

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA
Scuola di dottorato in Scienze Umane
Dottorato in Scienze della Formazione e della Comunicazione
Percorso benessere della persona, salute e comunicazione interculturale
XXII ciclo



GENEALOGIA DEL DISTURBO BORDERLINE
COME PROBLEMATIZZAZIONE DELL' AUTONOMIA
NEL MONDO CONTEMPORANEO
Un tentativo di analisi della medicalizzazione delle condotte impulsive
e dei problemi di autoregolazione nelle odierne "istituzioni del sé"

Relatore:
Ch.mo Prof. Romano Madera

Dottoranda:
Andrée Bella

Anno accademico 2010-2011

Indice

ABSTRACT	3
RIASSUNTO	4
INTRODUZIONE.....	6
CAPITOLO 1 - LA MORAL INSANITY COME DEFICIT DI SELF-CONTROL: INSTABILITÀ AFFETTIVA ED IMPULSIVITÀ PATOLOGICA IN RELAZIONE ALL'AVVENTO DELLA MODERNITÀ.....	27
STORIA DELLA FOLLIA MORALE NEL PENSIERO PSICHIATRICO DELL'800	34
<i>La nascita della follia morale di James Cowles Prichard.....</i>	<i>34</i>
<i>L'idiozia morale nella seconda metà del XIX secolo: la follia morale si iscrive nella teoria della degenerazione</i>	<i>43</i>
LETTURE CRITICHE:	62
<i>La nascita dell'idea di un compartimento morale e affettivo della psiche con relativa autonomia patologica e la psicologizzazione del Sé.....</i>	<i>62</i>
<i>L'idea di self-control nei discorsi sulla follia morale e il problema dell'educazione delle passioni tra mondo psichico e sociale in relazione all'avvento della modernità: governamentalità, poteri disciplinari e normalizzazione.</i>	<i>69</i>
<i>La nascita della nozione di istinto e di impulsività incontrollata e le sue trasformazioni tra follia e idiozia morale</i>	<i>83</i>
<i>Dal carattere amorale alla personalità anormale: la nascita di una patologia del comportamento riconducibile ad un problema della personalità a partire dalla storia della follia morale</i>	<i>96</i>
APPENDICE AL CAPITOLO 1 - LA DIAGNOSI DI FOLLIA MORALE NEL MANICOMIO VENEZIANO DI SAN SERVOLO A PARTIRE DA UN'ANALISI DELLE CARTELLE CLINICHE TRA 1873 E 1939.	105
CAPITOLO 2 - LA STRUTTURA BORDERLINE COME PATOLOGIA DELL'IDENTITÀ: LA PSICOANALISI AMERICANA TRA GLI ANNI TRENTA E GLI ANNI SETTANTA.	190
STORIA DELLA PATOLOGIA BORDERLINE NELLE SCIENZE PSICHICHE DAL 1900 AL 1980	195
<i>Il Movimento di Igiene Mentale.....</i>	<i>195</i>
<i>La psicoanalisi tra Europa e America fra gli anni venti e trenta.....</i>	<i>204</i>
<i>Quadri borderline nella psicoanalisi e psicologia dell'io americana (anni 30-40-50).....</i>	<i>209</i>
<i>Il DSM-I.....</i>	<i>228</i>
<i>I disturbi dell'identità nella teoria di Erik Erikson alla fine degli anni cinquanta</i>	<i>232</i>
<i>L'organizzazione borderline di personalità di Otto Kernberg e le sindromi narcisistiche negli anni sessanta e settanta.....</i>	<i>236</i>
LETTURE CRITICHE:	246
<i>Dall'autonomia morale all'autonomia personale: la nascita della psicoanalisi e lo slittamento americano dal carattere alla personalità fra il 1900 e il 1945.....</i>	<i>246</i>
<i>Dall'autonomia dell'io all'autonomia del Sé: il passaggio dalle identificazioni all'identità nell'America degli anni cinquanta.</i>	<i>268</i>
<i>Dal conflitto al deficit: il Sé frammentato e lo scacco della dialettica simbolica negli anni sessanta e settanta in una prospettiva socio-culturale.....</i>	<i>279</i>
CAPITOLO 3 - IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ NELLA PSICHIATRIA NEOKRAEPELIANA.....	300
STORIA DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ DALLE ORIGINI AD OGGI.....	300
<i>La categoria di disturbo borderline nel DSM.....</i>	<i>300</i>
<i>La controversa specificità del borderline oggi tra categoria e dimensioni</i>	<i>314</i>
CONCLUSIONE - PROBLEMATIZZARE L'AUTONOMIA.....	353
BIBLIOGRAFIA.....	360

Abstract

Starting from the recognition of the significant ethical importance, on an individual and collective level, of the problem of self-regulation in the contemporary world, I attempted to carry out a genealogical analysis of Borderline Personality Disorder, with a specific focus on the question of impulsiveness and of the relationship with limits.

Looking at the relations between the philosophical, psychological-clinical, educational and political dimensions, and examining how the possibility of constructing an autonomous subjectivity has become a central problem with the onset of modernity, I reconstructed a critical history of the borderline disorder as a subject of psychological and psychiatric discourse, as a means to reflect epistemologically upon this field of knowledge and on the historical articulations of psychological distress and of its treatment. I divided my historical inquiry into three parts, corresponding to the main forms that BPD, a hard to define clinical entity always on the threshold of diagnostic impossibility, took on over time.

Firstly, I analysed moral insanity during the course of the 1800s (also using a research on the confinement and psychiatrisation of insane people/moral idiots between 1873 and 1939 in Venice's former mental hospitals, carried out through a qualitative analysis of some clinical case histories found in the archives of the San Servolo and San Clemente institutions). Secondly, I considered the borderline syndrome between the 1930s and 1970s. Psychoanalytic theories are the main reference for this period, during which the borderline label will come eventually to designate a personality organisation, a stably unstable identity structure. Thirdly, I examined the Borderline Personality Disorder from the 1980s, when some temperamental dimensions of a biochemical origin such as impulsiveness became central in this diagnostic category.

Riassunto

A partire dalla constatazione di una significativa importanza etica, su un piano individuale e collettivo, del problema dell'autoregolazione nel mondo contemporaneo, ho tentato di svolgere un'analisi genealogica del disturbo borderline di personalità, con un focus più specifico sul problema dell'impulsività e del rapporto con il limite.

Cercando di guardare alle relazioni tra la dimensione filosofica, psicologico-clinica, educativa e politica, della costituzione di una possibile soggettività autonoma come problema divenuto centrale con l'avvento della modernità, ho cercato di ricostruire una storia critica del disturbo borderline come oggetto del discorso psicologico e psichiatrico, quale mezzo per riflettere epistemologicamente su questi saperi e sulle forme storiche del disagio psichico e della sua cura.

Ho suddiviso la mia indagine storica in tre fasi, corrispondenti alle principali forme assunte nel tempo da questa entità clinica di difficile definizione, sempre al confine stesso della possibilità diagnostica.

In primo luogo ho analizzato la follia morale nel corso dell'800 (anche grazie ad una ricerca sull'internamento e la psichiatrizzazione dei folli/idioti morali tra il 1873 e il 1939 negli ex ospedali psichiatrici di Venezia, condotta tramite un'analisi qualitativa di alcune cartelle cliniche presenti nell'archivio sanitario-amministrativo degli Istituti di San Servolo e San Clemente).

In secondo luogo ho considerato la sindrome borderline tra gli anni trenta e gli anni settanta del Novecento. Le teorizzazioni di matrice psicoanalitica sono il riferimento principale per questo periodo, in cui l'etichetta borderline arriverà infine a designare un'organizzazione di personalità, una struttura identitaria stabilmente instabile.

In terzo luogo ho esaminato il disturbo borderline di personalità a partire dagli anni ottanta, diagnosi categoriale entro la quale sono man mano diventate primarie alcune dimensioni temperamentali di origine biochimica quali l'impulsività.

Parole chiave

Disturbo borderline di personalità

Impulsività

Autoregolazione

Follia morale

Storia della psichiatria

Medicalizzazione

Keywords

Borderline Personality Disorder

Impulsiveness

Self-regulation

Moral Insanity

History of Psychiatry

Medicalisation

Introduzione¹

“La fisiologia dell’automatismo è più operativa di quella dell’autonomia”

Georges Canguilhem

Questa ricerca prende avvio da una constatazione semplice, forse addirittura banale. Nasce dal prendere atto della centralità, nel mondo contemporaneo, dei problemi legati all’autolimitazione da un punto di vista educativo, psicologico, etico e politico. La corsa verso l’illimitato dell’Occidente moderno è da tempo tema sociologico, antropologico, economico, trattato con maggiore urgenza e più diffusamente nel momento in cui il portato della crisi ecologica è stato riconosciuto in tutta la sua estensione. Molteplici sono le analisi sull’attuale configurazione del capitalismo globale ed i problemi sociali connessi all’odierno regime di accumulazione flessibile e al cosiddetto paradigma sviluppista². Ma, come fa notare significativamente uno psicoanalista contemporaneo, Luigi Zoja, “la saggistica del limite globale è unilaterale” (Zoja, 2003, p.180), e non tiene conto nella maggior parte dei casi del versante individuale delle trasformazioni storiche, ovvero di come esse si concretizzino ed incarnino nella modalità di costruzione dei soggetti, con i rispettivi desideri,

¹ Di tutti i testi in lingua inglese o francese da me utilizzati nell’intera tesi la traduzione è mia.

² Fornire un insieme di riferimenti bibliografici sensati su questi temi risulta un’impresa piuttosto complessa. Abbandonata qualsiasi pretesa di esaustività, mi sembra si possa innanzitutto indicare come punti di partenza per costruire un’essenziale ossatura del problema le analisi fondative di Marx e Weber. Weber infatti è stato in grado di dare conto “della genesi del capitalismo come epoca culturale” (Madera, 1999, p.50), laddove Marx ha saputo esprimerne le tendenze permanenti ed i meccanismi economici sistemici. A partire dal loro lavoro dunque si potrebbe cercare di avere una visione integrata dell’oggetto “capitalismo moderno” inteso come configurazione di civiltà: “figura d’insieme dei rapporti reciproci interumani e fra la natura e l’umanità” (Madera, 1999, p.49), cercando di cogliere, sinteticamente, la sua nascita e le sue costanti. Per quanto riguarda invece le più specifiche caratteristiche dell’attuale capitalismo globale, che credo si possa associare alla configurazione culturale chiamata post-modernismo o tarda modernità (nelle interpretazioni che preferiscono dare risalto ai fenomeni di continuità), esso è stato ampiamente analizzato a partire da prospettive disciplinari e focus tematici diversi. Cito, fra le analisi che ho potuto leggere nel corso degli ultimi anni, quelle che si riferiscono ad una prospettiva antropologica (Anderson, B., 1991, Appadurai, 1996, Augé, 1986, 1992, Douglas, Isherwood, 1979), quelle sociologiche e filosofiche più classiche connesse soprattutto alle dinamiche di costruzione della soggettività nell’ambito della forma sociale dell’individualismo (Bauman, 2000, 2000a, Beck, 1994, 1996, 1997, Castel, 1977, 1981, Ehrenberg, 1998, Lasch, 1979, 1984, Pulcini, 2001, Sennet, 1974, Touraine, 1992.), quelle più attente all’organizzazione socio-economica (Harvey, 1990, Latouche, 1989, 2004, Sen, 1993). Sono da ricondurre a queste ultime, cui credo sia importante connettere quelle provenienti dal campo dell’ecologia politica (Gorz, 2008, Sachs, 1999, Shiva, 1988, 1993) e della filosofia ambientale (Dellavalle, 2003, Jonas, 1979, Tallacchini, 1998), le analisi critiche su quello che ho chiamato paradigma sviluppista, che lega la felicità al pil procapite per cui “la felicità terrestre è assimilata al benessere materiale, con la materia concepita nel senso fisico del termine; il benessere materiale è ricondotto al ben-avere statistico, vale a dire alla quantità di beni e servizi commerciali affini, prodotti e consumati; la stima dei beni e dei prodotti è calcolata al lordo, ossia senza tenere conto della perdita del patrimonio naturale e artificiale necessaria alla sua produzione” (Latouche, 2010). La proposta che ha articolato la critica più analitica del paradigma sviluppista credo sia appunto quella dei teorici della decrescita (con la connessa proposta antropologico-filosofica legata alla teoria del dono di Marcel Mauss così come rielaborata dal Movimento Anti-Utilitarista nelle Scienze Sociali - MAUSS), che mi sembra un riferimento culturale fondamentale per chi voglia pensare oggi al problema psichico dell’autolimitazione e del rapporto con la frustrazione (Caillé, 1988, 1988a, Salsano, 2008). Infine mi sembra doveroso non dimenticare l’ottica peculiare di quelle analisi dedicate in prima battuta alla spettacolarizzazione della società, all’evoluzione dei mezzi di comunicazione di massa ed alla fenomenologia del consumo, e penso in primo luogo a Debord (1967) e alla Scuola di Francoforte (Marcuse, 1964).

bisogni, agiti, innervandosi nelle dinamiche psichiche dei singoli, naturalizzandosi nel concreto dei loro stili di vita, abitudini, comportamenti, ambizioni, sentimenti ed affetti, vite³. Nell'ambito delle scienze psichiche esistono naturalmente magistrali trattazioni sui problemi dell'autoregolazione. Le banche dati pullulano di articoli scientifici su vari aspetti di tale complessa tematica; sembra tuttavia perlopiù assente in questi lavori la dimensione filosofica, storica e politica del problema.⁴

La letteratura si fa poi esigua se si tratta dell'elaborazione di una riflessione etica che voglia pensare i nessi tra limiti e felicità possibile per la singola persona, in una prospettiva che non dimentichi la necessaria interdipendenza di tutto e di tutti nel contesto presente. E che sappia inoltre tenere conto della natura di precisi vincoli e meccanismi psichici, nella consapevolezza di quanto essi siano contemporaneamente e costitutivamente culturali⁵. Eppure credo che il tentativo di contribuire ad una simile riflessione possa considerarsi prezioso e forse imprescindibile per un lavoro clinico e terapeutico (nonché educativo), che non voglia diventare strumento di riproduzione acritica di quegli aspetti del presente in stretta relazione con le caratteristiche dei disagi che ci si propone di curare.

Un parallelo tra i tipi di problemi posti dalle organizzazioni psicopatologiche oggi epidemiologicamente più diffuse e quelli sottolineati nelle analisi sociologiche ed antropologiche della post-modernità o tarda modernità, mostra analogie tali da lasciare pochi dubbi sulla

³ Qualche cenno in questa direzione è presente in alcune di quelle letture sociologiche che si concentrano sui mutamenti della costruzione soggettiva legati alle diverse forme sociali di individualismo già citate nella nota precedente. Delle aggiunte significative, poiché cercano per esempio di descrivere i cambiamenti delle forme di relazione o descrivono trasformazioni della sfera percettiva e nella costruzione della quotidianità, potrebbero essere considerate le opere di Giddens (1992), Bauman (1999, 2003), Bodei (2002). Una lettura del problema dal punto di vista educativo si può trovare in Tramma (2005).

⁴ Basta fare anche una breve ricerca sulle banche dati psicologiche *PsycINFO*, *PsycARTICLES* e *PsycCRITIQUES* a partire dal descrittore *Self Regulation*, ricerca che si potrebbe estendere andando a guardare anche gli articoli rubricati sotto gli altri descrittori considerati connessi e per certi aspetti analoghi a questo, per rendersi conto della mole di tali studi così come dell'assenza quasi completa di un punto di vista che integri un'analisi storico-critica in questo campo. Il che mi sembra renda queste ricerche a loro volta vittima di unilateralità. Un'unilateralità che potrebbe essere considerata frutto di steccati disciplinari e di un frazionamento del sapere per molti aspetti collegabile all'attuale funzionamento del sistema capitalistico. Infatti l'unilateralità intesa come impossibile consapevolezza sistemica, vale a dire impossibilità di una visione complessiva dell'insieme delle interrelazioni fra le parti, potrebbe essere considerata una conseguenza inevitabile dovuta alla natura propria del funzionamento capitalistico per il fatto che in esso, come messo in luce dall'analisi marxiana, ogni attività o prodotto assume la forma di valore di scambio e dunque diventa un feticcio. In questo tipo di sistema, la divisione sociale del lavoro avviene indirettamente attraverso le cose-merci, la cosa-denaro e la cosa-capitale in modo estraneo ed opposto alla consapevolezza degli agenti di produzione. Un'ulteriore conseguenza di ciò è che il lavoro privato diviene forma fenomenica del lavoro sociale, paradosso che dà luogo all'interconnessione inconsapevole e incontrollata tra tutti i lavoratori. A partire da qui, potrebbe essere spiegato ad un livello strutturale il processo di atomizzazione degli individui e quelle pretese autoreferenziali di autonomia assoluta (nel senso letterale del termine di *ab-soluta*, ovvero "sciolta da"), patogene a livello singolo e sociale, più o meno ingenuamente veicolate da quell'individualismo trionfale che cerca di eleggere il desiderio personale, privato e potenzialmente illimitato, ad unica guida (traggo questo suggerimento da Madera, *Il codice genetico della civiltà dell'accumulazione nelle scoperte di Marx*, manoscritto in corso di pubblicazione, a cui rimando per un'analisi chiara e sintetica comprensiva di tutti i meccanismi basilari di tale configurazione).

⁵ Personalmente mi sembra di aver trovato le riflessioni più significative in questo senso in Bateson (1972, 1979, 1991; Bateson, Bateson, M.C., 1987), Bion (1992), Castoriadis (1975, 1986, 1990) e Neumann (1948).

connessione dei due piani⁶. Molto sinteticamente, qui solo accennando ad una delle questioni fondamentali di questo lavoro, nella presente configurazione culturale, che potremmo definire licitazionismo in relazione all'importanza che vi assume l'impero di un desiderio individuale difficile a limitarsi, "le patologie legate al conflitto fra legge e desiderio diventano marginali, mentre diventa centrale la difficoltà di prendere e darsi limite e forma, quindi di potersi costituire come Sé relativamente indipendente, soggetto e oggetto dell'interrelazione. Patologie del Sé, disturbi di personalità, patologie borderline, ma anche disturbi alimentari, depressioni e maniacalità stanno a registrare un'accentuata vulnerabilità della capacità di costituirsi nella differenziazione, tanto in orizzontale, nei confronti degli altri, quanto in verticale, in rapporto all'idea e alla valutazione di sé" (Madera, Tarca, 2003, p.47). Si potrebbe parallelamente affermare, riducendo alla sua basilare essenza un insieme di meccanismi estremamente complessi, che "la necessità della nostra civiltà, civiltà costruita dal centro dinamico dell'accumulazione economica, è la produzione, lo scambio e il consumo di merci finalizzati al profitto attraverso la produzione, lo scambio e il consumo della proteiforme, infinita riproposizione del desiderio" (Madera, Tarca, 2003, p.48).

Ma anche ammettendo l'esistenza di queste, forse addirittura scontate, relazioni, che senso potrebbe avere tentare di guardare alla realtà storica e politica tenendo conto delle sue dimensioni psichiche, e viceversa a queste dimensioni tenendo conto delle dinamiche sociali ed economiche? E quali guadagni potrebbe trarne uno psicologo clinico? E soprattutto in che modo potrebbe essere sensato farlo, con quali procedimenti, cautele metodologiche, scelte argomentative?

Così scriveva Michel Foucault nelle *Le parole e le cose* (1966), riguardo l'incrocio tra l'etnologia e la psicoanalisi, vale a dire sui rapporti tra lo studio delle società umane e lo studio dell'anima individuale: "esse non hanno, a dire il vero, che un punto in comune, ma tale punto è essenziale ed inevitabile: è quello in cui si tagliano ad angolo retto; perché la catena significante attraverso cui l'esperienza unica dell'individuo si costituisce, è infatti perpendicolare al sistema formale a partire da cui si costituiscono i significati d'una cultura: ad ogni istante la struttura propria dell'esperienza individuale trova nei sistemi delle società un certo numero di scelte possibili (e di possibilità escluse); inversamente le strutture sociali trovano in ognuno dei loro punti di scelta un certo numero di individui possibili (e altri che non lo sono)" (p.407). In questo senso un'indagine caratterizzata da uno sguardo filosofico che sappia vedere la società nella psiche e la psiche nella società potrebbe

⁶ Mi sembra possa risultare indicativo, a questo proposito, il parallelo tra il titolo di un testo che mi è stato particolarmente utile per inquadrare alcune problematiche della costruzione sociale del soggetto nella realtà contemporanea, ovvero il saggio del filosofo della post-modernità e dell'iper-individualismo Gilles Lipovetsky *L'era del vuoto* (1993), ed il titolo di un altro libro, clinico e psicoanalitico, che ho utilizzato per puntualizzare alcune comuni caratteristiche di quelle che vengono definite nuove patologie o anche patologie narcisistiche, di Massimo Recalcati intitolato *Clinica del vuoto* (2002). Per tematizzare questa connessione si veda anche AAVV (2007), Contardi, Gaburri (1999), Cosenza, Recalcati, Villa (2006), Fee (2000), La Barbera, Guarneri, Ferraro (2009), fra quelli che mi sembrano più utili.

dare forma a degli interrogativi critici significativi sui rapporti tra pensabile e possibile, vale a dire sull'ordine simbolico cui si appartiene, normalmente implicito ed invisibile (Benasayag, Schmit, 2003, p.92).

Uno sguardo filosofico di questo tipo potrebbe cercare di assumere quelle funzioni parresiastiche⁷ ed interlocutorie che furono già della filosofia antica, ponendosi in un rapporto distanziato ed esteriore, e pur costante, con la politica, di polemica inesausta con la retorica intesa come discorso nei suoi intenti privo di rapporto con la verità (in tutte le sue forme dialettiche e pedagogiche e più genericamente sociali) e come ispiratrice di una pratica psicagogica. Uno sguardo filosofico di questo tipo, riattualizzato, potrebbe riuscire a porsi come esteriorità in rapporto ad una politica di cui costituisce la prova di realtà, come critica ad un campo d'illusione che la porta a costituirsi come discorso vero, e infine come possibilità di autocostruzione del soggetto, forma di asceti trasformativa (Foucault, 1982-1983, p.336)⁸.

Osservata con una simile lente, la nosologia potrebbe segnalare una dinamica collettiva in atto attraverso il mutamento dei significati dei suoi quadri, e le pratiche ed i discorsi terapeutici potrebbero risultare a loro volta, almeno per alcuni aspetti, frutto della medesima dinamica. Dove tuttavia, quanto alla clinica del caso singolo, il sintomo dovrebbe a mio avviso rimanere "un significante variabile che non può essere decifrato fuori da un impegno ricostruttivo della fonetica, della morfologia e della sintassi del suo specifico linguaggio, del suo idioletto" (Madera, 2004, p. 101). Non si tratta cioè di presentare l'idea di una cura psichica del gruppo sociale, piuttosto di riuscire a tenere nel dovuto conto le interrelazioni fra i diversi ambiti e considerare la posizione politica e la Weltanschauung sottesa ad ogni sistema di cura del singolo.

⁷ Il termine parresiastico deriva dall'antico esercizio filosofico della parresia: "La parresia è una specie di attività verbale in cui il parlante ha uno specifico rapporto con la verità attraverso la franchezza, una certa relazione con la propria vita attraverso il pericolo, un certo tipo di relazione con se stesso e con gli altri attraverso la critica (autocritica o critica di altre persone), e uno specifico rapporto con la legge morale attraverso la libertà e il dovere. Più precisamente, la parresia è un'attività verbale in cui un parlante esprime la propria relazione personale con la verità, e rischia la propria vita perché riconosce che dire la verità è un dovere per aiutare altre persone (o se stesso) a vivere meglio. Nella parresia il parlante fa uso della sua libertà, e sceglie il parlar franco invece che la persuasione, la verità invece della falsità o del silenzio, il rischio di morire invece della vita e della sicurezza, la critica invece dell'adulazione, e il dovere morale invece del proprio tornaconto o dell'apatia morale" (Foucault, 1983, pp.9-10). Tale esercizio veniva declinato e praticato in maniere differenti nelle diverse scuole filosofiche antiche, in quella epicurea configurandosi quale pratica della confessione collettiva, in quella cinica nelle tre forme della predica critica, del comportamento scandaloso e del dialogo provocatorio, in quella stoica grazie ad un parresiasta che doveva mostrare di non essere un adulatore e di saper mantenere stabilmente la coerenza fra parole e azioni, vita e discorso filosofico.

⁸ In questo senso, aggiunge Foucault, la filosofia avrebbe torto se pensasse di poter dire cosa bisogna fare nel campo della politica, avrebbe torto se pensasse di poter dire cosa è vero nel campo della scienza, e avrebbe torto se pretendesse da sola di poter disalienare il soggetto. Piuttosto potrebbe porsi appunto come critica esteriore rispetto ai primi due ambiti e "definire le forme entro le quali il rapporto con se stessi può eventualmente trasformarsi" nel terzo (Foucault, 1982-1983, p.337).

A partire da qui le categorie psicologiche e psichiatriche stesse possono essere trasformate in contenuti storico-sociali e ciò può essere interessante, mi sembra, andando più nel dettaglio, ad un duplice livello.

A livello strettamente clinico, tale tipo di lavoro potrebbe consentire al terapeuta di inserirsi in un dispositivo con la consapevolezza del suo più ampio funzionamento, ovvero tenendo conto della sua forma e delle rispettive e conseguenti “forme dell’interpellazione”, cioè considerando per esempio una griglia di analisi che comprenda (Barbetta, 2008):

- il tipo di organizzazione psichiatrica di riferimento nelle sue forme storico-sociali, con relativa idea di responsabilità, benessere e salute,
- le relazioni tra microcontesto familiare e comunità di riferimento,
- le relazioni tra pazienti e famiglia,
- le traiettorie biografiche del paziente,
- il contesto socio-culturale più ampio.

In questa chiave, il disagio psichico non può essere considerato una malattia mentale, a meno di intendere la mente in un’ottica sistemica, piuttosto diviene una rete semiologica complessa influenzata, anzi co-creata, dai soggetti e dall’ambiente, quindi da molteplici fattori, anche di carattere storico-culturale, oltre che dagli effetti autoriflessivi della diagnosi e della cura stessa. Una simile prospettiva potrebbe permettere di considerare la diagnosi, qualora sia utile o necessaria, come un oggetto simbolico, più o meno significativo, all’interno del percorso terapeutico e non per forza vincolante nella cura e centrale prognosticamente. Un tale punto di vista implicherebbe inoltre il tentativo di elaborazione psichica, da parte del clinico, delle proprie appartenenze culturali e familiari, delle proprie consuetudini, dei modi di pensare e di agire abituali, dei propri stili e modelli terapeutici. Parafraso in proposito la celebre affermazione di Bateson secondo cui chi dichiara di non avere epistemologia si trova ad averne in realtà una cattiva; l’importante sarebbe dunque rendere esplicita la propria scelta epistemologica per non cadere in errore, al di là che poi essa risulti giusta o sbagliata se sottoposta alle più varie verifiche della comunità scientifica (Bateson, 1979, p.36).

A livello teorico, filosofico ed esistenziale, invece, una riflessione di questo tipo, che tenta di collocare i dati clinici, le descrizioni diagnostiche e le pratiche terapeutiche entro la trasformazione della soggettività avvenuta in relazione ai mutamenti storici, potrebbe consentire una più raffinata comprensione dell’interrelazione sociale-individuale con ricadute sulla comprensione della nostra contemporaneità in grado di problematizzare il presente e metterlo in discussione, denaturalizzandolo. Come nel celebre paradosso di Linton, rendendo visibile al pesce l’acqua in cui nuota. Posta in gioco possibile potrebbe essere quella di cercare di contribuire in questo modo a

dare forma a idee filosofiche potenzialmente trasformative per la vita del singolo e della collettività, formulabili solo grazie ad una connessione tra proposta etica e dimensione clinica, tra storia delle culture intese come formazioni sociali e organizzazioni psichiche corrispondenti, il tutto all'interno di un più generale e consapevole orientamento progettuale del pensiero (Madera, 2005, pp.19-20).

Credo di avere così risposto almeno parzialmente alla prima delle due domande che avevo formulato sul nesso psiche-politica, quella sulla significatività del loro incrocio. Intreccio che mi sembra tanto più interessante a fronte del progressivo assottigliarsi, almeno su un piano collettivo, dello spessore esistenziale della sfera simbolica, processo per altro assai ben visibile proprio attraverso l'osservazione del già citato mutamento delle sindromi psicopatologiche egemoni. Altri due elementi aggiungono, a mio avviso, valore ad una ricerca che tenti di eludere l'atomismo epistemologico che tradizionalmente caratterizza la clinica psicologica.

In primo luogo essa potrebbe contribuire forse al riavvicinamento di due poli oggi più che mai distanti nel campo della ricerca e della terapia, rispettivamente le teorie e le pratiche cliniche che si rifanno epistemologicamente e programmaticamente alle materie umanistiche e alle scienze umane e quelle invece che si rifanno epistemologicamente e programmaticamente alle scienze cosiddette esatte e naturali, alla medicina, alla neurochimica, cercando di contribuire ad evitare, da entrambe le parti, le possibili opposte derive riduzionistiche (Zaretsky, 2004, p.380). Sottraendo ciascuno dei poli alla voluta ignoranza reciproca, e forse riuscendo meglio in questo modo in un'esplorazione più significativa della natura, costitutivamente anfibologica ed ambigua, mai lineare né monocausale, della psiche stessa (Jung, 1952, in Jaffé, 1961, p.435).

In secondo luogo, evitando di far rientrare senza alcun attrito, ed addirittura anzi con un atteggiamento collusivo inconsapevole, il lavoro clinico entro quel macrofenomeno sociale in corso che potremmo chiamare, con Lasch (1979) e Rieff (1966), stato terapeutico, che vede un duplice problematico movimento di intromissione del sociale nella sfera privata e del privato nella sfera sociale, tale per cui si arriva ad una psicologizzazione del pubblico e ad una socializzazione del privato, le cui conseguenze mi sembrano oggi più che mai visibili. Questione tanto più spinosa in relazione ad alcune ulteriori trasformazioni in corso della salute mentale (e più in generale della società) in Occidente, quali⁹:

- 1- la medicalizzazione progressiva di vasti settori della vita sociale e delle condotte individuali, attraverso la capillare e sempre più estesa moltiplicazione e diffusione di comportamenti anomali ridefiniti come malattie mentali (Maturò, Conrad, 2009, A.A.V.V., 2008, Ehrenberg, 2004a);
- 2- la biologizzazione della psichiatria e la sua ricollocazione definitiva in seno alla medicina (Rose, S. 2005, Shorter, 1997);

⁹ Riprendo questa schematica ed ottima sintesi da Ehrenberg e Lovell (2001).

3- la progressiva cerebralizzazione dell'identità dovuta al riavvicinamento in corso tra psichiatria e neurologia che sempre di più sta trasformando il cervello in un attore sociale, diffondendo l'idea che esso sia la reale e più significativa matrice del Sé (Rose, 2004, e Rose, S., 2005, Ehrenberg, 2004);

4- l'impiego sempre più diffuso di cure psicofarmacologiche, di cui si ignorano fra l'altro nella maggior parte dei casi gli effetti a lungo termine (Healy, 1997, Lakoff, 2005);

5- il tramonto della centralità del concetto di guarigione e la conseguente cronicizzazione della cura legata ad un'idea performativa ed infinitamente migliorabile di qualità della vita (Rose, 2001, 2007, Rabinow, Rose, 2006).

Su tali questioni tornerò nell'ultima parte del lavoro. Basti qui mettere in evidenza il rischio di trasformare, tramite i progressi medici e neuroscientifici, come ha scritto Nikolas Rose, norme sociali in norme vitali, biologiche (Rose, 2001, 2007)¹⁰. Le cosiddette politiche di prevenzione basate sulla valutazione del rischio ne sono l'esempio più chiaro e significativo (Rose, 2007).

Il che mi sembra tanto più problematico ed interessante in virtù del fatto che le scienze psichiche nel loro complesso, fin dalla loro nascita ed in modo progressivamente crescente, hanno rivestito particolare importanza nella costruzione antropologica del Sé occidentale nelle sue diverse trasformazioni storiche (Rose, 1990, 1996, Foucault, 1988), producendo non soltanto un linguaggio ma anche delle vere e proprie “tecnologie del sé”, ovvero “modi di lavorare su noi stessi con particolari modalità pratiche” (Rose, *Power in Therapy*, p.10), pratiche di soggettivazione, si potrebbe dire. Anche gli esercizi spirituali della filosofia antica, così come descritti da Pierre Hadot (2002), potrebbero essere considerati una forma di tecnologie del Sé, modi di costituirsi come un certo tipo di persona con un determinato tipo di relazione etica con se stessi, gli altri, il mondo. Tuttavia, nelle antiche scuole filosofiche, la conversione e gli esercizi, il sapere etopoietico, vale a dire appunto in grado di trasformare il soggetto (Foucault, 1981-1982), ed i suoi frutti, nascevano da una scelta etica meditata e ben precisa, sempre esplicita, da riconfermare e ribadire quotidianamente (e nei fatti svolta da un'élite socio-politica e culturale); nel contesto odierno, invece, quelle che Rose chiama tecnologie che istituiscono il Sé, soprattutto quando si situano in contesti terapeutici e riguardano persone in difficoltà, considerate come vulnerabili vittime di una malattia o comunque di una carenza o deficit, rischiano di trasformarsi in forme implicitamente normative di “etopolitica” (Rose, 2007)¹¹. Canguilhem, già decenni fa, affermava nelle sue lezioni alla Sorbona, forse neppure

¹⁰ Su questo rimando anche all'insieme di interventi che ho potuto seguire a Londra, in occasione del convegno “Vital Politics III. The life sciences in an age of biological control, 16-19 september 2009”, non ancora raccolti in una pubblicazione ma a cui farò per alcuni aspetti riferimento nell'ultima parte del presente lavoro.

¹¹ Riprenderò più diffusamente questo concetto soprattutto in relazione alla nuova clinica dimensionale dell'impulsività. Una breve definizione datane da Rose è la seguente: “se la disciplina individualizza e normalizza, e la biopolitica

troppo provocatoriamente, che gli psicologi, se non si fossero recati con frequenza e costantemente dove egli si trovava con i suoi studenti (ovvero al dipartimento di filosofia), si sarebbero loro malgrado trovati, con una certa frequenza, al dipartimento di polizia (Canguilhem, 1956). Ciò è oggi tanto più vero ed urgente, visto il grado raggiunto dalla depoliticizzazione della devianza e dalla individualizzazione e medicalizzazione dei problemi sociali cui si è già fatto cenno.

Dando per conclusa, a questo punto, la risposta ai primi due interrogativi sopra formulati, cercherò ora di scrivere qualcosa in merito al terzo, ovvero: quale argomento scegliere e come affrontarlo per articolare una riflessione di questo tipo? Sulla scelta del macrotema ho già scritto, mi sembra infatti che il problema dell'autoregolazione e del confronto con il limite nella costruzione della soggettività, non a caso questione centrale della filosofia morale a fronte dei mutamenti della sopravvenuta modernità, oggi sembra divenire essenziale sia sul piano del benessere individuale e personale che di quello collettivo e politico, oltre che dal punto di vista educativo e clinico. Ho già scritto anche della volontà di pensarlo in un'ottica ampia e interdisciplinare, in vista del bisogno di un'antropologia filosofica che sappia mettere insieme, senza sovrapporre, le conoscenze sempre più specialistiche e prive di relazioni reciproche del vasto campo delle scienze umane (Cassirer, 1944). Un'antropologia filosofica che si proponga di guardare ad esse come campo complesso ma unitario e che dovrebbe ambiziosamente proporsi di riuscire a:

- 1- integrare il punto di vista psicologico senza esaurirsi in esso ma anzi producendo una riflessione sulle conseguenze dei suoi linguaggi e mutamenti su un piano singolare e collettivo;
- 2- integrare gli elementi più rilevanti ed urgenti delle analisi antropologiche, sociologiche, economiche e politiche su vari aspetti del contesto sociale in una visione d'insieme intellegibile in relazione ai problemi che si pongono storicamente nella formazione della soggettività.

La problematicità di una simile operazione non dovrebbe, secondo me, a priori precluderla, anche perché credo sia più che difendibile l'idea che, prive di questo quadro unitario entro cui comporre e inquadrarle, le teorie e le nozioni sempre più specialistiche delle scienze sociali rischiano di risultare eticamente inutili se non dannose. Questo rende più acuta la necessità di rivedere i loro concetti e categorie in un paesaggio d'insieme costituito da un dibattito epistemologico sul metodo scientifico e sul suo rapporto col mondo sociale.

Ma proprio la difficoltà del taglio interdisciplinare mi ha imposto di scegliere un oggetto clinico specifico ed adatto ad illuminare questo insieme complesso di questioni attraverso un'angolatura strategica. Ho deciso di affrontare il problema tentando un'analisi storico-critica di quello che oggi viene chiamato disturbo borderline di personalità, con un focus ancora più ristretto sui sintomi cosiddetti impulsivi, a fronte della loro progressiva medicalizzazione entro il nuovo orizzonte della

collettivizza e socializza, l'etopolitica si preoccupa delle tecniche del sé in virtù delle quali gli esseri umani dovrebbero giudicarsi e agire su se stessi per rendersi migliori di quanto non siano" (Rose, 2007, p.40).

cosiddetta clinica dimensionale. La storia di questa patologia riflette, in modo chiaro ed estremamente denso, alcuni mutamenti culturali fondamentali nella costruzione di una soggettività autonoma, nel loro reciproco e complesso influenzamento con le trasformazioni epistemiche dei saperi psicologici. Nella sua costante multiformità e nel suo rimanere sempre una sindrome di difficile definizione, al confine stesso della possibilità diagnostica, essa è passata dall'essere concettualizzata come una follia del carattere morale nel corso dell'800, all'essere descritta come una struttura psicoanalitica distinta dalle più tradizionali nevrosi e psicosi -etichetta trasversale per tutti i nuovi quadri sintomatologici diffusasi a partire dal dopoguerra, pensati, all'interno di questa letteratura, innanzitutto come problemi identitari (disturbi narcisistici, o del Sé o organizzazioni borderline)-, ad un disturbo di personalità inteso come diagnosi categoriale entro la quale sono man mano diventate primarie alcune dimensioni temperamentali di origine biochimica quali l'impulsività. Semplificando, si può affermare che la sua storia è uno specchio delle evoluzioni generali del discorso psichiatrico, la sua natura permette di dare forma proprio al problema della costruzione dell'identità con focus sull'autoregolazione, e la centratura sull'impulsività comporta la possibilità di discutere, nelle sue varie implicazioni, l'importanza attuale, nel campo della salute mentale e, più in generale, nel mondo sociale, rivestita dal vettore dell'azione individuale pensata a contestualmente ed in rapporto primario con le strutture cerebrali.

Il tentativo di comprendere l'evoluzione storica di tale patologia, di storicizzarla, credo possa dunque rivelare molto dell'individuo contemporaneo, della sua soggettività, delle istituzioni che danno forma al suo Sé. Così come il focus sull'impulsività, più nello specifico, può rivelare molte delle conseguenze sociali culturali e cliniche di una direzione di ricerca psichiatrica oggi molto nutrita, quella della clinica dimensionale di matrice biologica. Questo tipo di ricerca clinica va a costituire, a mio avviso, quando studia il problema delle dipendenze compulsive e delle azioni irriflesse, un nuovo paradigma morale di tipo medico, paradigma che mi sembra pervadere in modo progressivo la quotidianità di massa anche delle persone cosiddette sane.

Ciò premesso, tracciare una storia del disturbo borderline di personalità che mi permettesse di decostruire e leggere con un taglio storico-critico l'attuale letteratura psichiatrica su di esso, con una particolare attenzione al discorso sulle condotte impulsive, è stata un'impresa che si è rivelata molto più difficile di quanto immaginassi. In primo luogo, non esistono che pochissimi libri, e nessuno dagli anni novanta in poi, dedicati alla storia di questa sindrome all'interno della letteratura psichiatrica, a fronte di una mole notevolissima di scritti sul tema, in cui non prevale, o è addirittura del tutto assente, una chiave di lettura di taglio storico¹². È stato pubblicato un unico fondamentale

¹² Ho consultato le banche dati di PubMed, *PsycINFO*, *PsycARTICLES* e *PsycCRITIQUES* e vi ho trovato in merito soltanto Aronson (1985, 1989) e Fine (1989). Per quanto riguarda invece l'insieme dei libri e degli articoli da me letti

volume, uscito nel 1986 e mai tradotto in italiano, che si propone di raccogliere tutti i principali saggi per ricostruirne la storia: *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, a cura di Michael Stone, uno dei più riconosciuti e prolifici psichiatri nello studio di questo disturbo. Questa notazione è significativa, ed accresce l'interesse per un tipo di ricerca che si può trovare, al momento, solo come una parte di alcuni lavori di autori socio-costruzionisti di area anglosassone, perlopiù estranei all'ambito clinico, per altro non numerosi e quasi interamente provenienti dal campo degli studi di genere¹³.

Ho dovuto quindi cercare di strutturare io stessa questa storia, tentativo tanto più problematico e controverso per via del fatto che, come scrive Dana Becker, il termine *borderline* è stato associato nel tempo, come si è già sottolineato, a un disturbo di personalità, ad un'organizzazione psicostrutturale in senso psicoanalitico, ad un disturbo affettivo, e addirittura alla schizofrenia (Becker, 1997, p.43). Solo a partire dal DSM-III, nel 1980, il Disturbo *borderline* di personalità compare ufficialmente nella nomenclatura psichiatrica e ancora vi figura nell'ultima versione del manuale, il DSM-IV-TR dove si trova la sua versione vigente, che mostra, rispetto a quella del 1980, un diverso ordine nell'elenco degli otto criteri originari e l'aggiunta di un nono, riguardante la presenza di problemi cognitivi e dissociativi. Il fatto che questo disturbo, in quanto entità diagnostica ben precisa, esista solo a partire dal 1980, e solo allora sia diventato un termine corrispondente ad un concetto definito e ad una forma comportamentale circoscritta, solleva ulteriori questioni metodologiche qualora si voglia risalire oltre questo spartiacque.

Alla luce di questo problema, ho dovuto decidere innanzitutto se mettere a fuoco la storia della parola, e dunque tracciare l'itinerario semantico del termine, utilizzando come bussola per la mia indagine il vocabolo "borderline", piuttosto che ripercorrere la letteratura psichiatrica alla ricerca di un insieme di comportamenti sincronici in sindromi di altri tempi, con un'attenzione alla possibile costanza di una fenomenologia corrispondente a quella dell'attuale disturbo, o ancora se tentare di delineare le possibili matrici del concetto, in questo caso chiedendomi come tale insieme di comportamenti arrivi a corrispondere a quel disturbo che è andato a configurarsi, a partire dal 1980, appunto come disturbo *borderline* di personalità¹⁴.

Quest'ultima è la prospettiva che mi è sembrata più interessante e fruttuosa: quella di una storia delle idee che ricostruisca, interrogandole, le teorie di volta in volta prodotte dai curanti. Ma se

sul tema, per cui si può vedere la bibliografia finale, ciascuno di essi conteneva al massimo qualche pagina sulla storia del disturbo o, più in generale, sulla storia dei disturbi di personalità.

¹³ Si veda Becker (1997, 2000), Bjorklund (2006), Wirth-Cauchon (2000, 2001). In quanto provenienti dagli studi di genere, questi testi, nella loro ricostruzione genealogica, danno maggiore spazio agli elementi legati al problema della differenza sessuale, e sulla base di questa domanda di ricerca impostano e conducono la loro indagine. Pertanto, non ho potuto rifarmi che in qualche occasione ai loro preziosi lavori, tesi a spiegare con taglio storico-critico la forte disparità di genere che caratterizza nel mondo contemporaneo l'epidemiologia del disturbo.

¹⁴ Mutuo queste distinzioni metodologiche da Berrios (1993, pp.14-15).

questo oggetto epistemico in quanto tale esiste solo a partire da una data, come cercare prima? Quali idee e teorie, mi sono chiesta, aveva senso prendere in considerazione per poterlo decostruire e pensare in altri modi, dando rilievo alle questioni filosofiche e politiche sollevate dalla medicalizzazione e dal rilievo crescente delle condotte impulsive negli ultimi anni?

La mia scelta è stata quella di partire dai passaggi storici riconosciuti egemonicamente dai suoi attuali sostenitori in ambito psichiatrico e psicologico, quindi proprio da quelle storie piuttosto sommarie i cui slittamenti semantici citati sono sempre gli stessi, e si ripetono nei diversi manuali e materiali da me consultati¹⁵. La versione più completa e approfondita di questo itinerario storico, che si potrebbe definire “classico”, è rappresentata dal già citato libro di Michael Stone che pertanto ho usato come canovaccio e che mi soffermerò ad analizzare e commentare nei dettagli. Naturalmente ho utilizzato per le analisi critiche, ampliandoli ed adattandoli, spunti tratti dalla letteratura socio-costruzionista anglosassone, declinandoli in un quadro teorico di riferimento più generale di storia sociale e culturale del disagio mentale e della sua cura, costituito dagli scritti di Michel Foucault, Ian Hacking, Nikolas Rose, Paul Rabinow, Alain Ehrenberg, Gladys Swain, tra gli altri.

Il tentativo è stato quello di ricostruire una genealogia in senso foucaultiano, ovvero un'inchiesta storica che si oppone all'unicità del racconto progressivo lineare alla ricerca dell'origine, e che, contro ogni pretesa di risalire il corso del tempo per ristabilire la continuità della storia, cerca al contrario di delineare le possibili matrici epistemologiche di un determinato discorso disciplinare, con un'attenzione costante alla relazione con i contesti sociali e culturali in cui esso si colloca¹⁶. In questo senso il riferimento metodologico è il lavoro di Foucault, retto dalla volontà di mettere in luce le condizioni di emergenza di determinati saperi in un'epoca data, attraverso l'intreccio di quelle differenti dimensioni (filosofica, economica, scientifica, politica) che, insieme, danno forma a configurazioni epistemiche coerenti a seconda dei momenti storici: “Ciò che si intende mettere in luce è il campo epistemologico, l'episteme all'interno della quale le conoscenze, considerate al di fuori di ogni criterio che si riferisca al loro valore razionale o alle loro forme oggettive, sbaraglino la loro positività e rivelino così una storia che non è quella della loro perfezione crescente, ma piuttosto quella delle loro condizioni di possibilità” (Foucault, 1966, p.12).

Perciò, questa storia non si esaurirà in un riassunto delle versioni ufficiali dei passi egemonicamente riconosciuti come importanti tappe della sindrome odierna, per un fine di completezza formale. Neppure avrà lo scopo di dimostrare il progressivo raffinamento della diagnosi con elementi di

¹⁵ Nell'ordine compaiono di solito gli articoli considerati inaugurali e fondativi di Stern (1938), Knight (1953), Grinker et al. (1968), Gunderson e Singer (1975) e Spitzer, et al. (1979). Oltre naturalmente all'irrinunciabile contributo psicoanalitico di Kernberg.

¹⁶ Si veda la definizione di genealogia all'interno del lessico foucaultiano data da Revel (2002).

curiosità, proponendosi come “La storia del disturbo”. Sarà invece approfondita per certi aspetti, lacunosa in altri, ma sempre letta attraverso diversi autori il cui assemblaggio verrà, di volta in volta, motivato in relazione alle problematiche filosofiche ed epistemologiche più generali che mi interessa approfondire tramite il preciso tema selezionato, in quell’ottica complessa che si propone di non scindere i singoli dai contesti, le teorie scientifiche da studiosi, luoghi e istituzioni che le producono, il sapere dal mondo (De Certeau, 1987, pp.123-135, Cassirer, 1944, p.51 e sg.).

Sono partita, come ho già scritto, dal testo sopra citato di Stone per dare forma alla mia ricognizione storica. I materiali raccolti in questo libro sono suddivisi in quattro sezioni, in ordine cronologico. Per ciascuna fase l’autore presenta qualche pagina introduttiva rispetto ai brani scelti e al periodo in questione. La prima parte riguarda gli ultimi due decenni dell’800 ed i primi tre del Novecento e comprende tre saggi (il primo dei quali come vedremo risale in realtà al 1835), la seconda gli anni trenta e quaranta con quattro saggi, la terza gli anni cinquanta e sessanta con dieci saggi e la quarta ed ultima gli anni sessanta e settanta con sei saggi.

Naturalmente nella raccolta sono evidenti scelte e idee dell’autore: dunque l’enfasi sull’ereditarietà e le basi biologiche, la considerazione della psicoanalisi americana dell’Io piuttosto che quella britannica delle relazioni oggettuali, un’attenzione al modello di Kernberg più che a quello kohutiano, e più in generale l’importanza ed il prestigio accordato alle ricerche statistiche e quantitative, legate alle esigenze descrittive e definitorie della psichiatria cosiddetta teorica¹⁷ alla base del DSM. Inoltre, in questo testo, la mancanza di coerenza e di sistematicità, nonché di rimandi interni, per tutti i materiali precedenti alla definizione del disturbo, contribuisce a far apparire urgente, necessaria se non inevitabile, tale sistematizzazione¹⁸. Solo nella quarta parte, relativa agli

¹⁷ Scrive De Certeau in un bellissimo saggio proprio sul tema della natura finzionale di ogni discorso scientifico e fortemente critico nei confronti di un approccio al sapere che si dichiara oggettivo, neutro ed apolitico: “L’elemento escluso dal discorso è esattamente ciò che produce la coesione effettiva della comunità scientifica” (De Certeau, 1987, p.61).

