

La psichiatria come terra di confine

Giuseppe Corlito

Premessa

Sono stato invitato dagli amici della Fondazione Bianciardi o meglio dai compagni, vorrei dire con termine desueto, segnatamente da Velio Abati, a scrivere un contributo per la rivista della Fondazione, che coniugasse *il tema del confine* caro a Bianciardi con quello della psichiatria come campo della mia competenza professionale. Ho aderito volentieri perché non solo penso che questo campo è percorso dalla marginalità sociale e dai meccanismi dell'esclusione, ma perché lo considero *epistemologicamente fondato su una terra di confine*, posizione che non andrebbe abbandonata – come si corre oggi il rischio di fare – pena la rinuncia ad una possibile ricchezza. Le terre di confine sono sempre sedi di conflitto, spesso violento e sanguinoso, come ci mostra la vicina questione balcanica, ma sono anche terre dove si può aprire una "frontiera", cioè terre da cui possono venire il nuovo, il cambiamento, in cui il conflitto può produrre trasformazione. Ma per essere feroce di trasformazione il conflitto deve essere governato, deve essere iscritto in un progetto, che è esattamente quello che oggi ci manca.

In tal senso penso che "il mito della frontiera" di Bianciardi, fin dalla metafora delle "quattro strade", di "Grosseto come Kansas City"¹, sia molto diverso dal mito della frontiera di marca americana, anche se penso che Bianciardi organizzatore culturale e traduttore se ne è abbondantemente nutrito.

Ma il mito americano contiene dentro di sé come marchio indelebile dell'occidente – direbbe Ernesto Balducci² – il segno del genocidio, anche nella sua versione kennediana, che coprì col blocco navale a Cuba il più elevato rischio di guerra atomica del dopoguerra. Bianciardi rimane "fuori", nonostante il suo successo, per altro tardivo; rimane un provinciale dis-integrato, spropaginato ed "esiliato", radicalmente fuori dai giochi politici, tutti, '68 compreso, coerente in questo fino alla sua precoce morte da alcolista, anch'essa avvenuta nella solitudine più marginale³.

Collocazione epistemologica della psichiatria

Michel Foucault⁴, ricostruendo la nascita della clinica e della medicina moderna a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo nel crogiolo socioculturale che produsse la rivoluzione francese, ha dimostrato come il contributo dato dalla clinica alla costituzione delle scienze umane è lo studio del caso singolo, che rompe l'interdetto millenario di Aristotele, il quale proibiva il discorso scientifico sull'individuo. Questo avviene in particolare attraverso la concettualizzazione dell'anamnesi, cioè la ricostruzione della storia del singolo, che impone il ritrovare il decorso della malattia, la sua "storia naturale", in ogni caso che si offre allo "sguardo medico", all'osservazione scientifica⁵. Tale discorso riguarda in particolare la collocazione della psichiatria. Non casualmente Pinel⁶ è insieme uno dei padri della psichiatria e della clinica medica: è proprio lui che fa dell'anamnesi uno dei momenti dello schema di inchiesta ideale. D'altro canto la medicina, e la psichiatria al suo interno, è la scienza umana che più di ogni altra si è avvalsa del discorso scientifico a partire da quell'epoca con Pinel e Cabanis ed in particolare dei metodi matematici con l'avvio dell'epidemiologia e l'applicazione della statistica⁷. La medicina, quindi, si pone come cerniera, e quindi ancora come terra di confine, tra le scienze

umane, tutte centrate sulla storia e sulle sue variabili, e le scienze esatte, fondate sul metodo matematico. Il discorso è ancora più pregnante per la psichiatria, che non solo ha allevato al proprio interno una delle grandi "narrazioni" moderne, quella della psicoanalisi freudiana con la sua metodologia ricostruttiva⁸ dei casi clinici, ma che a tutt'oggi "racconta" ancora dei casi singoli nelle proprie riviste ufficiali, quando nel resto della medicina se ne è quasi perso il costume. Perciò mi sono rappresentato da tempo il rapporto tra medicina e psichiatria come quello tra due ellissi, di cui la seconda è da intendersi interna alla prima, ma non del tutto: con uno dei due fuochi spostato all'esterno: verso le scienze umane, ma senza perdere il contatto con quelle naturali. In altri termini la psichiatria è due volte "terra di confine": è un confine interno alla medicina, che già di per sé sta al confine tra le scienze naturali e quelle umane.

