

Il modello della mente sifilitica

Inviato da Thomas S. Szasz

(T. Szasz : La schizofrenia simbolo sacro della psichiatria) New York 1976 - Armando 1984 –
 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. 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 ». Ovviamente ciò non è più vero. Negli Stati Uniti l'affermazione di Osler è stata sostituita da un'altra 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 la 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, soffrirono 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 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 « 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 ». 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 « malattie mentali » – cioè di processi biologici anormali all'interno della testa del paziente, che si manifestavano attraverso « 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 – venne in tal modo inesorabilmente legata alla medicina e ai suoi concetti più profondi di malattia e di cura. È 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 vedere 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. 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' ebeo 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'infezione cellulare 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, gli 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 maggiori 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 all'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 l'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* **. Secondo questa concezione « Una malattia del corpo è una malattia di cellule. La cura del corpo 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? ». 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 « 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 un'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 ». Le tre « condizioni » erano la « catatonìa », 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 allucinazioni, 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 malattia; 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 avvenissero 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 ». 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 ». 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 cimici 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... ». Ma « l'alterazione del pensiero » 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. 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 ». 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 ». 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 « assassinio », che ricorre costantemente per tutte le forme di tormenti e nelle più varie combinazioni » (Il corsivo è mio). 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 « assassinio », esse impiegano figure retoriche inappropriate che ne dimostrano i disturbi del pensiero; quando invece gli psichiatri chiamano le loro prigionie « 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 “apparente stranezza del linguaggio schizofrenico dipende dal modo in cui queste persone usano le metafore. Ciò nonostante si sentì 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 ». 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: “lo sono la Svizzera”. Potrebbe ugualmente dire: “lo sono la libertà”, poiché per lei la Svizzera non significa niente altro che la libertà ». 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 ». 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?. 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 fur 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. 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). In questo libro aveva sviluppato appieno « la sua ferma convinzione nell’applicabilità universale del determinismo anche agli avvenimenti che riguardano la mente ». « Concetti come « idee », « scelta » e « decisione » divennero tutti, nelle mani di Freud, « eventi » e tutti « determinati ». « Io credo » egli scrive, « negli eventi casuali esterni (reali), ma non negli eventi accidentali interni (psichici) » 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 universalmente 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 , 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 in-solito, (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 » 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: crederci 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 Harbor 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: comuni-care 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 indaffarattissimo 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 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 pazienti 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. 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, esige 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 ». Da chi? Evidentemente Bleuler non intende dire che debba decidere il paziente! Perciò, dal punto di 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 ». 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 soddi-sfacente. 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. 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 esige, 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 » trasforma liberi cittadini in esseri psichiatricamente schiavi (cioè in pazienti schizofrenici). 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 ». 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 diagnosticate 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: « 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 ». 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 pessime istituzioni sovraffollate », nelle quali gli schizofrenici vengono resi « schiavi del lavoro dal personale ospedaliero che li tratta come persone sane, ma molto ostinate ». 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 a — 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: « 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 ». 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 se-vere. 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 » 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. È 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 storture 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. 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 mordace e cruda critica alla pratica e alla scienza medica con parole semplici, rozze, certe volte addirittura contadinesche ». 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 attività medica e quella psichiatrica. È 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 » Qualche riga dopo, nella stessa pagina, Bleuler ci propone una illustrazione chiara di quella che in fondo è veramente la « schizofrenia ». « 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. È 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 neurotica * (Il corsivo è dell'autore) » 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 » Queste osservazioni, che sottoscrivo, sono in netto contrasto col trattato di Bleuler sulla schizofrenia e col suo testo di psi-chiatria, 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 » 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 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 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 » Nonostante i suoi tentativi di lasciare da parte la forma pomposa del linguaggio medico e di essere chiaro più che « scienti-fico », Bleuler soggiace qui alla sua abitudine, ormai profonda-mente radicata, di considerare ogni comportamento sotto il profilo patologico. Così definisce un comportamento, che è semplice-mente 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. » 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 nevrosi, 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? » Ma non sono idee e libri come questi che resero Eugen Bleuler direttore del Burghölzli 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 » 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 » 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 problemi 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. 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 diabete o la sifilide, ma che non può avere ’esaurimento nervoso o la schizofrenia; in altre parole, la diversità e il comportamento sconveniente sono proprio solo quello, e non i sin-tomi 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, ’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 magi-strati 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 cia-scuna 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 ’epistemologia e ’etica (cioè, più precisamente, medicina e legge); i due errori sono confondere la malattia con la diversità (il fisico col comportamento, ’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 ’urgente bisogno e la gravosa carenza di petrolio. Che devono fare? Prenderlo per forza e fornire le relative giustificazioni economiche, morali e nazionali (come ’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 ’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. 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. 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 « curati » 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 perniziosa 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 preesistenti 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 le attribuirono a imperfezioni del cervello ancora da scoprire. 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 complesso 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, attribuì ai disturbi dell' « equilibrio vitale ». 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. 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. È 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. È 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 », « psico-patologizzare » 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 leggenda di Ulisse che acceca il Ciclope. 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 concludsero 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 greci soddisfaceva questo primo requisito. Il secondo requisito era il riferire in modo adeguato gli eventi leggendari: ‘‘accecamento 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: ‘‘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 depositano 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. E’’ 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... » Quasi sessanta anni sono passati da questa dichiarazione. E i « nuovi fatti » nella nostra « scienza » sono che, sebbene possediamo 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 epidemiologica 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 » 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 onestà), 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.