¹⁸ Si veda per questo anche Levin (1990). Questo autore nota giustamente, per esempio, che il testo che chiude la prima sezione, sulle follie parziali ottocentesche, risale al 1890 e quello successivo, che inaugura la seconda sezione, al 1938. Ci troviamo di fronte a un salto di 48 anni, il che non è poco in una storia che non copre due secoli. Non solo: gli anni che vanno dal 1890 al 1938 sono anche quelli della nascita della psicoanalisi, almeno prima della sua codificazione più strutturata e prima dell’affermarsi della psicologia dell’Io statunitense. Questa linea interpretativa viene ulteriormente confermata dalla mancanza di un sistematico confronto con il discorso psicoanalitico sul narcisismo. È del resto importante per Stone, come per gli altri psichiatri che difendono l’esistenza del disturbo nella forma ufficiale del DSM, distinguerlo da quello narcisistico. Si veda in proposito questa interessante proposta di Gunderson, secondo cui la differenziazione tra i due disturbi avrebbe implicazioni sia teoriche che psicoterapeutiche: “Le implicazioni teoriche riguardano la questione se l’aggressività -con i suoi sintomi: furore, ostilità e rabbia- sia 1) una pulsione primaria, la cui cattiva direzione o il cui mancato controllo provoca psicopatologia (cioè faccia parte del BPD) o sia 2) reattiva agli insulti dell’ambiente, così che la sua cattiva direzione o il cui mancato controllo sono sintomi di un Sé eccessivamente fragile (cioè faccia parte del disturbo narcisistico di personalità). Questa questione ha rilevanza terapeutica. Il trattamento d’elezione per il disturbo narcisistico consiste in un attaccamento correttivo a lungo termine, la cui efficacia dipende dall’empatia del terapeuta [...] non è stata stabilita la funzione dei farmaci. Sebbene esperienze di attaccamento correttivo a lungo termine siano importanti anche nel trattamento dei pazienti borderline, questi, a differenza dei pazienti narcisistici, in genere richiedono modalità di intervento farmacologico” (Gunderson, 2001, p.42). Per altro, questa osservazione segue a un’iniziale brevissima considerazione sul fatto che più spesso vengono diagnosticati come

anni settanta ed ottanta, viene presentato un discorso maggiormente integrato, che comprende aspetti psicologici, clinici, statistici, intorno ad un'entità che assume una fisionomia definita. Viene così ribadita la necessità della nuova direzione intrapresa dalla ricerca, contro il caos riconducibile al discorso, in grande parte psicoanalitico, precedente.

Infine, tale pubblicazione risente più in generale di quelle che erano alcune idee egemoniche della psichiatria degli anni '80 e di questa fase storica della ricerca sul disturbo e quindi, nella selezione dei materiali e nelle affermazioni maggiormente sottolineate, è evidente anche:

- la necessità di ribadire il distacco dalla schizofrenia e la conseguentemente maggiore possibilità di guarigione, nonché l'esigenza di confermare il distacco tra personalità schizotipica e borderline così come tracciato per la prima volta nel DSM-III. Secondo la task force si era finalmente riusciti a suddividere in modo netto ed inequivocabile, conformemente alla realtà clinica, queste due categorie che prima confluivano imprecisamente, oscillando ora più verso l'uno, ora più verso l'altro polo;

- l'enfasi su impulsività e instabilità affettiva in vista di quella che alcuni autori hanno definito la temperie affettifila degli anni '80, vale a dire la crescente rilevanza accordata ai disturbi dell'umore concomitante alla diffusione dei nuovi farmaci di reuptake della serotonina e di quella che alcuni hanno descritto come una vera e propria crociata di Donald Klein (1975, 1977) e Agop Akiskal (1981, Akiskal, et al., 1985) e dei loro accoliti, per ridefinire in termini umorali gran parte delle patologie¹⁹.

Ma in questa raccolta di saggi che dalla fine dell'Ottocento approda al presente, sono comunque compresi la maggior parte dei testi considerati irrinunciabili che tutte le altre e più brevi ricostruzioni storiche svolte da psichiatri non mancano di citare: è stato dunque un buon punto di partenza per tentare di articolare un'analisi genealogica che si propone di evidenziare e mettere in discussione i presupposti epistemologici impliciti del discorso psichiatrico egemone e alcune relative possibili conseguenze cliniche e sociali.

Le analisi migliori sulla storia della malattia mentale e della psichiatria sarebbero quelle, secondo Patrizia Guarnieri, in cui non solo si produce un fertile allargamento di campo, in cui la storia della psichiatria, per esempio, entra in quella delle scienze e delle idee, e quella delle rappresentazioni della follia in quella della cultura e della mentalità, ma anche quelle che permettono di rivedere concetti e categorie in un quadro d'insieme costituito da un dibattito critico sulle modalità di costruzione dei saperi che si utilizzano (Guarnieri, 1991, p.48). È questo il tentativo in vista del

narcisisti i maschi per via del loro essere meno consapevoli dei bisogni di dipendenza. Ciò dà luogo ad uno strano paradosso tale per cui si finirebbe per dare più facilmente farmaci alle donne che agli uomini.

¹⁹ Si confronti per questo il capitolo ottavo, fortemente polemico, in Shorter (1997), storico noto per essere fortemente favorevole alla psichiatria biologica ed al progresso psicofarmacologico. La questione è ormai riconosciuta, si vedano anche: Becker (1997, p.61 e sg.; 2000, p.423), Skodol (2005, p.119 sg.), o ancora il più recente Paris (2008, p.30 e sg.).

quale si è mossa la mia ricerca storico-filosofica, inscrivendosi all'interno di quello che potremmo definire un vasto campo che va dall'antropologia delle scienze psichiche alla sociologia della devianza.

In questa ottica nel mio percorso storico ho individuato tre momenti utili a scandirlo che corrispondono anche, come scrive Alain Ehrenberg, a tre grandi mutamenti di figurazione del soggetto (1998)²⁰, l'ultimo dei quali, ancora in corso e già al centro di un grande numero di analisi critiche, verrà affrontato in maniera meno sistematica dandone brevemente le coordinate fondamentali nelle sue relazioni con quelle che ho ipotizzato essere le sue significative radici storiche²¹. Per un'esigenza di maggiore leggibilità e chiarezza, vista la quantità dei materiali e degli argomenti che si intrecciano, ho suddiviso i paragrafi all'interno dei capitoli in modo che vi sia la presentazione dei contenuti che si trovano nella letteratura psichiatrica di cui ho preso visione, e successivamente un relativo commento ed un'analisi critica intorno ad essi, costruita attraverso gli studi di taglio socio-costruzionista, o filosofico, di riferimento²². In questo modo, dovrebbe risultare maggiormente chiara la logica dell'itinerario concettuale tracciato, il quale ha il senso, in primo luogo, come già scritto, di mettere in luce che cosa la storia di questa patologia possa rivelare sulle difficoltà della costruzione della soggettività nel presente, senza esaurirsi nei riduzionismi della biologia o della sociologia, cercando invece di illuminare la complessità di questo rapporto, nell'ottica di dare un possibile senso a questo tipo di disagio re-inscrivendolo nel panorama socio-culturale.

- La prima delle fasi, attraverso la storia della diagnosi di follia morale nel corso dell'Ottocento fino al suo tramonto definitivo all'inizio del Novecento, si propone di rintracciare la nascita di oggetti epistemici fondativi per tutta l'evoluzione successiva del disturbo nonché per la sua configurazione attuale, vale a dire il prendere forma di una sfera affettiva della psiche con relative possibili patologie, il concetto di istinto e impulsività e l'idea di disturbo della personalità. In effetti, fra

²⁰ Il libro di Ehrenberg *La fatica di essere se stessi* ha dato un contributo fondamentale al presente progetto di ricerca, ispirandone gli interrogativi fondamentali. Nella stessa direzione si muove il lavoro di Nikolas Rose sulle scienze psichiche come istituzioni del sé (1990, 1996, 2001).

²¹ Similmente Wirth-Cauchon, nel suo *Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories* (2001), scandisce la sua genealogia del disturbo, effettuata sulla base del pensiero di Foucault e di Rose, sulla soggettivazione ed il regime del Sé creato dalle scienze psy negli ultimi due secoli, oltre che attraverso il pensiero di Gilles Deleuze. La sua analisi storica comprende infatti i medesimi 3 periodi: a- fine Ottocento e inizio Novecento col formarsi di una borderland tra follia e normalità, in cui centrali risultano le diagnosi di follia morale di Prichard e la mania senza delirio di Pinel, b- la psicoanalisi negli Usa dagli anni '30 agli anni '70 circa, c- la biopsichiatria a partire dal 1980 fino ad oggi. E tuttavia nel suo lavoro, come negli altri da me consultati sul tema, il maggiore spazio è dedicato all'ultimo periodo, al presente. Anche per questo motivo dunque, ho ritenuto più interessante fare il contrario, ovvero dedicare maggiore spazio ai primi due periodi cercando tuttavia di metterne a fuoco in modo significativo le profonde, non ancora approfondite, relazioni con le analisi già più numerose del momento attuale.

²² In realtà questo è vero solo per i primi due capitoli, in cui, avendo condotto un'analisi maggiormente approfondita, ed avendo utilizzato una grande quantità di materiali di riferimento, ho dovuto distinguere, per garantire una sufficiente chiarezza, il livello delle fonti dirette e quello delle fonti per una metariflessione su di esse.

quelli che si sono dedicati allo studio di questa diagnosi, vi è un consenso, come vedremo, pressoché unanime nel riconoscerle un ruolo chiave nell'emergenza della successiva categoria dei disturbi di personalità, in particolare del cluster B, nonché delle sindromi cosiddette affettive.

Più in generale, in un'ottica storico-critica la follia morale è stata considerata dalla quasi totalità degli studiosi che se ne sono occupati²³, una disfunzione del self-control caratteristica, addirittura figlia, della sopravvenuta modernità traghettata dalle rivoluzioni francese e industriale. Analizzata in questa prospettiva la storia di questa etichetta diagnostica ha molto da dire riguardo al mutamento dei rapporti singolo-società e alle mutate forme di costruzione di soggettività nella modernità. Per inciso, questa diagnosi, da un punto di vista fenomenologico e descrittivo sorprendentemente simile all'attuale disturbo borderline, è stata e per molti aspetti è ancora definita dagli psichiatri stessi, così come il borderline, diagnosi *catchall*, prendi tutto, vale a dire sufficientemente indefinita per comprendere sintomatologie polimorfe sempre al confine delle possibilità di classificazione.

Inoltre la sua storia, lungi dal delinarsi lineare, o dal poter essere ridotta alla storia di una strategia di moralizzazione e di controllo sociale caratterizzata da obiettivi definiti e concertati, mostra al contrario in modo illuminante come si siano intersecate e succedute teorie, idee, movimenti sociali e di opinione diversi, addirittura opposti nei loro fini, e tuttavia comprensibili e storicamente significativi, se iscritti e letti entro l'orizzonte delle preoccupazioni culturali del periodo (Rimke, Hunt, 2002, p.61).

Questo si renderebbe ancor più evidente se si potesse guardare a questa diagnosi, come è sempre più caldeggiato dagli studiosi di storia sociale della medicina e della scienza, non solo attraverso i discorsi teorici ed i dibattiti scientifici dei medici, ma tramite un'analisi che li contestualizzi all'interno di una precisa situazione storica, caratterizzata da un'insieme di pratiche proprie di una determinata e circoscritta realtà sociale. Per esempio attraverso la fisionomia da essa assunta in una data epoca e in un dato manicomio, in modo da osservarla all'interno di un'istituzione che diviene il luogo di incrocio di molteplici possibili piani di analisi, quello della storia psichiatrica, quello delle trasformazioni socio-economiche, quello delle rappresentazioni antropologiche e culturali della follia e della normalità in un preciso territorio e periodo. Nell'intreccio fra la definizione di un modello teorico e le sue ricadute pratiche ed applicative in un contesto definito e locale si possono cogliere molto bene i legami tra il piano collettivo e quello individuale nelle loro reciproche influenze, laddove discorsi e pratiche sociali danno forma a storie di vita che a loro volta contribuiranno a modificare il dispositivo entro cui vengono inserite (Fiorino, 2002, p.17). Analizzare l'insieme di queste relazioni significa mettere in luce la natura semiologica complessa

²³ Si veda per esempio: Augstein (1996), Berrios (1999), Dain, Carlson (1962), Dörner (1969), Rafter (1997, 2004), Rimke, Hunt (2002).

del disagio mentale che non si può confinare nella mente del malato²⁴. “Si tratta di abbandonare le comode semplificazioni di un determinismo rozzo, collegando le discontinuità, le ricorrenze e gli sviluppi dei fatti ricorsivi, alla trama degli avvenimenti che li attraversano: avvenimenti di natura sociale, politica ed economica, di cui l’archivio costituisce, se non l’immagine riflessa, certamente la traccia e la testimonianza” (Galzigna, Terzian, 1980, p.57).

È per questo motivo che mi è sembrato importante svolgere una ricerca in tale direzione, una ricerca d’archivio che mi permettesse di usare i documenti clinici come testimoni dell’interfaccia tra un modello teorico ed i contesti, con le loro particolari contingenze, in cui esso si sedimenta. Perciò ho voluto includere in questa indagine storica un’analisi qualitativa di alcune cartelle cliniche di follia morale - imbecillità morale - immoralità costituzionale nel manicomio veneziano di San Servolo/San Clemente nel periodo compreso tra il 1873 e il 1939, che ho raccolto, inquadrato ed esaminato insieme ad altri materiali, approfittando di una parallela ricerca in corso cui partecipo e che si basa in parte sui medesimi documenti.

Per dare forma a questa prima parte della ricerca dedicata alla storia della follia morale ho utilizzato, oltre ai contributi di quegli autori che si sono dedicati propriamente all’esplorazione di questa diagnosi con un approccio socio-costruzionista che ho già citato, alcune macro-analisi di riferimento che provengono in primo luogo dai due cicli di lezioni foucaultiane *Gli anormali* (1974-1975) e *Il potere psichiatrico* (1973-1974), dai libri di Hacking sulla personalità multipla e la fuga isterica nell’Ottocento (1995, 1998), dalle opere sulla nascita della psichiatria di Gladys Swain (1994), dalle storie sociali della psichiatria di Roy Porter (1987), Andrew Scull (1981, 1989) e Klaus Dörner (1969), e, per quanto riguarda lo specifico contesto italiano, da storici della psichiatria

²⁴ Su questo sono ineludibili la filosofia e le ricerche di Ian Hacking (1995, 1998, 1999) il cui pensiero è da considerarsi uno dei fondamenti di questo lavoro. Centrale è la sua idea di *looping effect*, effetto a cascata o retroattivo, che sarebbe proprio delle classificazioni nelle scienze umane, cioè delle classificazioni applicate a categorie di persone. Il looping effect si potrebbe definire come “quel processo per cui il fatto di essere classificate in un certo modo influenzerà le persone classificate modificandole. A loro volta, le reazioni e i comportamenti dei classificati giocheranno un ruolo nella costruzione delle categorie in cui vengono inseriti e nei saperi che le producono. Le malattie psichiatriche con le loro etichette diagnostiche, possono costituire per lo studio di queste interazioni dei laboratori fruttuosi” (Bella, Casonato, 2008, p.14). Altrettanto fondamentale è la sua riflessione su quelle che denomina malattie mentali transitorie, ovvero sindromi che compaiono in un dato momento storico per poi sparire, che lui analizza e decostruisce attraverso il concetto di nicchia ecologica. “Tale nicchia, nella sua descrizione, non è solo sociale, né solo medica, né solo provocata dal paziente o dai medici, ma deriva dal concatenamento di un numero straordinariamente elevato di elementi di tipo diverso che in un certo momento forniscono un riparo stabile ad alcuni tipi di manifestazioni patologiche. Essa è composta, secondo la sua analisi, da quattro fondamentali vettori che sono: 1- la tassonomia medica (ovvero la malattia deve collimare con una cornice diagnostica più ampia già utilizzata nel passato ed ancora viva nel presente) 2- la polarità culturale (ovvero la malattia mentale si deve situare all’interno di due elementi della cultura contemporanea, uno virtuoso, e uno, con un’accezione negativa, vizioso o tendente al crimine) 3- l’osservabilità (ovvero la malattia deve essere visibile in quanto tale, come sofferenza possibile che si vorrebbe evitare), e 4- l’evasione (ovvero deve fornire una forma di liberazione, che non è possibile trovare altrove, nella cultura nella quale sorge)” (Bella, Casonato, 2008, pp.10-11). Anche questa idea verrà largamente utilizzata e ripresa in questa tesi.

quali Mario Galzigna (1988), Vinzia Fiorino (2002, 2003), Ferruccio Giacanelli (1969, 2003) e Patrizia Guarnieri (1991, 2003) tra i principali²⁵.

- La seconda fase, che si estende più o meno dall'inizio del Novecento alla fine degli anni settanta, mette a fuoco soprattutto l'insieme delle elaborazioni psicoanalitiche, le quali per prime danno origine a strutture psichiche definite appunto borderline. È noto ed indiscutibile, anche nella letteratura psichiatrica attuale, che il disturbo borderline, insieme a quello narcisistico è, e rimane, quello più legato alla psicoanalisi. Tutt'ora, del resto, vari tipi di psicoterapie costituiscono trattamenti considerati irrinunciabili per questo tipo di disturbi, pur accompagnati da somministrazioni farmacologiche ed eventualmente da altri tipi di assistenza e cura (training psico-educazionali o tecniche comportamentali per esempio). Tuttavia, la psicoanalisi, che ha contribuito in misura più significativa a dare origine al disturbo borderline come viene oggi concettualizzato, è in primo luogo quella americana, che ha delle origini ed una storia di peculiari teorie e pratiche per alcuni aspetti molto distanti da quelle del contesto europeo.

Pertanto mi è stato necessario ricostruire questo specifico itinerario storico.

Sono partita dall'originario legame tra i primi psicoanalisti ed il Movimento di Igiene Mentale, movimento che più in generale ebbe un grande peso sull'educazione e su tutte le professioni di cura private e pubbliche (in primo luogo psicologia e psichiatria) negli Stati Uniti nei primi decenni del Novecento, e che rivestì anche un importante ruolo nella stesura della prima edizione del DSM.

²⁵ Occorre fare qui un'importante precisazione. La scelta di circoscrivere l'analisi a questa specifica diagnosi rispetto al prendere in considerazione la più vasta categoria delle follie parziali cui senz'altro essa va ascritta ed a cui deve, in ultima analisi, grande parte della sua importanza storico-epistemologica, è dovuta ad una serie di ragioni. La prima, di carattere pratico: se è senz'altro vero infatti che la psichiatria francese presenta in merito un quadro di contributi assai più ricco ed articolato, si pensi alle formulazioni di Pinel, Esquirol, Georget, Trélat fra gli altri, è altrettanto vero che proprio questa molteplicità rende un'analisi finalizzata ad un obiettivo specifico, quale la mia, estremamente complicata, tanto più che lavori sulla letteratura psichiatrica francese che coniugano i macro-riferimenti concettuali ed interpretativi alle maggiori novità epistemiche da questa categoria introdotte e le puntuali analisi di specifiche sindromi, corredate per altro da un lavoro su archivi e cartelle cliniche, non mancano a partire da quelle di Foucault stesso, o nel contesto italiano, di Mario Galzigna. Tutto ciò contribuiva a rendere tanto complicata quanto in gran parte inutile un'impresa del genere.

Ma vi è un'altra importante ragione: di fatto la storia del disturbo borderline di personalità, come oggi viene definito nel DSM, è una storia americana, o quanto meno senz'altro anglofona. Non a caso la stessa letteratura psichiatrica egemone è proprio alla categoria di follia morale che fa un riferimento storico, pur breve e decontestualizzato (Clarkin, Lenzenweger, 1996, p.4, o anche Paris, 1996, p.2). Lo stesso Michael Stone nell'antologia cui abbiamo già fatto riferimento, inserisce tre saggi che riguardano proprio questa diagnosi. Pertanto, sulla base di quanto detto rispetto al metodo decostruttivo che ho tentato di seguire, pur non rinunciando a commentare la follia morale inquadrando lavori critici socio-costruzionisti specificamente dedicati ad essa all'interno di più ampie analisi che, in realtà, riguardano in generale il portato del nuovo gruppo delle follie parziali, e che derivano soprattutto da esami della letteratura psichiatrica francese, ho limitato il mio commento specifico dei testi alla storia di questo disturbo.

È vero tra l'altro che la storia della follia morale, pur appartenendo alla psichiatria britannica e americana ha di fatto conosciuto contaminazioni, influenze e sovrapposizioni plurime e significative, nonché vere e proprie trasposizioni, in tutta Europa (Germania, Italia, Francia, per esempio) e questo permette di non escludere dalla ricerca i legami con un contesto occidentale più ampio. Ciò può essere ulteriormente dimostrato dalla ricerca sulla follia/imbecillità morale/immoralità costituzionale attraverso le cartelle cliniche che vanno dal 1873 al 1939 del manicomio veneziano di San Servolo presentata parzialmente in appendice.

Poi ho descritto brevemente le vicende, le alleanze e le conflittualità del movimento psicoanalitico d'oltreatlantico e le caratteristiche essenziali del corpus di sapere emergente della cosiddetta psicologia dell'Io americana. Grazie a questo quadro ho potuto successivamente analizzare più attentamente la letteratura psicoanalitica su quelle che per la prima volta cominciano ad essere riconosciute da alcuni autori come sindromi borderline negli anni quaranta e cinquanta (Stern, 1938, Deutsch, 1942, Schmeidler, 1947, Hoch, Polatin, 1949, Knight, 1953, Rado, 1953). Tali patologie venivano allora considerate come dovute ad una debolezza e a un disfunzionamento dell'Io e delle sue funzioni, con la conseguenza di un'impossibile realizzazione personale e sociale, di un mancato adattamento. Erikson (1956) introdusse ufficialmente in questo campo il concetto di identità, concetto che divenne effettivamente essenziale da questo momento in poi per la decodifica delle problematiche borderline in ottica psicoanalitica.

La crescente diffusione di questo tipo di disagi nel corso degli anni sessanta e settanta, sarà tale da comportare un cambiamento nella pratica clinica e nella teoria relativa. Si tratta di una trasformazione notevole e significativa all'interno del percorso tracciato. Molto sinteticamente, come è stato ormai riconosciuto da molti clinici e non, si è passati da costellazioni sintomatiche nevrotiche centrate sul conflitto e la rimozione, classicamente interpretabili nel quadro della metapsicologia e della tecnica psicoanalitica di matrice freudiana, a modelli incentrati sul deficit e la mancanza, le relazioni oggettuali, la sintonizzazione e l'empatia in risposta a quadri identitari sfaldati e per l'appunto borderline (Recalcati, 2006). A partire da qui l'etichetta borderline comincerà ad essere associata ad una vera e propria, autonoma ed instabilmente stabile, struttura patologica della psiche (Kernberg, 1967). Questo passaggio è stato al centro della riflessione che ho svolto nella mia tesi di laurea e dunque ho potuto avvalermi in questa sede di una significativa mole di lavoro, studi e letture che feci qualche anno fa, inserendole all'interno di questo nuovo itinerario di ricerca.

- La terza fase riguarda infine l'imporsi della psichiatria neo kraepeliniana e biologica e va dalla comparsa nel DSM-III ad oggi, con le linee guida per la stesura della quinta edizione²⁶. Si cercheranno di mettere molto sinteticamente in luce il succedersi dei focus di ricerca negli anni ottanta e novanta fino al presente. La storia di quest'ultima fase del disturbo "è una storia degli slittamenti dei contesti socio-politici in cui la psichiatria americana è implicata" scrive Dana Becker (2000, p.423). Il bpd infatti, come gli altri disturbi di personalità, si presenta particolarmente

²⁶ Naturalmente verranno almeno menzionati anche alcuni fondamentali studi precedenti, che risalgono perlomeno agli anni settanta; mi riferisco per esempio alle principali ricerche che hanno dato origine all'impianto del DSM-III (Feighner, 1972, Spitzer, Endicott, Robins, 1975) o ai celebri studi di Grinker et al. (1968), Gunderson e Singer (1975) e Spitzer (1979) che differenziò definitivamente il disturbo borderline da quello schizotipico.

vulnerabile ai cambiamenti culturali ed economici in atto, proprio in quanto lontano da una tradizionale malattia medica e, almeno fino ad ora, distante dall'essere risultato del tutto sia affidabile che valido.

Ecco i principali temi focali che si sono intrecciati nella ricerca psichiatrica modificandone la direzione e provocando degli slittamenti concettuali nella fisionomia del disturbo:

- il distacco definitivo dalla schizofrenia e dai sintomi ad essa connessi ed il miglioramento prognostico conseguente (Spitzer et al.1979);
- la centralità dei problemi affettivi, tale per cui il dibattito si è concentrato sull'ascrivibilità o meno della diagnosi allo spettro dei disturbi dell'umore: è la fase cui abbiamo già accennato e da molti definita come temperie affettifila (Akiskal 1981, 2002, Akiskal et al. 1985);
- la centralità dell'eziologia traumatica, tale da concentrare il dibattito sull'ascrivibilità o meno della diagnosi ai disturbi dissociativi, in particolare al disturbo post-traumatico da stress. La mole di ricerche su trauma e dissociazione ed il paradigma cosiddetto dello stress hanno giocato un ruolo fondamentale nell'aggiunta del nono criterio nel DSM-IV (Herman et. al 1987,1989);
- la centralità dell'impulsività come dimensione ereditaria e temperamentale importante se non primaria, all'interno del disturbo, tale da renderlo ascrivibile tout court allo spettro delle sindromi da discontrollo degli impulsi (Coccaro 1993, Zanarini 1993).

A partire da quest'ultimo tema si apre un'ultima serie di questioni, di più difficile messa a punto, poiché riguarda la più recente attualità e quelle che sembrano essere le direzioni future della ricerca. Centrali sono qui gli studi sull'impulsività come dimensione transnosografica (Barratt, 1993) ed il dibattito tra modelli categoriali dimensionali per la descrizione dei disturbi di personalità nel DSM-V, controversia tutt'oggi irrisolta (Oldham, Skodol, Bender, 2005, Maffei, 2008, APA, 2010) ²⁷.

L'impulsività costituisce in questo quadro “una buona entità transnosografica, che si va a manifestare altrettanto bene sia nei disturbi della personalità, che nella depressione o nella schizofrenia ma in modo specifico a ciascun disturbo. Perciò, in quanto ‘attore’ della clinica, l'impulsività può costituire un problema terapeutico specifico, su cui può essere dunque applicata la nozione di farmacologia dimensionale” (Mouchabac, 2000, p.66). L'equilibrio della persona in quest'ottica ha come possibili disfunzioni i due opposti di inibizione-disinibizione, che fanno capo al sistema serotoninergico (Coccaro, Siever, 2005). Scrive Ehrenberg in proposito: “Ora il concetto chiave dell'analisi non appare più la sindrome, condannata ormai all'oblio in quanto residuo di una nosografia inadeguata ai disturbi mentali, bensì la dimensione. E le dimensioni sono due: l'inibizione e l'impulsività. L'una opposta all'altra e, insieme, le due facce della patologia

²⁷ È significativo che tra gli autori che stanno spingendo fortemente nella direzione di una clinica dimensionale nella patologia della personalità, come vedremo, figurino anche John Livesley, che è l'attuale editore del Journal of Personality Disorder.

dell'azione: nell'inibizione l'azione è assente, nell'impulsività, incontrollata. Il territorio della depressione sconfinava in quello dell'apatia, della quale l'impulsività non è che il rovescio speculare” (Ehrenberg, 1998, p.230). In questa nuova lettura la patologia è concettualizzata innanzitutto come uno stile di azione. Per esempio, il dolore morale della depressione diventa la conseguenza del rallentamento psico-motorio, e le cure elettive e specifiche per questo problema divengono gli antidepressivi e i disinibitori. Al contrario, nei pazienti iposerotoninergici prevarrebbe la dimensione dell'impulsività, con le relative violenze improvvise, passaggi all'atto, idee suicide, bulimie, assuefazioni. La serotonina diviene così la nuova pietra angolare della ricerca farmacologica e, di conseguenza, psichiatrica, in quanto substrato biologico di una dimensione clinica presente in diverse patologie, tra cui appunto quella legata ai fenomeni psichici di anedonia, impulsività e ricerca inesausta di sensazioni (Mouchabac, 2000, p.66).²⁸

Non solo, come dimensione di natura neurobiologica essa viene considerata caratteriale, stabile, ereditaria²⁹, soprattutto nel campo dei disturbi della personalità. In questo quadro i pazienti borderline, e più in generale quelli del cluster B, sembrerebbero condividere questa importante, addirittura discriminante caratteristica temperamentale³⁰.

Attraverso quest'ultima fase emerge in tutta la sua problematicità quello che possiamo definire con Ehrenberg il “terzo mutamento di figurazione del soggetto” che conduce “all'individuo traiettoria” ad al paziente mai guarito ma cronicamente attivo, nonostante le sue possibili invalidità, sempre occupato nel mantenimento della sua qualità di vita, come in una performance. Se grazie alla seconda parte mi è stato possibile analizzare il passaggio dalle patologie dell'identificazione a quelle dell'identità, che vedono come loro nucleo genetico il problema dell'autoaffermazione e della costruzione della personalità a fronte di un licitazionismo crescente, in questa terza parte l'accento cade sul problema della crescente centralità del vettore “azione individuale” sempre più

²⁸ I medesimi tratti potrebbero, in una visione diametralmente opposta, ricollegarsi alla configurazione attuale del capitalismo globale con la sua “totale sottomissione dei valori d'uso a manifestazioni dei valori di scambio” (Madera, 1999, p.51), tale da creare quelli che Weber aveva definito gaudenti senza cuore. In questa chiave un tratto anestetico ed una perenne inesausta ricerca di stimoli potrebbero essere associati alla furiosa moltiplicazione dei consumi, di cui l'eventuale carenza di serotonina nei singoli potrebbe essere se mai una conseguenza, possibile segno tangibile di una differente condotta. Si è già precisata in ogni caso la volontà di evitare entrambe le prospettive di un riduzionismo deterministico, sia che esso si presenti ambientale, sia che esso si presenti biologico. Nella realtà le due sfere non possono essere realmente scisse se non sulla base di un'esigenza arbitraria, come potrebbe dimostrare molto efficacemente un concetto di matrice biologico-evolutiva quale quello di nicchia ecologica, non a caso scelto da Hacking per la sua riflessione epistemologica sui saperi psicologici.

²⁹ Si confronti per esempio Heim e Western (2005, p.39), dove si trova scritto: “È stato dimostrato che anche altre componenti del bpd hanno una base sostanziale ereditabile (per esempio, problemi di identità, impulsività, stabilità emotiva)”.

³⁰ Si confronti per esempio in Gunderson (2001, p.10, pp.42-45, p.60), o anche Paris (2008, p.47 e seg.) in cui la dimensione dell'impulsività (disinibizione) viene descritta come comprendente un insieme di fenomeni psicologici che hanno un substrato biologico comune. Essa avrebbe appunto una notevole base biologica e costituirebbe secondo questo autore un aspetto centrale della personalità borderline.

apparentemente slegato da ogni contesto, se si esclude ovviamente l'orizzonte della ricerca neurochimica.

Condizione magistralmente dipinta da Bertold Brecht nella poesia "Il cambio della ruota":

"Siedo sul ciglio della strada.

Il guidatore cambia la ruota.

Non mi piace da dove vengo.

Non mi piace dove vado.

Perché guardo il cambio della ruota con impazienza?"

Credo che queste parole possano mostrare efficacemente, in forma condensata e metaforica, quali problematiche conseguenze potrebbe portare con sé nella realtà contemporanea l'inscrivere i sintomi impulsivi, addirittura quelli appartenenti ad un quadro tanto legato ad una disfunzione identitaria quale quello del disturbo borderline di personalità, in un discorso puramente neurochimico ed acotenstuale senza tenere conto dell'indebolimento progressivo di quei filtri assimilativi della cultura, all'incrocio fra singolo e società, che necessariamente si allentano a fronte di un crescente sradicamento territoriale, relazionale, e storico. Sradicamento che oggi sembra sempre di più riflettersi sulla psiche individuale nei suoi aspetti consci ed inconsci e che il discorso delle scienze psichiche, reificandosi, oggettivandosi, assimilandosi alla medicina e sottraendosi all'adozione consapevole di una determinata Weltanschauung filosofica, mi sembra francamente incoraggiare.

Capitolo 1

La Moral Insanity come deficit di self-control: instabilità affettiva ed impulsività patologica in relazione all'avvento della modernità

Ricondurre il discorso a determinate origini significa fondarlo ed è sicuramente un elemento importante nel delinearsi della sua fisionomia. Durante il corso dell'Ottocento si andò configurando la *borderland* che ho considerato il più significativo precursore del disturbo borderline, ovvero una multiforme sintomatologia che poteva prescindere da una compromissione dell'intelletto; un nuovo territorio patologico che ampliava significativamente per la prima volta il confine della malattia mentale e ne mutava sensibilmente la natura, territorio che qui si analizzerà, mettendo a fuoco nello specifico la storia della diagnosi di follia morale.

Nella letteratura psichiatrica stessa, pur senza mai essere approfondita o motivata nei dettagli, è indicata la follia morale quale precursore del disturbo borderline. Dal momento che l'obbiettivo sarebbe quello di tentare di decostruire un discorso egemone mettendone in luce le matrici storiche e concettuali, sono necessariamente gli enunciati di questo discorso a dover diventare oggetto di analisi.

Anche nei lavori di taglio socio-costruzionista che ho consultato sul tema viene suggerito questo filone di ricerca. Parlo di suggerimenti proprio perché lo spazio a ciò dedicato nei testi che ho utilizzato non era ampio e molte questioni rimanevano silenti o irrisolte. Laddove tale argomento era esplorato più approfonditamente, per esempio nei libri di Wirth-Cauchon (2000, 2001), la quale si rifà ai magistrali testi di Elaine Showalter (1985), esso veniva tuttavia declinato sulla base di una domanda di ricerca differente, per esempio quella riferita alla prevalenza di genere che caratterizza il disturbo, perlopiù diagnosticato alle donne. Ho cercato invece di ricostruire questa storia sulla base del mio interesse, ovvero in relazione all'attuale discorso sull'impulsività borderline come dimensione medicalizzata e alle sue ricadute sulla clinica e sull'educazione, in relazione ai mutamenti storico-culturali nella costruzione della soggettività. Non ho trovato alcun lavoro già svolto orientato in questa direzione, pertanto ho dovuto farlo io stessa, con le difficoltà ed i vantaggi che ciò comporta.

In effetti la follia morale può chiaramente fare luce nella sua evoluzione su numerose questioni connesse al problema dell'autoregolazione nella configurazione attuale della modernità. La sua fenomenologia clinica sembra segnalare, su un piano collettivo, le difficoltà e le resistenze nella costruzione del nuovo soggetto moderno e quelle riguardo alle sue possibilità di riuscita e integrazione nella società, mostrando i caratteri e le faglie di una nuova educazione sentimentale.

Non a caso si tratta di una diagnosi che Ian Hacking avrebbe definito transitoria, ovvero apparsa e scomparsa in un determinato periodo e certo intrisa di storicità, anche per la natura del campo significativo che va a coprire, ovvero quello della vita morale dell'individuo, all'incrocio tra mentale e sociale, psiche e ambiente, esattamente come il disturbo borderline di personalità. Credo che ciò che scrive Vinzia Fiorino sull'isteria alla luce del suo rapido comparire ed eclissarsi a cavallo XIX e XX secolo, possa essere considerato altrettanto valido per la diagnosi di follia morale: "essa costituisce un ottimo esempio per cogliere il modo in cui l'elaborazione teorica di una data categoria nosografica, articolata in fasi e segni ben precisi, abbia agito come una mappa di base per lo psichiatra che proiettava ed interpretava una serie di manifestazioni e di comportamenti secondo il modello teorico elaborato. In seguito alla costruzione di una precisa nosografia, quindi, gli psichiatri hanno letto e riunito determinati sintomi all'interno di un quadro coerente con il modello teorico e pertanto hanno, in questo senso, "costruito" una determinata etichetta sociale" (Fiorino, 2002, pp.149-150).

È indubbio poi un legame e una similarità tra follia morale e disturbo borderline di personalità: non nella direzione di una loro sovrapposibilità sostanziale, celata sotto nomi ed etichette differenti, approccio che anzi si tenta proprio attraverso questo lavoro di contestare, piuttosto in un duplice differente senso:

a- da una parte, nel suo essere una sindrome sempre al confine, al margine di un discorso più stabile e consolidato. Nel suo essere una categoria fragile la follia morale si è trovata al centro di una polemica ed ha subito un'evoluzione assai utile per mostrare tutti i punti critici dei discorsi psichiatrici che incrinava e di quelli che dischiudeva.

b- Dall'altra, in virtù del fatto che nell'evoluzione dei discorsi che gli hanno dato forma hanno avuto risalto centrale le considerazioni sull'impulsività, sull'instabilità umorale e relazionale, sul legame fra trauma, predisposizione alla malattia mentale e follia, e sull'incapacità di adattamento e di costruzione di un'identità sociale funzionale, sana, legittima. Essa dunque riesce a fare luce sulle radici storiche delle disfunzioni dei quattro domini da cui oggi si ritiene composto il disturbo borderline, ovvero l'instabilità affettiva (meglio sarebbe dire dell'umore), l'impulsività patologica, l'instabilità relazionale che secondo il discorso psichiatrico attuale deriverebbe dalle altre due, ed infine i sintomi dissociativi di fronte allo stress (Paris, 2008, pp.44-45). Inserita nel contesto più ampio delle follie parziali, è altrettanto utile a mettere a fuoco le radici storiche dell'idea più generale di disturbo di personalità con il relativo lessico e le nozioni basilari all'interno delle teorie oggi maggiormente diffuse, quali quelle di tratto, temperamento, tipo (Berrios, 1993, Lingiardi, 2004, pp.32-42).

La follia morale si presenta molto adatta a mostrare vari aspetti del rapporto tra auto-regolazione del Sé e condotte impulsive, fornendo elementi importanti per una riflessione filosofica sulla libertà ed il libero arbitrio, sul rapporto con i limiti e gli intrecci tra felicità personale e collettiva. L'impulsività gioca infatti all'interno di questa storia un ruolo chiave, entrando per la prima volta nel discorso psichiatrico ed obbligandolo a confrontarsi con plurime questioni sociali e filosofiche, come è bene visibile in tutto il dibattito forense cui ha dato luogo questa diagnosi. In questo senso essa può essere considerata come parte, se non madre, del gruppo ottocentesco dei disordini della volontà, categoria oggi sparita dalla clinica eppure centrale come vedremo nella nascita della psichiatria dell'impulsività. La scomparsa progressiva di questa categoria segnala una serie di slittamenti importanti, in primo luogo, semplificando, la necessità di separare una psicologia medica dell'azione -che fa oggi capo come vedremo al concetto di lobo frontale esecutivo e sistema serotoninergico- da una filosofia dell'azione che si interroghi, a partire da una Weltanschauung che riesca a tenere insieme individuo e mondo, biologia e storia, sul senso dell'esistenza e sulle forme possibili di un'attuale psicologia morale della libertà³¹.

È esattamente su questa sindrome che vertono tra l'altro i testi scelti da Michael Stone per la prima sezione della sua antologia, con l'intento di descrivere quella che individua come la fase aurorale del disturbo. Si tratta appunto di un estratto del libro di Prichard (1835) *A Treatise on Insanity* in cui viene descritta la diagnosi di *Moral Insanity*, che useremo per l'analisi nella versione completa (Prichard, 1835a).

Seguono poi un testo di Hughes, C.H., del 1884, e uno di Irving Rosse del 1890 che, sulla scorta di Prichard, approfondiscono alcune caratteristiche cliniche del disturbo che chiameranno rispettivamente *Moral Affective Insanity - Psychosensory Insanity*, e *Borderland Insanity* di cui soprattutto discuteranno le implicazioni medico-legali, legate al problema della responsabilità penale. È interessante l'uso che Stone fa di questi materiali, i quali vengono lasciati come parte a se stante nel testo, con relazioni pressoché inesistenti con ciò che è stato scritto a posteriori e persino con quelle pagine introduttive che dovrebbero servire a presentarli e inquadrarli³². Inoltre non vengono messi in discussione i presupposti che ne fondano la scelta, in cui ciò che in ultima analisi è rilevante è l'identificazione della possibilità di una follia parziale, follia che lascerebbe intatte le facoltà intellettuali pur pervertendo gli istinti e le facoltà morali e di conseguenza i comportamenti e le abitudini, passaggio come abbiamo già scritto assai importante, sia rispetto al prendere forma di una compagine affettivo-emotiva-istintuale, con una relativa possibile autonomia psicologica e patologica, sia in relazione alla nascita di un'idea relativa ad una possibile patologia del carattere o

³¹ Su questo sono a mio avviso molto significative le analisi di Berrios e Gili (1995), e Alford (2003).

³² In questo senso è da notare che Stone circoscrive questa fase al periodo che va dal 1880 al 1930 laddove il testo di Prichard risale al 1835 e proprio alla prima metà del secolo come si cercherà di mostrare, storicamente appartiene.

della personalità (poiché si tratta di due concetti fondamentali nell'evolversi del discorso psichiatrico sul disturbo, la loro mancata analisi potrebbe essere il segno di un'adesione irriflessa ad un paradigma consolidato che si è reso dominante ed indiscusso). È inoltre lasciata del tutto priva di commento la questione della responsabilità penale al centro del testo di Hughes, che solleva il problema del rapporto psichiatria-società e malattia mentale-libertà, questioni che si configurano invece come due perni della mia indagine storica (anche questo segnala e ribadisce l'assenza di interesse del discorso psichiatrico verso la riflessione dei rapporti della disciplina con il mondo "non medico").

Ma vediamo più da vicino la presentazione che Stone fa di questa prima fase, che è suddivisa in cinque parti, ciascuna dedicata ad un decennio:

1- 1880-1890: "nel 1880 il concetto di borderline stava appena prendendo forma" (Stone, 1986, p.5), scrive Stone. Il quadro era ancora dominato dalla *démence précoce* di Morel, non ancora trasformata nella *daementia praecox* krapeliniana e dalla *folie de double forme* di Baillarger, che dovrebbe essere considerata il precursore dell'attuale sindrome maniaco-depressiva: "...il reame della diagnosi consisteva principalmente in due nebulosi concetti circa le psicosi e le neurosi, (quest'ultima utilizzata come un'etichetta vaga e iperinclusiva che designava ogni tipo di lieve condizione nervosa)" (Stone, 1986, p.5). Lombroso, sostiene Stone, cominciò ad usare l'etichetta borderline nel 1870 per designare alcuni casi di criminali che si situavano al confine tra follia e normalità: "Dal momento che considerare l'idea che un criminale fosse normale, solo perché non delirava, sembrava ripugnante a Lombroso così come lo sembra a noi" (Stone, 1986, p.6).

"La prima borderland o i primi casi borderline furono dunque quelli di sociopatici non soggetti a deliri e allucinazioni" (Stone, 1986, p.6). A questi secondo Stone andrebbero aggiunti i malati mentali in modo permanente ma non del tutto folli, né mai in grado di raggiungere la soglia della normalità, descritti per esempio nei testi di Hughes e Rosse, quelli che per primi avrebbero occupato secondo lui l'iniziale territorio borderline che stava prendendo forma tra psicosi e nevrosi. Non lo esplicita, ma si tratta dei folli morali.

2- 1890-1900: Gli articoli scritti nel corso di questo decennio, pur usando raramente il termine borderline, sarebbero a volte tuttavia sufficientemente dettagliati secondo questo autore da permettere una diagnosi a posteriori. È il caso della *folie hysterique* così come delineata da Falret la quale sarebbe a suo avviso perfettamente corrispondente al quadro delle donne istrioniche ed umorali descritte da Donald Klein e Liebowitz negli anni ottanta con la dicitura *Hysteroid dysphoria*. Infatti Falret parla significativamente di labilità dell'affetto, impulsività ed estrema contraddittorietà di attitudine. Se guaribili, i casi descritti dallo psichiatra francese, verrebbero oggi senz'altro ascritti, secondo Stone, alla categoria borderline vista l'instabilità, l'assorbimento in

fantasie e tutte quelle caratteristiche che si ritrovano bene per esempio nella teoria di Kernberg e in quelle affermatasi successivamente. Cita per dimostrarlo un breve estratto di un caso di Falret del 1890, brano con cui per altro chiude questa seconda parte: “Per cominciare, si nota una grande labilità in tutte le disposizioni emozionali, che fluttuano a seconda del momento in cui le si osserva. Alternano, ad intervalli davvero brevi, dall’eccitamento alla depressione, nello stesso modo in cui cambiano d’improvviso e bruscamente, dal punto di vista dell’espressione fisica, tra uno scoppio di risa e uno di pianto. Esse si entusiasmano, con ardore e con passione, per ogni persona od oggetto che vogliono possedere, a tutti i costi. Non risparmiamo nessuno sforzo o sacrificio per ottenere il loro obiettivo. Ma una volta ottenuto -o anche prima che l’obiettivo sia raggiunto- slittano improvvisamente ad un altro estremo. Il loro amore si trasforma in odio; la loro simpatia in disdegno; il loro desiderio in repulsione - e loro investono tanto sforzo nell’allontanare ed evitare l’oggetto che hanno perseguito fino al momento prima di ottenerlo. Sono, ed in ogni cosa, volubili e capricciose, presentando un estremo di mutevolezza nelle loro idee e sentimenti” (Stone, 1986, p.7).

3- 1900-1909: In questo decennio sarebbe centrale il lavoro di Kraepelin, che Stone ammette di aver collocato in questo lasso di tempo per certi aspetti arbitrariamente, visto che il suo lavoro si estende ben oltre questo periodo, ma sulla base della pubblicazione della sua opera magna *La psichiatria* apparsa nel 1905. Il riferimento è alle forme più lievi di *dementia praecox* e di disturbo maniaco-depressivo anche se l’autore tedesco non usò per designarle il termine *borderline*. Ancora più calzanti risulterebbero le sue descrizioni dei temperamenti associati alle psicosi maniaco-depressive (Kraepelin parlò di temperamenti depressivi, maniacali, irritabili e ciclotimici) che secondo Stone si adatterebbero perfettamente ai risultati dell’attuale ricerca e nosologia. Così come sarebbero compatibili con essi i lavori di Janet su isteria e quadri ossessivi e anoressici, i quali pur essendo ancora più accurati di quelli di Falret vennero poco considerati dai posteri solo per via dell’imporsi successivo di una psicoanalisi americana che ha rifiutato decisamente i quadri meramente descrittivi e la ricerca di cause organiche per diversi decenni. Per lo stesso motivo queste descrizioni cliniche, così accurate e perfettamente sovrapponibili alla sindrome corrente, sono state a suo avviso trascurate, tacciate di aridità a fronte del nuovo campo delle dinamiche psichiche dischiuso dalla psicoanalisi, considerato ben più interessante della chiarezza nosologica e fenomenologica.

4- 1910-1920: In questi anni egli colloca la descrizione dei casi *borderline* dal punto di vista dell’analizzabilità psicoanalitica, a partire dalle nevrosi narcisistiche freudiane. Inoltre dedica un largo spazio alla descrizione delle schizofrenie *borderline*, cioè compensate, descritte da Bleuler nella sua monografia del 1911. Ciò che sottolinea Stone con enfasi di questo passaggio, è lo slittamento verso una migliore prognosi, verso la possibilità di cura. Riporta per esempio questa citazione: “Io conosco schizofrenici, che, seguendo la loro malattia, sono riusciti a condurre

complicati affari ad alti livelli; ne conosco uno che, dopo due crisi di stato chiaramente catatonico, circa sette anni dopo era ancora capace di insegnare, portando avanti la sua attività scientifica indipendente e mantenendo una reputazione mondiale nella sua specialità. Un altro di questi catatonici è diventato più tardi molto conosciuto come poeta. [...] Questi esempi ci mostrano la necessità di non chiudere gli occhi di fronte alla possibilità di un outcome favorevole” (in Stone, 1986, p.10). Stone precisa a questo punto, che si tratterebbe in questi casi di maniaco-depressivi e non di schizofrenici, quindi in certo qual senso di un errore nell’attribuzione dell’etichetta diagnostica da parte di Bleuler.