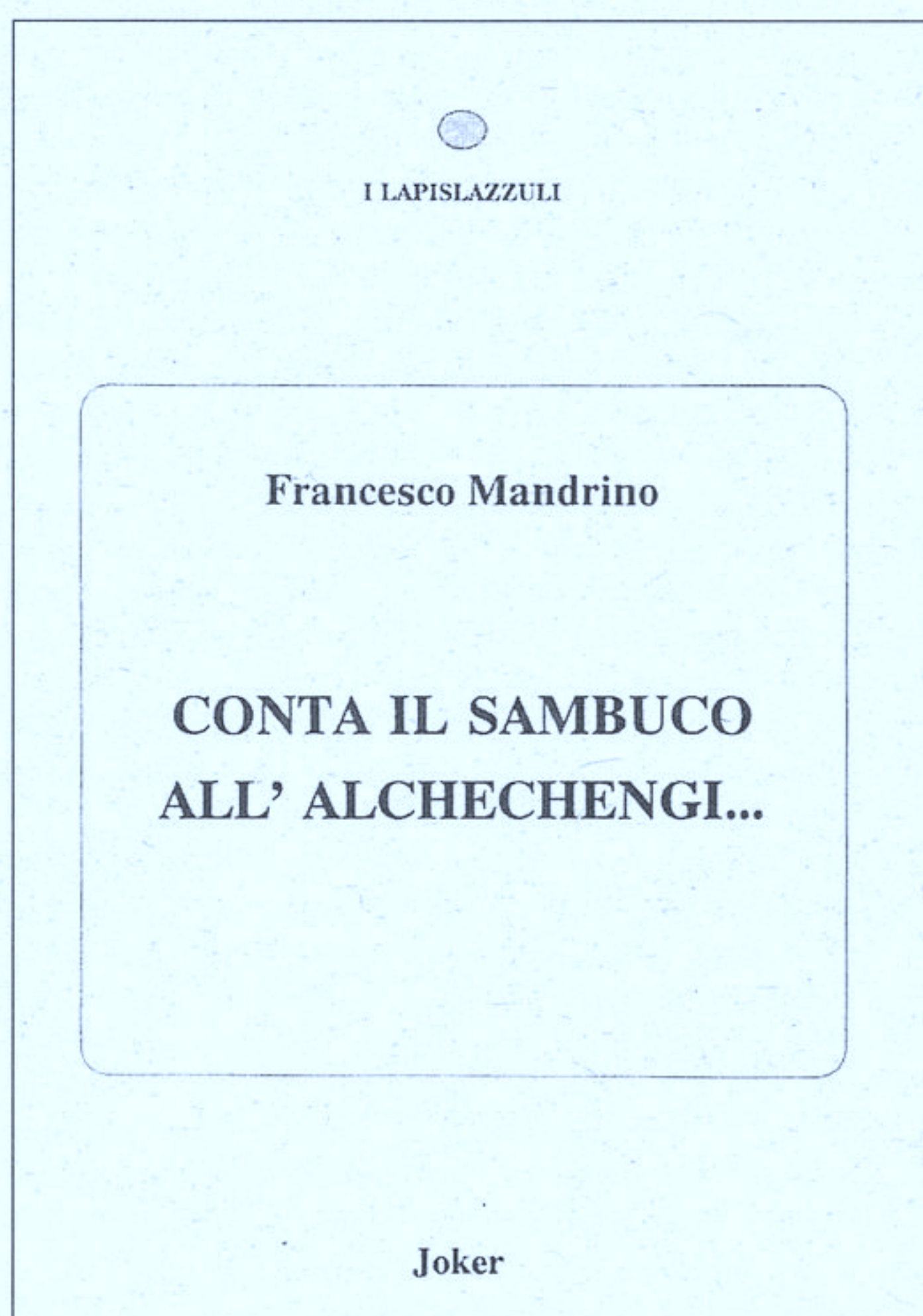
Alla stessa conclusione si può pervenire per altra via, utilizzando l'impostazione materialistica di Timpanaro. Nel libro *Sul materialismo*⁹ egli propone una gerarchizzazione delle scienze su base materialista, rivendicando tale impostazione soprattutto alla biologia, che tra le scienze naturali è quella che più ha valorizzato la dimensione storica del divenire contro certe astrattezze della fisica matematizzata. In tale impostazione Timpanaro parte dall'ammissione della "priorità della natura", cioè dalla "priorità del livello fisico sul biologico e del biologico sull'economico-sociale", sia in senso "cronologico" sia nel senso del condizionamento che *tuttora* la natura esercita nell'uomo¹⁰: così la medicina ed al suo interno la psichiatria sono scienze naturali, biologiche, in cui, però, la dimensione storico-temporale è decisiva. Esse sono appunto collocate su quella cerniera (o frontiera) tra le scienze della natura e le scienze dell'uomo. Per dirla con Timpanaro stanno sulla "saldatura fra le due diverse storicità"¹¹, quella fra le discipline biologiche e le economico-sociali. La medicina in quanto tale, ed ancora di più la psichiatria, dovrebbero essere per definizione scienze dell'uomo,

