
- Malattia:  
Bleuler sul concetto di -, 38-49; pa-  
radigma o modello della -, v. *Pa-*  
*radigma o modello della malattia*
- Malattia mentale:  
Bleuler sul concetto di -, 38-39; -  
come disturbo cerebrale, 45-46, 103-  
104; cronologia della -, come di-  
sturbo cerebrale, 180-181; senso let-  
terale della metafora della -, 42
- Manicomi, ospedali psichiatrici, 31-  
32, 165;  
antipsichiatria e -, 74-75
- Martin D., 59-60, 66, 76
- Marx K., 113, 177
- Mary Barnes: Two Accounts of a  
Journey Through Madness* (Bar-  
nes e Berke), 69
- Masturbazione, 25
- Matrimonio, 129-131, 139-144, 156-  
157, 161-162:  
psichiatria combinata e - combina-  
to, somiglianze strutturali fra i  
due, 139-141; - cristiano, 131-133; -  
come paradigma per la relazione  
psichiatra-paziente, 129-130, 140-144,  
156-158, 160-162; - precristiano, 129-  
130; modello romantico del -, 130-  
131; - in Russia, 158-159; secondo -,  
150-151; - vittoriano, 141-142, 143-144;  
relazione volontaria come concetto  
negante il -, 150-151; alternativa delle  
donne al -, 134-136
- Matthew St., 131-132
- May W., 68
- Medicina, premesse della -, 171-172
- Megavitamina, terapia della -, 102
- Mente saccheggiata, come immagi-  
ne nell'antipsichiatria, 79-82
- Menninger K., 46, 67
- Merskey H., 95-96
- Metafore, 27-29;  
- prese alla lettera, 42, 75, 173
- Meynert T., 20
- Milton J., 136
- Minogue K., 52
- Misterium Fidei (Papa Paolo VI),  
42
- Mises L. von, 113
- Mishima Y., 148-149
- Moniz E., 87-88
- Moore J. W., 180
- Morgagni G., 22
- Mosher L., 112-113

- Movimento di Liberazione della Donna, 155
- Myth of Mental Illness, The* (Szasz), 55
- National Institute of Mental Health, 106, 111
- Natural Enemies* (Horwitz), 146-148
- Nazioni Unite, 168
- Neurosifilide, 21, 54, v. *Paresi*
- Nevrosi, 54;  
Freud sulla -, 23, 46
- « New Scientist » (rivista), 99
- Nikoleyev U., 109
- Noguchi H., 25, 180-181
- Noyes' Modern Clinical Psychiatry (Kolp), 86
- Ofelia, 134
- Orthomolecular Psychiatry (Hawkins e Pauling, a cura di -), 102, 104-105
- Ortomolecolare, psichiatria -, 102-105
- Osler W. sir, 18
- Osmond H., 105-106
- Ospedalizzazione:  
- involontaria, v. Affidamento; Senzazione; - volontaria, 45, v. *Psichiatria volontaria e contrattuale*
- Ospedalizzazione involontaria, v. Affidamento; Segregazione
- O'Sullivan S., 149
- Paradigma o modello di malattia: sviluppo di concezioni mutevoli di - 118-120; negli anni intorno al 1900, 18-21; prima del 1900, 22-23, 118-119; paresi come -, 24-25, 54, 119
- Paresi come paradigma di psicosi, 20-21, 23, 49-50, 167-168, 180-181
- Paolo VI, papa, 42
- Parras A., 110
- Patologia umorale come modello di malattia, 22
- Pauling L., 102-104, 106-107
- Pensiero, disturbi nel -:  
Bleuler sui -, 26
- Percosse al paziente come trattamento della schizofrenia, 110
- Persone chimicamente sane, definite come mentalmente malate, 31-33, 92-93
- Philadelphia Association, 66-68
- Philadelphia Association Report 1965-1969, 66
- Politic of Experience, The* (Laing), 71-73
- Prigione e ospedale psichiatrico, 45
- Proprietà privata, 80
- Proudhon P. J. 80
- Psichiatri:  
diritto degli - a fare diagnosi, 116-118; - come agenti della società, 35-36
- Psichiatria:  
antipsichiatria in quanto simile alla -, 58-60, 78-79; - contrattuale o volontaria, 150-154; leggenda di Ulisse col Ciclope ripetuta dalla -, 47-49; modello matrimoniale, 129-130, 140-144; « trattenimento morale », 165-166; premesse della - comparate con quelle della medicina, 170-173; schizofrenia in quanto creata dalla -, 123; fasi nella storia della -, 165-166
- Psicoanalisi, 45-46, 54;  
sommiglianza dell'antipsichiatria alla -, 58-59, 103-104
- Psicofarmaci, 89, 103, v. *Tranquillanti*
- Psicopatologizzazione del comportamento, 166
- Psicosi, 54;  
paresi come modello di -, 49-50; parietico, v. *Paresi*
- Psychopathology of Everyday Life, The* (Freud), 29
- Razzismo, 168
- Reclusione domestica, 45, 159
- Relazione contrattuale, Laing e Cooper contrari alla -, 68, 72-73
- Religione, scienza e -, 175-177
- Ricoveri:  
- di Laing, 66, 67-68, 74-75, v. *Manicomio*
- Rivoluzione, Cooper sulla -, 65
- Role of Diagnosis in Psychiatry, The* (Kendall), 96
- Rosen J., 110, 155
- Russell B., 183-184
- Sakel M., 166
- Salute mentale, v. *Sanità*
- Sane, persone, v. *Persone clinicamente sane*
- Sanità, concezione antipsichiatrica e psichiatrica della -, 81-82