5- 1920-1930: Non ci sarebbe quasi nulla di rilevante in questo periodo di tempo. Cita un lavoro di Henriette Klein che avrebbe utilizzato le etichette di preschizofrenico e schizotipo, successivamente riprese da autori più influenti nel quadro della storia del disturbo borderline (per esempio Deutsch o Rado). In ogni caso, cercando nel gruppo dei pazienti scarsamente analizzabili in quanto tendenti all’acting out nel setting analitico, si potrebbero trovare dei quadri pertinenti. Un esempio secondo lui potrebbe essere quello dei caratteri impulsivi descritti da Reich nella sua monografia del 1925. Il rilievo finale riguarda la formazione degli psichiatri che ancora negli anni venti ricevevano una formazione ospedaliera oltre che psicoanalitica, formazione che rendeva loro familiare l’idea di tara ereditaria, nozione purtroppo diventata in seguito a loro estranea, per via di un iter formativo divenuto esclusivamente psicoanalitico.

Riassumendo abbiamo nel suo commento un’enfasi su labilità dell’umore, impulsività e outcome favorevole di una sindrome che viene ricostruita a partire da quadri di sociopatici non del tutto folli, i quali potrebbero essere avvicinati agli attuali pazienti affetti da disturbo antisociale di personalità, e poi sviluppata attraverso due percorsi, quello che va dall’isteria al disturbo istrionico di personalità (che viene illustrato con casi femminili), e quello che va dal riconoscimento di forme di schizofrenia con migliore prognosi, ai disturbi dell’umore ed a caratteristiche di personalità associabili ad essi. Abbiamo già detto di quanto questa impostazione risenta di specifiche idee dell’autore in relazione alla direzione della ricerca egemone in quel periodo. È altresì visibile l’adozione di una visione progressiva e lineare della storia della sindrome tesa ad identificare quadri sintomatologici simili al di là delle corrispondenze terminologiche, le quali tuttavia vengono talvolta considerate in sé senza alcuna precisazione metodologica a riguardo e senza una discussione sullo slittamento dei piani e la loro possibile integrazione.

In ogni caso ritengo che le basi storiche di queste due traiettorie, almeno per come esse si inscrivono nel disturbo borderline di personalità, anche se ciò non viene esplicitato né motivato, debbano effettivamente venir indagate attraverso un’analisi delle condotte impulsive e delle difficoltà umorali e relazionali, nonché nelle caratteristiche temperamentali, all’interno

dell'evoluzione della diagnosi di follia morale nel corso dell'800, al centro dei testi antologizzati per questa prima fase e poi trascurati.

È proprio ciò che si vorrebbe fare con la storia che segue, facendo emergere in tutta la sua significatività il portato di questo silenzio nel discorso psichiatrico.

Storia della follia morale nel pensiero psichiatrico dell'800

1- La nascita della follia morale di James Cowles Prichard

Durante i primi decenni dell'Ottocento, tre diversi psichiatri quasi contemporaneamente, uno americano, uno francese e uno inglese, rispettivamente Benjamin Rush (1745-1813), Philippe Pinel (1745-1826), James Cowles Prichard (1786-1848), danno forma ad una nuova etichetta diagnostica per alcuni aspetti simile. Rush parla di *moral derangement*, Pinel di *manie sans délire* e Prichard di *Moral Insanity*³³.

Per quanto riguarda lo statunitense Rush, devoto presbiteriano fortemente convinto della perfettibilità umana, fermo oppositore della schiavitù e della pena di morte nonché sostenitore di riforme per la disponibilità della medicina per i poveri, i diritti animali e una maggiore parità nell'educazione femminile e maschile, e ciononostante famoso per i suoi metodi coercitivi e paragonabili a torture disposti per i malati mentali, egli scrisse nel 1786 il trattato *The Influence of Physical Causes upon the Moral Faculty*. In questo testo, secondo alcuni il primo a ridefinire la follia come malattia e non come peccato o punizione di esso (Rafter, 2004, p.986), egli sostiene l'indipendenza della facoltà morale nella mente umana, descrivendola come quella capacità di scegliere tra bene e male, vizio e virtù. Non sovrapponibile del tutto alla coscienza, la quale si limiterebbe a valutare e decodificare il senso delle azioni ma non presiederebbe alla scelta di agire, questa capacità presente fin dalla nascita rappresenterebbe "la legge scritta nei nostri cuori" (Rafter, 2004, p.986) e potrebbe essere, e questo è il centro del trattato, come è evidente già dal titolo, danneggiata per motivi fisici.

Rush distingue una totale depravazione morale, in cui sia la coscienza che la vera e propria facoltà morale sarebbero lese, da una parziale debolezza della facoltà morale, in cui il criminale si renderebbe conto di sbagliare (rispettivamente definisce la prima condizione di anomia, la seconda di micronomia). Come esempio della prima, riferisce un caso di un tale Servin, uomo coltissimo, brillante e di bell'aspetto, che nonostante la sua conoscenza di lingue plurime, pur essendo poeta,

³³ Questo è vero, ma si tratta ovviamente di una semplificazione, infatti altri prima di loro hanno anticipato idee simili, come meglio vedremo, per esempio l'inglese Thomas Arnold. Inoltre le molteplici influenze che hanno portato a questo e le relazioni tra queste etichette sono complesse e meriterebbero un capitolo a parte. Tuttavia seguiamo Nicole Rafter (2004) nel presentare questa configurazione di tre nomi perché sembra veicolare efficacemente l'idea del delinarsi a livello internazionale, in un determinato momento storico, di un nuovo campo psichiatrico, che condivide appunto alcune caratteristiche importanti che segnano un svolta disciplinare e antropologica. Si tratta del gruppo delle follie parziali e, come già scritto, a parte questo breve cenno, non approfondiremo la trattazione di Pinel né più in generale quella dei francesi, nonostante l'evidente attinenza dell'argomento. Naturalmente autori quali Esquirol, Georget, Pinel e gli altri vengono citati e interpellati dallo stesso Prichard o nei testi di altri autori che considereremo più da vicino e sarà dunque impossibile, in questo senso, non spendervi pur marginalmente qualche riga.

musicista e atleta di talento, rimaneva contemporaneamente uomo blasfemo e ateo, crudele, ingannatore e giocatore immerso in ogni genere di vizi (Rafter, 2004, p.987).

Questa condizione di *defective moral faculty* può essere ereditaria o prodursi nel corso della vita per una dannosa condotta di vita, per esempio per una dieta troppo povera, o il consumo di troppi liquori, o un eccesso di sonno o ancora dei motivi climatici, per esempio per costanti nebbie e piogge. In questo caso, la cura provvederà ovviamente a regolarizzare la dieta, moderando l'alcool ed imponendo il vegetarianesimo, ed imporrà lavoro e solitudine.

Come esempio invece della seconda condizione, Rush sceglie quello di una donna che normalmente osserva con rispetto tutte le leggi e vi crede, salvo essere presa saltuariamente da un impulso irrefrenabile di rubare, che lei stessa a posteriori giudica inaccettabile e di cui si vergogna.

Lo psichiatra americano svilupperà ulteriormente questo discorso proponendo una suddivisione della mente in nove diverse facoltà le quali possono essere compromesse selettivamente dando origine a quadri di follia parziale o totale, ma che nel loro insieme, tuttavia, non vengono visti come peccati o possessioni demoniache, quanto piuttosto fenomeni naturali passibili di una spiegazione scientifica. Pertanto i folli morali che compiono atti criminali sono da lui visti e valutati come persone cui riservare compassione, tristi e malate.

Per quanto riguarda invece il francese Pinel, noto per l'invenzione della cura morale e quel simbolico gesto di liberazione dei folli dalle catene che tanto ha fatto discutere la storiografia psichiatrica, direttore degli asili parigini di Bicêtre e della Salpêtrière, paladino dell'osservazione minuta e dell'investigazione analitica nel campo appena dischiusasi, dominato dai principi della ricerca libera, di quella da lui definita come filosofia medica, egli notò che la mania, o follia che dir si voglia, non si presentava necessariamente accompagnata da delirio o allucinazioni. Afferma infatti di aver conosciuto numerosi folli negli asili i quali non mostravano lesioni nella capacità di comprendere e ragionare. Conia una nuova etichetta, la mania senza delirio, di cui nel suo trattato presenterà tre casi. I primi due sono dei criminali, i quali pur essendo preda di eccessi maniaci non perdevano la capacità di rispondere in modo logico e consequenziale e che, una volta terminati i furori si pentivano delle loro azioni e tentavano anche ripetutamente il suicidio. Il terzo caso è quello invece che somiglia maggiormente ai quadri descritti da Rush. Ecco l'intero passaggio (dal *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale* di Pinel del 1809), che James Prichard stesso citerà estesamente nella sua trattazione sulla follia morale:

“Un solo figlio con una madre debole e indulgente che gli concede abitualmente la gratificazione di ogni capriccio e passione, ai quali è suscettibile a causa del suo temperamento non tenuto e violento. L'impetuosità della sua disposizione aumenta con gli anni. Il denaro con cui egli è generosamente mantenuto rimuove ogni ostacolo all'indulgenza dei suoi desideri selvaggi. Ogni

istanza di opposizione o resistenza lo trasporta ad atti furiosi. Egli assalta i suoi avversari con l'audacia di un selvaggio; sogna di regnare con la forza ed è perpetuamente assorbito in dispute e litigi. Se un cane, un cavallo, o altri animali lo offendono, lui all'istante li mette a morte" (in Prichard, 1835a, pp.118-119). Eppure, continua Pinel, il giovane capriccioso quando non è mosso da passioni, possiede un giudizio che funziona perfettamente. Per questo potrà magari condurre, nel caso per esempio disponesse del denaro sufficiente, una vita ineccepibile, ma alla prima grossa offesa, difficoltà o rifiuto può ritrovarsi a commettere un delitto che ne determinerà il confino a vita a Bicêtre.

Si vede bene come il punto centrale sia proprio il focus sugli affetti, le emozioni e la volontà che possono risultare autonomamente stravolti, perversiti o danneggiati, anche in assenza di deliri e di danni intellettuali e cognitivi. Scrive Pinel nel 1801: "Si può avere una giusta ammirazione per gli scritti di Locke, e ciononostante convenire sul fatto che le informazioni che egli dà sulla mania sono molto incomplete, nel momento in cui la concepisce come inseparabile dal delirio. Pensavo io stesso come questo autore, fino a che ho ripreso a Bicêtre le mie ricerche su questa malattia, e non fui poco sorpreso nel vedere molti alienati che non offrivano in alcun momento lesione dell'intelletto, e che erano dominati da una sorta d'istinto di furore, come se le facoltà affettive soltanto fossero state lese" (in Berrios, 1999, p.119)

Il che fa eco esattamente alla definizione di follia morale fornita da James Cowles Prichard nel 1835: "Questa forma di deragliamento mentale è stata descritta come consistente in una patologica perversione delle sensazioni, affetti, e poteri attivi della mente, senza alcuna illusione o erronea convinzione che si impone alla facoltà di comprensione: questa talvolta coesiste con un'apparente perfettamente funzionale stato delle facoltà intellettuali" (Prichard, 1835a, p.117).

Bisogna precisare però, prima di addentrarci nel discorso di Prichard, che in precedenza, all'interno della psichiatria britannica, anche Thomas Arnold (1742-1816) parlò di una forma di *Moral Insanity*. Discepolo di William Cullen³⁴, egli presentò nel suo *Observations on the nature, kind, causes and prevention of insanity* (1806) una *Moral Insanity* come forma naturale umana e costante della più generale *Medical Insanity*, ovvero della follia vera e propria. Per questo autore la *Moral Insanity* si presentava come un pericolo per tutti gli uomini e differiva dalla *Medical Insanity* solo per una questione di grado. Alla base di essa andrebbe collocato quello che chiamava *Empire of passions* in quanto le passioni potevano a suo giudizio automatizzarsi, diventare abitudini ed infine mutarsi in follia, fino a trasformare uno stato di *Moral Insanity* in pazzia tout court. Prendiamo

³⁴ Sull'importanza e la grande influenza di questo filosofo scozzese sulla prima psichiatria ottocentesca si veda Dörner (1969, pp.67 e sg): "La teoria di Cullen divenne inoltre il modello più autorevole per i fondatori della psichiatria di altri paesi, che in parte lo seguirono, in parte dedicarono le loro energie a criticarlo radicalmente. Vanno qui ricordati Pinel per la Francia, Rush per gli Stati Uniti, Chiarugi per l'Italia e numerosi medici per la Germania" (Dörner, 1969, p.70). Lo stesso Prichard ne seguì i corsi di clinica medica ad Edimburgo.

l'esempio della *Pathetic Insanity*, una delle sue possibili forme, la quale comprenderebbe "l'amore, la superstizione, l'avarizia, la disperazione e la nostalgia, tutte le aspirazioni disordinate e la violenta inclinazione alle immaginazioni più sfrenatamente romantiche, infantili o più grossolane" (in Dörner, 1969, pp.74-75). Un'altra variante di essa sarebbe la *Appetitive Insanity*: "di questa forma soffre colui che vuole assolutamente soddisfare un bisogno, anche quando esso non è adeguato alle circostanze [...] in generale colpisce coloro che, in condizioni di celibato e sottoposti all'obbligo di simulare la modestia, inseguono i pensieri lascivi della brama d'amore dai quali le leggi, l'abitudine e la religione avrebbero dovuto distoglierli" (in Dörner, 1969, p.76). Come si vedrà queste varie forme ricalcano abbastanza bene i tipi di follia morale che in seguito Prichard descriverà e definirà, che egli stesso sosterrà essere corrispondenti ad eccessi delle diverse passioni normalmente parte della compagine psichica. Ma per Arnold, come abbiamo detto, si trattava ancora di sindromi non ascrivibili alla follia vera e propria, piuttosto forme più leggere di squilibrio, inseribili in quel continuum che secondo lui andava dalla follia alla normalità senza cesure. Infatti Arnold ha fra i primi criticato l'idea di discontinuità assoluta tra follia e sanità, postulando piuttosto tra l'una e l'altra una serie di passaggi sfumati. Ciascuno secondo lui sarebbe suscettibile di passare dall'uno all'altra, da una forma naturale-morale di follia ad una successivamente contro natura, vale a dire di carattere indiscutibilmente patologico, una forma conclatamente medica.

Nel suo discorso sulla centralità delle passioni nel campo della follia, Arnold svolge inoltre un interessante paragone tra società inglese e francese in rapporto ai casi di pazzia. Alla prima, di cui lui fa parte, apparterebbero un numero molto maggiore di folli che alla seconda, proprio in virtù del suo progressismo economico e sociale, il quale porterebbe con sé un incremento delle passioni profonde, che sarebbero appunto le cause decisive della follia. Soprattutto in relazione ai tre domini dell'amore, del commercio e della religione. In tutti e tre domini importanti dell'esistenza, nell'amore, nella religione e nel commercio l'Inghilterra conoscerebbe maggiori coinvolgimenti. Per esempio laddove in Francia la religione cattolica con l'assoluzione avrebbe avuto l'effetto di placare immediatamente l'ardore dei sensi di colpa, il protestantesimo inglese lasciava piuttosto spazio a vissuti religiosi ben più struggenti; ugualmente nel commercio, laddove in Francia la monarchia assoluta ostacolava la brama di ricchezze e di guadagno lasciando languire commercio e agricoltura, al contrario l'Inghilterra, paese della libertà, richiedeva nel libero scambio un alto grado di spirito d'iniziativa e rischio (Dörner, 1969, p.73).

Considerazioni del genere, cioè legate al rapporto tra struttura della società e cambiamenti socio-culturali, più o meno ingenuo o tendenziose, troveranno spazio anche nella teoria di Prichard sulla follia morale ed in quella contemporanea sulle monomanie di Esquirol come si vedrà. Inoltre proprio con Esquirol lo psichiatra britannico instaurerà su questi temi un fertile dialogo.

Ma chi era Prichard e come arriva a proporre e definire questa nuova etichetta diagnostica e come la configurò più nel dettaglio?

Prichard definì per la prima volta la follia morale nel 1833, all'interno della descrizione scientifica della nozione di temperamento che scrisse per *The cyclopedia of practical medicine* (Augstein, 1996, p.311) ma è nel suo più celebre *Treatise on insanity and Other Disorders Affecting the Mind* del 1835 che egli la iscrisse nella sua nosologia imbevuta della filosofia medica cui cercava di dare forma. Perché, occorre precisarlo, egli non smise mai nel corso della sua vita e della sua attività di medico (si era laureato in medicina ad Edimburgo e lavorava come dottore a Bristol sia con i “folli poveri” che con pazienti ricchi), di cercare di edificare un'antropologia che unificasse le nozioni mediche e psicologiche in un quadro unitario che si accordasse alle sue concezioni teologiche. Era figlio di un mercante quacchero, si convertì nel 1810 all'anglicanesimo e non rinunciò mai all'idea che fosse necessario ed importante capire in che modo fosse possibile “salvare l'anima umana”, favorire la redenzione intellettuale e morale, raggiungere una vasta cultura (Augstein, 1996, p.314). Era quindi un tenace oppositore del materialismo e della frenologia e come vedremo ciò diede un importante contributo alla fisionomia della follia morale le cui basi filosofiche e psicologiche possono essere rintracciate piuttosto nel tentativo prichardiano di mettere insieme la medicina romantica di Heinroth e quella dei cosiddetti somatisti della scuola di Nasse, con la filosofia scozzese del senso comune di Thomas Reid e Douglas Stewart così come inserita nelle opere del medico quacchero, suo collega e compagno di studi, Thomas Hancock.

La sezione che nel suo manuale egli dedica alla follia morale comincia con la definizione che ne abbiamo già dato, che eccede la cornice lockiana e razionalista della pazzia. Una volta formulata questa iniziale definizione Prichard prosegue sostenendo che ci sarebbero molti individui che vivrebbero “non interamente separati dalla società” (Prichard, 1835a, p.117) pur essendo affetti da vari gradi di insanità. Queste persone si distinguerebbero per un loro particolare tipo di carattere, che lui definisce singolare, capriccioso, eccentrico. Anche se sulle prime potrebbero apparire normali, ad un attento esame sarebbe possibile riconoscere dei segni patologici. Per esempio una tendenza ereditaria alla pazzia in famiglia, o degli attacchi pur brevi di follia nel passato. Spesso di fronte ad un rovescio della fortuna essi sarebbero soggetti ad un brusco cambiamento, una notevole alterazione dei comportamenti e delle abitudini. A seguito di un colpo fisico o magari anche in virtù di un graduale e lungo processo di cambiamento inizialmente impercettibile, essi possono divenire infine -scrive Prichard- soggetti ai più assurdi capricci e ad una totale perversione degli affetti, rimanendo preda talvolta di un'improvvisa aggressività nei confronti persino degli amici più cari, ai quali questi individui comincerebbero a dare numerose preoccupazioni.

Mi sembra rilevante l'affermazione di Prichard secondo cui in questi casi sarebbe talvolta necessario, per esempio se la cosa riguardasse un laborioso capofamiglia, togliergli di mano almeno temporaneamente i suoi affari onde evitare guai e sperperi, ed altrettanto rilevante sarebbe a questo proposito la sua lamentela circa il fatto che questo non era allora ancora permesso, riconosciuto e reso possibile dalla legge perché se un soggetto simile avesse risposto in modo pertinente e puntuale alle domande di un giudice sarebbe stato considerato in pieno possesso delle sue facoltà mentali e dunque non malato. Il tutto reso più complicato dal fatto che questa tipologia di pazienti sarebbe stata in grado secondo lui, in generale, di giustificare molto bene la propria condotta e capace di ingannare il giudizio delle persone sane anche rispetto ai pensieri e agli atti da essi compiuti sotto l'influenza di "sentimenti molto fortemente eccitati" (Prichard, 1835a, p.118).

A questo punto Prichard fa un riferimento a Pinel ed alla sua mania senza delirio e ne riporta il caso che abbiamo già citato, per altro celebre, del giovane capriccioso. Nonostante la possibile difficoltà di riconoscere simili tipi di pazienti, è molto importante per l'autore britannico riuscire a documentarne l'effettiva esistenza, che porta con sé la possibilità di una nuova definizione di follia in cui centrali divengono le componenti emotive ed affettive per numerose ragioni che poi si cercherà di identificare.

A sostegno della sua ipotesi sulla centralità del perversimento affettivo cita un altro illustre nome, quello del celebre successore francese di Pinel, Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840): "L'alienazione morale è talmente costante che appare come la caratteristica per antonomasia del disordine mentale. Esistono folli in cui è difficile scoprire qualsiasi traccia di allucinazione, ma non ce n'è nessuno in cui le passioni e gli affetti morali non siano disordinati, perversi o distrutti. Io in questo particolare non ho mai incontrato eccezioni. Il ritorno al proprio e naturale stato degli affetti morali, il desiderio di rivedere ancora una volta i figli o gli amici..." (in Prichard, 1835a, p.119), così come il ritorno alle proprie abitudini sarebbero a suo avviso i migliori e più convincenti segni della guarigione dalla follia, ancor più della scomparsa di eventuali allucinazioni.

Riporta anche un lungo passo del più famoso allievo di Esquirol, Jean-Etienne Georget (1795-1828). Anche lui aveva infatti descritto un tipo di follia che perturbava i sentimenti e i principi attivi della mente, le inclinazioni e le abitudini. Questi capricciosi pazienti, stravaganti ed eccentrici nei loro modi ed abitudini di vita, dall'immaginazione particolarmente forte ed inadatti allo studio delle scienze esatte, potevano continuare per l'intera vita secondo questo autore ad essere preda di attacchi di follia: "Queste persone si notano per la singolarità delle opinioni, della condotta, per i transitori sbalzi di intelligenza, o colpi di genio, che contrastano fortemente con il loro abituale stato di nullità e monotonia; per la leggerezza nei pensieri, la debolezza nei giudizi, la mancanza di connessione nei tentativi di ragionare. Alcuni individui sono presuntuosi, desiderosi di sottovalutare

ogni cosa, e capaci di applicarsi a niente; altri sono stravaganti e volubili al massimo grado nelle loro opinioni e nei loro sentimenti; molti sono suscettibili, irritabili, collerici e passionali; alcuni governati dall'orgoglio e dall'arroganza senza limite; pochi sono soggetti a vaghe ansie e terrori panici” (Prichard, 1835a, p.120).

Prichard si cura di sottolineare però che Georget descrive questo stato come un primo stadio, una sorta di condizione di incubazione della follia mentre per lui essa poteva non evolvere mai in un successivo stadio di compromissione intellettuale. Inoltre a suo giudizio il termine follia morale non doveva essere usato per caratterizzare solo delle forme naturali di eccitamento del carattere. Infatti anche se era vero che le forme di follia morale potevano riguardare un eccesso delle più diverse passioni, e perciò, secondo lui, come abbiám già scritto, potevano essere numerose quanto le possibili modificazioni dei sentimenti e delle passioni nella mente umana, tuttavia a tali costellazioni sintomatiche si doveva attribuire specifico ed autonomo carattere patologico (Prichard, 1835a, p.121).

I tipi più frequenti di follia morale erano quelli di eccitamento più comunemente descritti, ma ci si poteva imbattere anche nella versione opposta e speculare dell'eccitamento maniaco, la malinconia. A volte questi stati si presentavano permanenti, a volte alternati, passando senza motivo da un estremo all'altro e magari sopravvenendo all'improvviso. Normalmente, aggiunge Prichard: “Il prevalente carattere del disturbo deriva da una costituzionale predisposizione dell'individuo; ma ci sono anche casi in cui esiste una sorprendente differenza dal temperamento naturale: persone amabili ed attente divengono abbattute e melanconiche, mentre persone tristi e taciturne cambiano la loro disposizione in una sanguigna ed eccitabile” (Prichard, 1835a, p.121).

Continua scrivendo che “una considerabile proporzione tra i più impressionanti casi di follia morale è quella in cui la tendenza alla sofferenza e alla tristezza è il carattere predominante” (Prichard, 1835a, p.121).

È in questi casi difficile, commenta Prichard, distinguere il patologico dal normale, stabilire il confine che determina o meno la malattia, e tuttavia ci sono soggetti in cui, anche senza deliri o allucinazioni, ci si troverebbe a suo avviso senza alcun dubbio di fronte ad una malattia mentale. Inoltre, “Oltre al più usuale aspetto della follia morale che alterna stati di depressione ed eccitamento, casi particolari sono contraddistinti dalla prevalenza di certe passioni e abitudini mentali...” (Prichard, 1835a, p.123) specifiche. Per esempio la presenza di rabbia eccessiva o maliziosità: “Ci sono casi di follia in cui l'intero disturbo, e in definitiva la totalità delle sue manifestazioni, consistono in una labilità a violenti attacchi di rabbia che esplodono senza cause, e conducono il folle al pericolo di commettere un serio danno alle persone che lo circondano. La caratteristica principale di questa malattia è l'estrema irascibilità dipendente da una causa fisica”

(Prichard, 1835a, p.123). A volte tale irascibilità si accompagnerebbe a manie di persecuzione e vere e proprie allucinazioni, altre si caratterizzerebbe solo per espressioni di forte malevolenza, senza provocazioni che potessero averla adeguatamente suscitata.

“In molti casi gli impulsi o propensioni a cui l’individuo è soggetto, piuttosto che i suoi sentimenti o il carattere e la predisposizione abituale, costituiscono la principale od unica manifestazione della follia. [...] Molti casi sono bene noti in cui un improvviso impulso a commettere atti atroci sorge nella mente di una persona apparentemente sana, e certo in pieno possesso delle sue facoltà intellettuali. L’impulso è spesso osteggiato dalla ragione e dallo sforzo volontario; viene confessato con disgusto e allarme ai medici o ad altre persone, che possano prendere precauzioni per evitare una abbastanza deplorabile catastrofe. In altri casi i crimini sono perpetrati senza un oggetto prestabilito o un movente, e la punizione della legge si abbatte su queste sfortunate vittime di una malattia” (Prichard, 1835a, p.124).

Da questo punto di vista il paragone con la monomania istintiva di Esquirol è particolarmente calzante; del resto il più generale riferimento alla classe dei diversi tipi di monomanie esquiroliane corrisponde piuttosto bene alle diverse forme di follia morale.

La monomania nel sistema diagnostico di Esquirol, che lui stesso collega alla *Moral Insanity* di Prichard oltre che alla mania senza delirio di Pinel, sarebbe infatti una forma di follia parziale di cui la melanconia rappresenterebbe la variante triste ed introspettiva, laddove il solo termine monomania andrebbe a designare una forma esterna ed espansiva di cui egli distingue le tre celebri sottospecie:

- a. intellettuale (derivante da un principio errato);
- b. affettiva o ragionante;
- c. istintiva.

Per Esquirol la monomania rappresentava per eccellenza la malattia del suo tempo, trattandosi di una malattia “dell’estremizzazione, della singolarizzazione e dell’unilateralizzazione dell’uomo, la malattia del progresso, dell’eccessivo volgersi verso l’esterno, dell’espansione, dell’alienazione dell’umana natura” (in Dörner, 1969, p.211). Citando Esquirol, essa è “la malattia della civilizzazione e quindi un esempio convincente del fatto che una malattia può essere concepita, e dunque può anche insorgere attraverso l’osservazione sociale piuttosto che l’osservazione medica” (in Dörner, 1969, p.211). I monomaniaci vengono descritti come intelligenti, egoisti, esaltati, espansivi, spinti dalle passioni e dalla fantasia, dalla speculazione e dalle illusioni sull’avvenire. In loro l’educazione del cuore sarebbe difettiva rispetto al progresso intellettuale. In questo quadro la monomania si configurava, pur nella sua eccedenza, come una debolezza. “La monomania è il quadro entro cui collocare ‘l’eccesso’, come tale scandaloso, ad esempio di coscienza di sé, di

presunzione (megalomania), di bisogno d'amore (erotomania), di pretesa di riconoscimento del proprio diritto (querulomania), ovvero la tendenza a bere (dipsomania), al furto (cleptomania), all'incendio doloso (piromania) etc... nonché i tossicomani di ogni tipo, omosessuali e pervertiti sessuali, criminali recidivi o abituali..." (in Dörner, pp.213-214).

Anche secondo Prichard ogni inusuale intensità ed eccesso di passioni ed emozioni doveva essere pensato come costituente una malattia mentale, qualunque fossero poi gli epiteti usati scelti per definirla: "L'eccessiva intensità di ogni passione è una malattia in senso morale; può dipendere fisicamente da certi stati di costituzione" (Prichard, 1835a, p.125). E come esempi cita a sua volta casi di nostalgia o erotomania, che rappresentano appunto dei disordini nei sentimenti.

E anche secondo Prichard, la follia morale aveva le sue radici nelle condizioni storiche, sociali e culturali in cui viveva. Come Esquirol lo psichiatra britannico riteneva infatti che la mancanza di religione e conseguente indirizzo morale avesse lasciato il posto ad un egoismo non più sotto controllo che diveniva fonte privilegiata di follia³⁵. In questo senso Prichard si rifà direttamente alle analisi di Esquirol, per osservare per esempio come, se certamente nel corso del secolo fossero spariti molti casi di superstizione e demonomania, in ogni caso bisognava notare che la mancanza di un forte quadro religioso aveva condotto in definitiva ad un aumento di follia. Infatti in assenza di una religione che si ponga come forte indirizzo morale ecco che a suo giudizio aumenta e si accresce la necessità ed il ruolo della polizia. Il tutto, osserva Esquirol, ha delle ripercussioni nelle immaginazioni indebolite dei pazienti: gli asili si riempiono infatti di monomaniaci che temono di essere costantemente perseguitati dalle forze dell'ordine. Esquirol infine, esattamente come Prichard, lamenta il freddo egoismo che va per la maggiore, l'incapacità di legame e di saldi sentimenti domestici (Augstein, 1996, p.334).

Tale freddo egoismo sarebbe secondo lo psichiatra inglese il prodotto di un raffinamento eccessivo, di un eccesso di civiltà per così dire, che fa sì che, come in effetti è secondo la sua esperienza clinica, tale disturbo riguardi più spesso persone benestanti. Prichard si rifà qui nuovamente ad Esquirol, commentando quanto avesse ragione nell'affermare che la follia riguarda i popoli civilizzati ed esiste assai poco tra i selvaggi od i barbari. In particolare, la follia morale rappresenterebbe la forma individuale di un deragliamento morale che riguarda la società intera, un disagio della civiltà legato alla sua corruzione ed incoraggiato da una mancanza di moralità in ogni singolo.

Ciò nonostante nei casi di follia morale il dominio del patologico segnerebbe il confine del vizio impedendo la punizione legale dei crimini compiuti per sua causa. E per quanto possa essere

³⁵ In realtà Prichard ed Esquirol avevano posizioni politiche differenti ma ciò che qui interessa è la convergenza di entrambi sull'influenza della vita moderna sulla follia morale.

difficile da stabilire e per certi aspetti socialmente pericolosa, questo tipo di diagnosi riveste per Prichard una validità ed un'utilità innegabili.

Dopo vari esempi di pazienti soggetti a impulsi irresistibili e incontrollati, per esempio a quello di rubare, Prichard passa ad illustrare proprio quale potrebbe essere un modo lecito e corretto di accertare e formulare la diagnosi. Occorrerebbe a suo avviso considerare le vicende e le contingenze familiari nonché la consanguineità con persone folli, la storia personale, le abitudini e il carattere, la condotta e le sue eventuali modifiche. "L'eccentricità della condotta, singolari ed assurde abitudini, una tendenza ad eseguire le comuni attività della vita in un modo diverso da quello usualmente praticato, è una caratteristica di molti casi di follia morale, ma è difficile affermare che possa costituire una sufficiente evidenza della sua esistenza. Quando, invece, questi fenomeni vengono osservati in connessione con un cattivo ed intrattabile temperamento, con un crollo degli affetti sociali, con un'avversione verso i parenti più vicini e gli amici cui prima si apparteneva, in breve, con un cambiamento nel carattere morale dell'individuo, il caso diviene abbastanza ben riconoscibile" (Prichard, 1835a, p.125).

Ultima notazione, la prognosi. Il disagio sarebbe a suo avviso, assai spesso, permanente.

2- L'idiozia morale nella seconda metà del XIX secolo: la follia morale si iscrive nella teoria della degenerazione

Dopo il trattato di Prichard la follia morale entrò nel vocabolario degli psichiatri, non solo negli Stati Uniti, in Gran Bretagna o in Francia, ma anche in Italia, Germania e Canada. Il dibattito, che vedeva una fazione sostenere la sua esistenza ed un'altra negarla, fu sempre piuttosto acceso soprattutto in Inghilterra e in America, e soprattutto, come fanno notare Dain e Carlson, le ragioni che portavano i diversi psichiatri ad accettare o rifiutare questa diagnosi furono sempre "largamente non mediche" (Dain, Carlson, 1962, p.795) e condizionate fortemente dalle "tradizioni filosofica, religiosa, legale" (Dain, Carlson, 1962, p.796) in modo esplicito.

Per quanto riguarda gli Stati Uniti, i due più celebri avversari in questa contesa, portatori delle opposte posizioni, furono John P. Gray, psichiatra di orientamento strettamente somatico che accusava una simile etichetta diagnostica di conseguenze nefaste sul piano dei credi religiosi, degli standard morali e delle pratiche legali, e Isaac Ray, che invece ne reclamava l'esistenza a dispetto di ogni possibile conseguenza extra-disciplinare. Un'estesa discussione in merito avvenne nel 1863 al meeting della Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane, associazione che poi si trasformò nella American Psychiatric Association³⁶. Dei tredici esperti

³⁶ Si confronti McFarland (1863) in cui si può trovare riportato il dibattito.

presenti, cinque si pronunciarono a favore della diagnosi ed otto contro. Anche in questa occasione, tutte le opposizioni si giocavano perlopiù sul problema legale e sociale.

A titolo di esempio riporto queste righe di Gray: “La generale tendenza della dottrina della *Moral Insanity* è cattiva. [...] è cattiva, in un senso religioso, perché tenta gli uomini ad indulgere alle passioni più forti, sotto la falsa impressione che Dio li abbia costituiti in modo tale che le loro passioni ed istinti non siano governabili dalla loro volontà e dalla loro ragione e che di conseguenza non sia una colpa punibile indulgere ad essi. Questo è fatalismo. È cattiva in un senso legale, perché protegge dalla dovuta punizione le offese che, con l’abnegazione e l’autocontrollo che l’uomo ben allenato e ben disposto è sufficientemente capace di esercitare, potrebbero essere evitate. E tende a dare una cattiva educazione, perdere le abitudini, indulgere nei vizi, trascurare il controllo dei genitori, e disobbedire a Dio” (Dain, Carlson, 1962, p.797). Gray continua il suo discorso citando la Bibbia ed affermando che la legge umana deve essere fondata su quella della ragione o su quella di Dio, altrimenti si finirebbe per giudicare Caino un folle morale, assolvendolo assurdamente³⁷.

Di contro la difesa di Ray insisteva sul fatto che non era giusto preoccuparsi delle conseguenze di un sapere medico sull’opinione popolare.

Anche se uno psichiatra americano, Chipley, dichiarò ufficialmente nel 1866 che la *Moral Insanity* era stata ripudiata in quanto falsa dottrina, non è di fatto vero che a seguito di questa data terminarono i dibattiti in proposito. Anzi vi furono ancora numerose pubblicazioni e discussioni, le quali tuttavia arrivarono a cambiarne progressivamente la fisionomia, alternando nel tempo, entro la fazione che aveva deciso di convalidare la diagnosi, articoli che ancora si rifacevano alle posizioni di Prichard, ed altri che diedero man mano una forma differente ed autonoma all’etichetta di idiozia o imbecillità morale, le cui descrizioni, pur partendo dalla follia morale congenita dello psichiatra britannico finirono per ridisegnarne il profilo.

Di questa fazione favorevole alla follia morale che però ne operò la progressiva trasformazione in idiozia morale³⁸, il pioniere fu, in America, Samuel Gridley Howe fondatore del Massachusetts School for Idiotic and Feeble-Minded Youth (poi rinominata come School for the Feeble-minded). Nel 1848, nel suo rapporto sugli idioti nel Massachussets, egli tracciò per la prima volta una distinzione tra idiozia intellettuale e idiozia morale, definendo quest’ultima come una “condizione in cui i sentimenti, la coscienza, il sentimento religioso, l’amore per il vicinato, il senso della

³⁷ Come Gray, Kirkbride, Choate. Altri mantennero una posizione intermedia: è il caso di Awl che riferendosi ad un caso appartenente a questa problematica e nociva classe di pazienti scrive: “in parte pazzo - in parte furfante, è più che due terzi assolutamente malvagio all’antica nella testa e nel cuore” e dunque si chiede se il manicomio sia un giusto posto per lui (Dain, Carlson, 1962, p.797).

³⁸ Qualche volta il nome rimaneva lo stesso, follia morale, ma la forma era analoga a quella che andava a designare la nuova etichetta di imbecillità morale. Come si vedrà nella ricerca d’archivio presentata in appendice, ancora nel Novecento diverse cartelle mostrano la diagnosi di follia morale ma alcune di queste sono chiaramente ascrivibili al nuovo quadro interpretativo della teoria della degenerazione.

bellezza, sono così silenti o non sviluppati, da rendere la persona incapace di autoimporsi la legge [...] mentre le facoltà intellettuali sono abbastanza attive [...] idioti di questo tipo, si trovano spesso nelle nostre prigioni” (Rafter, 1997, pp.78-79). Howe era un frenologo ma non associò l’idiozia morale al problema della debolezza intellettuale né la associò ad una parte del cervello, in questo rimanendo ancorato alle teorie di Prichard o di Rush. Ciò che nei suoi scritti rappresenta una novità è la presentazione di una ricerca empirica sull’idiozia intellettuale che aveva il fine di dimostrare quanto fosse opportuno e scientificamente fondato il considerarla una malattia ereditaria, argomento che, come vedremo, raccolse un consenso sempre più ampio fra questo gruppo di autori che misero a punto nel tempo la definizione di imbecillità morale nella sua ultima veste di fine secolo. In questo senso, commenta Nicole Rafter, Howe si presenta come una figura intermedia, poiché quando parla di idiozia intellettuale egli è un frenologo che abbraccia ante-litteram una teoria degenerativa con relative idee eugenetiche connesse alla criminalità innata, mentre quando parla di idiozia morale è ancora vicino invece alle prime formulazioni di Prichard.

Fu piuttosto Isaac Ray (1807-1881) ad inaugurare il legame fra ritardo mentale e immoralità e a ridefinire l’idiozia e l’imbecillità morale come terribili condizioni di antisocialità patologica ed ereditaria. Ma non tutti i suoi colleghi ne adottarono la prospettiva, anche fra quelli appunto che non avevano rifiutato la follia morale come diagnosi. Ciò può essere dimostrato per esempio da un contributo dello psichiatra americano Hughes, C.H., che risale al 1884, antologizzato da Stone, che ancora rimane almeno parzialmente ancorato alle posizioni dello psichiatra britannico, e che analizzeremo perché mette a fuoco più chiaramente di altri contributi sullo stesso tema la questione forense.

Hughes si propone in questo scritto l’obbiettivo, e con una certa urgenza tra l’altro, di convalidare l’esistenza della follia morale come descritta da Prichard contro quei detrattori che vorrebbero negarla solo perché essa potrebbe rappresentare una giustificazione al crimine e conseguentemente danneggiare la società. Riprendendo i suoi predecessori Hughes comincia significativamente così: “La reale questione in ogni discussione sulla follia morale, non è se sia esistita nella mente delle sue vittime qualche illogica ragione basata su una falsa premessa o su un sentimento sbagliato o patologico, ma se i sentimenti e gli impulsi sono primariamente, soprattutto, e in modo preminente affetti” (Hughes, 1884, p.17). Al di là, prosegue, di altre evidenze di deragliamento mentale, sia che vadano verso la depressione sia che vadano verso il delirio di grandezza, sia che oscillino fra questi due poli. Prichard, commenta Hughes nel tentativo di legittimarlo e di consacrarne una definitiva conferma scientifica, ha degli importanti precursori: infatti cita ampiamente Georget, Pinel, Esquirol. È interessante la precisazione che non siamo di fronte semplicemente ad una forma di manifestazione immorale senza disordine della ragione, come essi hanno sostenuto. Infatti Prichard

precisa che “le varietà della follia morale sono forse numerose come le modificazioni del sentimento e della passione nella mente umana” (Hughes, 1884, p.18) e aggiunge anche che, comunque sia, le propensioni sono vicine ed alleate alle emozioni e alle passioni e rientrano nello stesso compartimento di facoltà o fenomeni mentali che i metafisici distinguerebbero dall’intelletto in quanto “compartimento etico o morale della mente” (Hughes, 1884, p.18). Questo farebbe sì che quand’anche apparissero concomitanti dei pur transitori disturbi dell’intelletto, a fronte di un disturbo degli affetti, esso rimarrebbe, dovrebbe rimanere, tale, e che dunque non dovrebbe servire, per documentare la realtà dell’esistenza della mania senza delirio, provare rigidamente che essa debba consistere in una qualche menomazione accompagnata per forza ad un intelletto assolutamente integro.

Poi anche Hughes fornisce delle descrizioni cliniche che servono a testimoniare incontestabilmente l’esistenza di questi quadri patologici in cui appunto gli affetti sono pervertiti, disordinati o distrutti, laddove, perlopiù, l’intelletto funziona. “Nei casi di questa descrizione i principi della mente morale ed attiva sono stranamente pervertiti o depravati; il potere del self-governement è perso o gravemente disfunzionale; e l’individuo si trova incapace, non di parlare o ragionare su un argomento proposto [...] ma nel condurre se stesso con decenza e proprietà nell’affare della vita. I suoi desideri, le sue inclinazioni, i suoi attaccamenti, le sue preferenze e ciò che non ama, hanno tutte subito un cambiamento patologico e questo cambiamento sembra essere la causa originante [...] ed anche costituire in qualche caso la sola manifestazione della malattia” (Hughes, 1884, p.20). Per questo essa si troverebbe ad essere spesso alla base di atti improvvisi ed insulsi, senza motivo, sottolinea Hughes, andando poi ad illustrare i suoi casi clinici i quali rispondono perfettamente a questa centratura sulla mancanza di controllo.

Il primo descritto è quello di Mr Tuchet, onorevole che a un certo punto si spara senza motivo e senza dar segno di delirio. Eccentrico ed incostante costui sarebbe da un certo punto in poi rimasto piuttosto indifferente a tutto e ridotto a trascinarsi in ambienti criminali. Ma il suo intelletto funzionava, non si presentava distrutto nel senso di essere incapace di compiere le comuni operazioni di pensiero o di confondere la realtà con la fantasia, né soggetto ad alcun tipo di deliri o allucinazioni.

Il secondo caso illustrato è quello di una donna che distrugge il bambino di cui si occupa come una bambina la sua bambola preferita nel corso di un capriccio. Anche se da un certo punto di vista essa era cognitivamente in sé, secondo l’autore per una sentenza sarebbe stato opportuno ricorrere alla nozione di follia istintiva.

Il terzo caso è quello di un signore di Buenos Aires che aveva commesso un omicidio sotto l’influsso del *viento norte*. Nella discussione in merito alla sua responsabilità rispetto al delitto

Hughes scrive che esso dovrebbe essere considerato colpevole del misfatto in quanto era ben consapevole degli effetti di questo particolare tipo di vento del nord su di lui, effetti tali da provocargli irritabilità, rissosità, un forte mal di testa e un'incapacità di controllo. Essendo consapevole di ciò, commenta Hughes, avrebbe dovuto dunque evitare di uscire e di subirne i maligni pericolosi effetti.

L'autore fornisce ulteriori esempi, ma ciò che gli preme evidentemente sottolineare è che deve essere il grado di follia a determinare la responsabilità ma non il grado di responsabilità a determinare quello di follia, problema che egli ha posto fin da subito e che è esattamente il nucleo semantico centrale per il passaggio tra il vecchio sapere degli alienisti e quello dei nuovi psichiatri. Spinto probabilmente da questa preoccupazione e a partire esattamente da questo problema, ribadisce poi di continuo con molta insistenza e chiarezza la necessità di tenere distinte le questioni scientifiche da quelle politiche e legali. Di fronte a questo tipo di fenomenologia purtroppo, scrive infatti Hughes: "Una politica, ma non scientifica obiezione al termine follia morale si lega allo sfavore che essa gode come difesa del crimine quando è ricevuta nei tribunali" (Hughes, 1884, p.19), infatti essa "è considerata pericolosa al benessere morale dello stato" (Hughes, 1884, p.19) poiché riconosce alcune forme di ingiustizia come disagi mentali il che comprensibilmente potrebbe costituire "una grossa spesa per il bene pubblico" (Hughes, 1884, p.19). In questo senso, arriverà a scrivere addirittura, la follia morale rappresenta la svolta galileiana della scienza psichiatrica se non verrà messa a tacere dalle forze dell'ordine come l'ipotesi del sole dai dogmi della Chiesa. Ed in questo in effetti, come si cercherà di dimostrare, egli aveva ragione.

Anche se per certi aspetti, per esempio nella centratura sul rapporto volontà-discontrollo impulsivo, o nel tratteggiare la possibilità di quadri dall'intelligenza parzialmente compromessa, sono già visibili alcuni degli slittamenti che la definizione ha subito, come vedremo, nella seconda parte del secolo nella già tratteggiata direzione dei partigiani dell'idiozia morale, tuttavia la descrizione di Hughes risponde ancora fedelmente al quadro dipinto da Prichard con le relative implicazioni sul campo giuridico, che appunto furono al centro della discussione americana intorno agli anni sessanta cui abbiamo fatto cenno.

Vediamo ora l'evoluzione delle trasformazioni cui abbiamo accennato subite dalla diagnosi nella seconda metà del secolo, chiaramente ravvisabili all'interno del nutrito dibattito sulla sua esistenza che si svolse tra il 1881 e il 1885 sul *Journal of Mental Science*, organo ufficiale della *British Psychiatric Association*. Dibattito che forse non dovrebbe definirsi tale, dal momento che è caratterizzato da una quasi completa unanimità nel re-inscrivere questa patologia nella cornice della teoria della degenerazione. In realtà, già negli anni precedenti si possono trovare delle pubblicazioni

che fanno riferimento al discorso degenerativo e all'idiozia morale. Per primi un paio di articoli di John Kitching che risalgono al 1857 e dal cui esame dunque sono partita.

L'itinerario di analisi che mi accingo a presentare per dare conto di questi mutamenti il più chiaramente possibile comincia dai contributi di Kitching e termina con l'articolo di Hack Tuke che chiude il dibattito del *Journal of Mental Science* nel 1885 dandone una sistematizzazione conclusiva, senza trascurare di passare per il fondamentale contributo di Henry Maudsley.

All'inizio del primo dei suoi articoli Kitching, con un linguaggio chiaro e piuttosto in breve, descrive vari tipi di diagnosi: mania, melanconia (si noti che esse erano ancora comprese negli scritti di Prichard sotto la dicitura di follia morale) e disordini dell'intelletto. Poi traccia una netta distinzione tra i diversi e indipendenti tipi di facoltà mentali per dimostrare la possibilità di follie parziali e compromissioni di singoli compartimenti della mente; danni limitati a fronte dei quali altre componenti della mente possono rimanere secondo lui del tutto illese, così come una tempesta può perturbare una parte dell'oceano mentre un'altra può rimanere calma (Kitching, 1857, p.335). A questo punto si concentra nello specifico sulla distinzione tra facoltà morali e facoltà intellettuali. Le prime, che definisce appunto "facoltà morali ed istintive" (Kitching, 1857, p.336), afferma che presiedono "alla regolazione della nostra condotta verso gli altri, e determinano i nostri sentimenti e i nostri affetti" (Kitching, 1857, p.336). Esse differirebbero in ciascuno e sarebbero indipendenti da quelle intellettuali. A prova di ciò Kitching nomina numerose figure nella storia di uomini eccellenti da un punto di vista intellettuale ma megalomani, per esempio Cesare o Napoleone. Fino a qui dunque, nulla di nuovo rispetto ai suoi moderni predecessori.

A questo punto però introduce "l'idiozia morale", etichetta che usa per designare la condizione di quelle persone che fin dalla nascita sembrano non essere provviste delle facoltà morali. Come ci sono persone più o meno intelligenti od imbecilli, scrive Kitching, così si potrebbe essere "deficienti in quelle qualità che contribuiscono alla costruzione di un buon soggetto nelle sue relazioni sociali, domestiche, morali" (Kitching, 1857, p.336). Ed esattamente come si può essere idioti o imbecilli dalla nascita, in modo marcato o meno, e così come tale condizione di imbecillità può avere i più diversi gradi, ugualmente può accadere con le facoltà morali. Come quelle intellettuali esse possono divenire, od essere dalla nascita, deficitarie, in misura diversa.

Vediamo dunque come viene descritta la deficienza morale innata a partire dagli esempi clinici che Kitching ne fornisce.