anche se oggi tale dimensione globale è persa o – in una visione più ottimistica – rischia di perdersi. Il loro essere scienze umane e storiche non dovrebbero impedire loro di valersi di un discorso a struttura scientifica, anzi oggi più che mai siamo chiamati ad applicare trattamenti e procedure "basati sulle evidenze scientifiche"¹² e non più sulle opinioni dei singoli operatori. Per usare un approccio, oggi "di moda"¹³, quello etico, nel nostro settore siamo chiamati contemporaneamente a trattare le persone "personalizzando" gli interventi alla loro storia ed alla loro individualità e a garantire loro la massima sicurezza scientifica degli stessi interventi. Metodologicamente l'attuale ideologia dominante, quella definita post-moderna, radicalizzando alcune tendenze del moderno, esaspera la frattura idealistica tra scienze umane e scienze naturali, esattamente all'opposto della proposta di Timpanaro di trovare un ponte basato sulla dimensione storica. La scienza e la tecnica sembrano dominare tutto l'orizzonte, compresi i settori tradizionalmente esclusi: si pensi allo strutturalismo ed al poststrutturalismo in campo letterario, ma, di fatto, ciò che è dominante è un'ideologizzazione della scienza, le cui posizioni sono esportate fuori dei loro limiti ed assottigliate, in una forma estrema di scientismo. Fuori di questo orizzonte, che sembra totalizzante, esistono solo posizioni mistiche ed irrazionali. In realtà scientismo e misticismo sono due varianti della stessa ideologia post-moderna¹⁴ e mi sembra che esse trovino la loro base materiale nelle macchine elettroniche della quarta rivoluzione industriale¹⁵, quelle che sfruttano le qualità psichiche degli esseri umani (e non più quelle muscolari) e che distruggono ogni forma di realtà sensibile trasformandola in virtuale, condannandoci ad una vita "drogata" da mangiatori di loto¹⁶.