- Sanity, Madness and the Family (Laing e Esterson), 56  
 Schandinn F., 180  
 Schiavitù, 35-36  
 Schizofrenia:  
 caratteristiche della -, secondo l'*International Pilot Study of Schizofrenia*, 30-31; - in quanto creata dalla psichiatria, 122-123; fattori genetici nella -, 97-98; origini dei moderni concetti di -, 21-22; - come sindrome, 85, 91; v. *Dementia precox*; e gli argomenti specifici  
 «Schizofrenia Bulletin» (rivista), 106-107, 110  
 Schizofrenici disoccupati, 112-113, 120  
 Schizophrenics Anonymous International, 105-106  
 Schreber, caso di - (Freud), 46-47  
 «Science» (rivista), 97-98  
 Scienza, 175-176  
 scienze' sociali, 176-177  
 Searle J.R., 80  
 Sechehayé M., 155  
 Segregazione (ospedalizzazione involontaria ovvero obbligatoria), 54;  
 Bleuler sulla -, 33-36; silenzio di Freud sulla questione della -, 46-48; desumere la malattia mediante -, 119; - mediante «reclusione domestica» 45, 159; - nell'URSS, 93-94, 115-116, v. Affidamento  
 Semmelweis I., 175-176  
 Sifilide, 19-20, 24, 49-50, v. *Paresi*  
 Sindrome, schizofrenia come -, 85, 91  
 Sionismo, 95-96, 109, 168  
 Snezhnevsky A.V., 87  
 Società patriarcale, 130-131, 134-135, 141-142  
 Società totalitaria, 36, 78, 114-115  
 Southard E.E., 81  
 Spring the Resurrection (Barnes), 77  
 Stalin J., 55, 97, 177  
 Suicidio, impulso al -:  
 Bleuler sull-, 35-37  
 Sullivan H.S., 155  
 Terapia, trattamento:  
 comparsa e scomparsa di nuove forme di -, 154-155; consenso verso la -, 121-124; malattia scoperta dalla risposta alla psicoanalisi, 119-120; giustificazioni della -, 120-124; diritto degli psichiatri ad effettuare la -, 117-118, v. gli specifici metodi o approcci  
 Terapia vasomotoria, 20  
 Terazina, 160  
 Thudicum J.L.W., 179  
 Tolstoy L., 144-145  
 Tranquillanti, 89-90  
 Transustanziazione, dottrina cattolica della -, 42, 88  
 Trattamento, v. Terapia  
 Treponema pallidum, 180-181  
 Trilling L. su Laing e l'antipsichiatria, 60-63  
 Tuke J.B., 102  
 Ulisse, leggenda di -, 47-49  
 Unione Sovietica, 93-94, 100, 107-108; diagnosi della schizofrenia, 93-94, 95-97, 114-115; segregazione involontaria in -, 93-94, 115-116; matrimonio e medicina in -, 158-159; ospedalizzazione volontaria e involontaria in -, 115-116  
 Uomo dei Lupi, caso dell- (Freud), 74  
 Urmcer A., 92  
 Vecchio Testamento, 131  
 Vesania tipica, 23  
 Virchow R., 22  
 Vita claustrale, 134, 136  
 Vitamine, come cura della schizofrenia, 102, 104-105  
 Vittima, paziente come -, 58-59  
 Volontaria o contrattuale, psichiatria -, 150-153  
 Wagner-Tauregg J. von, 181  
 Ward n. 6 (Cecov), 148  
 Wassermann A. von, 25, 180  
 Westoff L., 150-151  
*What You Should Know About* Schizofrenia (Hoffer e Osmond), 105  
 Wilde O., 61  
 Wing J.K., 114-116  
 Woikhanskaya M., 94-95  
 Wong H.L., 110  
 World Biennial of Psychiatry and *Psychopathology*, The (Arieti, a cura di -), 86-87  
 World Health Organization (WHO), rapporto del -, 30, 50  
 Zilborg G., 20