Il primo caso che usa per illustrare il problema riguarda il figlio di una coppia di genitori pii, virtuosi ed onesti che si dedicano in modo ottimo e morale all'educazione dei loro bambini. Essi - scrive Kitching - provvedono a limitare nella loro prole gli ardori della passione, si preoccupano di ordinare gli impulsi della sessualità portandoli all'esercizio della temperanza e del controllo di sé, si

sforzano di radicare in loro i principi dell'etica cristiana e di suscitare la curiosità intellettuale, ponendosi continuamente come esempi di virtù da imitare. Tutti i loro figli crescono ed agiscono di conseguenza con l'eccezione di uno "che fin dall'infanzia manifesta una natura diversa dagli altri" (Kitching, 1857a, p.453). Esso risulta da sempre intrattabile, mendace, maltrattante, odioso, disobbediente, disonesto, irreligioso, crudele, violento, impulsivo, sempre soggetto alle passioni. Una volta a scuola viene espulso ed in ogni situazione rende impossibile agli altri stargli vicino. Pur essendo stato educato nella stessa famiglia e nello stesso modo dei suoi fratelli e sorelle, egli non sembra aver beneficiato di alcuna cura o insegnamento. Perché? Questa la risposta di Kitching: "è perché qualcos'altro ha arrestato lo sviluppo di quelle parti del cervello, che sono coinvolte nel mantenimento del funzionamento delle facoltà morali ed istintive, o qualche malattia ha interferito con il sano funzionamento di esse. Era questo che rendeva l'individuo incapace di trarre profitto dagli sforzi dei suoi genitori per il suo benessere religioso e morale, e di beneficiare conseguentemente dell'educazione. Era questo difetto organico o malattia fisica che lo rendeva una creatura che ogni passione poteva possedere, deprivandolo del self-control, e che causava la sua soggezione agli impulsi dell'istinto animale" (Kitching, 1857a, p.453). Tale soggetto, una volta cresciuto, a differenza di tutti gli altri uomini, non riuscirà a regolare la sua condotta, rimarrà refrattario alla disciplina e alla capacità di perseguire obiettivi e per nulla in grado di esercitare un controllo su di sé con le necessarie restrizioni; saremmo davanti a un essere morale quanto lo può essere un animale, sempre preda di possibili dipendenze ed eccessi, quali il consumo d'alcool, o di qualsiasi altra forma di "divertimento animale", nelle parole dell'autore.

In casi come questi, sostiene Kitching, sarebbe importante riconoscere la malattia morale subito fin da piccoli per non maltrattare ingiustamente questi bambini peggiorando la loro condizione, magari picchiandoli ed irritando maggiormente in questo modo degli organi già in difficoltà. Che senso potrebbe avere infatti punire dei malati, nello specifico dei malati dalla nascita, quand'anche si rendessero colpevoli di delitti? (Il secondo caso illustrato è a questo proposito quello di un omicida, a suo giudizio erroneamente condannato in quanto sarebbe assurdo -afferma Kitching- condannare persone impotenti quali quelle per esempio, affette da vampirismo, altra condizione su cui l'autore si sofferma).

A questo punto si colloca il primo esplicito riferimento alla degenerazione, che verrebbe trasmessa attraverso il passaggio generazionale di caratteri ereditari. Il vizio e la virtù nella condotta di un singolo, spiega Kitching, avrebbero il potere di modificarne il sistema nervoso. Quando il cervello viene danneggiato da comportamenti viziosi ecco che ha origine la trasmissione ereditaria di caratteri degenerati: "Questa è la ragione per cui noi vediamo gli stessi vizi e le stesse virtù che caratterizzano un'intera razza per generazioni e generazioni" (Kitching, 1857a, p.454). Fa l'esempio

dell'alcolismo, la cui propensione sarebbe appunto ereditaria e si trasmetterebbe da padre a figlio per generazioni. Così come altri vizi, in quanto esso è solo “una delle fonti della follia morale congenita” (Kitching, 1857a, p.454). Non l'unica, sottolinea l'autore britannico, perché più in generale gli preme avvisare i lettori che tutte le abitudini depravate danneggiano il sistema nervoso per intere generazioni. Così gli alcolizzati hanno spessissimo figli idioti, ma non solo. La gente comune dovrebbe essere messa al corrente del rischio che può comportare votarsi indiscriminatamente ai piaceri, sostiene Kitching. A maggior ragione in virtù del fatto che le conseguenze delle loro azioni si ripercuoteranno sui posteri, gettandoli nelle miserie della follia e nell'incontrollabile ed immotivata propensione al crimine.

Kitching aggiunge infine che la degenerazione potrebbe anche essere causata da traumi o incidenti. Fa l'esempio di casi di persone intellettualmente e moralmente sane che divengono malate a seguito di una febbre alta o di qualche altra malattia, mutando la propria identità e divenendo preda degli istinti più bassi e incontrollati. Le percezioni morali di questi sfortunati individui verrebbero indebolite o distrutte, la verità e la finzione arriverebbero ad equivalersi e questi individui comincerebbero così a rubare, contrarre debiti, rinunciare alla pulizia personale. Un tale cambiamento improvviso non potrebbe certo dirsi volontario, tanto più che comprometterebbe la possibilità di una vita felice che sappia meritare la stima e l'amore degli altri. Si tratterebbe piuttosto di una malattia, la follia morale appunto, a seguito del quale, per via dell'ereditarietà, si potrebbe arrivare all'ancor più misera condizione dell'idiozia morale.

Si vede bene come l'idiozia morale sia direttamente figlia, per così dire, della teoria della degenerazione ed in questo senso vorrei mostrare quali caratteri nuovi essa assume rispetto alla follia morale congenita di cui già parlava Prichard. Seguiremo la trasformazione delle sue caratteristiche, per ora vediamo i primi mutamenti, in un quadro ancora per alcuni aspetti simile a quello descritto da Prichard ed in cui riveste sempre una grande importanza la questione forense. In effetti l'ultima parte dell'articolo di Kitching è dedicata a mostrare come l'esistenza di queste diagnosi non escluderebbe a suo avviso la presenza di crimini consapevoli e volontari, né quella del vizio. La differenza starebbe però nel poter disporre o meno della propria volontà al momento del crimine, nell'avere o meno degli obiettivi e dal trarre o meno dei guadagni da ciò. Tanto più che il pazzo morale non sarebbe capace di una pianificata e prolungata duplicità, l'ipocrisia può esser in lui solo episodica, essendo questi malati incapaci di autocontrollo. Qui si nota già una differenza rispetto alla descrizione di Prichard, differenza che costituisce l'inizio di quel tragitto che condurrà il folle morale dall'essere intelligente e addirittura particolarmente acuto, all'essere un idiota tout court, di partenza non molto dotato od in ogni caso destinato a perdere progressivamente la ragione.

Ma proseguiamo con il ragionamento di Kitching sulla differenza tra vizio/crimine e malattia. Un ulteriore elemento per operare questa distinzione potrebbe essere fornito dalle cause di insorgenza del problema morale, nel senso che si potrebbe facilmente ravvisare una differenza tra un abbandono volontario della virtù e quello causato invece da una disgrazia o da un incidente, una malattia fisica, una perdita domestica, un grosso problema finanziario, etc.. Nelle donne per esempio, una causa frequente di insorgenza, sarebbe una prolungata gelosia.

Per questo motivo “è un essenziale requisito per giungere ad un corretto giudizio in molti di questi casi, che la storia di vita del paziente sia attentamente indagata e circostanzialmente esaminata” (Kitching, 1857a, p.455), precisa Kitching. Le discontinuità potrebbero segnalare la malattia, la cui caratteristica è comunque fondamentale l’assenza di libertà di scelta, l’impossibilità di contrapporre qualcosa alle tentazioni. Il possesso di una libera volontà in grado di rifiutare, di scegliere e di sbagliare. Nel folle non ci sarebbero poteri sufficienti, le forze morali da contrapporre alle tentazioni sarebbero troppo deboli per opporvisi e vincerle: “l’atto risulta da un impulso organico”, “l’imperioso istinto corre, mezzo cieco, alle sue gratificazioni, con un irresistibile condizionamento del fato” (Kitching, 1857a, p.456). L’impulsività che caratterizza una grande parte delle vittime di follia morale ne sarebbe una rilevante e impressionante caratteristica. In molti casi addirittura, essa apparirebbe il sintomo preminente. Proprio per questo, sostiene Kitching, molti scrittori le attribuirebbero il nome di follia impulsiva (Kitching, 1857a, p.456).

Vediamo qui, rispetto alla descrizione di Prichard, un primo slittamento che ha a che fare con una preminenza assoluta dell’istinto rispetto alle passioni, vale a dire, che non sono più gli affetti ad essere malati in primo luogo; malata è innanzitutto la volontà, in assenza della quale si scatenano istinti e dominano le passioni. Anche questa è una prima, appena percettibile differenza che tuttavia costituisce a sua volta l’inizio di un successivo tragitto, quello che permetterà a tale diagnosi di inscrivere nella teoria evoluzionistica e degenerativa, in cui l’asse volontario-involontario e la dicotomia facoltà superiori e inferiori andranno a costituire i punti nodali di uno schema interpretativo in cui troverà posto anche la storia filogenetica dell’umanità, dando luogo a quel famoso parallelismo malato di mente-bambino-selvaggio primitivo, che impronerà così profondamente il discorso psichiatrico di fine secolo. A partire dalla celebre formulazione di degenerazione data da August Morel nel 1857 che come noto fu in seguito posta alla base delle diverse forme di malattia mentale³⁹. In questo quadro teorico, che nelle letture critiche verrà meglio esaminato, la facoltà morale, costituita in grande parte dai sentimenti altruistici e dalla volontà, era nel cammino evolutivo quella sviluppatasi per ultima, e dunque tipica e caratteristica di un alto grado di civilizzazione e, di conseguenza, la prima ad essere soggetta alla distruzione a causa di

³⁹ Un ottimo, breve ma completo riassunto della storia della teoria della degenerazione nella psichiatria ottocentesca è quello di Valtellina (in corso di pubblicazione).

quel *self-abuse* che poteva determinare la degenerazione dei discendenti per via ereditaria. Essa veniva fatta dipendere da quelle sfere del cervello superiori da cui si presumeva prendesse origine anche la capacità di self-control, l'assenza del quale era considerata un chiaro segno di un grado più basso dell'evoluzione che riportava l'uomo pericolosamente vicino al mondo animale. Mondo animale governato appunto da istinti senza freni, come nella descrizione di Kitching.

Passiamo ora al testo di Henry Maudsley, in cui le prime differenze tra la definizione originaria e le successive versioni degenerative, in primo luogo da un punto di vista clinico e descrittivo, vengono ulteriormente articolate, e si fanno più estese.

Anche Maudsley comincia col difendere la diagnosi dalla società che la nega in quanto pericolosa per le sue conseguenze sociali e legali, poi ne dà una definizione: “un certo disordine della mente, senza delirio, senza illusioni, senza allucinazioni, i cui sintomi principalmente sono contraddistinti dal pervertimento delle facoltà mentali chiamate comunemente attive e morali: cioè i sentimenti, gli affetti, le tendenze, il carattere, i costumi, la condotta. La vita affettiva dell'individuo è fortemente alterata, e ciò si appalesa nel suo modo di sentire, di volere, di agire. Egli è incapace del vero senso morale; tutte le inclinazioni, tutti i desideri, cui cede fatalmente, sono improntati di egoismo: la sua condotta sembra governata da motivi immorali da lui accarezzati, e a cui cede, senza che appaia il minimo desiderio di opporvi resistenza. Havvi in lui un'insensibilità morale sorprendente. Talora l'intelligenza è abbastanza fina [...] chi è affetto da pazzia morale mostra spesso una sottigliezza straordinaria nello spiegare, scusare o giustificare la sua condotta [...] le risorse del suo ingegno talora sembrano più grandi di quelle che avrebbe, se fosse sano di mente; egli ragiona nel modo il più sottile, poiché tutte le facoltà della sua intelligenza sono finalizzate alla giustificazione e soddisfazione dei suoi intenti egoistici” (Maudsley, 1875, p.179). In ogni caso, il folle morale sarebbe soggetto ad errori di giudizio, avendo perso la sua ragione “l'impero sulle passioni e sulle azioni” per quanto dannose per lui e per i suoi cari esse possano essere. In questo senso egli è uno stupido, sembra sottolineare Maudsley. Ed in effetti, prosegue, un simile individuo, essendo diffidente, dal momento che si aspetta dagli altri ciò che lui stesso non esiterebbe a fare, diviene alla lunga, degenerando, un essere non socializzabile, da “eliminare dal corpo sociale o che bisognerà sequestrare” in quanto “egli ha perduto il più profondo istinto dell'essere organizzato, quello per cui ogni organismo si assimila ciò che può contribuire al suo sviluppo e al suo benessere; non ispiega invece che istinti pervertiti, che tutti riescono alla distruzione. Quest'alienazione delle sue tendenze denota un'alienazione reale della sua natura” (Maudsley, 1875, p.179).

Poi ricalcando nuovamente tutti i suoi predecessori, sottolinea che questa sembra semplicemente la descrizione di un pessimo soggetto e non quella di un pazzo. Ribadisce tuttavia che, se si guarda la storia completa di un caso concreto, sarà possibile fare una chiara ed indubbia distinzione. Come

agli autori che l'hanno preceduto, sostiene infine che si possa essere pazzi per ereditarietà o diventarlo, magari a seguito di una scossa morale o di un problema fisico, casi in cui si noterebbe un drastico mutamento di carattere.

Quale che ne sia la causa in ogni caso, sarebbe ormai fuori discussione, secondo lui, che la follia morale si presenti come una malattia del cervello. Questo sarebbe incontestabilmente dimostrato dal fatto che i suoi sintomi precedono di regola quelli della pazzia propriamente detta, della demenza senile, della mania acuta, della paralisi generale, per esempio. Del resto l'alienazione morale accompagnerebbe secondo Maudsley inevitabilmente ogni forma di pazzia, e cita a questo proposito la già riportata affermazione esquiroliana che definisce la pazzia come problema essenzialmente affettivo piuttosto che intellettuale e connesso al delirio. Inoltre prosegue, i folli morali finirebbero comunque con il diventare dementi. E qui vediamo una stessa importante citazione, quella di Esquirol, inscrivere in un nuovo quadro interpretativo che ne muta almeno in parte il significato.

Come Kitching, nota infine che “molti casi di pazzia morale -bisognerà ben riconoscerlo- si rannodano ad un'imperfezione morale o ad un'imbecillità morale, che può in maggior o minor grado rappresentare un vizio ereditario [...] Oggi nessuno più negherà che per opera dell'eredità l'intelligenza possa mancare del tutto o in parte, o sosterrà che tutti coloro che non sono né idioti né imbecilli, abbian sortito da natura una uguale capacità intellettuale; molti però credono che l'idiozia o imbecillità morale altro non sia che una creazione della fantasia dei medici [...] ma quando si veggono teneri fanciulli, molto prima che sia loro possibile sapere in cosa consiste il vizio e il delitto, abbandonarsi ai vizi più turpi o commettere atroci delitti [...] v'ha la certezza che questi fanciulli sono vittime di una pazzia ereditaria” (Maudsley, 1875, p.187).

Esistono secondo lui diversi esempi di questi giovani fanciulli, su cui la pena non avrebbe alcun effetto. In una nota riporta un caso di imbecillità morale di una certa Alice di 4 anni. Cita la lettera indirizzata allo psichiatra che era stato chiamato per un consulto sul suo stato mentale che mi sembra vale la pena di riportare integralmente: “Era mio giudizio che dessa fosse una fanciulla assai indietro di sviluppo, ma ciò io attribuivo alla noncuranza delle sue donne di servizio. Oggi io credo di essermi ingannato; ella aveva una buona nutrice che stette tutto il tempo con lei, e fu nella sua infanzia l'oggetto delle più affettuose cure [...]. Io trovai grandissima difficoltà nell'apprenderle il leggere e il contare, v'erano numeri e parole ch'essa non voleva ripetere a prezzo alcuno. Fu in quest'epoca, che io cominciai ad accorgermi che essa non era come le altre fanciulle. Né le carezze né i castighi avevano effetto su di lei. A cinque anni e mezzo la si mise in un buon Collegio ove trovai ancora. I suoi progressi intellettuali mi hanno sorpreso, soprattutto in certi rami; ma la sua natura morale rimase assolutamente quello che era. Sembra ch'ella non possa formarsi un'idea della verità; non ha alcun rammarico delle sue cattiverie, alcun desiderio od alcun piacere di essere

buona, ma una grande astuzia nel fare segretamente ciò che a lei si proibisce. È assai raro ch'ella imbizzisca, ma colla massima calma si accosterà a suo fratello o a sua sorella e darà loro una percossa o li getterà a terra senza averne avuto la minima provocazione. Al giouco [...] si mette con la sua bambola a fare cose poco delicate, che questi piccoli ragazzi non avrebbero mai sognato [...] quando non si vegliasse ella insegnerebbe loro cose oscene e ripugnanti. Io penso che, sebbene non vi sia in Alice né imbecillità né follia, essa faccia cose che provano una deficienza sconsolante di suscettibilità morale. Ora ha nove anni e mezzo. Non ho nulla da aggiungere, tranne che essa prova un piacere particolare a distruggere i suoi giocattoli e le sue vesti, e che manca d'ogni affetto. Non si può guidarla che coll'amor proprio e con la fame. Suo zio materno è in manicomio per analoghi sintomi" (Maudsley, 1875, p.188-189). Finisce con l'aggiungere che di regola è sotto l'influenza della pubertà con i suoi effetti che l'imbecillità morale prede poi la forma della follia morale vera e propria, "più attiva", la definisce, o della mania.

Vediamo in quest'ultimo passo, che verrà ripreso nelle letture critiche, una compiuta descrizione del fondersi del problema morale con la nuova definizione psichiatrica di idiozia, nella quale diviene centrale come vedremo la nozione di arresto dello sviluppo, che a sua volta qui si fonde con l'idea di un carattere, un temperamento morale imm modificabile nel suo essere confinato alla bassezza, incapace di quei più evoluti sentimenti altruistici che caratterizzerebbero normalmente gli esseri umani.

Concludiamo il nostro excursus con il contributo di Tuke che chiuderà appunto il dibattito pubblicato dal Journal of Mental Science sulla *Moral o Emotional Insanity*. Dibattito su un "soggetto che non ha mai perso il suo interesse, semplicemente perché accadono frequentemente eventi che forzano gli psicologi medici a dirigere la loro attenzione su di esso" (Tuke, 1885, p.174), scrive Tuke, e che non dovrebbe neppure definirsi tale dato che è caratterizzato da un'essenziale consenso. Poi dà una definizione piuttosto lunga della sindrome che tuttavia non si discosta da quella dei suoi predecessori. Il carattere più importante di essa sarebbe in definitiva: "una deficienza o indebolimento del senso morale o del self-control, che può appartenere al carattere naturale dell'individuo o abbandonarlo con un contrasto molto forte con i suoi precedenti tratti" (Tuke, 1885, p.176).

Ma nelle righe che seguono viene messa a fuoco una definizione che illustra le mutate concezioni eziologiche e cliniche: "Noi potremmo, forse, vedere un giorno se c'è un modo per adottare un termine più felice per designare questa condizione, ma, che il termine venga migliorato o meno, sia che noi parliamo di mania senza delirio, o mania ragionante o adottiamo la definizione di Parigot, diastrephia (perversione) - io arrivo a pensare che [...] la Moral Insanity, è supportata da fatti clinici - e non sia un fuoco fatuo che conduce i medici mentali a perdersi nel labirinto della metafisica.

Certamente il termine è sfortunato dal momento che conduce alla supposizione che in tutti, o comunque nella maggior parte dei casi, ci sia un disordine dei sentimenti morali o delle emozioni stesse, invece che un disturbo o difetto del potere inibitorio con le relative conseguenti incontrollate ed irregolari azioni” (Tuke, 1885, p.176)⁴⁰. Vi è poi l’elenco di una serie di casi, alcuni tratti dalla cronaca, altri citati da colleghi, in cui comunque compaiono la centralità del dominio degli istinti, per esempio sessuali, e l’ereditarietà. Per quanto riguarda i rimanenti casi, ripresi da altri psichiatri e dunque velocemente presentati, è interessante notare innanzitutto la loro età: il primo infatti è quello di un bambino di cinque anni che era descritto dal soprintendente di un manicomio come un “un vero spirito di malvagità, distruttivo, che causava continuo allarme in famiglia” (Tuke, 1885, p.177), il secondo descrive uno scolaro di sei anni, piaga della casa e continuamente impegnato in tiri malvagi, che avrebbe, secondo l’autore, una vera e propria inclinazione omicida.

Poi si sofferma ad illustrare, questa volta in maniera estesa, dei casi da lui stesso osservati.

Il primo, che definisce un caso “molto istruttivo di impulso temporaneo” (Tuke, 1885, p.178), in cui un padre ha l’istinto improvviso e difficilmente controllabile di uccidere un figlio molto e sempre amato. Il tutto non dovuto a suo giudizio ad un’irritabilità delle passioni e senza né irritazione né “temperamento passionale” (Tuke, 1885, p.178).

Il secondo riguarda invece un bambino di sei anni che ha cominciato a presentare tutti i sintomi dopo una febbre da scarlattina, pur essendo stato fino ad allora un bambino bravissimo. Il che proverebbe la natura patologica e medica del suo problema.

Il terzo è quello di una giovane ragazza definita una vera e propria peste familiare, la cui presenza a casa rendeva invivibile per tutti i componenti della famiglia la vita domestica, tanto che l’unico modo per poter sopravvivere serenamente era mandarla via, in quanto irrimediabilmente gelosa, esplosiva, villana e dal temperamento malato. Simile la descrizione del quarto terribile ragazzo, con un fratello alcolizzato, e la quinta, quella di un bambino di otto anni soggetto ad attacchi di parossismo che viene perciò espulso dalla scuola e che, pur non essendo così intelligente e brillante, non si poteva in ogni caso certamente definire danneggiato intellettualmente nel senso medico del termine, al contrario di quanto alcuni han sostenuto per invalidare la diagnosi di follia morale (Tuke, 1885, p.181).

Per riassumere i casi da lui riportati si dividono fra:

- quelli in cui c’è un costituzionale difetto nel normale equilibrio tra passioni ed il potere del controllo morale o della volontà;

⁴⁰ Ho riportato la frase dall’inizio perché trovo significativo quanto essa faccia eco alle affermazioni di un recente libro di Paris sul disturbo borderline il quale inizia così: “Per trattare il bpd tu devi prima riconoscerlo” (Paris, 2008, p.3). Ciò sarebbe reso più complicato -spiega Paris- dal fatto che il suo nome non sarebbe quello giusto ed opportuno: “nessuno crede più che i pazienti siano al confine con la psicosi. In più ‘borderline’ non riesce a descrivere le caratteristiche più salienti della sindrome: instabilità dell’umore, impulsività, e relazioni instabili” (Paris, 2008, p.3).

- quelli in cui c'è un marcato cambiamento tra il prima e il dopo un trauma, per esempio una febbre, e fra questi casi ha citato, lo sottolinea lui stesso, uno in cui vi era nello specifico un problema di discontrollo degli impulsi sessuali;

- quelli in cui il disordine emotivo si manifesta solo in un'intensa depressione che può essere o meno vicina al carattere naturale della persona. Tra questi casi v'è n'è anche uno apparso sul giornale in cui i sintomi sono principalmente dovuti all'alcool.

Vi è poi il passaggio cruciale che permette di decodificare ed inquadrare i diversi casi: si tratta dell'idea che la follia morale debba venire più correttamente chiamata follia inibitoria nel momento in cui il problema alla base di essa non starebbe nell'eccessività delle emozioni in sé, quanto più in una debolezza dei centri più alti e di coordinamento, debolezza che determinerebbe una paralisi della volontà la quale poi darebbe luogo ad un irregolare espressione delle emozioni. Il riferimento è a Laycock e alla sua teoria dell'azione riflessa del cervello, a Monro, ad Anstie, e soprattutto a Herbert Spencer e Jackson e alle loro teorie sui *Nervous Diseases*: “è, in primo luogo, chiaro che in quei casi in cui le passioni e l'istinto predominano, non c'è prova che ci sia un qualche disturbo al livello più basso o automatico delle funzioni del cervello. È sufficiente tener presente che quando il più alto livello di evoluzione -quello che con Jackson chiamiamo provvisoriamente 'il più volontario'- è affetto, solo allora noi assistiamo all'azione incontrollata del livello più basso, come conseguenza della dissoluzione del più alto” (Tuke, 1885, p.183). Per spiegare meglio questo concetto usa la classica metafora del cavallo e del cavaliere (le cui lontane ascendenze come noto risalgono a Platone): se il cavaliere è ubriaco ovviamente il cavallo correrà via, perché il problema è dell'uomo che deve essere abile a tenere le redini. Ecco perché l'epilessia si troverebbe così frequentemente associata alla follia morale in entrambe le sue forme, quella impulsiva e quella egoistica. In entrambe le patologie ci troveremmo di fronte ad un esaurimento dei centri più alti, che sono associati con gli atti più volontari ed i sentimenti altruistici. A supporto di ciò cita anche Anstie il quale avrebbe dimostrato gli effetti dell'alcool e delle droghe sulla mente, tali per cui le passioni esplodono per via di una rimozione del controllo e della volontà.

Infine osserva che però, se la follia, almeno alla sua origine, è sempre emotiva prima che intellettuale, come può essere che si deteriorino prima le facoltà inferiori di quelle superiori, in un movimento contrario alla teoria evolutiva da lui stesso abbracciata? Si risponde che, per quanto riguarda i sentimenti altruistici, essi sono gli ultimi ad essersi sviluppati come dimostrerebbe il barbarismo dei nostri antenati ancestrali, già intelligenti ma in ogni caso guidati dall'egoismo. “Così qualcuno potrebbe alla nascita tornare indietro alla condizione ancestrale e apparirebbe quello che è l'imbecillità” (Tuke, 1885, p.185-186). Il che, bisogna cominciare a sottolinearlo, è completamente in opposizione con l'idea di Prichard secondo cui la follia sarebbe un problema della modernità,

sconosciuto ai primitivi. A meno che si voglia sostenere che in effetti tale condizione di assenza delle facoltà superiori tra i cosiddetti primitivi sarebbe naturale e non patologica, rendendo possibile avallare l'affermazione di Prichard nonostante la nuova equazione tra la condizione barbarica dei nostri antenati ancestrali e quella dei folli. Quest'ultima ipotesi, non è tuttavia conciliabile logicamente con una teoria medica della follia quale quella che Prichard si sforzava di convalidare. Rimane, secondo Tuke, la questione del perché la ragione si deteriora dopo i sentimenti, che stanno a un livello più basso. A tale quesito, osserva l'autore, l'articolo del 1881 del suo collega Savage non era stato in grado di rispondere. Lui sostiene che il problema della volontà, e più in generale delle facoltà superiori, è che sono dei centri di coordinamento. Centri di coordinamento che possono anche non essersi mai sviluppati: "quello che Spencer chiama il più alto sentimento, o la più complessa aggregazione di tutti, potrebbe non aver mai raggiunto il progresso dell'evoluzione, e l'imbecillità morale potrebbe esserne il risultato, o quel carattere capriccioso della condotta morale che dalla gioventù va crescendo e si mantiene senza marcati disordini dell'intelletto" (Tuke, 1885, p.187).

Ecco la versione più completa ed esplicita della teoria della degenerazione in cui si inscrivono ora i casi di follia o imbecillità morale. In questo nuovo quadro:

- esiste una condizione di "disturbo cerebrale in cui i sintomi mentali che si mostrano sono emotivi e più automatici rispetto a quelli che riguardano la cognizione, e potrebbero essere ascritti ad una forma di disturbo mentale che di solito viene chiamato follia morale, anche se i sentimenti morali stessi potrebbero essere liberi da malattia" (Tuke, 1885, p.189);

- esistono differenti varietà di questa forma di follia ma, parlando in generale, essa determina un danno dei più alti livelli di sviluppo cerebrale, di ciò che Jackson ha chiamato l'aspetto più volontario della mente e Spencer ha identificato con i sentimenti altruistici, i quali possono essere poco evoluti fin dalla nascita, oppure evoluti e poi danneggiati nel corso della vita dando luogo a quelle esplosioni di emozioni ed automatismi che possono convivere con funzioni intellettuali non seriamente alterate;

- non ci sono regole assolute e certe che permettano di differenziare la follia morale dalla depravazione morale ma bisogna guardare ogni singolo caso in profondità infatti "Non ci sono altre forme di follia in cui è così necessario studiare l'individuo - il suo naturale carattere, la sua organizzazione, le sue precedenti malattie" (Tuke, 1885, p.189).

Gradualmente a partire da questi anni, essendosi ormai inserita del tutto nel quadro della teoria della degenerazione, la follia morale viene condannata, come altre forme di pazzia, a sfociare in demenza, e a dare origine, attraverso la trasmissione ereditaria di condotte devianti, a forme di idiozia morale o immoralità costituzionale, attribuite a bambini e ragazzi sempre più giovani, così

come ad adulti, con un carattere innato perverso e malvagio e difficilmente, per non dire del tutto, immodificabile; individui o bambini poco intelligenti, destinati a diventare idioti tout court da custodire in forma permanente nelle istituzioni per deboli di mente o ritardati mentali.

In America per esempio, l'Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots and Feeble-Minded Persons (AMO), guidata dal Dott. Isaac Kerlin, il più potente soprintendente in questa giurisdizione, produsse, nella sua fase di professionalizzazione (1876-1895), una serie di articoli con lo scopo di ridefinire e diffondere questa nuova versione dell'etichetta patologica.

Nell'insieme questi articoli andarono a creare un'immagine criminale del debole di mente. La prima di questo gruppo di pubblicazioni fu quella di Kerlin sull'imbecillità morale del 1879, a cui ne seguì una successiva, nel 1887. Tra le più note vi furono anche quelle del suo assistente e braccio destro Martin Barr (1895). Kerlin parlò per primo di una disposizione congenita che chiamò "diatesi criminale", che poteva convivere con le tendenze alla follia o con le condizioni proprie dell'imbecillità, presentando l'imbecillità morale come il Giano bifronte che collega debolezza di mente/ritardo e criminalità.

In tutti gli articoli che seguirono (si veda la Figura 1 a fine capitolo), non vi era una completa unanimità su ciascuna delle caratteristiche dell'imbecillità morale eppure si potevano individuare alcuni tratti chiave unanimemente riconosciuti e sottoscritti: "cattiveria senza ragione, violenza senza motivo, tendenza al furto senza desiderio di acquisizione" (Rafter, 1997, p.85). Questi pazienti erano visti come incorreggibili e senza paura, alcuni mentalmente deficienti, altri intellettualmente normali o addirittura precoci. In ogni caso egoisti, maliziosi, intrattabili, gli imbecilli morali causavano problemi fin dalla più tenera età. Kerlin riporta un caso di un bambino di tre anni, per esempio, e del resto abbiamo visto quanto fossero numerosi i casi britannici tra i quattro e i dodici anni. La loro caratteristica più evidente, e su cui si concentrò molto il dibattito americano, era l'innata ed immodificabile mancanza di cooperatività. Nell'articolo finale di questa querelle, *Moral paranoia* di Barr (1895), gli imbecilli morali sono diventati dei "nervosi, misantropi e umorali [...] alcolizzati, cleptomani e piromaniaci [...] assassini ed egotisti" (Rafter, 1997, p.86) irrimediabilmente e definitivamente incurabili. Secondo Barr imbecilli morali si nasce "e non si diventa" (Rafter, 1997, p.86). Per questo non servirebbe loro la prigione ma istituzioni dove possano permanere felicemente per tutta la vita o provvedimenti eugenetici.

Dunque alla fine del secolo l'idiozia morale veniva usata per designare quegli individui che esibivano difetti etici ed estetici, ed un'inclinazione innata ed incoercibile ad una condotta immorale (Kerlin, Barr); era la diagnosi che descriveva quella classe di individui cui mancava irrimediabilmente il self-control sociale e morale fin dalla nascita. Su questa base, sempre a cavallo fra i due secoli, si formò una solida alleanza tra i riformatori della morale ed i medici moralizzatori

nell'ambito della formazione, sia in Gran Bretagna che negli Stati Uniti, la quale diede vita a quei movimenti di igiene sociale e morale che tanta parte ebbero nel mondo dell'educazione nella prima metà del Novecento, soprattutto negli Stati Uniti, come vedremo meglio⁴¹ dove venne fondata nel 1905 dal Dr Prince la *Morrow's Society of Sanitary and Moral Prophylaxis*. In Inghilterra invece venne creato nel 1904 il *National Council of Public Morals* che più avanti diventerà l'*Association for Moral and Social Hygiene*⁴². Questi movimenti rappresentarono un'alleanza consapevole tra gli psichiatri e i medici che si occupavano di morale sessuale e di malattie trasmesse sessualmente e i riformatori morali, ora fortemente influenzati dalla prima onda di femminismo e da emergenti correnti evangeliche che nascevano dal Protestantesimo. Il loro obiettivo principale era la soppressione della prostituzione e l'imposizione di una morale restrittiva per i singoli, uomini o donne. Per questo venivano fatti convergere discorsi morali di matrice teologica con discorsi medici entrambi prospettanti il declino nazionale come conseguenza della degenerazione causata dalla debolezza morale dei deboli di mente e dalle malattie veneree (Cohen, 1983).

Una Commissione Nazionale per l'Igiene Mentale venne fondata negli Stati Uniti nel 1909, ma questa nuova organizzazione comprendeva tra i suoi fondatori anche alcuni degli psichiatri che fecero entrare la psicoanalisi in America, fra cui Adolf Meyer, il quale fu proprio colui che invitò Freud e Jung, in quello stesso anno, il 1909, alla Clark University. Tale movimento comprendeva elementi di spicco delle scienze sociali del tempo e aveva come scopo l'idea di favorire la salute mentale ma in un'ottica progressista. Vedremo quanto ne fu influenzata la psichiatria statunitense; per esempio fu alla base della stesura, molti anni più tardi, della prima edizione del DSM oltre che di una vasta campagna scolastica di prevenzione delle malattie mentali che trasformò la scuola, l'educazione e più in generale il panorama culturale, in un modo che oramai gli storici dell'educazione e della mentalità non esitano a riconoscere, mettendo al centro dei suoi interessi lo sviluppo della personalità e la prevenzione dei suoi eventuali disturbi.

Per concludere dunque analizziamo un ultimo articolo sul tema, che risale al 1916, in cui sono visibili le trasformazioni finali delle questioni poste dalle diagnosi di follia e idiozia morale, dovute all'inizio della cospicua attività della Commissione Nazionale per l'Igiene Mentale. L'articolo è di uno psichiatra americano, Victor Anderson, il quale aveva l'esigenza di dare forma ad una nuova classificazione dei problemi mentali più diffusi tra la popolazione criminale, popolazione che, come vedremo meglio, sarà al centro dei progetti di riforma e di prevenzione del Movimento di Igiene Mentale (Anderson, 1916).

⁴¹ Per questo si veda il dettagliato articolo di Cohen (1983).

⁴² L'articolo di Rimke ed Hunt (2002) dedica un'ampia parte anche a questa ultima fase; inoltre ricostruisce dalle origini la storia della britannica *Vice Society* e fa un'analisi critica finale che incrocia il piano del discorso psichiatrico e quello delle attività di questi movimenti.

Comincia proprio così: “Uno dei più urgenti problemi per lo sviluppo della disciplina medica nelle nostre corti criminali, è quello di un’utilizzabile classificazione di quei casi mentali borderline che non appartengono né ai deboli di mente né ai pazzi, e ciononostante sono chiaramente anormali nella mentalità” (Anderson, 1916, p.689). Essi talvolta vengono definiti, afferma Anderson, non propriamente e in termini scientifici popolarizzati, folli morali o imbecilli morali, ma queste etichette non sarebbero in realtà clinicamente utili né significative.

Piuttosto, facendo una breve sintesi del suo lavoro, questi casi borderline si distinguerebbero in tre tipi distinti di pazienti, ciascuno dei quali richiederebbe un tipo completamente diverso di trattamento:

a- innanzitutto ci sono quelli da lui definiti *mental defective*: costituzionalmente incapaci di imparare dall’esperienza e di sottostare agli standard sociali e legislativi. Essi non possono secondo lui essere definiti imbecilli morali perché non esisterebbe un compartimento separato delle facoltà morali che possa lasciare illesi giudizio e intelligenza. Dunque essi sarebbero più semplicemente imbecilli, *mental defective* appunto (Anderson, 1916, p.690).

b- Poi si devono riconoscere gli psicopatici: costituzionalmente instabili nel loro sistema nervoso essi sarebbero molto impulsivi, violenti, passionali, privi di inibizioni, facilmente squilibrabili. Ma non imbecilli morali, specifica Anderson, in quanto questa categoria è troppo vaga ed include tutta una serie di sintomi che di fatto non riguardano questo gruppo di pazienti, il cui nome invece più opportuno sarebbe proprio quello di psicopatici, che a differenza dei *mental defective* possono essere intelligenti (Anderson, 1916, p.691).

c- Infine sarebbe importante distinguere anche i *delinquent type* o, in linguaggio popolare, i *criminal type*: i quali avrebbero una mentalità non normale in quanto “non sociale” (Anderson, 1916, p.694) ma i cui problemi sarebbero psicologici e non patologici, acquisiti e non innati e la cui conseguente riformabilità sarebbe nota a tutti quanto incontestabile. In tali casi infatti, causati da una mancanza di moralità dovuta all’assenza degli effetti di una normale socializzazione e di un’appropriata educazione, sarebbe molto efficace la prevenzione. Del resto, argomenta estesamente Anderson, il carattere si costruisce grazie all’esperienza, allo sviluppo ed alle tendenze acquisite e coltivate sulla base della disposizione e del temperamento innati. “I nostri giudizi di valore e di merito sono radicati nei nostri sentimenti, e i nostri principi morali hanno la stessa origine, sono formati da giudizi di valore morale” (Anderson, 1916, p.694). Pertanto “come risultato di abitudini acquisite di pensiero e di azione, iniziate durante il periodo formativo dell’infanzia e dell’adolescenza, essi potrebbero aver sviluppato un carattere che è distorto e delinquente nelle sue tendenze” (Anderson, 1916, p.695) e dunque diventare successivamente purtroppo criminali.

Proprio questa terza categoria è quella che dimostra l'influenza delle attività del Movimento di Igiene Mentale e ne sottolinea alcuni importanti capisaldi, per primo l'importanza dell'educazione nello sviluppo della personalità.

Penso si possa concludere qui l'itinerario diagnostico della follia morale, approdando ai discorsi psichiatrici sulla personalità patologica che presero avvio negli anni venti nella psichiatria americana ed europea e su cui torneremo, essendo proprio in questo periodo che troviamo per la prima volta, come scrive Berrios, un'inaugurale definizione della personalità e dei suoi disturbi in cui l'etichetta, il comportamento che designa ed il concetto che veicola convergono ed iniziano a ricalcare, almeno nelle sue linee fondamentali l'attuale definizione psichiatrica (Berrios, 1993, p.15).

Letture critiche:

1- La nascita dell'idea di un compartimento morale e affettivo della psiche con relativa autonomia patologica e la psicologizzazione del Sé

Attraverso l'analisi della storia della diagnosi di follia morale abbiamo messo in luce l'emergenza, nel corso dell'Ottocento, dopo la rivoluzione francese e quella industriale, di nuove teorie sulla follia che eccedono per la prima volta la cornice della razionalità illuministica della filosofia di Locke.

Abbiamo visto come nella prima metà del secolo una comunità psichiatrica nascente, travalicando le appartenenze nazionali, abbia dato forma ad un dibattito, o comunque ad un insieme di materiali, che mettevano per la prima volta gli affetti e le passioni al centro delle costellazioni psicopatologiche e delle teorie psichiatriche. La comparsa di stati di furia senza deliri né allucinazioni, maniaci i quali mostravano un residuo di presenza intellettuale divennero al centro del dibattito dell'epoca e testimoniavano per la prima volta una coesistenza possibile tra follia e coscienza, la seconda spettatrice impotente di una volontà alienata incapace di determinarsi a fronte di affetti imperiosi, eccessivi, deviati, malati insomma.

La nascita della categoria di *Moral Insanity* è stata narrata nel primo paragrafo in senso ampio, considerando sindromi affini che non unanimemente possono essere considerate del tutto sovrapponibili ad essa, quali la mania senza delirio di Pinel o la monomania di Esquirol, ma è proprio ciò che ha permesso, e ciò a cui ha contribuito, la comparsa delle follie parziali nel loro insieme che, in questa prima lettura critica, si vuole commentare. La loro nascita infatti può essere utile a mettere in luce il consolidarsi dell'identità individuale come nuovo punto di riferimento valoriale moderno, la psicologizzazione del Sé, l'inizio della conseguente separazione tra vita privata e vita pubblica, nonché la centralità degli affetti nella vita del singolo, di ascendenza romantica, tale per cui la sfera sentimentale arriva a configurarsi come la parte più intima e profonda di esso. Tutto ciò è visibile analizzando proprio il modo in cui ha preso forma la sfera "morale" della psiche fino a divenire il nucleo centrale della follia, contribuendo in modo estremamente significativo all'emergenza dei nuovi saperi disciplinari della psichiatria, neurologia, psicologia medica o medicina psicologica che dir si voglia e, più in generale, delle scienze della mente, che in effetti avviene proprio in questo periodo (Rimke, Hunt, 2002, p.63). Si tratta di una convergenza importante che può essere messa in relazione, secondo numerosi autori, con le mutate condizioni economiche e culturali e più in generale psico-sociali che possiamo collocare sotto il segno dell'avvento della modernità.

Innanzitutto, come fa giustamente notare Gladys Swain nel suo *Dialogue avec l'insensé* nel capitolo dedicato all'origine del trattamento morale e alla nascita delle categorie di psicopatologie dell'affettività senza compromissione dell'intelletto (Swain, 1994, pp.85-109), bisogna fare una precisazione sul significato del termine morale che oggi non è più lo stesso di allora. Ai tempi di Pinel la parola morale era usata “per designare la parte psichica e, particolarmente, affettiva dell'individuo” significato questo che è oggi sparito e rimane al di più in forma residuale in espressioni quali “essere su di morale” (Swain, 1994, p.88). Oggi morale si lega in primo luogo all'idea di moralità, una buona condotta etica interna ed esterna. Invece, inizialmente il ‘morale’ “è nella tradizione medica e filosofica di cui ci occupiamo, ciò che si oppone al fisico” (Swain, 1994, p.89). Nella definizione di un'enciclopedia del 1815 riportata da Swain: “Morale: il morale, il sistema morale dell'uomo: l'insieme della facoltà intellettuali e degli affetti dell'anima, considerato come l'opposto allo stato materiale o fisico, come un modo di essere separato e distinto della natura umana” (Swain, 1994, p.89). Eppure tale opposizione tra sfera fisica e morale non determina un'assenza di relazioni reciproche, anzi è proprio questa influenza dell'una sfera sull'altra (si ricordi il titolo dell'opera di Rush come esempio paradigmatico) a determinare la nascita di un sapere medico su di essa. Per la prima volta, alla fine del XVIII secolo si condensò attorno alla parola tutto “un pensiero, e, potremmo dire, una moda, medica” (Swain, 1994, p.89). Swain cita per esempio un passaggio della recensione di un trattato del 1792 sulla tisi polmonare in cui le passioni ed il modo di essere morale, oltre che una debole educazione, compaiono come possibili cause di malattie. E in un altro trattato del 1841 si legge: “queste ricerche hanno per oggetto di dimostrare che gli affetti morali sono dei movimenti organici che si possono confrontare a quelli che risultano dall'azione dei medicinali” (Swain, 1994, p.89). A quel tempo in effetti si cominciò a parlare propriamente di medicina morale. La cura morale agisce su e attraverso, come espliciteranno chiaramente Pinel ed Esquirol, le facoltà intellettuali, i sentimenti e le passioni. In quanto morale appunto non è fisica, ciò nonostante, come abbiamo visto, esistono complessi rapporti tra queste sfere. Siamo di fronte ad un primo importante passo nella laicizzazione dell'anima: grazie a questa idea si produce un primo scollamento delle nozioni di follia e peccato, o possessione demoniaca, anche ad opera di medici di forte religiosità⁴³.

⁴³ Su questo argomento, anche a partire da Foucault e da Dörner, esiste una letteratura imponente. Sia sufficiente in questo caso osservare come di fatto questo scollamento si sia verificato, a partire da Rush, nel momento in cui sono state psicologizzate e medicalizzate appunto le facoltà morali, anche se ciò, come è stato nel caso di Prichard, è a volte avvenuto proprio attraverso un tentativo di preservare la nozione di spirito. Come abbiamo visto Prichard adottò la teoria di Nasse per sostenere che le emozioni dipendessero da particolari organi e non dal cervello, e questo per dimostrare che in ultima analisi potevano essere malate senza intaccare il principio spirituale dell'uomo e senza dipendere dai peccati commessi. Questa precisazione vuole ulteriormente sottolineare quanto non si desidera adottare un'idea lineare e semplicistica di controllo sociale. Non si tratta di precisi piani di governo, o strategie di repressione finalizzate al disciplinamento di individui inermi né questo si vuole suggerire indicando nella malattia mentale una forma di disagio che si configura come scarto da una norma sociale. Né gli psichiatri ovviamente possono dirsi

La comparsa di una follia morale, che presenta come principale caratteristica, almeno nelle sue prime versioni, proprio la possibilità di un perversimento e di una malattia degli affetti, sensazioni e poteri attivi della mente, in presenza di facoltà intellettuali illese ed integre, dimostrerà l'insufficienza della coscienza a garantire la virtù od una condotta socialmente accettabile, a preservare l'autocontrollo necessario al contratto sociale in un'epoca di liberalismo. Non sempre la volontà, la ragione e la cultura riuscivano a guidare il comportamento o ad indirizzare il sentire. Si pensi al caso di Servin di Rush, la cui cultura ed il cui intelletto non gli impedivano di essere crudele, blasfemo, ateo, vizioso, ingannatore e giocatore, o al giovane capriccioso di Pinel, citato anche da Prichard, a cui gli ostacoli provocavano crudeli e incontenibili furori, che tuttavia non precludevano la sua capacità di ragionare in modo consequenziale e ineccepibile, talvolta persino sotto l'effetto di sentimenti così fortemente eccitati. O ancora al commento di Kitching sull'intelligenza inconfutabile di Cesare o Napoleone e la loro altrettanto inconfutabile megalomania. E non può non stupire per quanto riguarda quest'ultima osservazione la patologizzazione da lui operata di questi personaggi, stupore prezioso che ben segnala la profondità del mutamento in corso.

Ed in prima battuta che cosa diventa una follia che non è più puro negativo della ragione, confinata ai margini del mondo umano, ma è piuttosto follia morale, ovvero follia che lasciando intatto o semi-intatto l'intelletto produce tuttavia uno stravolgimento degli affetti e delle passioni nell'uomo? Che cosa determina e richiede questa "nuova concezione morale della follia" la quale si sarebbe andata a definire e sarebbe stata estesamente formulata, secondo Gladys Swain, tra il 1810 e il 1840, in un momento di rottura paradigmatica che ha permesso una formulazione la cui chiarezza si è successivamente attenuata? Richiede e determina il prendere forma di una nuova concezione antropologica che l'autrice francese descrive in questo modo: "La tesi che mi sforzerò di sostenere, è che per rifiuto implicito di un'idea determinata del potere morale dell'uomo, e per rottura con la concezione della follia che ne derivava necessariamente, si è costituita l'articolazione di quello che i primi alienisti hanno chiamato trattamento morale. Questo in relazione diretta con un fatto sociale oscuro, ma capitale: la dissoluzione, con l'avvento della società degli individui, dello schema simbolico della reciprocità, che regolava e definiva il campo e le forme della comunicazione tra gli esseri. Un mutamento intellettuale, una rivoluzione sociale.

consapevolmente indirizzati ad un indiscriminato ampliamento dei confini del loro sapere per il potere o il successo che ne possono conseguire. Credo invece che si tratti piuttosto di comprendere, come ho già scritto, in che modo differenti teorie, opinioni, movimenti sociali e culturali talvolta opposti si inscrivono in una cornice economica e culturale di un determinato periodo che dà loro forma e che a loro volta essi influenzano. Il paradigma, lo ribadisco, è quello per nulla determinista del metodo archeologico foucaultiano. Per una critica di possibili interpretazioni ristrette dell'idea di controllo sociale si veda anche Fiorino (2002, p.14).

Una nuova idea di follia, inseparabile da un'idea dell'uomo in generale, e specialmente della sua potenza cosciente di scegliere da sé, del suo potere morale, da un lato. Il compiersi, dall'altro lato, nella società di un processo di decomposizione e distruzione del suo quadro simbolico originale” (1994, p.93). Queste due istanze sarebbero secondo la Swain all'origine della “nuova concezione morale della follia” che nella sua analisi viene formulata in modo particolarmente chiaro da alcuni autori della scuola psicologica tedesca, quali Heinroth ed Ideler, o dagli scritti scioccanti di Pinel ed Esquirol. Ricordiamo che ai medesimi autori si ispirò e riferì la formazione di Prichard⁴⁴.