Tutto ciò si riflette in modo inevitabilmente drammatico nel campo della psichiatria, con il rischio a cui ho accennato e che è stato definito "riduzionismo"¹⁷, il quale, sulla base del concetto scientifico di ridurre i problemi complessi a questioni più semplici e risolvibili, finisce per essere una semplificazione unilaterale della complessità dell'essere umano e della sua mente. Oggi domina il campo delle neuroscienze un "riduzionismo biologista", che riduce tale complessità all'"uomo neuronale"¹⁸, una più sofisticata riattualizzazione dell'"uomo robot"¹⁹ della biologia degli anni '50 e del più antico meccanicismo cartesiano, per cui tutto, personalità, comportamento (normale e patologico), è riconducibile a determinanti biologiche condizionate geneticamente. Al polo opposto sta la deriva mistica della psicologia dinamica, il cui campo è invaso da quelle che Jervis definisce "psicoterapie ottimistico-consolatorie" e "spiritualistiche", che invitano a seguire "il linguaggio del cuore", che vendono ottimismo "sotto forma di illusioni tagliate su misura per rassicurare persone fragili" e che non sono distinguibili da "gruppi religiosi settari basati su opzioni di rinascita e conversione"²⁰. Potremmo definire questo un "riduzionismo psicologico". Esiste anche un "sociologismo" (o potremmo dire un "riduzionismo sociologico") anch'esso evidenziato in un'opera precedente da Jervis, il quale "rimuovendo il biologico" considera solo le relazioni tra gli esseri viventi, negando il loro essere "organismi vivi e concreti"²¹. Esiste un unico modo di superare lo scoglio dei "riduzionismi": guardare alla complessità in base alla teoria dei sistemi, ma questa necessita di un solido fondamento materialista se si vogliono evitare certe fumisterie misticheggianti "verdi", cui il discorso della complessità è approdato utilizzando le posizioni postume di Bateson²².

Un'ipotesi di confine: il modello bio-psico-sociale

Nel campo psichiatrico esiste da almeno due decenni un'ipotesi, che si presta al superamento dei suddetti "riduzionismi", il cosiddetto *modello bio-psico-sociale* di G.L. Engel²³, formalmente riconosciuto in tutta la più recente trattatistica psichiatrica, ma sostanzialmente negato a favore delle scorciatoie opinabili di cui si



Edizione del 1995

è detto. Esso deriva direttamente dalla teoria dei sistemi e ipotizza “un sistema biologico”, che enfatizza il substrato anatomico, strutturale e molecolare dei disturbi psichici ed il loro impatto con il funzionamento biologico della persona; “un sistema psicologico”, che enfatizza l’impatto di fattori motivazionali e personologici sull’esperienza del disturbo e della reazione ad esso; e “un sistema sociale”, che enfatizza le influenze culturali, ambientali e familiari sull’espressione e sull’esperienza del disturbo. Il modello di Engel non nega la componente organica delle malattie, né sostiene che una malattia fisica sia la diretta conseguenza del bagaglio psicologico e socioculturale della persona, ma spinge ad una visione più corretta e più “complessiva” dei disturbi psichici e del loro trattamento.

Un esempio importante, che conferma la validità dell’ipotesi di Engel, è il suo studio che attestava il rapporto tra morte improvvisa e fattori psicologici stressanti²⁴.

Il modello di Engel è chiaramente sovrastemico, nel senso che ogni sistema può influire sugli altri, ed ecologico, nel senso che “la salute” è il risultato di un buon equilibrio tra i tre sistemi²⁵. Ancora una volta questo modello si propone come “un confine”, nel senso che la natura dell’essere umano, della sua parte più “nobile”, la mente, e della sua salute si colloca in una sorta di confine tridimensionale, in “una terra di confine” fra i tre sistemi suesposti. Per fondare materialisticamente questo modello dobbiamo pensare al fatto che esiste un’organizzazione gerarchica complessa²⁶ tra questi sistemi, che non possono prescindere uno dall’altro, evitando ogni forma di riduzionismo e riproponendo la posizione di Timpanaro. Mi riferisco alla teoria del *materialismo emergente*²⁷, che propone un modello unitario dei rapporti tra mente e cervello, escludendo entità non necessarie alla comprensione di tale rapporto e che rimangono appannaggio esclusivo della religione. Secondo il materialismo emergente *tutto è materia*, ma con diversi livelli di organizzazione, cioè insieme di sistemi le cui componenti appartengono a differenti livelli. I livelli più alti *emergono* da quelli più bassi con la caratteristica che i livelli più alti dipendono dai più bassi, ma ogni livello ha leggi proprie non immediatamente deducibili da quelle dei livelli più bassi. Così i livelli più alti hanno *proprietà nuove emergenti* che non si trovano ai livelli più bassi. Convergono a favore del materialismo emergente recenti acquisizioni delle neuroscienze (come il *darwinismo neurale* di Eldelman²⁸, per cui le condizioni ambientali selezionano specifiche organizzazioni cerebrali, quali le reti neurali) e della cibernetica (come il *modello computazionale della mente*²⁹ basato sulle esperienze sull’intelligenza artificiale, che, pur avendo un diverso substrato fisico rispetto a quella umana – elettronico invece che biologico –, ha caratteristiche simili: ai livelli bassi le due intelligenze sono condizionate dalle leggi fisico-chimiche; ai livelli alti mostrano flessibilità, adattabilità e libertà; con livelli intermedi complessi di mediazione).