## PRIMA SERIE

- L. GRINBERG - R. GRINBERG. *Identità e cambiamento*. trad. di M. Princivalle, 1976, pp. 272.
- O. MANNONI, *L'analisi originaria*, trad. di A. L. Armando e C. Mazzantini, presentazione di A. L. Armando, 1973, pp. 264.
- M. MILNER, *Le mani del Dio vivente*, trad. di G. G. Bartolomei e P. Valori, presentazione di D. W. Winnicott, 1974, pp. 590.
- H. A. ROSENFELD, *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*, trad. di A. Corti, prefazione di J. D. Sutherland, 1973, pp. 348.
- R. SCHAFER, *Aspetti dell'interiorizzazione*, trad. di G. G. Bartolomei e C. Masina, introd. di G. Soavi, 1972, pp. 336.

## SECONDA SERIE

- L. GRINBERG - D. SOR - E. TABAK DE BIANCHEDI, *Introduzione al pensiero di Bion*, trad. di M. G. Manetti, presentazione di W. R. Bion, 1975, pp. 152.
- W. R. BION, *Esperienze nei gruppi*, trad. di S. Muscetta, presentazione di F. Corrao e S. Muscetta, 1973, pp. 216.
- K. R. EISSLER, *Ortodossia medica*, present. di L. Ancona, trad. di G. Bartolomei, 1979, pp. 416.
- R. MONEY-KYRLE, *All'origine della nostra immagine del mondo*, trad. di G. Bartolomei, 1972, pp. 264.
- W. R. BION, *Apprendere dall'esperienza*, trad. di A. L. Armando, P. Bion-Talamo, S. Bordi, 1972, pp. 192.
- W. R. BION, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, trad. di S. Bordi, 1972, pp. 264.
- H. RACKER, *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, intr. di F. Corrao, trad. di G. Di Chiara, 1972, pp. 270.
- W. A. BION, *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, trad. di G. Bartolomei, 1971, pp. 250.
- W. R. BION, *Gli elementi della psicoanalisi*, trad. di G. Hautmann, 1971, pp. 132.
- T. S. SZASZ, *L'etica della psicoanalisi. Teoria e metodo della psicoterapia autonoma*, trad. di F. Di Benedetti e di G. Sassanelli, present. di G. Sassanelli, 1971, pp. 290.
- W. R. BION, *Elementi della psicoanalisi*, trad. di F. Hautmann, 19812, pp. 130.

- E. H. ERIKSON, *Il giovane Lutero*, introd. e trad. di L. A. Armando, 1979<sup>2</sup>, pp. 270.
- D. MELTZER, *Il processo psicoanalitico*, trad. e pres. di C. Di Chiara, 1981<sup>1</sup>, pp. 220.
- D. MELTZER, *Stati sessuali della mente*, trad. e presentazione di G. Di Chiara, 1975, pp. 284.
- D. ANZIEU e altri, *Desiderio e fantasma in psicoanalisi e in pedagogia*, trad. di A. Artani, 1981, pp. 240.
- W. R. BION, *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica e sui gruppi*, trad. di A. L. Armando, 1973, pp. 192.
- S. SUTHERLAND, *Crollo mentale. Una crisi medica e psicologica*, trad. di M. Di Stasi, 1982, pp. 288.
- T. S. SZAZS, *L'etica della psicoanalisi. Teoria e metodo della psicoterapia autonoma*, trad. di F. Di Benedetti e di G. Sassanelli, present. di G. Sassanelli, 1979<sup>1</sup>, pp. 290.
- D. ANZIEU, A. BÉJRANO, R. KAËS, A. MISSENARD, J. B. PONTALIS, *Il lavoro psicoanalitico nei gruppi*, present. di G. Guerra, trad. di A. Seganti, 1979<sup>2</sup>, pp. 400.
- E. H. ERIKSON, *I giocattoli del bambino e le ragioni dell'adulto*, trad. di F. D'Agostino e A. Marra, 1981, pp. 136.
- R. KAËS, *L'apparato pluripsichico. Costruzioni del gruppo*, trad. di R. M. Panizza, G. Guerra, F. Lancia, 1983, pp. 248.
- P. ROAZEN, *H. Erikson. Tra psicoanalisi e sociologia*, nota finale di R. Menarini, trad. di F. D'Agostino e C. Bellucci, 1982, pp. 212.
- T. S. SZAZS, *Karl Kraus e i medici dell'anima. Un pioniere della critica della psichiatria, della psicoanalisi*, trad. di L. Pucci, 1982, pp. 176.
- A. IMBACIATI, *Freud o Klein? La femminilità nella letteratura psicoanalitica postfreudiana*, 1983, pp. 240.