In questo quadro la follia si può definire, genericamente un “acconsentire alle passioni” (Swain, 1994, p.94). L'orgoglio, l'amore, possono arrivare a dei livelli tali da divenire follia ed il problema è che l'individuo potrebbe giungere a preferire le sue illusioni ad una realtà che risulta talvolta assai meno gratificante. “Il folle molto precisamente è colui che, davanti alle sue passioni, invece, come gli impone il dovere morale, di cercare di rendersene maestro attraverso la ragione, decide di abbandonarsi, sceglie la loro soddisfazione contro tutto il resto, e attraverso la stessa, ne diviene schiavo” (Swain, 1994, p.95). O citando Ideler: “La follia non è che la passione senza la presenza della mente [...] una volta abolita la riflessione, la passione dominante si impadronisce dell'anima tutta intera, diviene il centro di tutte le idee, il motore di tutte le azioni, le forze organiche stesse si conformano al tipo di passione” (Swain, 1994, p.95).

Si ricordi che Prichard affermava che le varietà di follia morale sono numerose quanto le diverse passioni e sentimenti nell'uomo, e che in effetti dei vari tipi di follia morale osservabili ne descriveva una dominata dalla tristezza e dalla sofferenza, un'altra dall'eccitamento e dall'esaltazione espansiva, un'altra dall'alternanza fra i due precedenti, un'altra dominata dalla rabbia e dalla rissosità, un'altra dalla malizia, un'altra dall'impulsività incontrollata, quadro molto simile alle descrizioni dei diversi tipi di monomania esquiroliana.

Ma le passioni, i desideri, gli affetti, non hanno solo un aspetto negativo, anzi esse vengono sempre più positivamente considerate in un mondo borghese in cui, come faceva notare Swain, l'individuo sembra precedere e fondare la società cui appartiene, società formata per la prima volta da un insieme di singoli individui aperti ad un'indeterminatezza simbolica senza precedenti ed in cui dunque da un certo punto di vista il benessere individuale diviene un orizzonte ideale imprescindibile. Lo stesso Prichard citava a più riprese gli scritti del suo collega medico e filosofo Hancock fra cui il *Saggio sull'istinto e le sue relazioni fisiche e morali*, testo che sosteneva la

⁴⁴ Si veda il già citato Augstein (1996). Molto interessante a questo proposito è anche l'articolo di Berrios (1985) sulla storia della psicopatologia dell'affettività. Egli dedica un paragrafo proprio al contributo della psicologia delle facoltà in questa evoluzione (pp.750-751). Sottolinea inoltre come, l'ingresso del sentimento nel dominio della psicologia e della psicopatologia, dovuto anche all'influenza del romanticismo, non abbia tuttavia mai portato in Occidente, almeno all'interno di queste discipline, alla creazione di un dignitoso e ricco vocabolario per descrivere il mondo delle passioni e degli affetti.

fondamentale educabilità degli istinti a dispetto della loro natura innata e la loro naturale positività, se preservati dalla corruzione della civiltà moderna. Hancock tracciava in questa chiave dei paragoni con le specie animali, le quali addomesticate rischiavano di perdere a suo avviso le loro più peculiari e migliori caratteristiche. Così l'uomo civilizzato rischiava di perdere le sue migliori e naturali capacità.

Klaus Dörner nel suo *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria* (1969) sottolinea la posizione ambivalente che Thomas Arnold, precorrendo la follia morale poi definita da Prichard, attribuisce alle passioni, contemporaneamente potente segno di progresso e fonte di pericolo. La posizione ambivalente delle passioni metterebbe in luce secondo lui la “contraddizione esistente nella struttura della società borghese. Per un aspetto -quello economico- l'intensità delle passioni è l'indice dello spirito di iniziativa, dell'aspirazione al guadagno, del coraggio di rischiare, della ricchezza e del lusso e quindi della grandezza e della libertà della nazione [...] per un altro aspetto - quello intimo-privato- se ne deve pagare lo scotto. Qui le passioni, i bisogni, non solo recano in sé molto più fortemente il rischio della follia, ma figurano sempre come motivo per promuovere la moralizzazione del comportamento umano; qui si tratta del divieto degli estremi, della osservanza della norma morale, della verità che sta nel mezzo” (in Dörner, 1969, pp.75-76).

Che il problema fosse quello della necessità del controllo della volontà sulle passioni, del self-control, e della relativa responsabilità nel mondo sociale era chiaro anche agli psichiatri di allora se pur forse senza consapevolezza delle implicazioni più profonde della questione. Si ricordino la frase di Esquirol: “La monomania è il quadro entro cui collocare ‘l'eccesso’, come tale scandaloso, ad esempio di coscienza di sé, di presunzione (megalomania), di bisogno d'amore (erotomania), di pretesa di riconoscimento del proprio diritto (querulomania), ovvero la tendenza a bere (dipsomania), al furto (cleptomania), all'incendio doloso (piromania) etc.. nonché i tossicomani di ogni tipo, omosessuali e pervertiti sessuali, criminali recidivi o abituali” (in Dörner, 1969, pp.213-214) cui fa eco quella di Prichard: “L'eccessiva intensità di ogni passione è una malattia in senso morale” (Prichard, 1835a, p.125).

In un lungo articolo dedicato a questo tema, *J C Prichard's Concept of Moral Insanity - a Medical Theory of the Corruption of Human Nature*, Augstein definisce la follia morale il disagio del capitalismo (Augstein, 1996). Secondo questa autrice tutti i contemporanei si rendevano conto di trovarsi in una fase di cambiamento e di riorganizzazione della società ed alcuni tentavano di analizzare ciò che stava accadendo facendo riferimento ad indagini sociologiche o al cambiamento dei mezzi di produzione laddove altri guardavano al loro presente attraverso altre categorie. Ma rimane un fatto -afferma Augstein- che la nozione di alienazione era molto diffusa. Se da Marx essa veniva analizzata come un fenomeno socio-economico, un Esquirol o un Prichard la concepivano

invece come un problema della coscienza dei singoli, la quale si trovava per la prima volta di fronte ad una separazione tra “l’identità sociale degli uomini e la loro moralità radicata metafisicamente” (Augstein, 1996, p.334).

In questo senso per gli psichiatri di allora la mancanza di religione e la depravazione morale divenivano fondamentali e fondanti cause di follia, follia in aumento con il raffinarsi della società, ovvero col procedere del progresso e della modernità. È la stessa idea espressa da Swain, ed in qualche misura, di nuovo, è interessante constatare come vi fosse anche una pur limitata e frammentaria consapevolezza fra gli psichiatri del tempo, di come questi quadri dipendessero, almeno parzialmente, da un punto di vista della loro origine e significato collettivi, dai cambiamenti storico-sociali in atto: si pensi nuovamente alle affermazioni di Esquirol nel momento in cui dichiara la monomania la malattia del tempo, trattandosi di una malattia “dell’estremizzazione, della singolarizzazione e dell’unilateralizzazione dell’uomo, la malattia del progresso, dell’eccessivo volgersi verso l’esterno, dell’espansione, dell’alienazione dell’umana natura” e che dunque “può anche insorgere attraverso l’osservazione sociale piuttosto che l’osservazione medica” (in Dörner, 1969, p.211). E laddove non ve ne era forse consapevolezza è comunque evidente la contaminazione dei termini fra dominio sociale e psichico, si pensi per esempio a Rush che parlava di anomia e micronomia usando i medesimi vocaboli di Durkheim, il quale come noto li aveva impiegati per descrivere una condizione sociale.

Torniamo alla frase di Augstein sul problema della costituzione di un’identità sociale e personale slegata da quadri metafisici. E alle affermazioni di Dörner sull’ambiguità dell’atteggiamento borghese verso il mondo passionale e il problema del controllo sui sentimenti, le abitudini, la condotta. Torniamo dunque sul Sé e sulla possibilità della sua formazione e ri-forma: é esattamente il nesso singolo-società a diventare per la prima volta un problema, proprio a seguito della loro appena avvenuta separazione, in un orizzonte antropologico che comincia come si è già scritto a ridurre la significatività di apporti che trascendano entrambi questi elementi. È proprio in questo momento storico che nasce quel continente psichico che comprende una coscienza che si trova a dialogare con un mondo personale, interiore ed affettivo la cui regolazione e gestione è al cuore dei problemi civili ed esistenziali della modernità, al centro della filosofia morale e successivamente di quello che andrà a configurarsi come il campo delle scienze umane. Questo è il territorio che trasforma la vecchia alienistica nella nuova psichiatria, Hughes aveva ragione, si tratta della rivoluzione galileiana della disciplina.

La stessa posizione assume Alain Ehrenberg quando, nel suo magnifico libro *La fatica di essere se stessi. Depressione e società* (1998), sottolinea come la nascita della psichiatria debba essere collocata precisamente nel momento in cui la libertà diventa un valore politico in sé (ovvero

appunto con la nascita della modernità), fase storica in cui per la prima volta occorre di conseguenza discriminare le questioni morali dalle questioni mediche in rapporto al problema della responsabilità ed in relazione alle possibilità di governo e convivenza civile. In questo senso la nascita dello psichico tout court si configurerebbe esattamente, a suo avviso, come la produzione di una distanza ragionevole tra sé e sé che modellerebbe il soggetto moderno vincolandolo ad una legge non divina. La malattia mentale assumerebbe così la forma di una possibilità di irresponsabilità all'interno della nuova condizione antropologica di libertà dell'uomo, possibilità che assieme al mutamento dei quadri socio-culturali andrebbe cambiando i suoi volti.

E sarebbe proprio, anche secondo questo autore, la nascita, all'inizio dell'800, della monomania di Esquirol a consentire per la prima volta di isolare la sofferenza dall'alienazione mentale. Passando dal delirio alla disperazione e al perversimento degli affetti, la malattia organica si è estesa ai fenomeni psicologici, un tempo detti appunto morali (da *mores*, costume). Così la malinconia, caratterizzata dal dolore morale, diviene ufficialmente una malattia e da caratteristica del genio e coscienza esarcebata di sé (queste erano le sue caratteristiche prima di rientrare ufficialmente nella nuova nosografia psichiatrica) viene trasformata in una forma di miseria affettiva, una malattia mentale appunto, il che si può trovare riflesso chiaramente nella nuova composizione sociale, operaia, dei manicomi.

La psiche dell'individuo, il cui nucleo essenziale diviene la sfera affettiva, privata ed intima, per la prima volta viene separata e circoscritta e nel suo atto stesso di fondazione mostra con grande forza tutti i suoi problematici, ineludibili e radicali, nel senso letterale del termine, rapporti con il mondo esterno, sociale, culturale, biologico, mondo in cui il benessere dei singoli, potenzialmente uguali, per la prima volta assurge a valore primario.

Osserviamo un altro lavoro, quello di Mario Galzigna: *La malattia morale. Nascita della psichiatria moderna*, disamina dedicata ad approfondire la nascita e lo sviluppo della cura morale della follia nei nascenti manicomi, che oltre ad un'attenta analisi di testi fondativi utilizza l'archivio del manicomio veneziano di San Servolo quale fonte di "eventi e di cose", ovvero tracce e testimonianze di avvenimenti di natura individuale, sociale, politica ed economica che attraversano e trasformano ricorsivamente i discorsi stessi. Questo autore sostiene a sua volta che l'idea di una follia non totalizzante, di un delirio parziale, che nasce appunto con Pinel e che verrà ripresa dal suo allievo Esquirol, intavolando quel dialogo in parte anche conflittuale con il potere giudiziario, si coniuga con il pensiero giuridico moderno e la sua idea portante di soggetto di diritto di matrice cristiana (Galzigna, 1988, p.33). Ovvero l'idea di un soggetto fonte di diritti inalienabili ed individuali in quanto fondamentale unità psichica. La sua follia non è più un forma tragica di possessione, che non conosce sfumature e può giocarsi sul semplice binario di presenza-assenza, al

contrario si sfalda in quelle forme intermedie e parziali, che danneggiano un soggetto che, pur malato, non smette mai di essere tale, un soggetto appunto, dal pensiero in disordine, dagli affetti pervertiti magari, ma proprio in quanto soggetto curabile, cittadino potenzialmente reintegrabile, responsabile di sé e degli altri nel contratto sociale della modernità. In un certo senso, la follia di Pinel preserva l'idea di una ragione non pervertibile senza un suo stravolgimento organico (come nelle forme demenziali), giustificandone al contempo i disordini funzionali attraverso un ricorso alla logica degli affetti e all'umore. Viene tracciata in questo modo una continuità tra normalità e follia che, nella demenza, risultano invece irriducibili l'una all'altra, e viene aperta, attraverso una migliore prognosi, la possibilità di cura di questo nuovo tipo ambivalente di folle. Riconfermando in questo modo la necessità di un individuo sovrano anche di fronte alle sue cadute.

2- L'idea di self-control nei discorsi sulla follia morale e il problema dell'educazione delle passioni tra mondo psichico e sociale in relazione all'avvento della modernità: governamentalità, poteri disciplinari e normalizzazione.

Abbiamo analizzato il prendere forma dell'idea di un compartimento etico e affettivo della mente, l'autonomizzarsi delle facoltà morali e il loro rendersi potenzialmente indipendenti nella compagine psichica, nonché la progressiva importanza culturale, filosofica, epistemologica da esse assunta. Ne è scaturita la nascita della psiche, di un Sé, di un'identità personale, che diventa oggetto di una psicologia. Nasce di conseguenza il problema della sua gestione, formazione ed educazione che è poi il problema di come permettere e dare luce ad un autogoverno morale compatibile con le esigenze della società, senza garanti metafisici indiscutibili. La follia, in particolare la follia morale, mi sembra segnalare difficoltà, faglie ed ostacoli di questo compito, presentandosi esattamente come un insuccesso, il mancato raggiungimento dell'obiettivo, l'incapacità di condursi "con decenza e proprietà nell'affare della vita" (Hughes, 1884, p.20).

Si pensi alla centralità del problema del rapporto volontà-passioni all'interno di questa patologia. Il compito della volontà sarebbe appunto quello, nell'individuo sano, di controllare le passioni, le quali, a partire da questo momento, come ho già scritto, non appaiono più peccaminose in sé, ma risultano pericolose e dannose solo se in eccesso e fuori controllo. Abbiamo visto come la follia morale si configuri esattamente come un deficit, momentaneo o stabile, acquisito o sopravvenuto, di questa capacità di volontario auto-controllo. Questo è uno dei punti chiave della follia morale: l'individuo non ha per forza un potere su di sé, il potere di determinarsi e controllarsi per il

semplice fatto di essere cosciente, sulla base della sola ragione; non è sufficiente la consapevolezza della necessità di equilibrio tra interesse personale e collettivo per contribuire a realizzarlo⁴⁵.

Ma è proprio questa duplicità costitutiva, la presenza di una ragione funzionante e un'incapacità di seguirne i dettami, nota Swain (1994), che fa sì che si possa parlare con un simile tipo di alienato, cercare di persuaderlo mettendolo davanti alla sua patologia che, d'altro canto, richiede in altri momenti di assecondarlo nei suoi deliri, di entrare nel suo mondo quando lui, a causa della sua volontà alienata e impotente, non è in grado di uscirne. Il folle è in questo quadro curabile, nel senso che grazie a questa spola, determinabile dall'esterno, esso potrebbe riuscire a prendere le distanze dalla sua follia. Il punto rilevante per la cura, tuttavia, è che il medico, in entrambi i casi, ovvero sia quando asseconda il malato sia quando lo contrasta, si situa fuori dalla regola comunicativa di tutte le relazioni umane della reciprocità; in questo senso egli si propone di condurre l'altro, di guidarlo, grazie a una relazione profondamente asimmetrica, nel senso che i due interlocutori non si pongono nello stesso quadro di riferimento, e non per una mera questione di ruolo gerarchico, ma appunto per quanto riguarda i ruoli dei parlanti all'interno dello scambio comunicativo. Per questo il medico non reagirà alle provocazioni del folle come se stesse conversando normalmente con qualcuno, come se si trovasse in un quadro di reciprocità.

Secondo Swain (1994), questo diviene possibile solo dopo la rivoluzione francese, in un mondo in cui regna la libera autonomia della volontà dei singoli che poi, per contratto, stipulano una società. È questo dato storico e culturale che può far sì che la volontà di un singolo si situi al di fuori della legge della reciprocità, la quale fino a prima della rivoluzione precedeva l'individuo nel senso che lo costituiva, a prescindere da una priorità e centralità delle sue scelte personali slegabili dal contesto cui apparteneva. La possibile indeterminatezza assoluta delle relazioni, portato senza precedenti dell'individualismo e del crollo delle forme sociali preesistenti ai singoli, è ciò che permette a suo avviso questo tipo di relazione asimmetrica che è propria del nuovo trattamento morale del folle.

Dobbiamo tornare ora, e più precisamente, all'analisi del termine morale, inscrivendolo all'interno del discorso psichiatrico nascente sulla follia morale come diagnosi specifica. Secondo Heidi Rimke ed Alan Hunt (2002) in questa letteratura i significati della parola morale si presentano molteplici e divergenti e non è dunque possibile darne una definizione univoca. Cercando di sintetizzare, gli autori arrivano ad una definizione triplice: morale in riferimento alla vita emozionale e psichica profonda di un individuo, magari invisibile ma sempre presente, significato che abbiamo già messo in luce, ma anche morale in riferimento alla condotta etica e appropriata del cittadino e infine morale come termine che si riferisce ad un'inerente socialità del Sé, ad una sua capacità

⁴⁵ Ciò evidenzia una deriva utopica dell'illuminismo già smentita dagli esiti più sanguinosi della rivoluzione francese e dai grandi problemi sociali posti dall'industrializzazione e dalla crescente urbanizzazione.

socializzante, al modo del suo mettersi in relazione. In questa ultima accezione la moralità di qualcuno è la misura della sua lealtà, cooperatività e senso del dovere sul piano etico della condotta sociale. Questi autori fanno giustamente notare come tale parola dunque designi, nel complesso, un campo che problematizza il legame tra carattere personale e condotta, nonché potenziale danno sociale o disturbo (Rimke, Hunt, 2002, p.61). Come la volontà, il carattere e le passioni, ovvero gli altri importanti oggetti che contribuiscono a darne una definizione, la sfera morale avrebbe la fondamentale caratteristica di poter divenire oggetto di governamentalità, vale a dire un aspetto della vita e della personalità su cui si può influire ed agire, al confine tra mondo psichico e sociale⁴⁶. E tale sfera diventa più che mai importante in un mondo in cui, come abbiamo visto, la volontà di un singolo può situarsi al di fuori della legge della reciprocità, come nota Swain (1994). Come educare le passioni, formare gli individui in modo che non diventino pericolosamente autoreferenziali?

Siamo di fronte al problema della formazione e guarigione di quel Sé che si trova per la prima volta separato dal mondo sociale a fronte di quell'indeterminatezza simbolica che l'individualismo post-rivoluzionario ha comportato, di cui abbiamo descritto nel paragrafo precedente la nascita.

Si può riferirsi nuovamente alla definizione di Augstein che ascrive la nascita della follia morale alla sopravvenuta scissione tra "l'identità sociale degli uomini e la loro moralità radicata metafisicamente" (1996, p.334), scissione che da una parte apre alla possibilità di cambiamento e a quella dell'educazione nel nome di una possibile uguaglianza di principio, il che si sposa perfettamente con le istanze progressive e filantropiche tanto sentite da questi psichiatri di inizio secolo. Dall'altra, e contemporaneamente, ci troviamo di fronte alla nascita del potere di normalizzazione, nelle sue diverse forme, alla creazione di una norma che è appunto innanzitutto sociale e morale, vale a dire costume e abitudine di una maggioranza, in relazione appunto con ciò che è normale. La norma naturalmente crea l'anormalità, costituita dai suoi scarti e dai suoi insuccessi, e proprio durante il corso dell'Ottocento essa verrà progressivamente medicalizzata esattamente attraverso la nascita ed il consolidamento della scienza psichiatrica, argomento su cui tornerò⁴⁷.

Il filosofo della scienza Ian Hacking ha dedicato un'intera lezione all'interno di uno dei suoi recenti corsi al Collège de France al senso e all'origine della parola "normale" proprio in relazione

⁴⁶ Il carattere viene infatti definito come quell'insieme di caratteristiche profonde di un individuo che possono essere tuttavia inferite dal suo comportamento, e dunque si situa proprio all'incrocio tra interno ed esterno, tra singolo e società. Ugualmente la volontà, il cui governo può essere effettuato dagli individui stessi o dagli altri, è dunque un governo che può essere contemporaneamente interno ed esterno.

⁴⁷ I passaggi principali di questo processo possono essere considerati: 1-la formalizzazione dello statuto del malato, non più il povero bisognoso ma il malato di mente certificato e riconosciuto dalle autorità istituzionali; 2- la formazione di un gruppo di professionisti, gli alienisti prima e gli psichiatri poi; 3-la messa a punto di un codice teorico; 4-la fondazione di un'istituzione come luogo speciale della cura, il manicomio; 5- una pratica terapeutica, il trattamento morale e fisico (Fiorino, 2002, p.8).

all'avvento della modernità e al problema delle malattie mentali (Bella, Casonato, 2008). Hacking comincia con la definizione che il dizionario riporta: “ciò che è del tutto privo di carattere eccezionale; che è conforme al tipo più frequente” (Hacking, 2008, p.71). Esiste un uso colloquiale, familiare e quotidiano del termine, per esempio si potrà dire che è normale essere stanchi se si dorme poco, ed uno in mano agli esperti, per cui per esempio uno psicologo dello sviluppo stabilisce che cosa è normale che un bambino debba saper fare a cinque anni di età. Da entrambi gli esempi emerge una considerazione, come nota acutamente Hacking. La parola normale farebbe parte di quella classe di termini che costituiscono dei ponti tra descrizioni fattuali del mondo e valutazioni dello stato delle cose e tra questo gruppo sarebbe una tra le più importanti e significative. Questa dualità è ravvisabile fin dalle sue origini come dimostrerebbe la storia stessa del vocabolo: “Le origini della parola risalgono al prefisso latino *-norme-*, che rinvia a sua volta al prefisso greco- *ortho-*. Norma designa in latino una squadra a forma di T. Sottolineo che queste radici scavalcano esse stesse le distinzioni tradizionali tra fatti e valori. Una squadra a forma di T crea un angolo retto, come dire che due rette si incontrano dando luogo a un angolo di novanta gradi. Fino a qui si tratta di una descrizione. Ma è anche l'angolo giusto per un falegname o un muratore. Questa volta, noi siamo nel campo di un giudizio normativo. In generale, si chiama “normale” o “ortogonale” la perpendicolare a una retta: a questo livello rimaniamo entro l'area della descrizione. Se si parla di angolo “retto”, è anche perché, per diversi usi -muratura o architettura- è l'angolo giusto. L'ortografia definisce il modo di scrivere una parola - la maniera che è considerata l'unica corretta. All'inizio si tratta soltanto della grafia abituale di una parola, dell'ortografia più comune. Ma i maestri, gli editori, gli accademici, hanno stabilito delle regole di ortografia. Essa è divenuta *ortho-grafia*, insieme scrittura abituale e scrittura giusta. È giusta perché gli accademici hanno decretato che ciò che è abituale tra le persone colte deve diventare ciò che è obbligatorio, *ortho*, per tutti” (Hacking, 2008, pp.71-72). Lo stesso vale per il termine e l'idea di ortodossia e per quanto si possa sostenere la necessità della presenza di opinioni eterodosse, l'idea di normale è così pregnante che è difficile immaginarne l'assenza.

Eppure, fa notare Hacking, si tratta di un'idea post-napoleonica, di cui alcuni importanti passaggi storici, seguendo le analisi del celebre libro di Canguilhem (1966), sarebbero: l'istituzione nel 1794 della prima scuola normale per merito di Joseph Lakanal (1762-1845) per diffondere e favorire l'educazione rivoluzionaria uguale per tutti, l'esportazione a partire dal 1828 dell'idea tecnica di normale al politico tramite l'opera di Auguste Comte (1798-1857), la sua esportazione a partire dal 1833 nella letteratura e nella vita quotidiana soprattutto grazie ai romanzi di Honoré de Balzac (1799-1850), la nuova organizzazione burocratica che nel ventennio 1820-40 ha prodotto quello che Hacking ne *Il caso domato* (1994, cap.19), testo dedicato alla nascita della statistica, ha chiamato

“la valanga dei numeri stampati”, numeri le cui regolarità contribuirono a dare forma all’idea di uomo medio, partorita e sistematizzata a partire dal 1844 da Adolphe Quetelet (1796-1874)⁴⁸.

Credo che la fondazione della prima scuola normale possa essere presa come un chiaro paradigma.

“In un discorso alla Convenzione, il 28 ottobre 1794, Joseph Lakanal dichiarò che questa scuola avrebbe dovuto essere ‘il prototipo e la regola di tutte le altre’ che sarebbero state create nel futuro. Le scuole normali dovevano instaurare un modello per la buona educazione dei cittadini rivoluzionari. Esse dovevano stabilire delle norme per l’insegnamento, definendo che cosa bisognava fare e che cosa bisognava esigere” (Hacking, 2008, p.73). Questo significa che l’idea di che cosa è normale, nell’uso moderno, proviene dall’origine di un’istituzione destinata a standardizzare l’insegnamento dei maestri e dei professori, essa sarebbe perciò inestricabilmente legata a delle istituzioni educative.

Ma non si tratta solo di apprendere delle nozioni, non è sufficiente il progresso intellettuale, né la sola ragione, perché non basta sapere razionalmente cosa è meglio fare per poi farlo, come la follia morale stessa dimostra. Occorre apprendere comportamenti, stili di vita, modalità di gestione di sé funzionali ai rapporti interpersonali e alla vita privata e sociale⁴⁹.

È in questo quadro che secondo me può essere iscritto, interpretato e riletto il nutrito discorso psichiatrico sull’eccentricità che andrà nel corso dell’800 ad assumere una valenza di gravità sempre maggiore; del resto essa segnala esattamente il problema di un difetto che è innanzitutto un’incapacità di con-formarsi, un delirio di singolarità ed egotismo. Abbiamo visto come l’eccentricità venisse considerata sintomo, nonché precursore ed importante elemento diagnostico della follia morale. L’idea di Prichard, come visto in precedenza, era che un certo grado di eccentricità si associasse costantemente alla follia, la quale tuttavia diveniva internabile solo a fronte di una sua reale pericolosità e dannosità nei confronti del mondo sociale (si ricordino a questo proposito le sue chiarissime considerazioni sulla formulazione della diagnosi e le condizioni per l’internamento). Ciascuno può fare la vita che vuole, purché sia in grado di condurla “con decenza e proprietà”, purché non sperperi i suoi averi, quelli dunque della sua famiglia e del suo Paese (vedi Prichard), purché stia a casa col *viento norte* se sa che questo potrebbe dare origine allo scatenarsi di impulsi incontrollabili (vedi Hughes).

⁴⁸ Naturalmente la sua storia prosegue ed i passi successivi non sono privi di significatività né di relazione con quella che è stata la storia stessa della follia morale, dato che, a partire dalla curva normale in statistica, le idee di Quetelet passando per Gauss, sono approdate a Binet ed a quei test per misurare il quoziente intellettivo che sembrano sancire quel ritardo nello sviluppo che proprio l’etichetta idiozia morale contribuì a creare all’inizio del Novecento.

⁴⁹ Su questo argomento le analisi foucaultiane sulla struttura degli spazi ed i ritmi di vita istituzionali sono fondamentali e chiarissime. Si tratta della microfisica del potere disciplinare di cui una formalizzazione chiara può essere trovata nel *Panopticon* di Bentham. “Le discipline sono tecniche di distribuzione dei corpi, degli individui, dei tempi, delle forze di lavoro” (Foucault, 1973-1974, p.78). Foucault ne fornisce moltissimi esempi, dalle repubbliche cosiddette comuniste dei Guarani in Paraguay fondate dai missionari gesuiti (Foucault, 1973-1974, p.74), al piano architettonico del seminario di Saint-Sulpice, in cui le camere separate sostituiscono per la prima volta i dormitori comuni (Foucault, 1974-1975, pp.200-201).

L'eccentricità che diviene sintomo denuncia l'imporsi della legge della normalità.

La stravaganza, l'eccessiva singolarità nella condotta di questi pazienti sono spesso sottolineate, anche per questo una grande parte nella cura della follia morale doveva consistere in un tentativo di regolarizzazione della condotta di vita, con una sistematizzazione dei ritmi e delle attività in grado di conformarsi "ad una sana routine". La retorica dell'ordine, di igiene e pulizia, oltre che quella del lavoro organizzato e produttivo, erano all'interno dei manicomi di allora, come ormai ben noto, se pure in forme e misure diverse, elemento importantissimo, così come l'allontanamento del folle da una quotidianità divenuta caotica con relazioni sociali compromesse e burrascose. Nel manicomio si ricreava nel piccolo una società ideale e ordinata in cui, attraverso il controllo costante ciascuno è spinto a fare la sua parte, ciò che deve⁵⁰.

Il folle non deve essere punito, ma rieducato e guarito.

È caratteristica per antonomasia dell'esigenza normalizzatrice, di cui Foucault illustra bene i meccanismi e le peculiarità ne *Gli anormali* (1974-1975)⁵¹, l'inutilità della punizione in sé, ovvero di una punizione che non serva all'individuo per correggersi, migliorare, guarire.

Il potere di normalizzazione in epoca moderna infatti, secondo Foucault, non si basa sulla logica della repressione e neppure su quella dell'esclusione; non è un potere sovrano che sancisce di non fare determinate azioni che altrimenti verranno punite secondo il principio di atrocità; neppure può essere metaforizzato dal genere di provvedimenti presi verso la fine del Medioevo nei confronti dei lebbrosi, i quali venivano separati da tutti gli altri ed isolati lontano dalle città e dalla comunità politica perdendo ogni diritto, morendo giuridicamente. Al contrario tale potere agirebbe sulla base di quello che Foucault definisce il modello "dell'inclusione dell'appestato". Tale opposto modello di controllo degli individui, che secondo il filosofo francese avrà grande fortuna a partire dal XVIII secolo in Occidente, potrebbe essere descritto attraverso la metafora della chiusura della città appestata. La suddivisione minuziosa e dettagliata del territorio e degli abitanti a fronte di una

⁵⁰ Anche su questo esiste ormai una letteratura sterminata. Nello stesso manicomio veneziano di San Servolo per cui si rimanda alla ricerca in appendice, l'importanza del lavoro con relativi ritmi scanditi e l'elogio di uno spazio tranquillo ed isolato dal caos cittadino (del resto esso si trova confinato su un'isola), ben organizzato ed addirittura piacevole, ricorre nelle parole dei medici. Esemplificativa potrebbe essere considerata anche la pratica dei *tea-parties* che si svolgevano in Inghilterra al Retreat di York (una delle più celebri istituzioni asilari inglesi) in cui i pazienti erano invitati ad indossare i loro vestiti migliori e ad affrontare una conversazione rispettando tutte le norme del galateo con i medici dell'istituto per rafforzare le proprie capacità di autocontrollo attraverso la mobilitazione dei sentimenti morali (Dörner, 1969, p.111). Un discorso a parte, assolutamente centrale, sarebbe poi quello del rapporto con la famiglia, a partire dalla nascita di quella che viene definita famiglia nucleare affettiva che inizia a prendere forma proprio in questo momento storico. Un'analisi di essa nei suoi rapporti con le istituzioni educative e non, si può trovare nei due cicli di lezioni di Foucault *Il potere psichiatrico* e *Gli anormali* già a più riprese citati (1973-1974, 1974-1975).

⁵¹ *Gli anormali* sono un corso in cui, attraverso un'archeologia della psichiatria (che tra l'altro mostra chiaramente l'origine di quelle che sono alcune fondanti nozioni psicologiche, psicoanalitiche e pedagogiche successive), viene messo in luce proprio come si sarebbe costituito e medicalizzato nel corso dell'Ottocento il campo da noi ereditato dell'anomalia, ovvero dell'anormalità come scarto da una norma morale associata alla sicurezza pubblica. Mi sembra utile seguire da vicino l'indagine foucaultiana con alcuni relativi esempi che in parte esulano dal presente discorso, per dare conto più chiaramente di alcune nozioni che considero imprescindibili nella mia analisi.

pestilenza ha lo scopo di istituire delle regole precise e continue che permettano di controllare ogni azione e spostamento, al fine di evitare i contagi: “si tratta di una serie di differenze sottili e costantemente sotto osservazione tra gli individui che sono malati e quelli che non lo sono. Individualizzazione, di conseguenza, divisione e suddivisione del potere, che arriva a raggiungere la grana minuta dell’individualità” (Foucault, 1974-1975, pp.49-50). Dal XVIII secolo, nella cosiddetta età moderna e nel tempo della monarchia amministrativa, la peste, secondo Foucault, ha sostituito la lebbra come modello di controllo politico a fronte delle “invenzioni delle tecnologie positive di potere”. Il potere non agisce più per prelevamento ma per produzione e massimizzazione della produzione, ed è connesso non all’ignoranza bensì all’accrescimento cumulativo ed alla produzione di saperi.

Il passaggio è magistralmente illustrato da Foucault attraverso la storia del “mostro umano” che traccia a partire dalla terza lezione de *Gli anormali*. La figura del mostro è inizialmente quella che incarna una violazione delle leggi di natura, dunque è quella di un portatore di un’infrangimento di carattere giuridico-biologico che va punito ma, proprio nel corso dell’Ottocento, essa si trasformerà nella figura del mostro morale. Il quale, a sua volta, lascerà il posto all’individuo da correggere che emergerà dai complessi rapporti che andranno a crearsi tra la famiglia e le istituzioni sociali per approdare, nell’analisi foucaultiana, alla figura del masturbatore, il cui quadro di riferimento è la nuova famiglia nucleare, la microcellula strettamente intorno all’individuo ed al suo corpo. Queste tre figure appaiono come centrali nell’analisi di Foucault secondo un ordine cronologico. Fino alla seconda metà dell’Ottocento rimangono separate. Gradualmente infine andranno a fondersi in un campo omogeneo ed unico, quello dell’anomalia. Si ritrova questa evoluzione anche nei mutamenti della follia morale, ed è proprio nell’idiotia morale che ne troviamo una perfetta sintesi conclusiva, come si cercherà di mostrare.

Vediamo brevemente la descrizione e l’interpretazione della prima delle tre. Il mostro umano nel Medioevo corrispondeva perlopiù all’uomo bestiale, all’essere che porta con sé incredibili mescolanze, di regni naturali per esempio (umano e animale) o di sessi, magari rientrando nell’ambito di un difetto o infermità naturali, di un disordine biologico verso cui bisognava stabilire come comportarsi giuridicamente. Nel Rinascimento l’attenzione si sposta in particolare sui fratelli siamesi per poi approdare nel Seicento sulla categoria degli ermafroditi. Dal XVII secolo gli ermafroditi non vengono più condannati in quanto ermafroditi: vengono condannati invece solo se fanno uso del sesso che hanno deciso di escludere. Ecco due casi significativi per comprendere meglio il problema:

A) L’ermafrodito di Rouen o Marie Lemarcis (1601): si tratta di un ermafrodito che sposa una donna scegliendo di identificarsi con i suoi tratti maschili. Le prime perizie indicano che non ci

sono segni di virilità e così lei viene condannata ad essere bruciata in pubblico e sua moglie fustigata ed obbligata ad assistere al supplizio del marito. In seguito un'ulteriore perizia, redatta da un medico di nome Duval, attraverso un esame accurato, dimostra invece che ci sono segni di virilità e così Marie viene assolta, le viene prescritto di indossare l'abito femminile e le viene proibito di convivere od avere rapporti con persone di qualsiasi sesso. Dunque la mostruosità naturale non è più la causa della condanna, al contrario è ciò che permette di preservare la moralità e dunque l'innocenza⁵².

B) Il caso di Anne Grandjean (1765): anche lei si sposa con una donna. Una volta processata viene rilasciata ma costretta ad indossare l'abito femminile e a non potere più avere a che fare con esponenti di sesso femminile (con quelli di sesso maschile, a differenza di Lemarcis, se vuole può avere dei rapporti). Per discolparla il medico Vermeil voleva dimostrare che essa era fisicamente un ermafrodito. Per lo stesso motivo venne pubblicato un poema di Anne dedicato alla sua donna amata, per dimostrare appunto che il suo sentimento era naturale e morale e non mostruoso e perverso.

Questi due casi mostrano come la mostruosità non è più mistura innaturale dei sessi ma è diventata solo imperfezione, errore della natura che può dare luogo a comportamenti criminali e immorali. Sarà poi l'eventuale comportamento immorale appunto ad essere sanzionato non l'ermafroditismo in sé. Si passa dunque dal livello giuridico-naturale al livello giuridico-morale.

Il passo successivo, è l'individuo amorale, non da punire, bensì da correggere, da educare, attraverso una complessa rete sociale che si gioca soprattutto tra istituzioni e famiglia. È il caso del folle morale. In questa chiave proprio nei suoi sintomi possiamo trovare delle indicazioni preziose sui valori e le coordinate che dovrebbero orientare normalmente la conduzione della vita dei soggetti di quel tempo, diciamo alcuni tratti di un'educazione sentimentale e valoriale egemonica. Le caratteristiche di quel self-control che ci permettono di risalire al relativo, contestualmente determinato, tipo di Sé, e dunque gli obbiettivi della sua educazione, i suoi pericoli, le sue malattie. Cercherò dunque di raggrupparli in macro-categorie per poterli successivamente commentare in questa prospettiva :

⁵² La perizia di Duval sarebbe importantissima secondo Foucault per altri due motivi: è il primo esempio di una clinica medica della sessualità attraverso un esame minuzioso con palpazione e propone la prima teoria del discorso medico sulla sessualità, ottimo esempio della creazione di un "sapere-potere positivo" tipico dell'età moderna. Duval sostiene che prima della Vergine Maria e del sacro matrimonio le donne erano disprezzate. Invece, grazie al cristianesimo, ogni lubricità e i viziosi costumi femminili sono stati aboliti. Ne derivano tre conseguenze ovvero che: 1-la matrice è stata riconosciuta come venerabile tempio dell'universo; 2- l'inclinazione degli uomini verso di essa non è più segno di lubricità ma deriva da un precetto divino; 3- il ruolo della donna è diventato venerabile in quanto custode e conservatrice dei beni della casa e della loro trasmissione ai discendenti. Dunque i medici devono studiare la sessualità per favorire la riproduzione e rafforzare la società in quanto "le donne sono preziose perché riproducono e i bambini sono preziosi perché riforniscono la popolazione" (Foucault, 1974-1975, p.70). Ecco un altro chiarissimo esempio di una prima rivalutazione degli istinti e delle passioni tratta da un discorso che fonde, come per Rush, per Prichard e per la maggior parte degli altri psichiatri citati, discorso medico e scientifico e morale cristiana.

- Asocialità-egoismo-aggressività:

Innanzitutto abbiamo visto come nelle stessa definizione delle facoltà morali, prima ancora delle loro mancanze o patologie, ci siano degli elementi che le connotano e caratterizzano. Si veda l'affermazione di Esquirol che scrive che il proprio e naturale stato degli affetti morali sarebbe caratterizzato dal desiderio di rivedere ancora una volta i figli e gli amici, e all'esigenza di cui parla Kitching della costruzione di relazioni sociali, domestiche, morali. Si è già sottolineato come una delle stesse accezioni del termine morale fosse riferita ad un'inerente socialità del sé (Rimke, Hunt, 2002), ad un suo naturale istinto alla cooperazione. Si tratta, come scriveva Rush di una "legge scritta nei nostri cuori" talmente incontrovertibile che, come afferma Prichard rifacendosi ad Esquirol, il ritorno alle proprie abitudini o il desiderio della famiglia sarebbero migliori e più convincenti segni di guarigione dalla follia che la scomparsa di eventuali allucinazioni. Il freddo egoismo di questi pazienti, la loro "incapacità di legame e di sviluppare saldi legami domestici" (Esquirol, in Augstein, 1996, p.334) sono frutto dello stesso problema. Il paziente descritto da Rush, Servin è "ingannatore", cioè non sincero nel relazionarsi con gli altri e "crucele", il giovane capriccioso di Pinel citato da Prichard, rissoso e tiranno, un ragazzo che "sogna di regnare con la forza" ovvero senza tenere conto delle altrui esigenze, "ed è perpetuamente assorbito in dispute e litigi" ovvero non riesce ad andare d'accordo con nessuno proprio perché non è capace di venire a patti con nessuna limitazione dei propri desideri e delle proprie gratificazioni in vista dei bisogni altrui. Per lo stesso motivo "Se un cane, un cavallo, o altri animali lo offendono, lui all'istante li mette a morte" ed in questo senso senz'altro può dirsi a sua volta crudele. Lo stesso problema porta questi pazienti ad essere come scrive Prichard "presuntuosi" ovvero a pensare di essere superiori agli altri, "irritabili e suscettibili", vale a dire, intolleranti, "intrattabili" ovvero persone con le quali non si sa come comportarsi, che non rispettano le regole di reciprocità delle buone relazioni sociali, e sono perciò, anche secondo Prichard "cattivi". Nello stesso senso questi malati, sono, altro termine che sempre rientra nelle descrizioni della patologia, "capricciosi" cioè soggetti ad una propria indisciplinata incostanza e mutevolezza di desideri, incompatibile con le regole proprie ad ogni diversa situazione della vita associata. La descrizione della *Appetitive Insanity* di Arnold risulta particolarmente calzante: "di questa forma soffre colui che vuole assolutamente soddisfare un bisogno, anche quando esso non è adeguato alle circostanze" (in Dörner, 1969, p.76). Essi sono volubili e affettivamente instabili, incapaci di quella minima coerenza ed affidabilità senza la quale la vita comune diviene impraticabile. Labili, preda di incontrollati sbalzi umorali e preda di desideri selvaggi nelle parole degli psichiatri. Questo li conduce, come osserva con dispiacere Prichard "al crollo degli affetti sociali" e ad essere aggressivi persino verso "parenti ed amici". In effetti, questi

pazienti, non si stancano di sottolineare gli psichiatri, sono quasi sempre autogiustificativi, ed a questo scopo impiegano primariamente la loro acuta intelligenza. Loro hanno sempre ragione, gli altri sempre torto. In vista della loro incorreggibile completa auto-centratura essi diventano talvolta invece che violenti o rissosi, sospettosi e chiusi, convinti di dover aspettarsi dagli altri inganni, ingiustizie, sevizie, quali quelle che sarebbero disposti ad infliggere in prima persona per soddisfare tutte le loro pretese. In questo senso spesso come abbiamo visto vengono descritti con tratti paranoidei e persecutori. All'insegna del *homo homini lupus* che impera nel loro cuore. Per concludere: essi sono per antonomasia disobbedienti, indisciplinati e disordinati rispetto al nuovo ordine che la vita moderna richiede e che la psichiatria tenta di proteggere. Con l'idea, ed a volte la reale capacità, di proteggerli da se stessi.

- Eccessiva e incontrollata immaginazione non socializzabile:

I folli morali nella descrizione di Prichard, hanno la caratteristica di non cedere neppure ad un buon senso che si impone naturalmente nel considerare la realtà, la quale mostra con forza le necessità di un dignitoso autocontrollo ed i danni causati dalla sua assenza nella vita singolare e collettiva. Del resto questi pazienti sono caratterizzati, patognomicamente, da una forte immaginazione, troppo intensa, una fantasia eccessivamente vivace, indisciplinata e indisciplinabile. Per esempio nel passo di Georget citato da Prichard si legge che questi pazienti sono caratterizzati da un'immaginazione particolarmente forte ed inadatti allo studio delle scienze esatte; anche Thomas Arnold parlando di coloro i quali sono affetti da *Pathetic Insanity* parla della loro "violenta inclinazione alle immaginazioni" più sfrenate (in Dörner, 1969, pp.74-75), ed Esquirol nella descrizione dei monomaniaci afferma che sono persone spinte dalla fantasia, dalla speculazione e dalle illusioni sull'avvenire.

Gladys Swain citava una frase di Ideler sul carattere morale dei nuovi tipi di follia: "L'intelligenza, incapace di seguire il corso impetuoso della passione, delira, divaga e si perde nelle fantasie di un'immaginazione vagabonda come nella realtà" (Swain, 1994, p.95).

- Debolezza della volontà e conseguente soggezione a dipendenze od eccessi:

Mancando di volontà, questi pazienti sono incapaci di preservare la libertà della scelta morale, nonostante possano valutare e giudicare correttamente una situazione. Sono dunque volubili al massimo grado, tentano talvolta il suicidio in preda ai rimorsi per ciò che hanno fatto e detto in

momenti di discontrollo (quando non lo tentano per attirare l'attenzione, alla luce di tutte quelle caratteristiche sintomatologiche che abbiamo già descritto parlando del problema del loro esasperato egoismo). Impulsivi ed incoerenti, essi sono spesso soggetti a numerose forme di dipendenza, la dipsomania, ovvero l'alcolismo, il gioco d'azzardo, la cleptomania. In loro gli eccessi si traducono in debolezze e la debolezza diventa causa d'eccesso.

In effetti nella follia morale, ed ancor di più nell'imbecillità morale, un ruolo centrale viene giocato proprio da impulsi, istinti e pulsioni incontrollabili, su cui ora non mi soffermo avendo deciso di dedicare a questo un paragrafo a parte.

Lo storico Thomas Laqueur, in un libro dedicato all'esplorazione dei motivi e delle conseguenze di quella che potrebbe essere definita una crociata medica nei confronti della masturbazione che tocca il suo apice nel XIX secolo, mi sembra fornire una chiave per interpretare bene in un'ottica socio-culturale le categorie di sintomi della follia morale (Laqueur, 2003). Riassumendo, secondo questo autore, l'egoismo, l'asocialità, la riservatezza ed il desiderio di solitudine rappresentano il lato d'ombra dell'importanza che veniva assumendo l'identità e la propria privata storia di vita nella modernità; l'eccesso e la dipendenza, il lato d'ombra dell'identificazione tra soddisfacimento dei desideri personali e felicità; l'immaginazione ipertrofica che poteva arrivare a sostituire pericolosamente la realtà, il lato d'ombra del moltiplicarsi delle possibilità di scelta individuali, delle alternative esistenziali possibili a fronte delle nuove necessità di autodeterminazione. Il problema osserva Laqueur, era quello di come limitare la frenesia di un desiderio privato potenzialmente infinito, desiderio alla ricerca di quell'arricchimento personale che poteva dischiudere possibilità materiali e sociali: la malattia dell'immaginazione nasce da questa possibilità incessante di cambiamento, miglioramento, progresso. Occorreva socializzare il desiderio e disciplinare la fantasia. Il discorso psichiatrico sulla follia morale mostra chiaramente la necessità di questa nuova ambivalente difficoltà/possibilità⁵³.

⁵³ Il libro di Laqueur integra le analisi foucaultiane in maniera molto interessante. Dopo aver analizzato e ricostruito la letteratura medica e non medica sulla masturbazione a partire dal settecento, di proporzioni notevolissime, egli tenta di spiegarne le ragioni di emergenza e consolidamento. Le riconduce a tre sue peculiari caratteristiche, ovvero: il legame con l'immaginazione e la fantasia, la solitudine e segretezza, la tendenza all'eccesso e all'assuefazione. Alla luce di ciò: "l'autoerotismo diventò importante in quanto divenne profondamente problematica la relazione tra l'individuo e il nuovo ordine sociale emergente. La masturbazione è un problema morale del Sé moderno, un riflesso dei problemi più profondi della vita moderna. Viceversa, la modernità, in alcuni suoi aspetti fondamentali, ha inventato il problema del sesso solitario -o potremmo dire ne ha avuto bisogno- attraverso il mondo sociale che lei stessa ha creato" (2003, p.209). Secondo Laqueur, "l'autogoverno, un aspetto centrale del modo in cui cominciò ad essere intesa la masturbazione nel primo settecento, deve essere inteso come l'opposto del governo esterno della mente e della morale. In altre parole, quando persero valore i vincoli naturali e l'apparentemente naturale ordine politico-gerarchico sottoscritto da Dio e dal Cielo, si accrebbe l'importanza del libero arbitrio, della moderazione, della trasparenza, della sensibilità, dell'immaginazione, e dell'educazione. Come l'individuo dovesse entrare a far parte del nuovo ordine sociale era il grande problema della filosofia morale e della teoria politica del XVIII e del XIX secolo" (2003, p.226). Proprio le tre caratteristiche individuate da Laqueur sono sovrapponibili alle macro-categorie in cui abbiamo suddiviso

È evidente qui quello che Ian Hacking chiamerebbe il delinarsi del vettore di una polarità culturale. Da una parte il polo del vizio, considerato innaturale e patologico, coinciderebbe in senso ampio con l'asocialità. Così l'egoismo, il desiderio eccessivo di isolamento e di privatezza, l'assenza di relazioni e soprattutto del piacere che normalmente si dovrebbe trarre da esse, tale per cui non si considerano neppure i danni che i propri errati e disordinati o addirittura pericolosi comportamenti possono arrecare agli altri, oltre, in definitiva che a sé, l'immaginazione che non può trovare ostacoli naturali all'esterno nel suo consumarsi segretamente senza limiti né contratti, nonché l'incapacità di limitare il proprio desiderio sulla base dell'interesse personale e comune, vengono con forza condannati, temuti, medicalizzati. Dall'altra il polo della virtù, sano e naturale, che invece corrisponderebbe al desiderio di condivisione e socializzazione, alla presenza di altruismo e alla necessità di legami familiari domestici e amicali, basati su un'armonica reciprocità di sentimenti e benevolenza. L'interdipendenza inevitabile dell'uomo lo porterebbe naturalmente alla reciproca collaborazione, alla comprensione che non vi è possibile felicità svincolata dagli altri, ma che proprio la più intima e completa gioia può ritrovarsi solo nei legami. Questa è la salute, la normalità, la natura.