Ciò supera il dualismo cartesiano tra mente e corpo³⁰, ancora dominante nella cultura occidentale, porta a definire la *mente umana un sistema materiale aperto*³¹ e conferma l’ipotesi materialista di Timpanaro a proposito dell’evoluzione dal fisico al biologico all’economico-sociale e del condizionamento che la natura esercita a tutt’oggi sull’uomo (sia che vogliamo chiamare questo a seconda dei diversi linguaggi: istinto, inconscio, livello biologico-neurale). E’ strano che, pur ritrovando una posizione materialista così forte nel campo della teoria della mente, della psichiatria e in senso più esteso nelle neuroscienze, nella medicina e nelle scienze biologiche in generale, il materialismo vive una vita così grama nel campo del pensiero, della filosofia e della politica. E’ come se lo scientismo e la sua immagine speculare spiritualistica e mistica rappresentassero la castrazione, la sterilizzazione delle valenze trasformative e radicali delle scienze con esiti disastrosi³².

Allora, il campo della salute mentale (in senso più estensivo di quello disciplinare della psichiatria) si configura come un campo complesso su cui insistono discipline diverse, ma affini ed interdipendenti (la psichiatria, la neuropsichiatria infantile, la psicologia, la sociologia ecc.), che si occupano di un “oggetto” complesso, l’essere umano e la sua mente (sicuramente l’oggetto più complesso dell’universo noto). Esso corrisponde ad un modello etiopatogenetico dei disturbi psichici “plurifattoriale in cui l’interazione e la transazione di molteplici fattori influenza i livelli di salute e di malattia”³³.

Il problema della marginalità: inclusione ed esclusione

Sul modello dell’esclusione si fonda il grosso delle teorizzazioni e delle esperienze psichiatriche degli anni ’60, da cui parte il movimento per il superamento dei manicomi e per la riforma dell’assistenza psichiatrica. In estrema sintesi il concetto è che la follia sarebbe frutto di un processo di marginalizzazione sociale di persone “diverse” per caratteristiche biologiche, psicologiche o di collocazione di classe. I manicomi sarebbero stati il contenitore sociale di questa marginalità, che contemporaneamente ne assumeva il compito della gestione e forniva “lo stigma”, cioè l’etichettamento medico-scientifico della sua diversità³⁴. Nelle posizioni più estreme (quelle dell’“antipsichiatria”, fenomeno molto meno diffuso del carattere estensivo che ha assunto il termine) la malattia mentale era una sorta di “invenzione” ideologica atta a giustificare la marginalità sociale reclusa nelle istituzioni totali.

Non posso diffondermi per ragioni di spazio sull’analisi dettagliata di questo campo variegato di posizioni, ma devo dire che esse hanno mostrato di essere molto “deboli” non solo teoricamente (non erano materialiste), ma anche praticamente, una volta superata la fase della lotta contro il manicomio, quando si è trattato di costruire l’alternativa con la cura e la prevenzione dei disturbi psichici nella comunità locale e nella società in generale. Fra l’altro questa è la ragione per cui ho impostato così questo articolo, tenendo volutamente periferico il discorso della marginalità, che pure si prestava più facilmente al tema bianciardiano del confine.