Abbiamo messo in luce quanto proprio i testi sulla follia morale diano voce indirettamente ad una ricca retorica sulla condotta serena della vita affettiva e familiare, resa possibile da una normale capacità di autocontrollo dei propri affetti, desideri e passioni. I quali in sé, come ho già scritto, non avrebbero nulla di patologico o negativo, anzi. Qualora, a causa di avvenimenti esterni o problemi fisici venissero ad ammalarsi, o qualora fossero fin dalla nascita pervertiti a causa di una costituzione ereditaria patologica, in questi casi occorrerebbe, utilizzando la ragione indenne e la regolarizzazione della condotta e delle abitudini, mostrare a questi sfortunati, nel loro stesso interesse e con tutti i mezzi possibili, che l'isolamento e i comportamenti asociali o antisociali sono dannosi e pericolosi e, in assoluto, controproducenti per ciascuno e per tutti. Il problema non è nei desideri, è che quelli di questi pazienti sono selvaggi, incontrollati e incontenibili, e neppure nelle passioni, ma nella loro passionalità, così intensa, instabile, imprevedibile, volubile e inaffidabile. Si

appunto i sintomi della follia morale, che abbiamo inquadrato nella medesima cornice di riferimento, si ricordi la questione della governamentalità da essa sollevata. Credo che a questa diagnosi possano essere riferite le parole che Laqueur scrive riferendosi alla masturbazione: "a questo disagio era collegata la questione se la socialità, o comunque ogni forma di pubblica virtù, potesse sopravvivere alla frenesia del desiderio privato e dell'arricchimento personale" (2003, p.235). Non a caso, fa notare, i contemporanei parlavano del sesso e del commercio in termini simili, in particolare con quel linguaggio che riguardava la possibilità del credito, dal momento che in entrambi gli ambiti il problema "era il desiderio autogenerato che non aveva limiti naturali" (2003, p.236). Non a caso, nella sua analisi la masturbazione si associò parimenti alla diffusione epidemica del romanzo con cui condivideva le medesime caratteristiche. Si ricordino le descrizioni di Arnold, Prichard o Esquirol. Mi sembra importante inserirle in questo orizzonte. La stessa analisi foucaultiana, come abbiamo già scritto, approderà alla masturbazione, nello stesso quadro di riferimento ma mettendone in luce altri e diversi aspetti, soprattutto in relazione ai mutamenti dei sistemi familiari ed al discorso psichiatrico di fine Ottocento sulle perversioni, che appartiene alla teoria degenerativa e che credo dunque debba essere analizzato con presupposti in una certa misura differenti, più pertinenti, come vedremo, alle questioni sollevate da diagnosi quali l'imbecillità morale.

può capire quanto questa difesa della socialità diventi importante in una cultura in cui sono diventati valori imprescindibili il singolo individuo, la sua felicità, la sua autonomia.

In questo senso, forse, la follia morale potrebbe essere considerata una forma amplificata di una normopatia del tempo, vale a dire la versione più eclatante di un problema allora normale, un insieme di scarti che mostra l'imporsi di un modello a quel tempo egemonico.

La letteratura, che così bene per sua natura sa coniugare l'intreccio inscindibile tra mondo psichico e sociale⁵⁴, potrebbe essere illuminante nel fare luce su queste antesignane normopatie⁵⁵. Si prenda Balzac. I principi son dettati dalle circostanze ed i personaggi, antesignani dell'uomo eterodiretto, per decidere le proprie appartenenze scelgono gli schieramenti più affermati, i più forti. Si tratta dell'irrequietezza instancabile del nuovo capitalismo, dell'affermarsi della metropoli, luogo emblematico di quel caotico insieme di frenetici, disparati e tuttavia fittamente interdipendenti, avvenimenti, sempre più difficili da decodificare o comprendere. Anche la narrazione si perde in questo vortice, in cui bisogna 'divorarsi l'un l'altro come ragni in un vaso', e non ha né più inizio né fine, diventa puro racconto di continui compromessi ed aggiustamenti accessori, trama policentrica che non conosce direzione. Ed è in questo mondo vorticoso, dove si moltiplicano gli infiniti possibili desideri che la scelta diviene impresa sempre più ardua e l'identità, nel momento in cui si assume il compito di autodeterminarsi a partire da sé, comincia a sgretolarsi.

Flaubert ne dà un quadro altrettanto puntuale. È l'universo di *Madame Bovary* col suo implacabile venditore a rate o della *Educazione sentimentale* in cui Frederic Moreau non riesce più a prendere decisioni perché la sua anima è arrivata ad assumere "dimensioni più ampie dei destini che la vita può largirle" (Moretti, 1999, p.194). Si genera a questo punto un contro-mondo individuale del tutto

⁵⁴ La letteratura può essere utilizzata per una lettura semiologica non riduzionista delle diverse forme di disagio psichico, ad esempio la storia del romanzo di formazione è una possibile modalità di lettura della prevalenza del disturbo borderline in età giovanile e della sua progressiva remissione con l'avanzare dell'età, come suggerito nelle conclusioni del presente lavoro. Significativamente De Certeau, celebre antropologo, storico e psicoanalista, in un libro in cui affronta il problema del possibile incrocio tra psicoanalisi e storia sostiene che: "La letteratura costituisce il discorso teorico dei processi storici: essa crea infatti quel non-luogo in cui le operazioni effettive di una società hanno accesso a una formalizzazione. Lungi dal considerare la letteratura come 'espressione' di un referente, bisognerebbe invece riconoscere in essa l'analogo di ciò che la matematica è per le scienze esatte: un discorso 'logico' della storia, la 'finzione' che la rende pensabile" (De Certeau, 1987, p.99). La letteratura dunque sembra poter incrociare e dare un contributo significativo ad entrambi gli ambiti, la psiche del singolo e la storia della collettività, raccontando, in diverse forme, la storia di diversi singoli. Non a caso forse un altro autore che provò ad intersecare queste due dimensioni, individuale e collettiva postulando la necessità di un'integrazione fra sociologia e psicologia e tentandola nei suoi studi, ovvero Ignace Meyerson, ormai poco noto fondatore del movimento francese della psicologia storica, propose di usare le opere e i segni per svolgere un'analisi della psiche attenta al mutamento del contesto sociale. Egli riteneva che solo il segno, nella sua accezione più ampia, permettesse di affrontare il problema delle interazioni tra la mente e il contesto, e di meglio studiare quella che potremmo chiamare l'esperienza sociale, dove si ha a che fare non con l'uomo astratto ma con quello di un paese e di un'epoca, che perciò necessita per essere compreso di un'analisi che includa un'indagine storica (Meyerson, 1948, pp.20 e sg.).

⁵⁵ Lo stesso Dörner utilizza per le sue analisi numerosi riferimenti letterari. Per le monomanie si rifà appunto per esempio a Balzac: "Monomaniaci per eccellenza sono i personaggi di Balzac (di cui è nota la critica al capitalismo come portatore di una patologia sociale della vita sociale che rende l'individuo malato di un desiderio ipertrofico mai sazio e di un egoismo ed individualismo privi di orientamento" (1969, p.215). Mentre per la psichiatria britannica del settecento svolge un lungo confronto tra Swift e Defoe (1969, pp.29-34).

ipotesi che rifiuta ogni determinazione, ogni compiutezza. Si fa realtà il tragico paradosso “*omnia habentes, nihil possidentes*”, situazione magistralmente descritta per la prima volta in *Madame Bovary*. Si crea una divaricazione tra sviluppo sociale e formazione soggettiva la quale fatica a trovare ancoraggi stabili. L’educazione del cuore, notava Esquirol, non riesce ad armonizzarsi al progresso intellettuale, i desideri e le passioni a trovare i loro naturali limiti nei bisogni e nelle leggi di reciprocità della vita associata, continuamente minacciata dall’ipertrofia dell’ego del singolo.

I folli morali sono descritti come egoisti, passionali, eccentrici, eccessivamente fantasiosi, incapaci di frenare i loro desideri ed istinti e perciò incapaci di relazioni amicali e domestiche, rissosi, suscettibili, cattivi. È il lato d’ombra dell’immensa offerta di stimoli e contenuti che comincia a rendere sempre meno invitanti quelle rinunce necessarie alla costituzione di un’identità determinata. Il rischio della disintegrazione fisica e spirituale sembra il prezzo del moderno, nasce il concetto di immaginario come insieme di tutti i possibili che assume sempre più centralità nella vita psichica. Le caratteristiche narrative stesse dell’episodio romanzesco sembrano delineare più chiaramente i nuovi tratti anti-epici e anti-tragici dell’esperienza moderna. Questi romanzi ci presentano in modo dettagliato la nuova forma di soggettività, quotidiana e normale, borghese e duttile, la quale si impernia sui vissuti interiori suscitati dagli accadimenti esteriori. E abbiamo visto come l’idea che i sintomi della follia morale possano derivare anche dall’indulgenza dell’educazione, da accadimenti difficoltosi della vita e insomma più in generale da eventi esterni, soprattutto se associati ad una predisposizione temperamentale, sia fondamentale in questi discorsi, così interessati a mettere al vaglio quelle componenti ed influenze che formano il carattere ed agiscono sulle facoltà morali⁵⁶.

Ciò che questi romanzi mostrano magistralmente è proprio quell’irriducibile e complessa scissione tra sfera pubblica e privata che si produce in Occidente a partire dall’avvento della cosiddetta modernità, e che trova una delle sue forme proprio nel risalto che va acquistando il compartimento affettivo, sentimentale e morale della mente. Come verrà successivamente mostrato, questa inaugurale frattura, nei suoi numerosi e notevoli mutamenti, rimane centrale nel mondo contemporaneo ed anticipa piuttosto precisamente alcuni problemi filosofici ed epistemologici che mi interessa discutere proprio attraverso la storia della medicalizzazione della fenomenologia borderline ed in particolare dell’impulsività.

È, in nuce, il problema di quello che psicoanaliticamente si può definire il narcisismo, nell’infinità delle sue declinazioni più o meno patologiche. Le maglie del simbolico si sono fatte così larghe che i legami singolo e collettivo vacillano. Ed è, significativamente, la crisi di entrambi. “La sofferenza psichica del mondo moderno è una sofferenza di formazioni intermedie, di processi di legame intrapsichico e di configurazioni di legami intersoggettivi.”, scrive René Kaes, psicoanalista francese

⁵⁶ In questo sarà centrale anche tutta la letteratura medica e non medica di fine secolo sulla nevrosi, si veda tra gli altri Ehrenberg, (1998, pp.42-48).

che si è occupato di un tema di grande interesse quale quello della trasmissione intergenerazionale da un punto di vista psicoanalitico a partire da nozioni provenienti, ed anche questo è un dato interessante, dalla psicoanalisi dei gruppi (Kaes, 1999, p.94).

E significativamente un filosofo politico contemporaneo, commentando un sistema teorico di grande utilità in questa direzione, quello purtroppo poco noto dell'economista, filosofo e psicoanalista greco Cornelius Castoriadis, gli fa eco: "gli individui moderni non riescono ad autorappresentarsi se non a partire dalla singolarità del proprio punto di vista [...] l'incapacità di assumere la propria identità di individuo sociale costituisce la più vulnerabile delle fragilità [...]" Questa fragilità consiste nella non-coincidenza con l'io concreto o in atto che ciascuno di fatto è" (Ciaramelli, 2000, pp.11-15).

Ultima notazione: bisogna osservare anche che, alla sua nascita, la follia morale riguarda principalmente se non totalmente, persone benestanti. Ciò si può ascrivere credo ad un serie di fattori. Uno di questi, piuttosto banale, potrebbe riguardare l'influenza dell'inevitabile associazione fra intelligenza ed istruzione. È più difficile infatti riconoscere ad un povero analfabeta la capacità di parlare ed argomentare in modo coerente, lucido e puntuale, a maggior ragione a fronte di un'asimmetria significativa rispetto alla cultura del medico, per altro spesso condizionato da un notevole pregiudizio sottostante. La follia morale nei casi illustrati riguardava come abbiamo visto persone di vasta cultura ed ingegno. Ma si prendano anche gli altri sintomi, l'eccessiva immaginazione, il moltiplicarsi selvaggio dei desideri ed il loro incontrollato soddisfacimento. Simili sintomi potevano riguardare solo la vita di coloro che avevano accesso a scelte e possibilità, non certo persone la cui esistenza era condizionata da quelle necessità la cui non soddisfazione avrebbe significato nella realtà, nella maggior parte dei casi, la morte. È solo nella seconda parte del secolo, nel suo incontro con l'idiozia e la degenerazione, che essa comincerà a riguardare le classi più basse, come si cercherà di mostrare, cambiando il suo volto ed i tipi di cura essa associati.

3- La nascita della nozione di istinto e di impulsività incontrollata e le sue trasformazioni tra follia e idiozia morale

3A- L'istinto nel folle morale:

Per ricostruire il senso e la storia della comparsa dell'impulsività e degli istinti all'interno del discorso psichiatrico di questo periodo utilizzerò per cominciare l'analisi foucaultiana, per poi provare a mutuarne alcune indicazioni con l'obiettivo di leggere criticamente la storia di questo particolare aspetto all'interno dell'evoluzione della follia morale.

Abbiamo già visto, seguendo le precedenti lezioni de *Gli anormali*, come fino al XVII–XVIII secolo la mostruosità naturale portasse in sé un indizio, una possibilità di criminalità. Dall’800 compare al contrario un sospetto sistematico di mostruosità al fondo di ogni criminalità. A partire da ciò Foucault si dedica, per comprendere come questo abbia potuto verificarsi, ad una breve analisi storica dell’economia del potere di punizione, o meglio al passaggio storico dalla punizione esemplare del potere sovrano al potere di punire del nuovo insieme tecnologico e produttivo creato dalla rivoluzione borghese. Questo slittamento a suo avviso avrebbe comportato un necessario collegamento tra crimine e punizione, nonché il fatto che la punizione dovesse esercitarsi al solo scopo che il crimine non si ripeta, nulla più. Ne deriva la necessità di cercare l’interesse o la ragione del crimine perché solo essa può fungere da unità di misura per la pena. In questa chiave è proprio la ragione o interesse del crimine a diventare il nuovo principio di economia del potere di punire, che sostituisce il principio dell’atrocità (ovvero quello secondo cui tanto più il crimine aveva danneggiato il sovrano e lo stato tanto più la punizione sotto gli occhi di tutti sarebbe risultata crudele). Si tratta cioè a questo punto della razionalità immanente al comportamento criminale, della sua intelligibilità naturale. Il crimine non è più soltanto ciò che viola la natura o le leggi, il crimine ha una natura. Una natura patologica poiché l’interesse verso un crimine è evidentemente controproducente, dato che ignora il fatto che la propria massima, logica e naturale convenienza consisterebbe nell’acceptare il gioco degli interessi collettivi, in quanto l’uomo è un animale sociale. Il criminale, danneggiando gli altri, soprattutto se da ciò non derivasse per lui un immediato beneficio, così come potrebbe essere per un delitto privo di movente, andrebbe a compiere un atto del tutto illogico e incomprensibile, contro natura, mostruoso. Abbiamo già notato la sottolineatura dell’innaturalità e la patologia del cattivo rapporto con gli altri, dell’assenza di desiderio di relazione, e la sua centralità all’interno dei discorsi sulla follia morale.

Si può capire da quanto esposto fino ad ora come, nell’ambito della nuova economia del potere di punire basata sulla ragione del crimine, si possa essere creata una particolare sollecitudine medico-giudiziaria attorno alla nozione di assenza di interesse in un delitto. Del resto a questo punto per punire occorre innanzitutto due cose: appurare la presenza di razionalità nel soggetto, e se essa veniva dimostrata, appurare la ragione, il movente del crimine. Non si poteva applicare la punizione giuridica se il soggetto non era ragionevole (come prescritto dall’articolo 64 del 1810 del Codice Napoleonico in Francia o dal suo parallelo italiano tratto dal Codice del regno d’Italia). Non si poteva altresì evitare che un crimine si ripetesse, e dunque punirlo, senza capirne la ragione. Dunque se un soggetto ragionevole compiva un atto criminale di cui non si riusciva ad individuare un interesse era un problema, ci si trovava ad un’impasse.

Impasse di fronte a cui la giustizia ricorrerà alla psichiatria⁵⁷. E a cui la psichiatria appunto darà una risposta che verrà elaborata proprio a partire dal 1820-1825, attraverso trattati ma anche veri e propri consulti e pareri destinati ai tribunali. In questo discorso è centrale la comparsa della nozione di monomania istintiva, che corrisponde precisamente alla forma istintiva della follia morale così descritta da Prichard: “In molti casi gli impulsi o propensioni a cui l’individuo è soggetto, piuttosto che i suoi sentimenti o il carattere e la predisposizione abituale, costituiscono la principale od unica manifestazione della follia [...] Molti casi sono bene noti in cui un improvviso impulso a commettere atti atroci sorge nella mente di una persona apparentemente sana, e certo in pieno possesso delle sue facoltà intellettuali. L’impulso è spesso osteggiato dalla ragione e dallo sforzo volontario; viene confessato con disgusto e allarme ai medici o ad altre persone, che possano prendere precauzioni per evitare una abbastanza deplorabile catastrofe. In altri casi i crimini sono perpetrati senza un oggetto prestabilito o un movente, e la punizione della legge si abbatte su queste sfortunate vittime di una malattia” (Prichard, 1835a, p.124).

Paradossale sindrome la cui essenza in definitiva coincide con il crimine stesso⁵⁸. L’articolo 34 del Codice penale toscano del 1853 dimostra l’influenza dei discorsi psichiatrici su questo tema sulla legge, nel momento in cui afferma che la persona non è imputabile se non cosciente dei suoi atti o se non ha libertà d’elezione. Ecco una testimonianza di assimilazione socio-culturale delle idee della psichiatria nascente francese, quella di Pinel, Esquirol, Georget e soprattutto, scrive Galzigna, dell’idea di “una follia morale -come, oltre Manica, l’aveva chiamata Prichard- capace di una catastrofe della volontà, ma compatibile con il mantenimento delle facoltà intellettuali” (Galzigna, 1988, p.224). Nel 1826 in una recensione polemica Georget viene accusato di inserire all’interno del dibattito medico-legale delle considerazioni di carattere metafisico sul libero arbitrio, incoraggiando il fatalismo poiché identifica omicidio e malattia. Georget si difende cercando di dimostrare la differenza tra un crimine che come tale è da punire e una malattia che come tale è da curare. Vi può essere un crimine senza follia e un omicidio senza colpevolezza, argomenta. È da notare l’assoluta ed indiscussa considerazione di cui gode, per entrambi i poli, il libero arbitrio. Il primato della libertà morale non è assolutamente messo in discussione dall’esistenza di una follia

⁵⁷ Si veda l’ottimo libro di Galzigna (1988), in particolare la sezione III dal titolo “Il pazzo e i suoi crimini”, pp.219-320. In queste pagine viene presentato un esame del trattato del 1826 *Discussion médico-légale sur la folie*, dello scritto del 1825 *Examen des procès criminels* e di *Nuovelle discussion medico-legale sur la folie* del 1828, di Georget. Nel 1827 Esquirol scrisse inoltre la sua *Note sur la monomanie homicide* pubblicata come appendice ad un testo di Hoffbauer. Sarebbero questi testi secondo Galzigna a segnare compiutamente il passaggio dal fatto all’intenzione in ambito forense e a sancire l’ingresso della dimensione psichica individuale tra il crimine e la pena che determina l’entrata della psichiatria nel mondo giuridico. Dal 1829 sarà la rivista *Annales d’Hygiène publique et de Médecine légale* a diventare il centro di questa polemica medico-giudiziaria.

⁵⁸ Si veda su questo tema anche Foucault (1973) sul caso dell’omicida plurimo Pierre Rivière di cui viene ricostruito ed analizzato l’intero processo. Ritorneremo su questo testo anche nell’appendice visto che centrali sono in esso le memorie lasciate dal malato, che vengono pubblicate integralmente e commentate da vari punti di vista.

che ne limita l'estensione in alcuni casi. Di fronte a questa necessità di distinguere gli effetti delle passioni da quelli dell'alienazione, Georget elenca tre elementi importanti: l'interesse positivo, i motivi criminali, la passione ragionevole; solo in presenza di essi l'azione delittuosa deve essere considerata libera e volontaria. Dalla materialità dell'atto illegale si passa alla responsabilità dell'agente, dalla verità della colpa alla verità del colpevole. Tutto questo è perfettamente evidente nel testo che abbiamo commentato di Hughes e rimane comunque un tema importante della maggior parte degli scritti sulla follia morale, come abbiamo visto. Si pensi al meeting americano del 1863 e alla querelle fra Gray e Ray.

Un caso illuminante per comprendere questo passaggio sarebbe secondo Foucault quello di Henriette Cornier, una donna che uccide la bambina dei vicini sgozzandola senza alcun motivo, dopo aver organizzato una sorta di rudimentale piano per farlo. Il caso assomiglia molto, sulla base di quelle poche righe che Hughes gli dedica, alla paziente descritta da questo autore la quale "distrugge il bambino che cura come una bambina la sua bambola preferita nel corso di un capriccio" pur essendo cognitivamente in sé e a cui Hughes attribuisce appunto la diagnosi di follia istintiva come specifica forma di follia morale. Nel caso Cornier l'accusa utilizza la consapevolezza, la premeditazione e la razionalità della donna come prove della sua colpevolezza. La difesa invece, utilizzando il consulto dello psichiatra Marc, usa la lucidità della donna come prova dell'integrità della sua coscienza morale, che è stata, in occasione del delitto, a causa di uno stato di malattia i cui segni vengono identificati in un cambiamento di personalità avvenuto nel passato e in una condizione somatica piuttosto debole (la presenza del ciclo), investita da un impulso irresistibile e, potremmo dire, egodistonico, che l'ha portata all'assurdo gesto criminale. Tale impulso viene in questa sede chiamato istinto. Dall'atto senza ragione, ovvero privo di ragione, si passa così all'atto istintivo, commenta Foucault.

Sarebbe quindi la nozione di istinto a diventare il modo di rendere intelligibile lo scandalo giuridico dei crimini senza motivo ragionevole. Inoltre essa sarebbe secondo lui ciò che permette di inserire l'assenza di ragione in un meccanismo psicologico positivo, produttivo, e di sottrarla alla dimensione della mancanza⁵⁹. Foucault dà centrale rilievo all'interno della storia psichiatrica a

⁵⁹ Essa avrebbe contribuito inoltre secondo Foucault a trasformare completamente il campo psichiatrico in tre modi, accompagnandosi a tre diversi processi: A- il primo è il collegamento ufficiale tra psichiatria e regolamentazione amministrativa reso possibile dalla legge del 1838 sul ricovero d'ufficio su ordine prefettizio accompagnato da un eventuale certificato medico facoltativo. Il prefetto può ordinare il ricovero forzato senza ricorrere ad un medico se di fronte ad un comportamento anomalo che compromette l'ordine e la sicurezza pubblica. Lo psichiatra, qualora consultato, dovrà quindi rispondere in termini non di follia (art.64-1810), ma in termini di disordine e di pericolo, non dovrà individuare le incapacità a livello di coscienza ma i focolai di pericolo a livello del comportamento. L'attenzione psichiatrica dunque si sposta da ciò che il malato pensa a ciò che fa, da ciò che potrebbe volere consapevolmente a ciò che potrebbe prodursi di involontario nel suo comportamento. È così completamente ufficializzato e reso vero nonché operativo il nesso tra pericolo e follia. B- Il secondo è la riorganizzazione della domanda familiare provocata dalla medesima legge. Se prima il ricovero poteva essere infatti ottenuto in nome della patria potestà o grazie alla procedura dell'interdizione (cioè a seguito di una richiesta familiare per cui viene consultata e radunata l'intera famiglia), ora

questo passaggio che vede la nascita di nuovi oggetti epistemici quali impulsi, pulsioni, istinti, tendenze, inclinazioni, automatismi. A partire da essi la psichiatria potrà infatti a suo avviso ricondurre alla malattia e alla medicina mentale tutte le piccole irregolarità di comportamento e i gravi turbamenti che non dipendono dalla follia propriamente detta. L'istinto segna inoltre la possibilità di iscrizione della psichiatria nella biologia e dunque nella patologia evolucionistica, come abbiamo visto chiaramente nei testi sull'idiozia morale che conducono infine alla teoria ereditaria della degenerazione entro cui l'istinto cambierà ulteriormente il suo significato.

Risale al 1845 il cosiddetto principio di Baillarger secondo cui ogni sintomo di follia (delirio, allucinazioni, desideri maniacali, idee fisse, etc...) è causato dalla predominanza dell'esercizio involontario su quello volontario a causa di un accidente morboso del cervello. Tale assunto fonda ufficialmente secondo Foucault la psichiatria, segna cioè il passaggio ufficiale dagli alienisti (ovvero coloro che vedevano nella follia una forma di alienazione mentale che comprometteva il pensiero e la coscienza, di cui il segno principe era il delirio) agli psichiatri (ovvero gli specialisti dei comportamenti anormali, delle condotte involontarie e incontrollabili). Swain mi sembra condividere questa posizione quando afferma che ciò che simbolizza l'immagine del monomaniaco omicida, dell'alienato cosciente, è la rottura antropologica che ha supposto la psichiatria per costituirsi. Un simile principio rende evidente una conseguente apertura epistemologica in due direzioni:

1- il criterio dell'inclusione nella patologia dipende dallo scarto dalla norma (o dalla legge) di un comportamento e dal grado di radicamento nell'automatico; non serve in alcun modo che sia presente un'alienazione del pensiero, lo si è già più volte ripetuto.

2- L'asse volontario-involontario le permetterà di gemellarsi alla medicina organica tramite la neurologia (si pensi a Charcot ed alla centralità verso la fine XIX secolo e l'inizio del XX dell'istero-epilessia). Un po' più tardi nascerà la neuropsichiatria.

È evidente inoltre, come fa notare Alain Ehrenberg, che a partire da qui si consolida e legittima la possibilità di pensare ad un disturbo funzionale, la cui natura può anche essere reattiva e dipendente

invece la richiesta di ricovero da parte della famiglia può essere avanzata alla prefettura tramite certificato medico. Dunque per ricorrere all'amministrazione giudiziaria la famiglia deve far ricorso al sapere-potere psichiatrico. Diventerà dunque il pericolo rappresentato dal folle nella famiglia il punto di investigazione dello psichiatra. Esso diviene in questo modo il medico di famiglia sia nel senso che viene richiesto da essa sia nel senso che esso deve curare qualcosa che avviene all'interno della famiglia. Lo psichiatra diviene un medico delle relazioni malato-famiglia, fino ad arrivare, come si vedrà in seguito, ad una patologizzazione della mancanza di relazioni intrafamiliari, dunque a una patologia dei cattivi sentimenti familiari. C- Il terzo è la comparsa di una domanda politica nei confronti della psichiatria che si produrrà soltanto tra 1850 e 1870-75: alla psichiatria verrà richiesto di fornire un discriminante psichiatrico a effetto politico tra gli individui, i gruppi, le ideologie, i processi storici, di cui un esempio prezioso sono gli studi dell'italiano Cesare Lombroso il quale voleva isolare dei tratti somatici e biologici che potessero essere utili a delimitare categorie di individui, per esempio assassini, prostitute, anarchici pericolosi e dunque essere utile al loro riconoscimento preventivo.

da un fattore esogeno. Concetto che veicola a sua volta l'idea di una possibile genesi psichica della malattia come verrà dimostrato in maniere diverse da Freud e Janet, al di fuori di un rigido modello sindrome-lesione.

Ma ci sarà un ulteriore slittamento della nozione di istinto, ben visibile a mio avviso nella storia della follia morale nella seconda parte del secolo. Esso si produce esattamente grazie all'incontro tra quest'ultima e l'idiozia, e si rende pienamente riconoscibile nella deriva finale della sindrome che porta l'imbecillità morale a configurarsi come una forma di immoralità costituzionale assai vicina alla successiva definizione di personalità psicopatica.

Proprio l'enorme differenza tra la follia morale di Prichard ed una definizione di imbecillità morale quale quella di Kerlin e Barr, mi sembra possa rendere conto di un dibattito acceso tra gli studiosi che collocano la follia morale all'origine delle psicosi maniaco-depressive e dei disturbi dell'umore e quelli che la considerano invece alla base del disturbo antisociale, o più in generale dei disturbi di personalità del cluster B. In effetti come ho già scritto, credo che nell'evoluzione storica di questa patologia si possano scorgere le radici di entrambi questi quadri patologici, ma che, se si guarda alla prima metà dell'Ottocento, sono gli affetti, le passioni, i sentimenti, gli umori, gli istinti e la loro gestione ad essere i protagonisti nel quadro di un problema più generale di costruzione di un nuovo soggetto morale. Costruzione che è compito ineludibile soprattutto dei ricchi, laddove, se si guarda alla seconda metà del secolo, vediamo l'impulsività ed il comportamento violento, asociale ed incorreggibile prendere una nuova forma e diventare protagonista dell'idiozia morale, problema che può diventare di poveri, disoccupati, miserabili, criminali.⁶⁰ In questo senso mi sembra molto interessante l'incrocio che viene a crearsi tra un discorso sulla condotta individuale e morale in cui i problemi dell'impulsività e degli affetti sono iscritti in un tentativo filosofico e psicologico di analizzare i complessi rapporti tra temperamento, comportamento e ambiente, pur all'interno di una dimensione medica, ed un discorso imperniato sulla mancanza di autocontrollo come malattia attribuibile ad una particolare conformazione cerebrale, che finisce per trasformare gli istinti in una dimensione patologica di impulsività, perversa e stigmatizzante, ereditaria e stabile dipendente da un cervello non sviluppato. Su questo dunque vorrei ora soffermarmi.

3B- L'istinto dell'idiota morale:

Per descrivere questa nuova fisionomia che l'impulsività verrà ad assumere nell'idiozia morale e attraverso di essa, così come emerge dai testi che ho analizzato, penso sia opportuno tratteggiare brevemente la nascita e la storia delle categorie di idiozia ed imbecillità durante la prima metà

⁶⁰ Si veda l'articolo di Berrios (1999, pp.111-126).

dell'Ottocento, cui Foucault dedica, all'interno del ciclo di lezioni *Il potere psichiatrico*, una magistrale lezione.

Fino al XVIII secolo idiozia, imbecillità, stupidità non avevano carattere distintivo rispetto alla follia in generale. L'idiozia era in questa ottica il grado supremo del delirio arrivato ad un punto tale da diventare obnubilamento, silenzio. L'idiotismo era per così dire la forma più estesa, anzi la forma totale della follia. Tuttavia nei primi quarant'anni dell'Ottocento questa nozione viene riformulata a partire da una proposta diagnostica di Esquirol fino alla sistematizzazione che ne darà un famoso trattato che Séguin nel 1846 dedica a questo argomento. Foucault nell'analizzare questa evoluzione attraverso i testi individua due fasi:

1- La prima prende forma nelle opere di Esquirol che si collocano tra il 1817 e il 1820 fino al trattato di Belhomme del 1824⁶¹. In questi testi essa viene ridefinita come uno stato costituzionale nel quale le facoltà intellettive non si sono mai sviluppate. La comparsa della nozione di assenza di sviluppo diviene dunque caratteristica distintiva tra follia e idiozia. Lo sviluppo per questi autori è qualcosa che si ha avuto oppure no, grazie a cui si è in possesso o meno di intelligenza e volontà. Secondo Foucault questa nuova definizione implicava anche:

a- che l'idiozia dovesse manifestarsi fin da subito, fin dalla nascita;

b- che essa fosse definitivamente acquisita, non passibile di evoluzione, stabile, nonché sempre legata a vizi organici di costituzione. In questo senso essa andava ad appartenere al registro dell'infermità, o ancora a quello della mostruosità e non a quello della malattia, come invece la demenza o le altre forme di follia.

Da tutte queste osservazioni consegue inoltre un altro rilievo: l'idiota non poteva avere niente dietro di sé, non poteva avere un passato.

2- La seconda fase, che comincia intorno al 1840, è dominata dalla figura di Séguin e getta le basi di tutta la successiva psicopatologia del ritardo mentale del XIX secolo. Nei suoi testi non si parla più di assenza ma di arresto dello sviluppo. Si tratta solo di uno sviluppo più lento ma nel contesto di un'evoluzione continua. Da ciò derivano nell'analisi foucaultiana una serie di conseguenze:

a- lo sviluppo diventa un processo "che coinvolge la vita organica e la vita psicologica, è una dimensione lungo la quale sono distribuite l'organizzazione neurologica e quella psicologica, le funzioni, i comportamenti, le acquisizioni. Si tratta, insomma, di una dimensione temporale e non più di una sorta di facoltà o di qualità di cui si sarebbe dotati" (Foucault, 1973-1974, p.190).

b- Lo sviluppo sarebbe comune a tutti nonostante possa arrestarsi, o procedere più lentamente. È teso inoltre verso un punto ideale di compimento che diviene così una specie di norma in base alla quale ci si può collocare.

⁶¹ Sull'evoluzione dell'idiozia nella psichiatria francese si vedano nell'ordine: Belhomme (1824-1843); Séguin (1846); Voisin (1843, 1843a); Sollier (1891); Bourneville (1891).

c- La norma di sviluppo possiede in quest'ottica due varianti e due possibili patologie: l'arresto ad un certo stadio e la lentezza, il ritardo.

d- Il sistema normativo creato dall'idea di sviluppo è dunque duplice: da una parte la norma è l'adulto, nel caso dell'idiota che è fermo ad uno stadio infantile, dall'altra il confronto con gli altri bambini, più o meno veloci nell'apprendimento e nella crescita. Si tratta della media nella velocità di sviluppo.

e- Né l'idiozia né il ritardo mentale possono più essere definite come malattie. Se ancora in Esquirol ciò era incerto, poiché mancando dello sviluppo gli idioti mancavano comunque di qualcosa ed avevano dunque un difetto, per così dire, in Séguin essi semplicemente non sono arrivati alla meta. Non hanno perciò deviato dalla norma, sono semplicemente situati al grado più basso di un ordine costituito dalla norma stessa, quella dello sviluppo. Gli idioti sono in certo senso eterni bambini, rimasti ad uno stadio che è quello dell'infanzia, anche normale, pur crescendo. Quindi le cure che spettano all'idiota sono le stesse che spettano ad un bambino, più che a un malato, e si tratta dunque dell'educazione in quanto tale. Terapia dell'idiozia sarà infatti la pedagogia in sé e per sé.

f- Se è indubbio che tali condizioni sono caratterizzate da aspetti per così dire negativi, capacità che tardano a comparire o che non si presentano del tutto, non vi mancano tuttavia anche aspetti positivi, ovvero relativi all'emergenza di comportamenti che derivano dalla "mancata integrazione di un certo numero di elementi che lo sviluppo normale avrebbe dovuto consentire di superare, oppure respingere o integrare" (Foucault, 1973-1974, p.192). Ciò che erompe è principalmente, secondo Séguin, l'istinto. Esso negli idioti rimarrebbe infatti selvaggio, non integrato: "L'idiozia - scrive Séguin - è un'infirmità del sistema nervoso che ha per effetto radicale quello di sottrarre del tutto o in parte gli organi e le facoltà del bambino all'azione regolatrice della sua volontà, abbandonandolo ai suoi istinti e sottraendolo al mondo morale" (Foucault, 1973-1974, p.192). Da questo punto di vista l'idiota non è un bambino malato ma un bambino anormale. Gli istinti sarebbero rispetto all'anomalia quello che i sintomi sono rispetto alla malattia.

Il fatto è che contemporaneamente, e paradossalmente rispetto al portato di queste nuove teorizzazioni sull'idiozia e sul ritardo, gli idioti vengono proprio in questo periodo istituzionalizzati, inseriti negli spazi psichiatrici per motivi primariamente politici ed economici⁶². Di fatto ad essi

⁶² Foucault va ad analizzare da vicino anche questo secondo, apparentemente inverso, processo. Nel XVIII secolo, al tempo di Pinel, troviamo ancora negli angoli più reietti delle case d'internamento la categoria degli 'imbecilli'. Una volta che l'etichetta viene riconsiderata da un punto di vista medico essi vengono mandati alle istituzioni, propriamente psicopedagogiche, per i sordomuti (in una di queste, quella del celebre Itard, Séguin si era formato). Successivamente tuttavia essi verranno riportati tutti gradualmente negli spazi manicomiali. Nel 1834 Voisin apre un istituto di 'ortofrenia' per i bambini affetti da deficienza mentale, che è ancora un ibrido a metà tra la pedagogia specialistica e uno spazio psichiatrico vero e proprio. Ma fra il 1835 e il 1845 si assiste all'apertura all'interno dei manicomi di sezioni per deboli ed idioti esclusivamente riservate ai bambini. Falret ne organizza uno alla Salpêtrière tra il 1831 e il 1841, Ferrus apre la sezione bambini idioti a Bicêtre nel 1833, sezione di cui nel 1842 diverrà responsabile Séguin e questo elenco potrebbe proseguire. Non solo, una decisione del 1840 del Ministro dell'Interno precisa che la legge

venne applicato il trattamento morale, affrontando le due volontà che comportava, cui si è già accennato grazie alle analisi di Gladys Swain. Con l'idiota il punto era che l'idiota aveva la volontà di non avere volontà: questa sarebbe esattamente la descrizione dell'istinto, la sua caratterizzazione. “Ma che cos'è l'istinto? È una certa forma anarchica di volontà che consiste nel non volersi piegare mai alla volontà degli altri; è una volontà che rifiuta di organizzare se stessa secondo il modello della volontà monarchica dell'individuo, e che pertanto respinge ogni forma di ordine e di integrazione all'interno di un sistema” (Foucault, 1973-1974, p.197), scrive Foucault. E' un continuo piccolo rifiuto alla volontà altrui, un'opposizione al costituirsi della volontà adulta che consiste sostanzialmente in una capacità di obbedire.

Quindi l'idiota è un bambino incapace di uscire da una condizione dominata dal discontrollo degli impulsi e delle passioni ed in questo assomiglia al folle morale, disobbediente al di là degli evidenti pessimi ritorni che ciò comporta, fra cui l'essere anormali e cioè uscire dal consesso sociale cui si appartiene creando la propria ed altrui infelicità.

Sono proprio le condotte impulsive, inspiegabili e incontrollabili, nel momento in cui vengono ricondotte all'emergenza dell'istinto, a permettere l'incontro tra follia morale e idiozia, che poi tramite la teoria della degenerazione, darà origine all'idiozia/imbecillità morale o alla ridefinizione della follia morale come follia impulsiva o inibitoria separata dalle forme malinconiche o maniche o circolari. Nell'idiozia-imbecillità morale e nella follia inibitoria o impulsiva, l'impulsività, intesa come predominio indiscriminato degli istinti, andrà progressivamente ad assumere un significato completamente nuovo.

L'impulsività, inscrivendosi nella teoria evolutiva e della degenerazione, che fu la teoria in cui come abbiamo visto l'istinto, grazie all'idiozia morale, andò a situarsi a partire dalla metà del secolo, assume caratteristiche ben diverse. Perché come abbiamo visto il predominio delle facoltà

d'internamento del 1838 è valida anche per gli idioti. Dunque esattamente proprio mentre prende corpo la distinzione teorica di cui abbiamo parlato, le istituzioni e le misure amministrative francesi tentano di assimilare le due categorie. Perché? Secondo Foucault per il bisogno dei genitori che devono lavorare di avere qualcuno che si occupi dei bambini idioti (stessa esigenza del resto alla base, secondo lui, dell'istruzione elementare e dei nascenti asili e scuole d'infanzia) (Foucault, 1973-1974, pp.195-196). Le famiglie devono essere sollevate dal peso di questi sventurati e anche l'istituto di ortofrenia di Voisin era infatti per idioti poveri. In Perchappe, nel testo *Principi da seguire nella fondazione e costruzione degli asili degli alienati* del 1835, si legge: “L'alienazione mentale comprende non solo tutte le forme e i gradi della follia propriamente detta [...] ma anche l'idiozia, che dipende da un vizio congenito, e l'imbecillità, che è stata provocata da una malattia successiva alla nascita. I manicomi per alienati dovranno pertanto essere fondati per ospitare ogni genere di alienato, vale a dire i folli, gli idioti e gli imbecilli” (in Foucault, 1973-1974, p.196). Ma essendo l'internamento in questo modo a carico delle comunità locali, secondo Foucault si rese gradualmente necessario, per ottenerlo, non solo l'essere dichiarati idioti, ma anche l'essere pericolosi. All'inizio gli psichiatri si trovavano consapevolmente a falsificare certificati a questo fine. Esistono numerose denunce di ciò che risalgono al decennio 1840-1850. Pian piano tuttavia gli idioti arrivano a diventare veramente dei pericolosi nella letteratura psichiatrica. “Vediamo così ricostituirci la vasta categoria di tutti coloro che possono rappresentare un pericolo per la società” compresi quei bambini che come scriveva già nel 1830 Voisin “si fanno [...] notare per via di un carattere difficile, una tendenza profonda a dissimulare, un amor proprio disordinato, uno smisurato orgoglio, passioni focose e inclinazioni terribili” (in Foucault, 1973-1974, p.203).

inferiori, dell'involontario, dell'automatico, dell'istintivo è in questo nuovo quadro di riferimento il predominio di ciò che è venuto prima, nel singolo come nella specie, ciò che è proprio del bambino e del selvaggio e del folle in quanto degenerato⁶³. Ed è qualcosa di negativo in sé, che non risponde agli ordini, alla necessità di andare avanti imposta da un mondo sociale che lo impone alla vita singola e collettiva, è il nuovo istinto che domina l'idiota, suo malgrado. Indietro significa privo di controllo, privo delle facoltà superiori, di quelle che si sono sviluppate dopo, e non si tratta dell'intelligenza, che dopotutto possono avere anche bambini e selvaggi per esempio o malati di mente, ma della capacità di indirizzarla per il progresso individuale, sociale, umano; si tratta di questa nuova forma di volontà che è innanzitutto la volontà di procedere e che dipende in questo nuovo quadro teorico da un problema cerebrale. Si prenda questo passo di Lombroso: "I germi della pazzia morale e della delinquenza si trovano, non per eccezione, ma normalmente, nelle prime età dell'uomo, come nel feto si trovano costantemente certe forme che nell'adulto sono mostruosità; dimodoché il fanciullo rappresenterebbe come un uomo privo di senso morale, quello che si dice dai freniatri un folle morale, da noi un delinquente nato. E ne ha tutta l'irruenza della passione [...] è da questo lato che spiccano i pretesi miracoli dell'educazione, non perché questa trasformi un delinquente nato in un galantuomo, ma perché impedisce che il delinquente infantile, fisiologico, diventi un delinquente abituale, patologico" (in Rossi, 2001, p.24).

I casi clinici di idioti morali che ho riportato lo mettono in luce benissimo. Sono bambini che rimarranno tali, che non possono beneficiare dell'educazione, perché il loro cervello si è fermato e non è arrivato all'evoluzione che i cervelli dell'epoca normalmente hanno raggiunto ovvero a sviluppare le facoltà morali, quelle che hanno il compito di incanalare l'intelligenza e di dominare le pulsioni in vista del bene personale e comune, le ultime ad essersi sviluppate dal punto di vista filogenetico ed ontogenetico. Esse coincidono in questo senso con l'altruismo e la capacità di tenere conto delle necessità altrui che già mancavano al folle morale di Prichard. Da tale punto di vista la loro assenza è anche cattiveria e malvagità, non colpevole né pianificata; senza motivi appunto e dunque patologica. È il caso di Kitching: "che fin dall'infanzia manifesta una natura diversa dagli altri" (Kitching, 1857a, p.453), da sempre intrattabile, mendace, maltrattante, odioso, disobbediente, disonesto, profano, crudele, violento, impulsivo, sempre soggetto alle passioni e che, nonostante sia stato educato perfettamente, non sembra migliorare affatto "perché qualcos'altro ha arrestato lo sviluppo di quelle parti del cervello, che sono coinvolte nel mantenimento del funzionamento delle facoltà morali ed istintive, o qualche malattia ha interferito con il sano funzionamento di esse. Era questo difetto organico o malattia fisica che lo rendeva una creatura che ogni passione poteva possedere, deprivandolo del self-control, e che causava la sua soggezione agli impulsi dell'istinto

⁶³ Su questo si veda l'interessante saggio di storia delle idee *Bambini, sogni, furori* di Paolo Rossi in cui essa viene ricostruita compiutamente (2001).

animale” (Kitching, 1857a, p.453). Abbiamo visto come per Kitching tale soggetto una volta cresciuto, a differenza di tutti gli altri uomini, non sarebbe mai riuscito a regolare la sua condotta, rimanendo refrattario alla disciplina e alla capacità di perseguire obiettivi, per nulla in grado di esercitare un controllo su di sé con le necessarie restrizioni in quanto essere morale, sempre preda di possibili dipendenze ed eccessi, quali il consumo d'alcool. Ottuso, debole, arretrato e per questo cattivo e perverso senza averne colpa.

Si prenda anche la descrizione di Alice, la bambina di 4 anni e mezzo descritta da Maudsley.

Questa bambina non è educabile nel senso di non essere in nessun modo in relazione, dunque soggetta, agli altri. Su di lei non hanno effetto né punizioni né lusinghe poiché non ha desiderio di essere buona né rammarico di non esserlo, perché manca della suscettibilità morale e non è guidata che dall'amor proprio e dalla fame e non dal desiderio di evolversi, crescere, migliorare. Non si può che vegliarla per fare in modo che non faccia quelle cose oscene e ripugnanti che sono caratteristiche della sua natura patologica⁶⁴. Del resto, suo zio materno è in manicomio per analoghi sintomi.

Ora stare fermi significa necessariamente anche tornare indietro, degenerare. Alice è ancora intelligente, ma dal momento in cui la sua intelligenza non può venire incanalata che male, nel suo rimanere improduttiva e inerte spettatrice di un processo di distruzione senza indirizzo né fine, essa finirà per estinguersi, soggiogata da pulsioni pericolose e malsane, lasciando posto alla demenza, all'idiozia tout court che è il frutto inevitabile ed ereditario della degenerazione, il suo esito.

L'imbecillità morale di fine secolo incarna esattamente questa figura di pazienti caratterizzati da quella che Kerlin ha chiamato diatesi criminale, disposizione congenita all'immoralità tale per cui si avrà “cattiveria senza ragione, violenza senza motivo, tendenza al furto senza desiderio di acquisizione” (Rafter, 1997, p.85). O ancora “nervosi, misantropi e umorali [...] alcolizzati, cleptomanici e piromaniaci [...] assassini ed egotisti” irrimediabilmente e definitivamente incurabili che finiranno per diventare dementi o per lasciare questa eredità ai loro figli qualora la natura non provvedesse da sola ad estinguerli, come spesso faceva condannandoli alla sterilità, all'assenza della quale in molti casi, negli anni successivi, mise mano la società stessa (penso alle sterilizzazioni operate dall'eugenetica di inizio secolo).

Si noti, in questa descrizione, come e quanto questi istinti incontrollati e incontrollabili si identifichino infine con il temperamento di questi bambini o adulti tout court, andando a coincidere con la loro persona intera.

Nel folle morale di Prichard il problema era quello di un carattere morale frutto dell'incrocio tra un temperamento e un'esperienza e su tale carattere potevano influire abitudini, parole, medicinali.

⁶⁴ Sulla questione della nascita ed il consolidamento di una patologia degli istinti sessuali all'interno del discorso psichiatrico si veda, come già accennato, Foucault (1974-1975, pp.235-259).

L'orizzonte della cura non si esauriva in una dimensione di custodia, nonostante la sua prognosi fosse perlopiù negativa, né la sua fisionomia lo collocava fuori dal campo della follia, di una follia che come abbiamo visto non confinava in maniera definitiva il malato ad un'alterità sconosciuta, bensì riconosceva un continuum tale per cui il folle non perdeva del tutto una possibilità di interlocuzione pur asimmetrica, in una prospettiva di guarigione. La dialettica tra sentimenti, istinti e volontà in vista dell'autogoverno morale non erano caratterizzati né collocati entro una scala ai cui estremi stavano un positivo caratterizzato dalla possibilità e volontà di cambiamento, progressione e miglioramento, ed un negativo caratterizzato dal suo rifiuto e dall'annientamento.

L'impulsività era in questo quadro iniziale quella mancanza di una capacità di coordinamento e di orientamento che avrebbe dovuto permettere l'interazione tra una ragione universale e un sentire personale, per la prima volta così importante, nella vita di un singolo che aveva l'erculeo compito di auto-determinarsi, inserendosi armoniosamente e con successo nella vita sociale ed infatti era un problema dei benestanti che nella società avrebbero dovuto andare a ricoprire un ruolo attivo.