Enfatizzare il concetto di esclusione occulta quello complementare di *inclusione*, da cui a mio avviso non può essere separato. *Nel contingente* l’enfasi sull’esclusione sociale coglieva negli anni ’60 un aspetto della fase alta del ciclo economico, in cui gli esclusi dalla produzione erano minoranza e tra questi le persone con gravi disturbi psichici (in particolare quelli con un comportamento schizofrenico). Pochi anni dopo, cambiata la situazione economica, in cui l’accento cade sul consumo e sul mercato, mentre enormi masse rimangono fuori dalla produzione, cambia l’assetto sociale (anche quello microsociale dell’organizzazione familiare³⁵) e nell’occidente emergono massivamente dal punto di vista epidemiologico quelle che potremmo chiamare “patologie dell’inclusione”: anoressia e disturbi alimentari psicogeni, uso di sostanze psicotrope e depressione. Viceversa l’incidenza delle schizofrenie tende a diminuire, non solo per il cambiamento dei sistemi diagnostici.

In senso prospettico non solo la marginalità sociale non coincide con la follia³⁶, ma soprattutto l’enfasi data all’esclusione occulta il ruolo sociale della follia: l’essere umano è un animale sociale con ferree leggi di appartenenza al gruppo. In buona sostanza il destino del folle è quello che è indicato dalla pressione sociale normalizzatrice a chi non si adegua al conformismo sociale³⁷. E’ quello che Freud aveva già rilevato, all’inizio del secolo appena concluso, ne *Il disagio della civiltà*³⁸, anche se in termini troppo astorici. Così la ragione è un’isola ritagliata nel mare della follia, della “sragione”: il disegno del confine che se ne ricava è totalmente ribaltato.

L’intera storia della follia e di conseguenza della psichiatria potrebbe essere ricostruita sulla base di tale coppia complementare di

concetti, a conferma del loro essere legate antropologicamente all'appartenenza al gruppo umano. Nelle civiltà, in cui il sistema produttivo prevalente è quello agricolo, prevale la *concezione magico-religiosa della follia* (intesa come "possessione" proveniente dall'esterno dell'essere umano), che produce fenomeni di esclusione (classica la *caccia alle streghe*, che erano donne isteriche, in epoca medioevale) e di inclusione (come i riti collettivi quali *il ballo di San Vito* nel tarantismo meridionale, ormai estinto con la fine della mietitura a mano). Con l'affermarsi del *modello medico della malattia mentale*, dominante col passaggio al regime economico industriale, prima in epoca illuminista prevalgono gli strumenti repressivi della *pedagogia dei folli*, che vanno sicuramente nella direzione dell'esclusione, a cui si contrappongono gli esperimenti rivoluzionari del *trattamento morale* (uno dei principali esponenti fu ancora Pinel nella Francia della rivoluzione), basato sui meccanismi inclusivi dell'*open door* e del *no restrict*; successivamente in epoca positivista si contrappongono la *freniatria* e l'*antropologia criminale* di Cesare Lombroso, che sosterranno il concetto della pericolosità sociale e la reclusione manicomiale, e la *psicoanalisi freudiana*, che sosterrà la comprensibilità dei folli³⁹. Possiamo giungere fino ai nostri giorni in cui la battaglia per il superamento dei manicomi ha riproposto gli stessi temi. Lo stesso discorso sui "riduzionismi" potrebbe essere ricostruito in questa ottica.

Da un punto di vista strettamente scientifico il problema se il disturbo psichico sia causa o conseguenza di emarginazione sociale rimane irrisolto dall'epoca dei primi studi di ecologia urbana della scuola sociologica di Chicago, i cui dati empirici non riuscirono a decidere definitivamente se una malattia mentale produceva una *deriva sociale* verso gli slums, i quartieri poveri, oppure se la povertà *alleva* la malattia mentale⁴⁰. I dati empirici tendono comunque ad accreditare l'ipotesi dell'allevamento⁴¹.