Poi diviene istinto, ciò che spiega tautologicamente l'inspiegabile, una condotta immotivata ed incomprensibile nel suo essere autodistruttiva.

Infine l'istinto ed il suo predominio, nell'idiozia morale, divengono in sé l'assenza di quella volontà di miglioramento che è la cifra della specie umana, inscrivendosi nel registro del deficit, dell'handicap, del difetto. L'istinto arriva così ad essere negativo e perverso, e lo si ritrova ora assai più facilmente nel povero che diviene pericoloso e nullafacente. E si colloca stabilmente, come direbbe Foucault, nel campo dell'anomalia, della deviazione di una normalità che non è più una norma sociale, bensì diviene una norma biologica.

Come biologica arriva ad essere, infine, la natura di un temperamento che in definitiva si identifica con l'impulsività ed il proliferare disordinato degli istinti in sé tout court: è la natura dell'imbecille morale, dovuta alla conformazione del suo cervello anomalo, mancante. In questo senso l'anomalia diviene definitivamente malattia e viene perciò psichiatrizzata. È l'intera condotta, l'intera persona dell'individuo ad essere malata nei suoi tratti costitutivi. L'impulsività diviene un elemento caratteriale, innato, ereditato, immodificabile che produce condotte devianti. La custodia e l'analisi delle quali tuttavia rientra appunto nella competenza psichiatrica. Bambini dal carattere amorale divengono in questo quadro personalità anormali, slittamento ulteriore che, per concludere, si cercherà brevemente di chiarificare.

Un appunto finale. Mi sembra sia possibile inscrivere anche l'idiozia morale in una polarità culturale, rifacendosi ad Hacking, quella fra i due poli creati dalla nuova nozione di progresso e sviluppo. Da una parte il polo della virtù coincide con l'imperativo del continuo accrescimento, dell'evoluzione, della perpetua trasformazione in vista di un miglioramento, dall'altra il polo del

vizio inteso come arresto, staticità, immutabilità. Prima si trattava di essere sociali e socializzabili, ora essere sociali e socializzabili significa evolversi, essere sviluppati, progredire, pena la degenerazione, il ritorno indietro, la distruzione.

Sembra un contrappunto della storia, prima una follia morale che incarna il pericolo di andare troppo avanti, di rendere letterale il nuovo principio della libertà personale, di creare un Sé autoreferenziale e smisurato, di lasciare troppo spazio a quelle passioni e quegli impulsi che di fatto sono alla fine un motore importante della nuova società. Un eccessivo raffinamento delle persone e delle civiltà, che si manifestava in quegli individui benestanti e borghesi che di tale nuova civiltà dovevano essere fautori e protagonisti. Poi l'idiozia morale sembra incarnare il pericolo di rimanere indietro, di non comprendere che persone e società debbono per loro natura crescere ed espandersi, una mancanza di raffinamento delle persone e della civiltà che si manifestava anche fra poveri e miserabili, esclusi dall'orizzonte del miglioramento sociale ed economico.

In entrambi abbiamo un individuo che si separa dalla società e dalle sue esigenze, norme, usanze, e la sua medicalizzazione. In entrambi i casi un deficit di auto-controllo che richiede un controllo esterno, una cura o una custodia. Ma al primo tipo di soggetto viene richiesto un controllo su di sé che deve impedire di fare senza tenere conto degli altri, di indulgere in un eccesso che diventa debolezza, di perder il contatto con la realtà nell'illusione della possibilità di un benessere del tutto privato, nell'immaginazione o nella vita quotidiana, stregati dall'idea di poter fare tutto, troppo. Al secondo è richiesto un controllo su di sé che consiste nel non fare troppo poco, nel non smettere di agire, in una dimensione temporale che sembra non conoscere e non vedere il declino e la morte, se non identificandoli con ciò che non muta. L'assenza di questo secondo tipo di auto-controllo è inoltre diventata definitivamente conseguenza di una malattia del cervello, ereditaria od acquisita. Curabile dunque, non guaribile.

Nell'ultima definizione dell'impulsività cui questa patologia dà luogo, che la definisce come caratteristica temperamentale congenita, dimensione ereditaria dipendente da un preciso funzionamento cerebrale, mi sembra di scorgere elementi significativi per una riflessione sul presente discorso psichiatrico che definisce l'impulsività come caratteristica temperamentale, dimensione ereditaria dipendente da un preciso funzionamento cerebrale ed identificabile in una serie di patologie, nonché così importante nel quadro dei disturbi di personalità, specie nel cluster B, che proprio dalla caratteristica impulsiva viene connotato e definito.

Credo possa essere utile notare come, nel discorso psichiatrico della seconda metà dell'Ottocento sulla follia morale, l'impulsività, abbandonato ogni riferimento teorico che non fosse quello legato alla teoria scientifica che la fondava e nel suo divenire un problema cerebrale che non voleva né poteva avere più nulla da dire sulla società cui apparteneva, da cui sembrava ai suoi fautori del tutto

slegata ed indipendente, era frutto invece nel modo più determinato ed acritico di mode culturali, tendenze ed esigenze sociali del tempo. Proprio nel compimento del suo distaccarsi da qualsiasi volontà di iscriversi in un'antropologia filosofica che potesse dargli senso e collocazione, rifacendosi alla ricerca empirica ed alla scienza, finisce la vittima di un paradigma più che mai figlio di un'ideologia del tempo, quella degenerativa appunto.

È esattamente in questa chiave interpretativa che collocherei gli apprezzamenti di Stone sulla nozione di tara ereditaria di Moore o il suo sposare l'idea lombrosiana che la criminalità non possa che essere malattia mentale. Così come il suo ateoretico rifarsi alla ricerca empirica in vista del quale reinterpreta la storia stessa (si pensi all'osservazione sul presunto errore di Bleuler nel parlare di schizofrenie compensate, laddove la migliore prognosi gli avrebbe dovuto imporre di collocare i disturbi cui si riferiva nel campo delle psicosi maniaco-depressive). O ancora l'assenza stessa di un'autoriflessione su metodi e contenuti della propria disciplina, che lo porta addirittura ad usare la storia per confermarne i successi piuttosto che per creare una distanza critica rispetto alla condizione di adesione irriflessa che inevitabilmente crea l'essere immersi nel presente in cui si vive.

4- Dal carattere amorale alla personalità anormale: la nascita di una patologia del comportamento riconducibile ad un problema della personalità a partire dalla storia della follia morale

È proprio in questa storia ottocentesca della follia morale che vediamo entrare nel lessico psichiatrico quei termini tutt'oggi fondamentali nel dominio della psichiatria dei disturbi di personalità. Ma vista la complessità dell'argomento e le numerose osservazioni in direzioni diverse che vi potrebbero prendere posto, mi limiterò inizialmente ad una breve analisi di ciascuno di essi a partire dal loro ingresso nel nuovo vocabolario psichiatrico. Per fare ciò mi baserò sulla interessante ricognizione storica riguardo queste idee svolta da German Berrios proprio in vista di un'analisi concettuale dell'attuale categoria di disturbi di personalità.

In un secondo momento cercherò di trarre delle conferme di quanto da lui osservato attraverso la storia della follia morale che ho ricostruito e che del resto lui stesso colloca, pur insieme ad altre sindromi, all'origine del reticolo teorico creato dall'insieme di queste nozioni. Per quanto mi riguarda inoltre cercherò di mantenere all'interno di questo percorso storico un focus sul rapporto tra l'insieme delle nozioni che hanno a che fare appunto con l'identità ed i sintomi impulsivi (Berrios, 1993).

Costituzione: alla fine del diciannovesimo secolo questo termine apparteneva al linguaggio medico e designava l'armonia tra organi e tessuti all'interno del corpo. Per quanto l'origine dell'idea possa essere attribuita alla teoria ippocratica, tuttavia è evidente la distanza dall'uso ippocratico del concetto nella centratura ottocentesca su un corpo staccato da ogni riferimento al contesto e alle variabili ambientali (per esempio il clima o la conformazione geografica del territorio in cui si viveva) che invece grande rilievo avevano nel sistema del medico greco. Alla fine del diciannovesimo secolo il concetto di personalità venne rimodellato su quello di costituzione andando infine ad indicare, in parallelo, un'armoniosa organizzazione di parti psichiche (Berrios, 1993, p.16).

Temperamento: l'origine di questo concetto è notoriamente ippocratica in riferimento alla biologica determinazione dei quattro tipi umani legati al predominio dei quattro diversi umori (bile nera, bile gialla, sangue e flegma) che risiedevano nei diversi organi. La prevalenza di uno di questi diversi umori determinava nella teoria ippocratica un associato temperamento, legato ad una specifica costituzione fisica: rispettivamente il melanconico, il collerico, il gioviale e il flemmatico. L'ultimo tentativo di ricorso esplicito a tale teoria nella psichiatria europea risale secondo Berrios al 1887, in ogni caso: "La teoria dei temperamenti ha fornito alla moderna nozione di disturbo della personalità il cruciale principio che i tipi psicologici siano determinati da un substrato organico" (Berrios, 1993, p.16) e come vedremo l'ingresso di questa idea nel mondo psichiatrico è mediata proprio dal prendere forma della follia morale.

Carattere: "L'uso nel diciannovesimo secolo del termine carattere enfatizzava, più che quello di personalità, l'immodificabile cuore del comportamento dell'individuo, che lo rendeva differente dagli altri. In questo periodo il vocabolo personalità era invece usato per designare gli aspetti consci del comportamento e solo nel secolo successivo andrà ad assumere un significato più ampio andando a sostituire il termine carattere" (Berrios, 1993, p.17). È in ogni caso altrettanto vero che proprio nella prima parte dell'Ottocento la visione che il carattere umano fosse innato, venne contestata dalla credenza che esso fosse anche modellabile da fattori ambientali. In questo processo giocò secondo lui un ruolo chiave il concetto di abitudine che diventò un importante meccanismo esplicativo nella formazione del carattere (Berrios, 1993, p.17).

A sua volta, "Nella seconda metà del secolo, il termine abitudine fu incorporato nel discorso medico, come può ben testimoniare la sua ufficiale comparsa nell'Enciclopedia delle scienze medicali" (Berrios, 1993, p.15). Nella sua evoluzione storica il carattere passò dall'essere un'entità monolitica ed immodificabile, all'essere un nucleo identitario costituzionale composto da varie

componenti e trasformabile. In questo percorso un ruolo chiave venne giocato dalla follia morale. Nella sua ultima veste, il carattere fu più tardi sostituito dal termine personalità.

Personalità: quello di personalità nasce come un termine filosofico. Secondo Berrios la sua psicologizzazione avvenne principalmente attraverso i sistemi teorici di Hume e Kant ed ancor di più tramite quelli di Mill e Maine de Biran. In ogni caso, per la maggior parte del diciannovesimo secolo tale parola viene usata per designare gli aspetti soggettivi del Sé, di cui si era consapevoli. Ne risulta che, in questo quadro, a quel tempo i disturbi di personalità non erano per nulla ciò che sono ora. Si trattava piuttosto di meccanismi di variazione della consapevolezza del Sé, disintegrazioni della coscienza diciamo, come il sonnambulismo o la scrittura automatica. Solo “Durante la prima parte del ventesimo secolo, vennero fatti dei tentativi per sottrarsi a questo ristretto approccio con il suggerimento che cambiamenti patologici nella consapevolezza riflettevano alterazioni nella ‘percezione’ della personalità” (Berrios, 1993, p.18) e non problemi della personalità tout court.

Janet nel 1896, riutilizzando lo schema di Comte, identifica tre periodi nello studio della personalità. Il primo, quello metafisico, fino a che essa non venne distinta da una più profonda sostanza o principio. Il secondo, associazionistico, che si era dedicato alla ricerca e allo studio degli elementi che andavano a comporla. Il terzo, scientifico, che doveva cominciare o stava appena iniziando, in cui essa doveva essere definita in termini oggettivi su basi materiali ottenute da nuove fonti quali lo studio delle malattie mentali.

Tratti e tipi: per quanto riguarda i tratti essi comparirebbero nel discorso psichiatrico secondo Berrios attraverso la psicologia scozzese della facoltà, così importante come abbiamo visto per Prichard, Esquirol o Pinel e centrale nella nuova costruzione della famiglia delle follie parziali. Fu questa disciplina a frammentare la descrizione in un primo tempo monolitica dell’idea di carattere, fornendone per la prima volta delle descrizioni “molecolari” vale a dire analizzando le sue diverse parti. Passando attraverso la teoria associazionistica, la misurazione di queste parti della personalità, di questi suoi tratti o funzioni, toccò il suo apice alla fine dell’Ottocento, inserendosi nel nuovo discorso statistico apertosi con la scoperta della correlazione da parte di Galton.

Per quanto riguarda l’idea di tipo invece, termine che Galeno mutuò da Platone venne per indicare delle forme di comportamento analoghe all’idea di tipi di carattere descritta da Teofrasto, essa fu ripresa nell’Ottocento dalla frenologia, che tentò di tracciare come noto delle corrispondenze fra diversi tipi umani e le rispettive conformazioni cerebrali.

Bisogna notare che il campo che Berrios studia per individuare l'origine e l'evoluzione di queste nozioni è quello costituito dai discorsi sul seguente insieme di patologie, nell'ordine:

a- la mania senza delirio di Pinel;

b- la monomania di Esquirol;

c- la follia morale di Prichard;

d- la follia lucida di Trélat;

e- la mania impulsiva o inibitoria così come descritta nel quadro dei grandi teorici della degenerazione, con un focus sul particolare legame che si creerà a fine Ottocento tra atti aggressivi ed impulsività;

f- la descrizione dei criminali atavici o delinquenti nati come prototipi del tipo umano degenerato con la sua propensione ereditaria ed immodificabile all'eccentricità ed al comportamento antisociale, che ancora si troverà rispecchiata per esempio nella dottrina francese dei tipi costituzionali negli anni trenta;

g- la descrizione delle personalità psicopatiche messa a punto soprattutto dai lavori di Kurt Schneider ed Eugen Kahn negli anni venti del Novecento;

h- la teoria freudiana sulle nevrosi del carattere e la successiva letteratura psicoanalitica su gli stati e le personalità borderline, che tuttavia avrebbero a suo avviso messo in moto "una complessa macchina psicodinamica di cui poco può essere ritrovato nella letteratura europea del diciannovesimo secolo" (Berrios, 1993, p.24).⁶⁵

Questa analisi storica permette di affermare secondo Berrios:

1- che il concetto di disturbo caratteriale appare nella letteratura psichiatrica nel diciannovesimo secolo grazie innanzitutto alla novella considerazione del Sé come funzione psicologica, anche se allora il termine usato non era ancora "personalità", vocabolo che si affermò solo nel secolo successivo per designare in un senso nuovo e più ampio ciò che prima era chiamato carattere, temperamento o costituzione. Quelli che durante il diciannovesimo secolo venivano definiti dagli psichiatri come disturbi di personalità indicavano invece un'alterazione della consapevolezza soggettiva dei propri stati interiori, ed includevano stati quali la dissociazione isterica, o più in generale l'imporsi di una dimensione di incoscienza, impulsiva, dominata dall'istinto (Berrios, 1993, p.25);

2- che il concetto di carattere disordinato o malato ha implicato fin dalle sue origini il riferimento ad un sostrato organico, configurandosi come una manifestazione di una visione anatomo-clinica;

3- che durante l'800 esistevano tre principali modelli causali per quelli che allora venivano chiamati disturbi di personalità: a. quello della psicologia delle facoltà, che li vedeva come dei fallimenti

⁶⁵In effetti questo tipo di letteratura aprirà un nuovo capitolo e una nuova storia per cui si rimanda al capitolo successivo del presente lavoro.

della volontà, b. quello dell'associazionismo che li vedeva come mancanza di coerenza tra le informazioni cognitive emozionali e volitive, c. l'ipotesi dell'automatismo che li vedeva quali basse forme di comportamento che sfuggivano ai livelli superiori di controllo nel quadro della teoria evolutiva. Tutti e tre questi modelli finirono per iscriversi nella più generale teoria della degenerazione, genetica o acquisita, tramite meccanismi di apprendimento;

4- che il linguaggio dei tipi e dei tratti, entrato nel discorso medico attraverso la filosofia scozzese delle facoltà, verrà poi costruito rispettivamente dalla frenologia e dalla psicomatria nella seconda metà del secolo;

5- che il cambiamento dei modelli di riferimento in cui inscrivere i fenomeni patologici, dipende da ragioni storiche e contestuali più che scientifiche. Esempio in questo quadro sarebbe la scomparsa del concetto esplicativo di volontà e l'importanza progressiva che assunse invece l'idea di sviluppo nella spiegazione di quei fenomeni impulsivi che venivano chiamati, nella seconda metà del secolo, come già scritto, disturbi di personalità.

Prendendo in considerazione la storia della diagnosi di follia morale nella letteratura anglofona, che approda, come abbiamo visto, all'idiozia morale e poi addirittura all'immoralità costituzionale, credo si possa rendere conto dei principali slittamenti concettuali esaminati da Berrios con il succedersi delle patologie sopra elencate. Credo che la diagnosi di follia morale come elaborata da Prichard nella prima metà secolo possa sintetizzare gli slittamenti veicolati da tutte le prime quattro sindromi (a, b, c, d). Che l'idiozia morale possa dare conto piuttosto bene del quinto passaggio (e) e la teoria della diatesi criminale nell'imbecillità morale americana di fine secolo del sesto e per alcuni aspetti del settimo (f, g). Dell'ultimo, quello mediato dalla psicoanalisi del carattere, dai quadri borderline e, credo si dovrebbe dire, dal narcisismo, mi occuperò nel capitolo successivo. Cercherò di dimostrarlo.

In effetti nei testi di Prichard che ho scelto di analizzare, si può osservare come non compaia ancora il termine personalità, ma ciò che va a designare l'individualità è l'insieme dei termini carattere, costituzione, temperamento.

Il temperamento si identifica per Prichard nella costituzionale predisposizione di un individuo. È proprio un disturbo del temperamento a dare origine spesso alla follia morale; spesso ma non sempre, perché talvolta i suoi sintomi contrastano fortemente con il carattere che mostrava la persona prima dell'insorgenza della malattia, tanto che persone tristi, divengono per esempio sanguigne od eccitabili o viceversa. Questo vocabolo dunque indica in Prichard quell'insieme di caratteristiche psichiche personali che distinguono una persona dall'altra e che hanno matrice biologica ed ereditaria, ma non per questo per tale autore, come abbiamo visto, cerebrale. Anzi lo psichiatra britannico, strenuo oppositore della frenologia e del materialismo, fece riferimento, per

dare forma alla follia morale, alla teoria tedesca dell'umoralismo della scuola di Nasse, che vedeva le forme emotive della follia, al contrario di quelle che riguardavano l'intelletto, come slegabili dal cervello e collegabili invece agli altri organi viscerali e dunque all'intero corpo. In questo quadro l'espressione delle emozioni era legata al temperamento individuale inteso come costituzione fisica del corpo. Occorreva perciò indagare "i temperamenti come basi somatiche dei poteri affettivi e delle passioni" (Augstein, 1996, p.321). È nell'articolo di Prichard sui temperamenti del 1833 che possiamo trovare nei dettagli la formulazione di questa teoria e delle sue conseguenze. Ci basti in questa sede constatare che la definizione di temperamento si trovava definita in un'enciclopedia medica. E che in questa nuova veste esso andava a configurarsi in relazione ad una predisposizione ereditaria e costituzionale alla malattia mentale almeno nel momento in cui questa riguardava le emozioni, nel momento in cui era una follia morale. Scrive Prichard: "la pazzia morale è dovuta ad un'agitazione soprannaturale del carattere e dell'umore [...] infatti le varietà della pazzia morale sono forse tanto numerose quanto le modificazioni delle passioni e dei sentimenti nella mente umana" (1835a, p.121).

Il carattere è per lui la manifestazione comportamentale del temperamento e, in questo senso, esso, per quanto basato su un nucleo individuale innato, è modificabile ed educabile, come abbiamo già visto. Un ruolo eminente in questo processo è ricoperto dalle abitudini che permettono di acquisire nel tempo nuove disposizioni (e abbiamo visto come le disposizioni fossero in prima battuta quelle temperamentali innate). Nel carattere come nel temperamento protagonisti sono le emozioni, i sentimenti e gli affetti. Ed è proprio su questa sfera che agiscono abitudini e disposizioni, non certo tramite nozioni intellettuali che solo sulla ragione potrebbero influire. Ragione che, anche quando funziona, non può impedire lo scatenarsi della follia morale, come abbiamo visto. Scrive lo psichiatra americano Brigham nel 1844: "Noi non vogliamo sottovalutare l'intelletto [...] ma vogliamo che tutti realizzassero la superiorità della nostra natura morale sull'intelletto stesso. Le facoltà intellettuali sono una parte delle nostre facoltà mentali, e contribuiscono ma poco nei fatti alla formazione di quello che noi chiamiamo il carattere dell'individuo"(in Dain, Carlson, 1962, p.796). Indubbiamente i discorsi sulla follia morale hanno contribuito a dare rilevanza al ruolo delle emozioni nella formazione del carattere, "rendendo gli psichiatri più consapevoli dell'importanza degli affetti e dei sentimenti nella personalità e nel comportamento umano" (Dain, Carlson, 1962, p.796).

Si ricordi in ultimo che il carattere può non essere malato nella forma di patologica impulsività temporanea che può assumere talvolta la follia morale. In questa forma essa risulta dunque egodistonica e caratterizzata da una netta cesura con un passato irreprensibile. In questo quadro non può essere innata e non si lega al temperamento, anzi è tale da rendere persone colleriche tristi e

inattive e persone melanconiche sanguigne e rissose. L'impulsività qui non si identifica con gli istinti che fanno parte delle facoltà morali e sono, come le passioni, le emozioni ed i sentimenti, di per sé positivi se non in eccesso⁶⁶. Eccesso che può dipendere dal sopraggiungere improvviso di uno scompenso organico, quale una malattia o una febbre alta, o psichico, quale una grossa perdita finanziaria o una disgrazia familiare, così come da un regime di vita sregolato e caratterizzato da abitudini malsane e dallo sviluppo e coltivazione di inclinazioni malvagie, nei casi di follia morale acquisita. Oppure da una predisposizione innata alla follia che coincide con un temperamento malato, eccentrico, capriccioso, nei casi della follia morale innata. In questa seconda configurazione il temperamento può ricoprire anche il ruolo di causa predisponente, non dando necessariamente origine a forme conclamate e patologiche di follia, nonostante alcune sue caratteristiche possano segnalare un maggiore pericolo in questa direzione.

Infine, Prichard e tutti i suoi successori mettono in luce come proprio questa patologia, in virtù della sua complessa eziologia e del suo carattere polimorfo, obbliga lo psichiatra che voglia essere in grado di diagnosticarla in modo corretto, a maggior ragione in vista delle polemiche sociali, filosofiche e giuridiche cui ha dato vita, a considerare con attenzione ogni singolo caso e nello specifico tutta la vita del soggetto malato, il suo passato e il suo presente, le sue relazioni e le sue fantasie, i suoi desideri, le tendenze, le inclinazioni, le abitudini, il comportamento, gli umori e lo stile di vita, l'albero genealogico e la storia familiare, insomma la completa configurazione ed evoluzione del carattere morale di chi si ha di fronte⁶⁷.

Attraverso questa analisi possiamo riconoscere la comparsa del concetto di un disturbo caratteriale, inteso come disturbo del comportamento, della condotta di un individuo legato al suo modo di essere individuale. Modo di essere individuale, o carattere che è frutto dell'unione di una disposizione temperamentale innata che dà origine ad una determinata costituzione psico-fisica e di un'esperienza condizionata e condizionabile in primo luogo dall'educazione familiare e sociale.

In questa nuova idea di carattere che ha natura eminentemente singolare ed idiosincratica, così come nei suoi disturbi, giocano un ruolo centrale, prima ancora delle facoltà intellettuali, quelle emotive, affettive, sentimentali ed istintive dette morali. E di fatto la follia morale coincide con un perversimento di queste ultime che, in ultima analisi, si radicano ad un sostrato organico, collegandosi in questo modo ad una visione medica, anatomo-clinica, entrando ufficialmente nel

⁶⁶ Si ricordi l'influenza che Hancock ebbe su Prichard e la sua sottolineatura della positività degli istinti.

⁶⁷ A tutto ciò è collegabile l'analisi della nascita delle perizie psichiatriche sortita da quella delle follie parziali che svolge Foucault. Il filosofo francese individua alcune caratteristiche fondamentali delle perizie, fra queste: il costituire un doppio psicologico-etico del delitto spostando l'attenzione da un'infrazione legale a un'irregolarità morale e legittimando non più una punizione legale ma una tecnica di trasformazione dell'individuo; il contribuire alla creazione del personaggio del delinquente, descrivendo come la persona assomigliasse già al proprio crimine prima di commetterlo e fissando in questo modo la posizione di illegalità nel movimento del desiderio. Il crimine viene ricondotto ad un "desiderio cattivo" dovuto ad una debolezza, ad un'incrinatura del soggetto. Il soggetto si trasforma così in oggetto di osservazione (Foucault, 1974-1975, pp.13-33).

discorso psichiatrico. Scriveva Rush nel 1839: “La coltivazione della facoltà morale è stato affare di genitori, maestri, e preti [...] il miglioramento e l’estensione di questo principio tuttavia potrebbe essere ugualmente competenza di legislatori, filosofi naturali, e dei medici [...] Questo ci incoraggia a tentare esperimenti per il miglioramento delle (facoltà) morali” (in Rimke, Hunt, 2002, p.60)⁶⁸.

Invece si può notare come, nella seconda parte del secolo, l’iscrizione della follia morale in un quadro evoluzionistico, abbia spostato l’accento sull’impulsività come segno del sopraggiungere del registro dell’automatico e dell’involontario, che connotandosi nei termini dell’inferiorità ha acquistato una valenza negativa, nello specifico antisociale, la cui matrice diviene tuttavia il sistema nervoso e, grazie al discorso della frenologia che verrà ad imporsi, il cervello. Qui osserviamo la nascita di quelli che allora venivano chiamati disturbi di personalità, ovvero stati dissociativi o atti impulsivi ed automatici, che presero la forma di disturbi caratteriali solo inscrivendosi nella teoria della degenerazione proprio grazie al prendere forma dell’idiozia morale, in cui il problema patologico è quello di un temperamento innato malato ed incorreggibile che si lega ad un deficit e ad una mancanza cerebrale, dovuta a cattivi comportamenti o malattie dei propri antenati.

Ciò condurrà come abbiamo già scritto ad una progressiva centralità delle disposizioni innate e del temperamento malato in un’ottica stigmatizzante che arriverà a precludere del tutto l’orizzonte della guarigione. E’ la psichiatrizzazione della deviazione dalla norma di sviluppo. È questo il passaggio dal carattere amorale alla personalità anormale, ai tipi patologici e ai tratti psicopatici innati o acquisiti, fra cui un ruolo principe è proprio quello giocato dall’impulsività come dimensione innata, temperamentale, ereditaria. È la dimensione che accumuna gli attuali disturbi di personalità del cluster B, fra cui quello borderline.

Quanto scritto mi sembra confermare e dimostrare tutte e cinque le tesi conclusive della ricerca di German Berrios sulla nascita delle principali parole ed idee alla base dell’attuale letteratura psichiatrica sui disturbi della personalità nel corso dell’Ottocento, anche partendo dalla più specifica angolazione che ho scelto. Credo anzi che, proprio attraverso la più dettagliata analisi del percorso storico della follia morale nel corso dell’intero secolo XIX, l’insieme di queste affermazioni possa essere fecondamente declinata e focalizzata su quei temi che mi sembrano estremamente pertinenti rispetto ai problemi sollevati dalle caratteristiche degli attuali disturbi del cluster B ed in particolare alla più recente forma che il disturbo borderline ha assunto nel discorso psichiatrico, nonché al contemporaneo dibattito sull’impulsività come dimensione transnosografica ed ereditaria.

⁶⁸Tale paradosso è inoltre ben testimoniato dalle posizioni ed azioni stesse di questi psichiatri, filantropi, per alcuni aspetti, e per altri uomini i quali, come Cesare Vigna, trovavano orribile ed impensabile che folli poveri e ricchi potessero condividere i medesimi spazi e trattamenti. Si rimanda per questo all’appendice.

Author-Date	Label	Causes	Solutions
Kerlin 1879	Juvenile insanity	Spinal injury, degeneracy (curable)	Institutionalization; treatment
Carson 1886	Moral imbecility	[none given] (probably incurable)	Moral treatment in institution <i>might</i> help
Kerlin 1887	Moral imbecility	Degeneracy, reversion	[none given]
Broomall 1887	Moral imbecility, moral insanity	Heredity and environment	Institutionalization
Carson 1891	Juvenile insanity	Scarlet fever, head injury, degeneracy	[none given]
Rogers 1892	Mental and moral aberration	Sexual perversions	Moral training, asexualization
Fort 1892	Moral imbecility	[none given]	Mild punishment, moral treatment
Fort 1894	Psychical epilepsy	[none given]	Treatment or life restraint
Barr 1894	Inchoative paranoia (moral insanity)	Neurotic heredity	Institutionalization, punishment
Barr 1895	Moral paranoia (moral imbecility, moral insanity)	Degeneracy, environment, heredity	Institutionalization, temperance, prohibition on mothers' reading novels, sterilization

Figure 1. Association Papers on Moral Imbecility, 1876-95 (in Rafter, 1997, p.84)

Appendice al capitolo 1

La diagnosi di follia morale nel manicomio veneziano di San Servolo a partire da un'analisi delle cartelle cliniche tra 1873 e 1939.

Questa ultima parte di lavoro prende le mosse da una ricerca sull'internamento e la psichiatrizzazione degli idioti condotta presso la Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. (Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale), che custodisce l'archivio sanitario-amministrativo degli ex Ospedali psichiatrici di Venezia (Istituto di San Servolo e Istituto di San Clemente), ricerca che si inserisce all'interno di un più ampio progetto di indagine storico-clinica sull'autismo e la sindrome di Asperger⁶⁹.

Trovandomi nella condizione di poter ampiamente consultare e raccogliere a fini di studio il ricco materiale documentaristico offerto da questi archivi, aiutata dalla generosa disponibilità degli archivisti, Luigi Armiato e Fiora Gaspari, nonché incoraggiata dal fatto che un grande lavoro di analisi sulla storia di questo manicomio fosse già stato compiuto, proprio in virtù della costituzione della fondazione o, successivamente, da e grazie ad essa⁷⁰, ho deciso di tentare un'indagine qualitativa, non sistematica, delle cartelle cliniche con diagnosi di follia morale o imbecillità morale

⁶⁹ La ricerca, finanziata dalla fondazione Gallioli e appena cominciata, coinvolge un gruppo di psicoterapeuti, psicologi, antropologi e filosofi: attualmente Pietro Barbetta, Michele Capararo, Enrico Valtellina, Conny Russo, Francesco Paolella e Andréa Bella. Essa dovrebbe comprendere, oltre all'indagine archivistica sulla psichiatrizzazione di sintomatologie, che potrebbero essere ricondotte a quello che oggi viene definito lo spettro autistico, tra la fine dell'Ottocento e gli anni quaranta del Novecento presso il manicomio veneziano di San Servolo cui si è fatto cenno, altri due possibili tentativi di analisi: da una parte, un'indagine storica e sociale sui movimenti, i gruppi di mutuo-aiuto, gruppi di discussione, blog, chat-line che sono rilevabili nel mondo virtuale e che oggi hanno dato vita al movimento noto come neurodiversità, dall'altra un programma di osservazione qualitativa orientato a un approccio clinico-etnografico, che possa essere in grado di rilevare alcune caratteristiche dei processi di comunicazione, al fine di costruire uno strumento di lettura differenziale dei fenomeni attentivi e percettivi che ci renda in grado di entrare in relazioni complesse con il campo semiologico della neurodiversità. Essendo questo progetto ai suoi esordi non esiste ancora del materiale pubblicato in merito, né risultano già definiti risultati o riflessioni conclusive.

⁷⁰ La suddetta Fondazione è stata istituita all'indomani della chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, a seguito dell'approvazione della legge n°180, con lo scopo di salvaguardare il patrimonio archivistico e conservare la memoria storica. Alla nostra richiesta di ricerca archivistica è prontamente seguita l'autorizzazione da parte del responsabile, Dott. Luigi Armiato, a consultare la documentazione clinica esistente nel rispetto dei limiti temporali imposti dalla legge. La conoscenza dell'archivio, della storia di San Servolo e di tutta la documentazione fin lì prodotta dai curatori e dai ricercatori è stata messa a nostra completa disposizione. Al gruppo di ricerca è stata data la possibilità di prendere visione non solo delle cartelle cliniche archiviate ma anche di visitare il Museo del Manicomio di San Servolo, dove oggetti, strumenti di contenzione e di studio ed immagini raccontano la storia di questa istituzione. Al suo interno sono state visionate alcune delle lastre fotografiche a gelatina di bromuro di argento, che fanno parte del cospicuo archivio fotografico che conserva le identità dei pazienti, uomini e donne, nel periodo che va dal 1921 fino al 1971. Inoltre si è avuto modo di osservare i materiali di laboratorio, la stanza della Farmacia storica, unico luogo rimasto pressoché intatto dell'antico edificio e la Biblioteca. Mi sembra interessante allegare alcune delle fotografie, scattate a scopo di documentazione da Conny Russo, che mostrano, nell'ordine, l'archivio (figura 1), alcuni strumenti, immagini e le fotografie dei pazienti visibili all'interno del museo (figure 2, 3 e 4), la farmacia (figura 5), la sala anatomica (figura 6), i reperti dell'antico gabinetto di antropologia (figura 7) e infine due immagini storiche dell'edificio manicomiale (Figure 8 e 9). Ringrazio anche la dottoressa Elena Cefis, che ha collaborato alla ricerca archivistica su cui ha svolto la sua tesi di laurea: tramite il suo prezioso lavoro ha reso disponibili alcuni dei presenti materiali.

o immoralità costituzionale tra il 1873 e il 1939, che potesse arricchire la presente ricerca di ulteriori elementi significativi alla luce del taglio storico-interpretativo da me scelto per la prima parte di essa.

Sull'importanza e l'utilità di una ricerca d'archivio per fare luce sul modo in cui la manifestazione e la cristallizzazione di talune forme patologiche siano frutto "di una specifica combinazione tra elementi intrinseci alla psichiatria e quelli inerenti i dati normativi del nostro vivere" (Fiorino, 2003, p.81) ho già scritto. Così come ho già sottolineato l'interesse di riconoscere la peculiare influenza che possono esercitare, sul discorso teorico e scientifico che dà forma a una diagnosi, particolari figure mediche, tipi di pazienti, pratiche di internamento, gestioni amministrative, forme di governo, micro e macro accadimenti storici, rappresentazioni antropologiche locali della malattia, storie individuali dei pazienti, in un determinato contesto (Grmek, 1980, p.15).

Ovviamente a partire da questo microcosmo complesso dischiuso dall'archivio, occorre compiere delle scelte metodologiche, scegliere cosa prendere in considerazione, da quale prospettiva e con quali obiettivi.

Anche volendo mettere al centro dell'analisi la diagnosi di follia morale, le domande di ricerca potevano essere molteplici. Si poteva scegliere di investigare per esempio le procedure di internamento del folle morale, nelle loro complesse dinamiche tra istituzioni giudiziarie, mediche, religiose e familiari. Oppure la sua evoluzione storica all'interno delle cartelle cliniche in rapporto al discorso teorico elaborato parallelamente dai medici dell'istituto. Così come si poteva tentare di sistematizzare una riflessione a partire dai dati anagrafici dei pazienti, dal loro status socio-economico e professionale, dalla loro età, provenienza o situazione familiare. Si poteva cercare di ragionare sui tempi di permanenza e le dinamiche di dimissione. O ancora scegliere di concentrarsi su particolari aspetti emersi dallo spoglio delle cartelle, per esempio la prevalenza delle prostitute in questa categoria (su un totale di 24 cartelle femminili raccolte, 7 erano di "meretrici"). Od analizzare più da vicino i rapporti tra il linguaggio dei diari clinici ed i dati fisici ed antropometrici, magari con un focus sull'influenza della teoria della degenerazione e le sue diverse declinazioni nelle tre differenti etichette selezionate o più semplicemente nel tempo, tenendo conto della successione dei medici e delle loro idee. Oppure tentare un'analisi sintetica e complessiva che potesse dare almeno parzialmente conto di tutti questi aspetti. Ciascuno dei quali per altro potrebbe costituire in sé l'argomento di una tesi di dottorato.

Tenendo conto tuttavia che questa parte del lavoro non può divenire una compagine a se stante nell'ambito della mia ricostruzione storica sul disturbo borderline, ma deve piuttosto inserirsi in una prospettiva di senso, ed in una proporzione che non possa squilibrare in modo dirompente l'equilibrio del disegno di ricerca e del testo, e tenendo conto che, proprio per le preziose possibilità

di approfondimento che racchiude, esso potrà nel tempo venire ampliato e declinato in più direzioni in relazione alla genealogia dell'impulsività borderline che è qui svolta, mi limito al momento a presentare, corredate da alcuni commenti ed osservazioni di tipo qualitativo in rapporto a quanto precedentemente scritto, alcune cartelle cliniche di particolare significatività intellettuale ed umana in relazione agli aspetti che ho sottolineato nelle precedenti letture critiche.

Sull'importanza delle cartelle cliniche come cruciale punto di incontro tra le dottrine e le pratiche psichiatriche e come fondamentale strumento per riuscire ad individuare le vite e le storie dei pazienti nel loro divenire matrice di trasformazione dei dispositivi, in quella lettura più complessa sul problema del controllo sociale e potere disciplinare che abbiamo adottato per cercare di non ricadere in una lettura schematica e riduttiva di questi fenomeni, e che vede dunque un costante, reciproco e polimorfo influenzarsi tra medici e malati, abbiamo già detto (Galzigna, 1980a, pp.57-58). In questo senso esse sono degli ottimi specchi in grado di riflettere alcune dinamiche del *looping-effect* di cui parla Hacking e si offrono a molteplici livelli e piani di lettura: quello della loro evoluzione formale e strutturale i cui cambiamenti rivelano la progressiva medicalizzazione del sapere psichiatrico ed i mutamenti del suo sguardo sui malati e sulle malattie (Terzian, 1980, pp.29-32 e Paoletta, 2009, pp.120-127); quello del mutare delle forme di linguaggio in esse adottate, dove il mischiarsi dei termini medici e sintomatici a descrizioni comportamentali in cui compare una lingua quotidiana, che presenta spesso il ripetersi di stereotipi e raffigurazioni dei disturbi e dei pazienti che mostrano in filigrana i loro legami con il mondo culturale e sociale, riesce a permettere l'emergenza di quello che alcuni autori mi sembra abbiano felicemente definito l'inconscio del discorso psichiatrico (Kasper, 2009, pp.68-71)⁷¹; infine quello dei loro contenuti, che da una parte illuminano vari aspetti del discorso diagnostico, dall'altra le modalità, e, se pur implicitamente, i presupposti della cura, visibili nei suoi obiettivi e nelle notazioni sui suoi successi ed insuccessi. Non solo, il loro contenuto, in forme più o meno ricche o limitate ci permette di raccogliere delle informazioni sulle storie dei pazienti, talvolta delle loro parole o comportamenti, che pur iscritti e interpretati nella cornice manicomiale erompono nella loro attualità, mettendoci davanti la singolarità irripetibile delle persone. Su questo aspetto si apre un'ulteriore possibile dimensione di indagine, che appunto potrebbe cercare di ricostruire quei meccanismi di riscrittura dei comportamenti di cui Hacking ha dato un'ottima lettura teorica (Hacking, 1995, 1998, 1999, 2008). Ma in questo processo di ri-forma delle condotte e delle vite, esistono delle faglie, dei buchi che consentono, pur saltuariamente e con difficoltà, di rintracciare le voci dei singoli, i loro pensieri, sentimenti, modi di vedere. Questo aspetto emerge in primo luogo nei materiali che talvolta si

⁷¹Secondo una definizione di Pietro Barbetta, l'inconscio psichiatrico consisterebbe proprio "nella mancata analisi della relazione tra le teorie psichiatriche, le istituzioni di diagnosi e cura e la costruzione sociale delle caratteristiche" di una malattia (Barbetta, 2008, p.13).

trovano allegati alle cartelle, quali lettere o interi carteggi, poesie o diari⁷². Si tratta a volte di elementi di dissenso, forme di protesta e di critica ad un sapere e ad una pratica sentita imprigionante, altre sono invece richieste di aiuto e manifestazione della volontà di entrare in tale nuovo ordine (Galzigna, 1980, p.76 e seg.). Altri sono semplicemente frammenti di storie e relazioni personali attraverso cui si può guardare in un'ottica tutta particolare alla condizione manicomiale.

Certo è che questo genere di documenti rappresentano delle preziose possibilità di apertura e di dialogo con il loro attuale lettore. In primo luogo perché riescono a suscitare un insieme impreveduto di emozioni, nonostante la noia che mano a mano un discorso sempre meno narrativo e maggiormente standardizzato, quale quello delle cartelle che progressivamente perdono, come meglio vedremo, la loro varietà con l'imporsi di schemi medici predefiniti sempre più dettagliati, finisce per provocare. Queste emozioni che colpiscono il lettore aprono la strada ad un possibile riconoscimento, riconoscimento che la centralità della diagnosi per sua natura preclude (Kasper, 2009, pp.61-74). Ed in questo riconoscimento credo si trovi un'importante fonte per la nascita di una domanda di ricerca che possa interrogare con significatività il contesto presente. È per questo motivo che, nella scelta della presentazione dei materiali, ha contribuito anche quella che ho definito una qualità umana della cartella, privilegiando i documenti che contenevano allegati che potessero rendere udibile la voce dei soggetti implicati, e conseguentemente il carattere complesso dei meccanismi di medicalizzazione e disciplinamento.

In totale ho raccolto, scannerizzato e trascritto integralmente un insieme di ventinove cartelle cliniche che vanno dal 1873 al 1939 (si riferiscono all'anno di dimissione o di morte del paziente e quindi le storie cliniche possono riguardare anche un ampio numero di anni precedenti a questa data). Ho dato la priorità all'archivio femminile di San Clemente, che è stato aperto proprio nel 1873, sotto la direzione di Cesare Vigna, interessante e rilevante figura di psichiatra su cui ho potuto raccogliere facilmente una buona quantità di materiale. Il 1939 corrisponde ad un limite legale imposto a questo tipo di ricerca e il 1873 è l'anno in cui all'interno delle cartelle cliniche è stata di prassi inserita, nella prima pagina, una fotografia del paziente, elemento che si presta ad ulteriori tipi di analisi oltre che offrire una qualità umana aggiuntiva dei documenti. Poiché le storie cliniche delle cartelle da me selezionate arrivavano a coprire un periodo che in realtà cominciava in qualche caso intorno agli anni cinquanta dell'Ottocento, ed in virtù della particolare configurazione della psichiatria italiana, per alcuni aspetti in ritardo rispetto a quelle di altri stati europei, per esempio la Francia o l'Inghilterra, questo lasso di tempo mi permetteva di abbracciare quasi completamente l'arco temporale dell'intera storia del discorso sulla follia morale italiano, ed in ogni

⁷² Magistrale su questo tema è il saggio di Michel Foucault *I delitti che si raccontano* (1973, pp.223-233), all'interno della raccolta dei saggi sul caso di Pierre Rivière di cui viene presentata l'intera documentazione processuale.

caso il suo momento più vivace⁷³. In tutto ho trovato nella sezione delle donne (sezione *Uscite*) di questo periodo, 24 cartelle che ho raccolto e trascritto: 18 con la diagnosi di pazzia morale vera e propria, una con la dicitura “stati episodici di eccitamento in amorale”, una di imbecillità morale e tre di immoralità costituzionale. Per quanto riguarda gli uomini invece ho selezionato solo, tra le cartelle consultate nell’archivio di San Servolo, nella sezione uomini (sezione *Morti*) quelle che mi sembravano significative rispetto alle storie raccontate, alla ricchezza dei materiali acclusi o a specifiche questioni che permettevano di illuminare, e ne ho in tutto raccolte cinque e trascritte quattro, di cui una di imbecillità intellettuale e morale e tre di pazzia morale.

Sono proprio due di queste ultime tre che vorrei innanzitutto presentare integralmente, in quanto, oltre ad essere particolarmente interessanti per la particolarità delle storie che raccontano e la bellezza dei materiali annessi che contengono (fra cui lettere e poesie), mi permettono di mettere a fuoco e declinare alcune delle questioni da me sollevate soprattutto nelle prime due letture storico-critiche sulla sindrome. Ne proporrò infine una terza (maschile) con la diagnosi di imbecillità morale ed una quarta (femminile), in quanto prototipico caso di immoralità costituzionale per discutere invece le problematiche analizzate nelle ultime due letture storico-critiche del capitolo precedente.

Ciascuna delle cartelle sarà inquadrata e commentata attraverso una breve analisi strutturale, in modo da divenire leggibile in una prospettiva storica, e poi liberamente interrogata, letta ed interpretata a partire dal suo contenuto. Il tutto sarà corredato da immagini e fotografie dei documenti originali o di oggetti/luoghi/pratiche a cui in esse si fa riferimento, approfittando del prezioso lavoro fotografico svolto sul luogo e dei materiali messi generosamente a disposizione dagli archivisti. Ho deciso di non dedicare alla storia di questi manicomi e dei suoi medici un paragrafo a parte ma di integrare piuttosto in ciascuna analisi quegli elementi che mi sembrano necessari a decodificarla. Spero in questo modo possa risaltare ancora di più la trama semiologica del disagio, così come intrecciata e tessuta da persone e fenomeni di varia natura. Ho anche cercato, nei limiti del possibile, di integrare la sorpresa, le emozioni e i fastidi emersi durante la prima e le successive letture di queste carte, nel lungo lavoro di trascrizione, nei tentativi di interpretazione, cercando di individuare e dare possibile forma a quegli interrogativi sulla medicalizzazione dell’impulsività borderline nel presente che dal lavoro in corso nascevano ed in esso confluivano.

⁷³ I principali riferimenti risalgono perlopiù agli anni ‘80 dell’800. Ho usato per ricostruire il problema soprattutto il testo di Bonvecchiato (1883), essendo egli anche direttore e medico di San Clemente, in secondo luogo quelli di Verga (1880) e Bonfigli (1879).

La cartella clinica di Giovanni Rampin

Introduzione: questa cartella proviene dall'archivio di San Servolo e risale al 1884. Il 1884 è l'anno di morte, ma Giovanni Rampin (1818-1884) venne ricoverato a San Servolo nel 1855, all'età di 37 anni e qui rimase per 29 anni, fino al decesso, a 66 anni. Per questo la cartella, da un punto di vista formale, segue ancora il primo modello strutturato che venne introdotto a San Servolo nel 1857. Pur trattandosi di un primo schema predefinito che limitava la libertà delle pagine bianche, tuttavia si tratta ancora di una griglia che può lasciare spazio al dipanarsi di una storia.

In questo primo tipo strutturato di cartella (figura 10), le informazioni raccolte riguardano innanzi tutto l'arrivo della persona al *Morocomio* (cognome e nome del degente, giorno d'entrata, provenienza da un eventuale altro ospedale e indicazione dell'accompagnatore); in secondo luogo vengono i dati anagrafici (luogo di nascita e domicilio, genitorialità, età, professione e stato civile), seguiti dall'indicazione di "Spettanza del carico". In terzo luogo si procede con gli indici della registrazione della tabella per l'archiviazione, sotto i quali troviamo la dicitura "Compendio storico della malattia", dove viene descritto, in maniera discorsiva, il decorso della malattia: i primi sintomi, eventuali parenti affetti da malattie mentali o simili, eventi particolari della vita del paziente ritenuti determinanti per la formazione della malattia e comportamento tenuto dalla persona. Infine, sul fondo del frontespizio, vi era un ulteriore campo da compilare: "Classificazione = Genere, Specie, e Causa della malattia da cui è affetto", dove si trova il nome della malattia da cui si pensava appunto fosse affetto il degente, secondo la nosologia di derivazione esquiroliana. Inoltre vi si trova l'eventuale data di morte, e la sua causa, o la data dell'eventuale uscita dal manicomio dopo il risanamento. Nella pagina seguente il frontespizio, la sintesi della malattia viene argomentata nello spazio "Andamento e cura della malattia", dove vi si appunta anche la cura e l'alimentazione da tenere e vi si trovano considerazioni di giudizio sulla cronicità o meno della stessa. Questa parte discorsiva veniva aggiornata ogni qualvolta si effettuavano visite (solitamente una volta al mese) al paziente, registrandone rigorosamente la data. Poiché la sezione "compendio storico della malattia" non è ulteriormente suddivisa, né scandita da particolari indicazioni mediche, in essa si può trovare ancora un racconto che riguarda anche gli eventi materiali e morali della vita passata e presente dell'internato: "nella prima fase manicomiale -e questo risulta molto bene dalla registrazione delle cartelle cliniche, nei rilevamenti statistici e nell'archivio bibliografico- in manicomio ci si va per le circostanze sfortunate o fortunate della propria vita, per le miserande condizioni di vita, perché affamati, per i propri vizi, per gli amori sciagurati, per la gravidanze complicate o indesiderate, per smodata attività sessuale, per non essere riusciti ad accasarsi, per aver voluto indulgere a vita dispendiosa o sciagurata, a sostanze eccitanti, voluttuarie, al vino,

all'alcool, all'ubriachezza e per aver subito danni al proprio cervello ed essere diventati invalidi, inoperosi, inutili" (Terzian, 1980, p.31). Tale modello verrà sostituito a partire dal 1880, come vedremo più avanti, da un secondo tipo di cartella maggiormente definita da parametri medici e degenerativi.