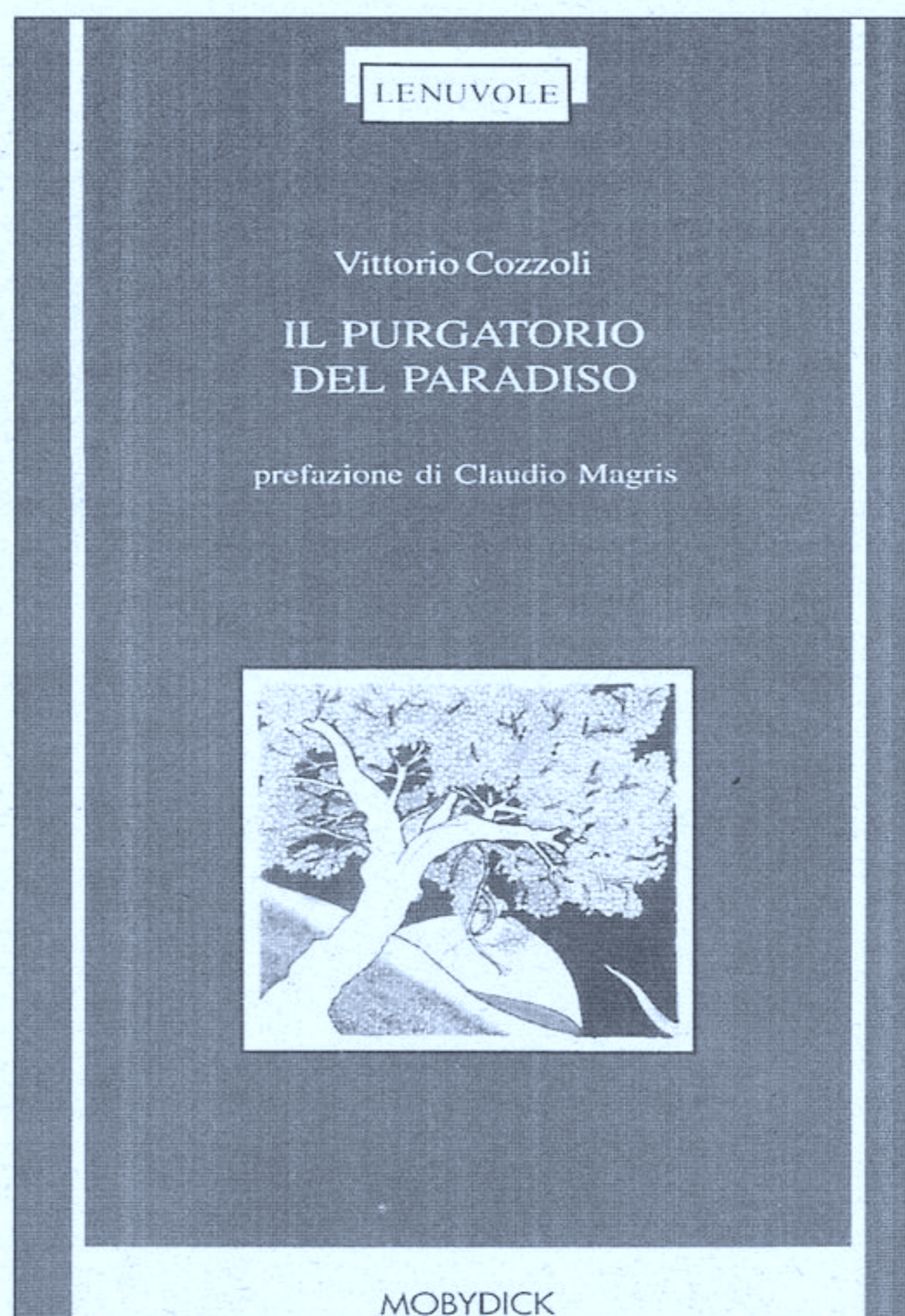
Circolarmente ritorniamo alla necessità di salvaguardare la complessità del nostro campo d'indagine dall'allevamento.

Conclusioni provvisorie

Ovviamente in un ambito così complesso non vi possono essere conclusioni esaustive.

La mente umana è un sistema materiale aperto con un'organizzazione complessa a più livelli che vanno da un substrato biologico-neurale ad un corredo di comportamenti, abilità e programmi adattabili e flessibili, con una dimensione storica, relazionale e sociale. Per conseguenza il campo della salute mentale è unitario, ma complesso al confine di molteplici domini, che abbisognano di conoscenze pluridisciplinari. *Il modello etiopatogenetico dei disturbi psichici è*, e secondo me inevitabilmente sarà, *multifattoriale*, quali che siano i progressi delle neuroscienze.

Tutto ciò implicherebbe che *i servizi* preposti alla loro cura ed alla loro prevenzione non solo dovrebbero essere *centrati sulla comunità* fuori dai muri delle istituzioni, ma soprattutto dovrebbero basarsi sulla cooperazione pluridisciplinare di molteplici figure professionali (psichiatri, psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali ecc.), in una sola parola dovrebbero essere *dipartimentali*. Vanno in questa direzione tutte le normative nazionali (dall'art. 17 della legge 833/1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale, che prevedeva l'organizzazione dipartimentale tra ospedale e territorio con esplicito riferimento alla salute mentale, con tutte le successive modificazioni fino al recente cosiddetto "decreto Bindi", che mantiene salda l'organizzazione dipartimentale, e al Progetto obiettivo nazionale per la salute mentale 1999-2001). Purtroppo da circa un anno questa non è la scelta della Regione Toscana, che sta smantellando i Dipartimenti della Salute Mentale frutto di un lavoro organizzativo di due decenni. Purtroppo è da tutti i punti di vista una scelta miope –



Edizione del 1998

chiusa negli angusti confini del Granducato –, che la Regione dovrebbe rivedere anche per omogeneità con la legislazione nazionale.

La mia modesta opinione è che sotto tutti i profili, epistemologico, scientifico, operativo e organizzativo, nel campo della psichiatria ed ancora di più in quello ampio della salute mentale occorre mantenere la posizione di confine che storicamente si è determinata tra le scienze della natura e le scienze dell'uomo, tra natura e cultura, cercando di allargare con una metodologia interdisciplinare il ponte lanciato tra le due sponde.

¹ L. Bianciardi (1957), *Il lavoro culturale*, Feltrinelli, Milano, 1991.

² E. Balducci, *Omèlie*, da un nastro registrato direttamente, per gentile concessione del dr. G. Bellumori (Grosseto).

³ "Alle diciannove e trenta, semiaddormentato dai farmaci, Luciano è sotto ai neon del pronto soccorso. Al medico di turno basta un'occhiata per capire che quest'uomo è in coma epatico. Sta morendo, questione di tempo. Familiari? Nessuno. Solo un amico. L'amico è al telefono, sta cercando di rintracciare Maria a Parigi", P. Corrias, *Vita agra di un anarchico*, Baldini & Castoldi, Milano, 1993, p. 189.

⁴ M. Foucault (1963), *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, ed. it. 1969.

⁵ G. Corlito (1993), *L'anamnesi nell'indicazione della psicoterapia analitica "breve" (a tempo determinato)*, in G.G. Rovera (a cura di), *Anamnesi e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino, p. 99.

⁶ P. Pinel, *La médecine clinique rendue plus précise e plus exacte par l'application de l'analyse*, Paris, citato da M. Foucault (1963).

⁷ C. Ginzburg (1979), *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in "Ombre Rosse", 29, pp. 80-107; successivamente nel volume di A. Gargani (a cura di), *La crisi della ragione*, Einaudi, Torino.

⁸ S. Freud (1937), *Costruzioni nell'analisi*, in *Opere*, XI, Boringhieri, Torino, 1979, pp. 539-552.

⁹ S. Timpanaro (III ed.1997), *Sul materialismo*, Unicopli, Milano; le prime due edizioni presso Nistri e Lischi (Pisa) risalgono al 1970 e al 1975.

¹⁰ S. Timpanaro, *op. cit.*, p. 7.

¹¹ S. Timpanaro, *op. cit.*, p. 71.

¹² G. de Girolamo, G. Giunchi (1998), *La ricerca nel campo della salute mentale: 8 dilemmi irrisolti*, in "Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria", 4, pp. 380-398.