La maggior parte degli anni della permanenza di Giovanni Rampin in manicomio sono quelli in cui esso si trovava sotto la direzione di padre Prosdocimo Salerio (1815-1877), che va dal 1853 al 1877, anno della morte del sacerdote dell'ordine dei Fatebenefratelli, ordine che si occupava di questa istituzione, nonostante le sue trasformazioni politiche ed amministrative, già dal 1715.⁷⁴

Salerio dopo una formazione chimico-farmaceutica a Milano, si laureò in medicina presso l'università di Padova. Il suo approdo a San Servolo è datato 1847 dapprima come medico assistente, poi direttore e infine come medico primario del manicomio. Egli ne diviene una delle figure di maggior rilievo: cerca di migliorare la qualità della vita dei degenti, e di introdurre provvedimenti e nuovi mezzi curativi, in accordo con gli avanzamenti della scienza psichiatrica europea, in particolare francese. Durante gli anni della sua direzione favorisce a San Servolo la pratica e lo studio della medicina con l'acquisto di tecnologie per la sala chirurgica, incrementa notevolmente la biblioteca e dispone il restauro della farmacia nonché la creazione di un gabinetto di fisica e storia naturale. Caratteristica importante dell'attività di Salerio è il suo tentativo di mettere in relazione l'uso di mezzi repressivi con gli aspetti della cura morale, ovvero con attività produttive nelle officine, negli orti nella sartoria o nella calzoleria (figure 13, 14, 15, 16, 17 e 18); perché per lui il vero progresso non è l'abolizione dei mezzi repressivi che occorrono, ma il rendere più raro il bisogno della loro applicazione. E di conciliare tutto questo con un sapere e una pratica farmacologica e medico-sperimentale. A Venezia, come scrive Galzigna: "la medicalizzazione della follia porta il nome di Prosdocimo Salerio" (1980a, p.64).

Dunque vale la pena di ricostruire più da vicino alcune peculiarità della sua attività attraverso l'elogio post-mortem che ne tesse il suo celebre collega, direttore del manicomio femminile di San Clemente a partire dal 1873, Cesare Vigna, nel 1882. Scrive Vigna: "I medici nello studio dell'alienazione mentale seguirono due direzioni opposte, cioè la direzione somatica e la direzione psicologica per incontrarsi poi nel campo filosofico e combattersi intorno alla vitalissima questione del materialismo e dello spiritualismo. Il carattere profondamente religioso del padre Salerio non può lasciare dubbio ch'egli fosse uno spiritualista sincero. Convinto tuttavia non esservi pegli animi leali pericolo che la vera scienza rechi danno alla fede, egli aborrì sempre quel malinteso spiritualismo che suole attribuire all'indole medesima degli studi naturali un non so che di pernicioso alla morale e all'ortodossia. Non è dunque da stupire ch'egli prendesse tanto interesse ai

⁷⁴ Dal 1877 al 1880 ci fu poi Giacinto Videmari e dal 1880 al 1887 Dalmazio Batanoli.

brillanti risultati della scuola sperimentale, se ne avvantaggiasse nelle proprie investigazioni e li applicasse allo studio delle frenopatie con quella stessa precisione che può usare il più rigido ed esclusivo partigiano della dottrina somatica. E ben poteva annoverarlo fra i seguaci di questa scuola chi avesse udito alcune massime che ripeteva spesso, per es., che il legittimo medico de' pazzi non può essere né un filosofo né un teologo” (Vigna, 1883, p.1).

Egli adottò la nosografia francese facente capo a Pinel ed Esquirol e non mancò di dedicarsi allo studio delle follie parziali ed al rapporto fra delitto e pazzia, lamentando l'assenza di leggi che tutelassero questo tipo di alienati. Adottò il paradigma della cura morale nelle sue varie accezioni e con le sue molteplici conseguenze: non smise mai di ribadire la necessità di conferire un potere pressoché assoluto al direttore del manicomio, cui sarebbero dovute spettare le “funzioni inscindibili della gestione tecnico-sanitaria, economico-amministrativa e disciplinare” (Vigna, 1883, p.13), così come di elogiare le virtù della struttura architettonica dell'istituzione, e quella delle scansioni spazio-temporali e delle regolarità dei regimi di vita in essa imposti⁷⁵, in grado di riarmonizzare e riequilibrare le vite disordinate e caotiche dei matti. Come Esquirol egli riteneva infatti che la “progredita civiltà debba annoverarsi fra le cause d'aumento della pazzia. Più l'istruzione progredisce, più l'analisi dell'uomo si fa assidua, sottile, penetrante, anche il cuore diventa più irritabile e più doloroso il fondo di scetticismo” (Vigna, 1883, p.13). Come per i suoi predecessori francesi, egli considerava importante anche l'ascolto e l'osservazione dei malati: in questo quadro dava particolare importanza e valore agli scritti dei pazzi, “siccome quelli che costituiscono lo specchio più fedele ed esatto del loro stato intellettuale e morale. E' noto che l'uomo quando scrive si fa spesso più aperto, più sincero ed espansivo. Confida alla carta molte cose che dissimula parlando. Salerio ricorreva spesso all'espedito della scrittura, specie nei casi in cui sospettava l'esistenza di un delirio latente di carattere persecutivo, oltremodo pericoloso perché più facile a dissimulare. Di consimili scritture il Salerio conservava una buona collezione assai interessante ed istruttiva, specialmente per lo studio de' modi logici e progressivi con cui si vanno svolgendo ed organizzando certi deliri” (Vigna, 1883, p.17).

Nonostante eccedesse in qualche caso nei rimedi farmaceutici, per via della sua specifica formazione, a questi errori mise comunque fine in tempi ragionevoli, e fu sempre, a detta di Vigna, dedicato alla guarigione dei suoi ammalati. Adottò per tutta la durata della sua attività, come già scritto, la nosografia esquiroliana, confidando in una sua futura traduzione somatica: “Mancando tuttavia gli elementi clinici per stabilirla sopra questa base, gli sembrava che non valesse la pena di occuparsi tanto del resto, voglio dire delle semplici forme sintomatiche, ch'egli però sapeva apprezzare moltissimo, specialmente nei riguardi della cura, della disciplina e della medicina

⁷⁵ Si vedano per questo le sue tavole statistiche pubblicate in Galzigna, Terzian, (1980, pp.172-210).

forense. Basta scorrere infatti, anche superficialmente, le innumerevoli storie nosologiche ch'egli vergò di sua mano, per vedervi registrate e descritte, con una precisione direi quasi fotografica, quelle multiformi aberrazioni della vita intellettuale, affettiva ed istintiva, le quali più tardi vennero poi da valenti specialisti considerate come altrettante forme psicopatiche distinte" (Vigna, 1883, p.24). Le principali categorie diagnostiche erano dunque quelle di Mania, Monomania, Melanconia, Demenza e Idiotismo con le relative possibili sottospecie e specificazioni. Le cui possibili cause erano considerate: Eredità, Dissolutezza, Abuso di liquori, Onanismo, Contusioni al capo, Affezioni cerebro-spinali, Febbri intermittenti, Epilessia, Sifilide, Pellagra, Dispiaceri, Miseria, Amor proprio offeso, Amor contrariato, Spavento, Eccesso di studio, Gelosia, Scrupoli, Cause sconosciute.

Vediamo in Salerio, al di là delle sue caratteristiche personali, davvero il personaggio che rappresenta la prima figura di "nuovo alienista" o "medico morale" sul modello tratteggiato nel primo capitolo di Pinel, Esquirol, Prichard.

Detto questo si può ora passare alla presentazione della cartella di Giovanni Rampin, avendo delineato il quadro in cui si inserisce la sua permanenza in manicomio ed i caratteri formali del documento che ce ne fornisce notizia. Egli era un sacerdote, colto e benestante, motivo per cui, alla diagnosi follia morale che lo classifica, si può vedere apposta la specificazione "forma gentilizia", vale a dire nobile. Uomo ineccepibile, buono ed istruito, fino a vent'anni, quando, nel 1848, si arruolò come volontario cambiando per via di questa esperienza del tutto la sua condotta ed il suo pensiero, trasformandosi in un folle che rinnegava qualsivoglia religione, bestemmiando nelle chiese ed insultando tutti gli altri frati. Proprio a seguito di una di queste esplosioni di calunnie in chiesa venne internato per la prima volta in manicomio nel 1853. Qui cambiò nuovamente il suo contegno e divenne mansueto e condiscendente così venne liberato, ma appena fatto uscire ricominciò come prima e venne dunque nuovamente internato a San Servolo nel 1855, dove rimase fino alla sua morte, continuando ad affermare di cercare una vera libertà, assoluta, non soggetta alle convenzioni, senza freni, che alla fine, ormai rinchiuso in manicomio da numerosi anni, diceva di non poter trovare che in letto. Riportiamo ora l'intera cartella che verrà successivamente commentata.

Materiali: Trascrizione completa della cartella

MOROCOMIO CENTRALE MASCHILE IN SAN SERVOLO DI VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

Rampin P. Giovanni

Entrato il: 21 Aprile 1855

Affetto da: Follia morale, [..forma] gentilizia.

Paternità: Antonio Zotti

Maternità: Laura Zotti

Età: 37

Luogo di nascita: Padova

Luogo di Residenza: Venezia [...]

Luogo di Provenienza: Venezia

Professione: Religioso Sacerdote [...]

Stato civile: Celibe

Spettanza del carico [...]

Accompagnato da: Nota dell[...] Luigi di Castello N'2811

Registrato al F' 39 progressivo N' 86 ed in Protocollo N' 322-91

Esito: Morto il giorno 15 Novembre 1884 ore 8 1/4 pom. per epatite acuta

Compendio storico della malattia

Sunto delle tabelle anteriori.

Uomo educato, dotto, buono ed ottimo religioso che sostenne anche lodevolmente alcune cariche nel suo ordine; era di grande speranza e [discreto] predicatore; di temperamento sanguigno, di [un] naturale allegro ed espansivo; dicesi però che anche in famiglia predominasse un certo carattere, una certa suscettibilità e mobilità nervosa che avvicinavasi ad esaltazioni benché non si potessero dire aberranti; di quei naturali facili ad accendersi a prender le cose con impeto, con troppo di zelo e con poca riflessione.

Nell'infausto 48 si mise pel capo di arruolarsi come cappellano in una compagnia di volontari e ci si mise con quell'ardore portato dal suo temperamento e [naturale], amante della società, della compagnia allegra, fu sua fortuna; a poco a poco non ricordasi più d'essere religioso, li compagni, li divagamenti, l'abbandono delle pratiche di religione, lo fecero traviare, infine la di lui condotta non fu la più giudiziosa. [Lasciò] lo sfogo al suo temperamento e natura, perdette il freno ed ebbe la disgrazia di precipitare in eccessi di ogni sorta che voleva poi giustificava per la ragione che l'uomo è libero e nato libero, aveva poi fatto male a [vincolarsi] e conosceva così egli il gran male che aveva fatto col legarsi allo stato religioso,

dopo che aveva conosciuto il bene di essere libero; terminavano i giorni di trambusto ed acquietatesi le cose R. P. Gio fu di ritorno al suo convento ma non era più il P. Gio di prima, gli annoiavano gli altri, le pratiche, i metodi, la regolarità del convento gli si risvegliavano rimembranze illusorie; e gli pareva che libero come era in quei giorni si trovasse assai meglio

Andamento e cura della malattia

Tutto si faceva noia, perfino il vedere li suoi correligiosi allegri e contenti, li chiamava stupidi, insensati, persone senza testa quindi non più attento ai suoi desideri, divagato, non più [...], non più uffizio divino, non più alle cose comuni con gli altri religiosi; poi un parlare licenzioso, un contegno bisbetico; corretto più volte, pareva volesse adattarsi, ma dopo pochi giorni era ancora come prima, anzi tanto avanti che [passò] poi ad uno stato di bassezza si [mise] per la fantasia essere perseguitato dai suoi confratelli ed essere tenuto sotto sorveglianza dalla polizia; a questo si aggiunga (e sono sue parole) un continuo attacco di appetiti sessuali che non poteva vincere, un fastidio a tutto ciò che sapeva di pratiche religiose, diveniva pesante a se stesso, irascibile, fastidioso, malcontento; I confratelli gli divennero odiosi, quindi parole, atteggiamenti, diffidenza, censura, [rabuffi] a tutti, anche più avanti e finì col ritenere che volessero avvelenarlo, quindi gridava, calpestava, urlava poi chiusosi in camera, per fino in Chiesa a gettar via breviari e libri e stracciarli, perfino in Chiesa durante le pubbliche funzioni mettersi a far scene da intimorire anche gli astanti per cui dovettero passarlo al Manicomio il 19 Aprile 1853, appena venne tradotto al Manicomio la novità, il nuovo metodo d'urto, il vedersi in un Ospedale di pazzi, la regola etc. lo ferirono e parve che subito rientrasse in sé, fu melanconico per pochi giorni, poi egli stesso confessava d'aver avuto la testa assai alterata, diceva aver pur troppo ecceduto ed invece di frenare le sue idee e li suoi pensieri, alimentavali di più, che desiderava rappacificare il suo animo ed infatti li contenne tanto bene e divenne ragionevole che un mese dopo con mille proponimenti sortiva per riandare nel suo convento ove per sei mesi continui si [comportò] da uomo assennato ma fatalmente, tornò quel tedio alle pratiche religiose, di nuovo fantasticò idee non solo di libertà relativa ma perfino di annullare il carattere sacerdotale, macchinò di nuovo nella sua mente reminiscenze di quella breve epoca che gli [frastornavano ...], il suo cuore, in breve divenne peggio di prima, tormento e cause di spaventi ai suoi confratelli arrivando perfino a minacciarli perseguitandoli ed imprecaandoli, divenne violento ed arrivò a divenire di scandalo coi suoi discorsi, allora li suoi [digressori] si interessarono per ottenergli la tanto ambita secolarizzazione e sortita dall'Ordine, ma continuando ad essere irrequieto [...] e non

potè [effettuare la Dispensa], ma dovettero per sicurezza e per togliere le scene che faceva anche in Chiesa durante le pubbliche funzioni, passarlo al Manicomio di nuovo. Questa volta appena vi mise piede anziché [asserire] come l'altra volta divenne invece violento, superbo, sovvertitore, bestemmiatore, né si poteva frenarlo né anche nei discorsi lubrici che teneva coi compagni, non manifestando il benché minimo pudore; a poco a poco però si mitigarono le scene di violenza, di bestemmia, di ira, si limitò solo a fare discorsi di libertà fisico e morale, ragionandole sempre a suo modo. Si provarono mille maniere per convincerlo e si invitavano appositamente persone probe e dotte e teologi, perché volessero con lui tenere discorsi e difatto più volte vennero ma nulla ottennero venendo [...] che lo convincevano ma non volendo sentirne, divenne dispettoso e non volle più che alcuno lo avvicinasse, fuggendo come il Diavolo quando appena vedeva qualcheduno che [capisse] avessero intenzione di parlargli, non volle più nemmeno vedere i suoi confratelli che pure venivano a ritrovarlo, divenne dispettoso e [...] invece di [...] anche gli altri, giacché [rettorica] ne ha quanto basta e se si vuole parla anche con ragionamenti forti si ma con qualche [...] persuasivo. La corte romana prima di concedergli la secolarizzazione fece inchiesta se il Rampin fosse realmente pazzo e se concedendogli [la santità] del suo ordine potevasi sperare di ritornargli il senno: [...] come si potè, pure per un tentativo proponevasi di provare la secolarizzazione; di fatto dopo qualche tempo arrivò anche il permesso, tutto erasi combinato coi suoi fratelli che lo ricevevano in casa, ed un appoggio presso il clero di Padova, e vennero anzi a cercarlo un fratello ed un sacerdote, egli sulle prime messosi contentissimo ma quando poi nel parlare con quel sacerdote sentì che era arruolato nel clero di Padova che doveva essere? da sacerdote secolare; come è così no no disse allora sto ove mi trovo io intendo una totale secolarizzazione, io intendo annullato il sacerdozio e chiudi tutti io voglio essere libero, io intendo di prender moglie e quante mogli desidero; io abiuro ad il cattolico e quante religioni tengono legate un uomo, non lo capite? Che è la libertà assoluta che io pretendo? Oh bella allora è inutile e sto al meno peggio e così via via fino a gridare, ad inveire, a divenir quasi cieco ed a dire le più alte strambellerie e discorsi anche osceni, per me tutto fu finito e lo lasciammo al manicomio. Venne presentato più volte alla commissione, replicò le stesse parole, accompagnandole con bestemmie imprecazioni, dicendo che l'uomo è nato libero, che Dio è la Natura, che l'uomo è Dio finché vive, che sono tutte invenzioni le religioni di ogni sorta che [...], e finì; seguitando con proposizioni una peggio dell'altra.

A quel punto non si potè mai più discorrere con lui senza sentire bestemmie, propinando in tutte le maniere fino alle volte a venir confuso con ragionamenti [da pazzi stessi] ed allora per grida, bestemmia, [manda perfino urlì] [Non per sempre a usi]. Di nuove di persuasione

intima non è convinto di quello che dice, ha dei momenti di tristezza, di pianti ed esulta anche parole di consolazione alle volte si mette a ridere e parrebbe lì per lì per ritrattare i suoi detti, ma invece cerca di reprimere i movimenti della ragione con bestemmie ed imprecazioni; pare voglia ritrattarsi ma non ha il coraggio, è un continuo contrasto con se medesimo. Nei giorni di solennità per lui è un martirio e lo dice “Questi erano giorni che una volta nella mia [baluaggine] mi facevano piacere sentire una interna consolazione, erano illusioni è vero, ma illusioni piacevoli [ad esso] più neanche questa chimerica consolazione e tutto perché la mia educazione fu falsa fin da principio perché mi battezzavano; era meglio fossi nato selvaggio che soffrir queste pene, oh Manicomi, orribili, il manicomio dovrebbe essere fatto per chi nato libero non conosce il bene della libertà e così di seguito e le finisce poi con [...] con imprecazioni ed altre cose. Il buono però è quando senza che se ne accorga si introduce discorso di morale, di teologia, di dottrina cristiana, allora parla benissimo e insinua bene, e appena per lì si soggiunge un’osservazione, un dunque allora subito si allarma e si mette a ridere ironicamente oppure a parlare scherzosamente e di questi discorsi ne facevano frequentemente anche coi suoi compagni [stessi... infine sacerdoti]. Un giorno che diceva spropositi uno peggio dell’altro alla presenza d’un giovane alienato il quale a caso l’aveva sentito predicare nelle chiese del suo comune, questi gli disse, mi pare che quel sia il rampin che predicava bene ma allora diceva cose ben diverse da quelle che dice adesso, dunque ed era matto allora ed è matto adesso.

Io gli fo [...]

1881 Gennaio

E’ colto da un leggero grado di febbre con tosse e dimagrimento. Si sottopone ad una cena di lichene e latte.

Febbraio

Ha migliorato; la febbre e la tosse sono uguali.

Si va rimettendo anche fisicamente. L’udito si è reso meno ottuso. Mantiene costante la sua idea di volere stare a letto fino a tardi, dice egli, non cambiano le circostanze. Vuole la sua libertà e finora non può ritrovarla se non a letto.

E’ di buon umore. Se si parla di cose di scienza risponde con aggiustatezza e con sano criterio.

Marzo

Sempre a letto.

1883

[Quasi] sempre a letto e come al solito. [Cerca] la sua libertà, ma dice che non la trova in nessun luogo e ancora a letto è il luogo più libero. Per altro ragiona e [tenta] parlar su qualche argomento filosofico o letterario sa parlare con criterio ed assennatezza.

1884

Da 29 anni che [...] in questo manicomio, egli non presenta nulla di notevole da aggiungere a quanto venne esposto più in alto.

Si trattiene quasi sempre a letto, dicendo che non si alza finchè non trova la sua libertà, ma è una libertà a suo modo, che non trovasi altrove che in letto.

La sua salute finora è buona.

Commento

La malattia di Giovanni Rampin

La descrizione della storia di malattia di Giovanni Rampin illustra in modo perfetto, addirittura paradigmatico a mio avviso, le caratteristiche della follia morale di Prichard, sia nelle sue manifestazioni sintomatiche che nelle sue cause e tratti costitutivi. In essa dunque è possibile mettere alla prova ed osservare in atto alcuni dei rilievi critico-interpretativi presentati nelle prime due letture storiche di questa patologia del precedente capitolo.

Innanzitutto il presupposto essenziale: ovvero l'idea che la follia morale sia un'espressione del nuovo problema della necessità di un autogoverno morale compatibile alle esigenze della società, senza garanti metafisici indiscutibili. Questo è esattamente il problema che incarna il sacerdote Rampin, che dopo la sua adesione alle sommosse del '48, ha fatto proprie le moderne nuove idee di emancipazione radicale, non legata a nessuna religione ed a nessun sistema metafisico che imprigioni e regoli la vita individuale, e ha lasciato repentinamente, impetuosamente e definitivamente le sue credenze ed opinioni di prete e teologo.

Illuminante per questo aspetto credo sia la scena del tentativo di concedergli la secolarizzazione, nella speranza di un possibile compromesso, subito smentita dai caratteri radicali della libertà che Rampin reclama. “Del suo ordine potevasi sperare di ritornargli il senno: [...] come si potè, pure per un tentativo proponevasi di provare la secolarizzazione; di fatto dopo qualche tempo arrivò anche il permesso, tutto erasi combinato coi suoi fratelli che lo ricevevano in casa, ed un appoggio presso il clero di Padova, e vennero anzi a cercarlo un fratello ed un sacerdote, egli sulle prime messosi contentissimo ma quando poi nel parlare con quel sacerdote sentì che era arruolato nel clero di Padova che doveva essere? da sacerdote secolare; ‘come è così no, no disse allora, sto ove mi trovo io intendo una totale secolarizzazione, io intendo annullato il sacerdozio e chiusi tutti io voglio essere libero, io intendo di prender moglie e quante mogli desidero; io abiuro ad il cattolicismo e quante religioni tengono legate un uomo, non lo capite? Che è la libertà assoluta che io pretendo? Oh bella allora è inutile e sto al meno peggio’ e così via via fino a gridare, ad inveire, a divenir quasi cieco ed a dire le più alte strambellerie e discorsi anche osceni, per me tutto fu finito e lo lasciammo al manicomio. Venne presentato più volte alla commissione, replicò le stesse parole, accompagnandole con bestemmie imprecazioni, dicendo che l'uomo è nato libero, che Dio è la Natura, che l'uomo è Dio finchè vive, che sono tutte invenzioni le religioni di ogni sorta che [...], e finì; seguitando con proposizioni una peggio dell'altra”.

Altrettanto illuminanti i suoi rimpianti del vecchio credo e le sue lamentele sulla sua attuale condizione e quella dell'intera umanità: “Questi erano giorni che una volta nella mia [baluaggine] mi facevano piacere sentire una interna consolazione, erano illusioni è vero, ma illusioni piacevoli adesso più neanche questa chimerica consolazione e tutto perché la mia educazione fu falsa fin da principio perché mi battezzavano; era meglio fossi nato selvaggio che soffrir queste pene, oh Manicomi, orribili, il manicomio dovrebbe essere fatto per chi nato libero non conosce il bene della libertà e così di seguito e le finisce poi con [...] con imprecazioni ed altre cose”.

In questo senso egli è tipicamente quel folle che è uno dei frutti dell'eccessivo avanzamento della ragione e della civiltà di cui si lamentano Prichard ed Esquirol, le cui funzioni intellettuali non sono solamente integre, ma anche superiori a quelle di molti, pur impiegate follemente agli occhi dei medici, nella difesa di posizioni assurde e socialmente pericolose. Egli non solo è intelligente ma dotto ed in grado, nonostante la sua presunta follia di condurre discorsi ineccepibili e persuasivi almeno nei casi in cui non si voglia ricondurlo alle sue precedenti posizioni, alla religione, al sacerdozio: “Il buono però è quando senza che se ne accorga si introduce discorso di morale, di teologia, di dottrina cristiana, allora parla benissimo e insinua bene, e appena per lì si soggiunge un'osservazione, un dunque allora subito si allarma e si mette a ridere ironicamente oppure a parlare scherzosamente”. A questo proposito è significativa anche questa osservazione del medico, nel suo penultimo anno di malattia e soggiorno in manicomio: “[Quasi] sempre a letto e come al solito. [Cerca] la sua libertà, ma dice che non la trova in nessun luogo e ancora a letto è il luogo più libero. Per altro ragiona e quando [tenta] di parlar su qualche argomento filosofico o letterario sa parlare con criterio ed assennatezza”. Non bastano la ragione, l'intelletto e la cultura a salvaguardare la norma e la temperanza, né a garantire le condotte appropriate prescritte da un determinato ordine sociale, l'educazione del cuore difetta rispetto ad un eccessivo progresso intellettuale, lamentavano Prichard ed Esquirol, indicando proprio come patologici i comportamenti dei rivoluzionari. È l'eccesso di civiltà che produce quella follia sconosciuta ai selvaggi, follia che è disconoscimento della famiglia e del lavoro e della tranquillità, semplicità e modestia del vivere. Prichard notava, saranno anche sparite le forme di demonomania ma sono aumentate le paranoie legate a possibili persecuzioni della polizia. Vediamo prototipicamente il Rampin che: “si [mise] per la fantasia essere perseguitato dai suoi confratelli ed essere tenuto sotto sorveglianza dalla polizia”.

Né questo è l'unico dei suoi sintomi che presenta una corrispondenza perfetta a quelli della follia morale di Prichard, ma anzi essi vi rientrano praticamente tutti e si presentano tali da poter essere senza sforzi interpretativi ricondotti alle tre macro-categorie in cui li abbiamo suddivisi nel precedente capitolo, mostrando tutti quei molteplici legami con le rispettive dicotomie socio-

culturali ipotizzate incentrate sul perno del problema di un'autocentratura che diviene eccessiva, incontrollabile, impermeabile alle esigenze sociali.

Innanzitutto il primo gruppo di forme sintomatiche, caratterizzate da quello che viene considerato un patologico egoismo che finisce per condurre all'aggressività: “irascibile, fastidioso, malcontento; I confratelli gli divennero odiosi, quindi parole, atteggiamenti, diffidenza, censura, [rabuffi] a tutti, anche più avanti e finì col ritenere che volessero avvelenarlo” scrivono di Rampin il quale non fa che rifiutare ripetutamente qualsiasi dialogo o tentativo di riannetterlo al suo ordine o, più in generale alla società: “non volendo sentirne, divenne dispettoso e non volle più che alcuno lo avvicinasse, fuggendo come il Diavolo quando appena vedeva qualcheduno che [capisse] avessero intenzione di parlargli, non volle più nemmeno vedere i suoi confratelli che pure venivano a ritrovarlo, divenne dispettoso”. “Gli annoiavano gli altri, le pratiche, i metodi, le regolarità del convento”. Addirittura si rese “tormento e causa di spaventi ai suoi confratelli arrivando perfino a minacciarli perseguitandoli e impremandoli, divenne violento ed arrivò a divenire di scandalo coi suoi discorsi”. Nei casi migliori, invece, si limita “solo a fare discorsi di libertà fisico e morale, ragionandole sempre a suo modo”. Fino ad arrivare, alla fine della sua vita manicomiale, viste le ineludibili e segreganti condizioni in cui si trovava, a quell'idea che i medici commentano con stupore e ironia, di una libertà che è quella di starsene in pace nel suo letto, così descritta nell'ultima notazione relativa alla sua lunga permanenza in manicomio: “Da 29 anni che [...] in questo manicomio, egli non presenta nulla di notevole da aggiungere a quanto venne esposto più in alto. Si trattiene quasi sempre a letto, dicendo che non si alza finché non trova la sua libertà, ma è una libertà a suo modo, che non trovasi altrove che in letto. La sua salute finora è buona”. Asociale, convinto di aver ragione, presuntuoso, suscettibile e rissoso, così diffidente agli occhi degli psichiatri da diventare conseguentemente paranoide, auto giustificativo e insolente egli manifesta tutti i sintomi della follia morale che abbiamo ricondotto alla prima macro-categoria.

Passiamo al tema dell'immaginazione. A seguito del suo primo eccesso di follia, causato dalla spedizione dell' “infausto '48” gli si “risvegliavano rimembranze illusorie” e si era fatto “divagato”. Alla sua prima ricaduta, seguita al primo internamento: “di nuovo fantasticò idee non solo di libertà relativa ma perfino di annullare il carattere sacerdotale, macchinò di nuovo nella sua mente reminescenze di quella breve epoca”. E persino chiuso in manicomio, continua a fantasticare, a farneticare di un'impossibile e illusoria libertà indipendente dalle leggi, dalle religioni, dagli altri, dalla realtà insomma. Egli immagina un mondo che non c'è e che pure ha intravisto grazie a quella sua spedizione, a quel tentativo di associarsi a coloro che avevano cercato di cambiarlo, immaginandosi di poterlo fare. Tale ricordo e tale idea di libertà diviene preferibile alla condizione in cui si trovava e ad ogni condizione allora possibile, come ci mostra la sua idea di prender quante

mogli vuole e vivere al di fuori di ogni vincolo: “E gli pareva che libero come era in quei giorni si trovasse assai meglio.”

Infine la debolezza della volontà e la conseguente soggezione a dipendenze od eccessi da subito evidente nella descrizione del primo insorgere della malattia: “perdetto il freno ed ebbe la disgrazia di precipitare in eccessi di ogni sorta che voleva poi giustificava per la ragione che l’uomo è libero e nato libero, aveva poi fatto male a vincolarsi e conosceva così egli il gran male che aveva fatto col legarsi allo stato religioso, dopo che aveva conosciuto il bene di essere libero”. Così nella sua ricaduta in cui divenne: “violento, superbo, sovvertitore e bestemmia, né si poteva frenarlo neanche nei discorsi lubrici che teneva coi compagni, non manifestando il benché minimo pudore”. Si mostra in questi eccessi folli, che sono per altro all’origine dei suoi ricoveri, poiché egli senza potersi (o volersi?) trattenere, impreca e bestemmia in chiesa, distrugge pubblicamente i vangeli e predica di cose blasfeme ed oscene, tutta la sua furia maniaca che eccede il controllo e la legge. Nel suo essere eccessivo e incontrollabile egli mostra tutti quei caratteri di instabilità affettiva, impulsività, volubilità e contraddizione così tipici del folle morale: “di persuasione intima non è convinto di quello che dice, ha dei momenti di tristezza, di pianti ed esulta [...] alle volte si mette a ridere e parrebbe lì per lì per ritrattare i suoi detti, ma invece cerca di reprimere i movimenti della ragione con bestemmie ed imprecazioni; pare voglia ritrattarsi ma non ha il coraggio, è in continuo contrasto con se medesimo”.

Ecco dunque quei tre gruppi di sintomi che denunciano in modo così significativo l’avvento della modernità, i suoi rischi, i suoi doni, le sue tecniche di disciplinamento. Si ricordi la proposta di Laqueur, che collega questi tre problemi al crollo “dell’apparentemente naturale ordine politico-gerarchico” del passato che mette davanti i singoli e la società, di fronte alla nuova importanza rivestita dal libero arbitrio, al problema politico e filosofico di come l’individuo potesse e dovesse entrare a far parte del nuovo ordine sociale. E, conformemente a quanto precedentemente scritto, in questa forma, essa era una malattia dei benestanti, di persone istruite e abbienti, le quali a maggior ragione erano temibili, lo erano per così dire filosoficamente oltre che da un punto di vista pratico.

La vicenda del sacerdote Rampin credo sia, da questo punto di vista, metaforica, nei diversi sensi che si potrebbero attribuire a questa parola: vale a dire che può portare ad un ragionamento sulla vicenda ed “oltre” la stessa, ovvero ad una riflessione meta, in grado di trascendere la sua singolarità nel momento in cui la mostra, o ancora nel suo dipingere un’immagine, un quadro che simbolizza ed incarna un concetto ed una condizione. Vediamo per finire qualche breve annotazione sulla reazione e l’atteggiamento dei medici di fronte alla sua storia, qualche rilievo sui tentativi e gli obbiettivi della cura.

L'internamento e la cura di Giovanni Rampin

In questa cartella emergono chiaramente alcuni degli aspetti della cura morale, così come della dinamica di internamento. Infatti per quanto riguarda il primo aspetto vediamo in queste pagine emergere proprio quella duplicità costitutiva del folle parziale di cui parlava la Swain, la cui ragione è integra, per cui il medico tenta di parlare al malato, nell'obbiettivo di persuaderlo, convincerlo a cambiare il suo comportamento e a rendersi conto della sua pazzia: "Si provarono mille maniere per convincerlo e si invitavano appositamente persone probe e dotte e teologi, perché volessero con lui tenere discorsi e di fatto più volte vennero ma nulla ottennero venendo".

Un andirivieni, una spola ha scritto la Swain, tra il tentativo di convincere il paziente facendogli notare la sua mania e parlando al suo residuo di intelletto, e quello invece di assecondarlo, di guadagnare la sua fiducia, per calmarlo e ricondurlo alla realtà e potergli infine nuovamente parlare secondo verità. In questa ottica credo, i medici decisero di provare a concedere a Rampin la secolarizzazione, nella speranza che, accontentatolo in parte, potesse "ritornargli il senno".

È quanto mai evidente qui l'obbiettivo di guarire, non certo di punire, senza tuttavia mai dubitare della fondamentale asimmetria creata dalla presunta malattia, senza mai dubitare ch'egli non fosse pazzo, bensì determinato, o ingenuo od idealista. Come arrivano alla diagnosi? Come all'internamento? Cominciamo dal compendio storico della malattia. Essa risponde perfettamente alla casistica di Prichard, e rientra nella forma: evento ambientale perturbante (in questo caso l'arruolamento nel '48 in cui "li compagni, li divagamenti, l'abbandono delle pratiche di religione lo fecero traviare") unito ad un temperamento naturale, un carattere, non patologico in sé e per sé ma predisponente alla possibile irruzione di follia. Perciò, se è vero che egli prima dell'increscioso evento era "uomo educato, dotto, buono ed ottimo religioso che sostenne anche lodevolmente alcune cariche del suo ordine" nonché "di grande speranza e discreto predicatore", è altrettanto vero ch'egli aveva temperamento sanguigno ed "una certa suscettibilità e mobilità nervosa che avvicinavasi ad esaltazioni benché non si potessero dire aberranti; di quei naturali facili ad accendersi a prender le cose con impeto, con troppo di zelo e con poca riflessione". Ma tale temperamento ardente era anche quello che gli permetteva di essere "amante della società" e "della compagnia allegra". Troviamo qui un eco della teoria di Arnold, sulla positività delle passioni e della loro intensità, che sole possono condurre all'iniziativa ed al progresso, salvo poi, nell'eccesso, trasformarsi di distruttiva follia. È ancora l'idea di Prichard di istinti e passioni in sé buoni, dipendenti da un temperamento innato e naturale che tuttavia sviluppa proprie caratteristiche grazie all'esperienza, all'educazione familiare e sociale. Queste passioni e questi istinti a fronte di un crollo della volontà, a seguito di una disgrazia, di un trauma o di una febbre, divengono malati,

pericolosi per il singolo paziente e per tutti. Prichard ricordava come, l'unione di un temperamento eccentrico e focoso, unito al sopraggiungere di varie possibili difficoltà o accadimenti, potesse dare luogo, qualora si unisse al "crollo degli affetti sociali" e ad un'aggressività persino verso i propri cari, parenti ed amici a quella che doveva essere classificata come una forma di follia, che di conseguenza doveva venire internata per il bene di tutti.

Così è per Rampin, che arrivato ad odiare i suoi vecchi compagni, ad abbandonarsi ad ogni vizio, ad essere irrispettoso, blasfemo aggressivo ed agitato, a seguito di una scena in chiesa in cui aveva gettato breviari e libri strappandoli e intimorendo gli astanti, viene nel 1853 internato per la prima volta. È interessante come: "appena venne tradotto al Manicomio la novità, il nuovo metodo d'urto, il vedersi in un Ospedale di pazzi, la regola etc. lo ferirono e parve che subito rientrasse in sé, fu melanconico per pochi giorni, poi egli stesso confessava d'aver avuto la testa assai alterata, diceva aver pur troppo ecceduto ed invece di frenare le sue idee e li suoi pensieri, alimentavali di più, che desiderava rappacificare il suo animo ed infatti li contenne tanto bene e divenne ragionevole che un mese dopo con mille proponimenti sortiva per riandare nel suo convento ove per sei mesi continui si [comportò] da uomo assennato ma fatalmente, tornò quel tedio alle pratiche religiose" fino a che nuovamente vi furono delle scenate pubbliche, in cui bestemmiò durante le funzioni religiose, tenne discorsi sovversivi, lascivi e intollerabili per cui nel 1855 lo si internò nuovamente e portò a San Servolo fino alla morte.

Non abbiamo purtroppo né carteggi né suoi scritti per tutti i lunghi anni che passò rinchiuso. La sua storia, narrata unicamente e per altro brevemente dai medici, riesce tuttavia a mostrare molte delle contraddizioni portate dalla nascita di quel Sé che abbiamo definito moderno con la sua nuova libertà immaginaria e slegata da quadri metafisici predefiniti, nonché quel carattere ambiguo e paradossale, controllante ma per certi aspetti comprensivo e protettivo, proprio della medicalizzazione nascente delle sue devianze. Rampin sembra resistere a questo tentativo di correzione, ri-educazione, ri-forma; è l'immagine dei suoi ultimi giorni, in cui appare ancora in grado di parlare con assennatezza e criterio di scienza, filosofia, letteratura, nonostante passi quasi l'intero giorno nel suo letto, che è diventato per lui l'unico luogo di quella libertà intellettuale che non vuole accettare costrizioni e condizionamenti.

La cartella clinica di Samuele Mendel

Introduzione: la cartella proviene anch'essa dall'archivio di San Servolo, sezione *Uomini Morti*, e risale al 1908, anno della morte di Samuele Mendel (1831-1908), professore di lingue internato per la terza volta nel 1897, a 66 anni, con la diagnosi di follia morale. La struttura formale della cartella, conforme a quelle in uso in questi anni, si presenta di un tipo diverso rispetto a quella già commentata di Giovanni Rampin. Durante il corso degli anni ottanta dell'800, infatti, quella prima tipologia lascerà il posto ad un secondo modello (figura 11) che poi si trasformerà di nuovo, nel giro di pochi anni, arrivando a quella forma che è propria della cartella di Mendel (figura 12).

Cambia innanzi tutto la denominazione da “Morocomio” a “Frenocomio”. Il frontespizio viene diviso in due colonne, in quella di sinistra rimangono i dati anagrafici, a cui si aggiunge l'indicazione della religione e della condizione economica; nella colonna di destra troviamo i dati sulla condizione fisica del degente e la cosiddetta “Diagnosi frenopatica”, che comprende i seguenti campi: “Nome classificatorio della malattia”, “Causa”, “Epoca dell'invasione”, “Recidività”, “Indole del delirio”, “Epifenomeni”, “Nevropatie e processi morbosi concomitanti”, “Successioni morbose”, “Esito”. In fondo a destra veniva sempre appuntata la morte del paziente o la data di uscita. Interessante è analizzare i cambiamenti nelle pagine interne della cartella clinica, che si riferiscono, nella colonna di sinistra, ad una serie di voci specifiche, che il medico deve limitarsi a riempire nella colonna di destra. In questo modo si perde la struttura narrativa con cui inizialmente veniva condotta l'anamnesi, insieme alle coloriture e alla profondità di indagine sul contesto di provenienza dei degenti e della malattia, il tutto in funzione di una maggiore immediatezza di lettura della cartella. Anche le parole dei pazienti, che talvolta venivano richiamate nel corso della narrazione, da qui in avanti non si troveranno più se non, sporadicamente, nelle pagine riservate all'andamento del ricovero. Infine nella terza e nella quarta pagina della cartella si dispiega l'“Esame oggettivo e soggettivo del paziente”, in cui si trovano le misure antropometriche: altezza, peso e quattordici specifiche misurazioni del cranio; poi la lista prosegue con l'annotazione dei “Caratteri esterni” e “Apparati interni” del paziente, della “Temperatura”, dello stato di “Sensibilità” e della “Motilità” e nella pagina successiva l'elenco si arricchisce ulteriormente di altre voci.

Dallo spoglio delle cartelle cliniche si è potuto notare come, in questo tipo di cartella (figura 11), spesso i campi non venivano tutti completati; la rigidità delle voci, per quanto specifiche potevano essere, non aiutava a delineare la malattia del paziente e rendeva dispersiva la raccolta di dati, tanto che, dal 1884, compare un altro modello di cartella clinica, quello appunto in cui viene raccontata la storia di Mendel (figura 12). Cambia ancora la denominazione di San Servolo, che da “Frenocomio”

diventa “Manicomio”; la divisione delle due colonne viene rispettata così come le diciture che vi si trovano, ma al suo interno troviamo cambiamenti che vertono verso una semplificazione strutturale. Ritorna la descrizione come metodo di annotazione e si struttura in tre sezioni: l’ “Anamnesi”, nuovamente campo libero e non più organizzata in punti, l’ “Esame oggettivo e soggettivo” viene sostituito da un più semplice “Esame somatico”, in cui si fa rientrare l’immodificato schema della craniometria e dello “Stato e funzioni dei diversi apparati e organi”; infine nella terza pagina troviamo l’ “Esame psichico del degente”.

Gli anni della permanenza di Mendel in manicomio sono in un primo tempo quelli della direzione di Cesare Minoretti (1889-1902), appartenente all’Ordine dei Fatebenefratelli, destituito dall’incarico a seguito di un’ispezione che nel 1901 portò alla luce un abuso dei mezzi di contenzione facendo scandalo e divenendo argomento di discussione della letteratura psichiatrica italiana, così come dell’opinione pubblica, a seguito degli articoli del Corriere della Sera e più in generale della stampa che gli vennero dedicati, in un momento così nevralgico nella storia della psichiatria italiana, in cui si tentava con sempre maggiore insistenza di far approvare una nuova legge sull’internamento, legge che, come noto, venne promulgata poi nel 1904⁷⁶. A Minoretti successe provvisoriamente Colbacchini che faceva le veci di Enrico Bonvecchiato (il direttore di San Clemente, allievo e collega di Cesare Vigna su cui diremo qualcosa in relazione alle cartelle femminili) e poi, nel 1907 Luigi Cappelletti.

È importante dire subito, dopo questo inquadramento iniziale, che la cartella, e la storia, di Mendel costituisce un’eccezione. Infatti, se è vero che le pagine già impostate di essa non contengono una grande quantità di informazioni, anzi, come le altre del periodo risultano piuttosto scarse e scarnie, tuttavia si trovano annesse al documento di questo paziente delle carte allegate che permettono di ricostruire più da vicino la sua interessante storia. Si trova infatti una *Relazione inviata alla regia*

⁷⁶ Più precisamente, nell’aprile del 1901, venne nominata una commissione della Deputazione Provinciale di Venezia, la quale eseguì un controllo all’interno del manicomio di San Servolo il 27 Novembre dello stesso anno. Venne verificato e denunciato l’abuso di mezzi coercitivi e le condizioni generali in cui erano tenuti i pazzi, come si può leggere nella relazione finale che seguì l’ispezione. In un secondo momento vennero sospesi anche tutti gli altri membri dei Fatebenefratelli, prima affidando ai padri solo le funzioni di infermieristica e, successivamente, il 27 febbraio del 1904, revocando definitivamente loro ogni compito, obbligandoli a lasciare l’isola, al fine di procedere alla nomina del nuovo Consiglio di Amministrazione sia del manicomio di San Servolo che di quello di San Clemente, in base al nuovo statuto approvato con regio decreto il 24 marzo 1904. Lo scandalo del manicomio veneziano ebbe larga risonanza tanto che il dottor Augusto Tamburini, in quegli anni presidente della Società Freniatria italiana, dedicò particolare spazio a questo caso nella rivista della Società. Punto fondamentale di discussione era infatti la promozione di una legge specifica che salvaguardasse i degenti e normalizzasse l’amministrazione dei manicomi. In questo contesto il caso Minoretti accelerò la presentazione al parlamento della legge sui manicomi, che rispondeva più a esigenze di organizzazione medica, che al bisogno di modificare i metodi di cura, i quali di fatto restavano quelli di contenzione, a giustificazione della reale o presunta pericolosità del malato. E’ così, che nonostante la legge del 1904, che non prevedeva di fatto reali disposizioni circa la cura del paziente, il funzionamento entro le mura del manicomio non cambiò in modo radicale rispetto a prima della destituzione dei Fatebenefratelli.

procura e una relazione diretta al Direttore del manicomio, firmata, quest'ultima, da un uomo di nome Cesare Salatelli, che ne racconta più nel dettaglio la vicenda, con lo scopo di dimostrare che Mendel non era pazzo, se mai un tipo classico di sapiente e di delinquente da studiare per le sue peculiari caratteristiche. Nel commento si guarderà più da vicino alla denuncia di questa lettera nei confronti delle nuove teorie psichiatriche “che scriminano anche i più feroci criminali”, per ora basta rilevare che grazie a questi allegati siamo arrivati a sapere dettagli importanti su questa vicenda. L'incarto comprendeva inoltre una poesia del paziente e due lettere indirizzate al direttore del manicomio da due donne in risposta alla ricevuta notizia della sua morte (riporto tutto questo integralmente, per la sua bellezza, nella sezione materiali). Grazie a tutto ciò questa storia evade il linguaggio psichiatrico e la malattia, aprendo uno spazio di riflessione su di essa di cui nel commento si cercherà di mettere in luce l'interesse. Questo strano personaggio, di cultura immensa (parlava perfettamente sette lingue) e di grande capacità affabulatoria, ebreo convertitosi per convenienza e denaro prima al Cristianesimo poi al Protestantismo e che alla morte non si sapeva dove e come seppellire opportunamente, ha messo in scacco nel corso della sua vita tutte le autorità religiose e civili con cui è venuto suo malgrado in contatto. Questo Mendel dedito alle “male passioni del Bacco, tabacco e Venere” a cui “magnificamente poetava” sarebbe potuto, così è scritto in uno degli allegati, “addivenire una personalità e celebrità” se non fosse per la sua intemperanza divenuto un folle morale, il quale, come sappiamo da un carteggio, si accontentava di trovare fortuitamente all'interno del manicomio in cui era rinchiuso sacri inni indiani sui foglietti che incartavano le rape, che prontamente trascriveva nelle sue lettere: “povero poeta di San Servolo!” Nonostante gli anni in cui si colloca la sua vicenda, credo in primo luogo per la sua posizione sociale e culturale, egli rientra ancora in quegli schemi interpretativi e diagnostici tracciati da Prichard, entro cui la teoria della degenerazione fa la sua comparsa solo nella forma di un rimpianto nella lettera allegata di Cesare Salatelli, la quale lamenta proprio degli effetti nell'ambito forense e sul mondo sociale di quel sapere psichiatrico sulle follie parziali che pretende di proteggere e curare i criminali nati.

Materiali: Trascrizione completa della cartella

MANICOMIO CENTRALE MASCHILE DI S. SERVOLO IN VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

Mendel Samuele

Entrato il: 14 Marzo 1897
Affetto da: follia morale
Paternità: fu Abramo
Maternità: [Hessel] Dorotea
Età: 66 (15 febbraio 1831)
Religione: cattolico (in israelita)
Luogo di nascita: Venezia
Luogo di residenza:
Luogo di provenienza:
Istruzione: completa
Occupazione o mestiere: professore di lingue
Stato civile: coniugato a [...] (separato legalmente dalla moglie)
Figliolanza: un figlio
Stato economico: povero
Spettanza della retta: Venezia
Giornate di permanenza:
Date di uscita:
Costituzione fisica: gracile
Stato della nutrizione: molto scarsa
Cause
- predisponenti: ignote
- occasionali: [Patemi]
Epoca dell'invasione: dal luglio 1896
Recidività: alta. Due volte all'ospedale.
Indole del delirio:
Tendenze: al suicidio
Coscienza apprezzativa: non si [riconosce]
Successioni morbose:
Esito: morto il 27 luglio 1908 ore 4.30 ant. per Paralisi Cardiaca

NB: qual'ora venisse dimesso avvisare la R. Questura

Anamnesi

Il documento dice soltanto: “Tentò il suicidio; uomo d’indole cattiva, istigatore dei compagni al male; pericoloso a sé e agli altri”.

Esame somatico

Altezza del corpo M 1.62 Diametro a destra 68 Peso K. 54 a sinistra 54 60 -10/4/1900

Craniometria

- . **Circonferenza alla base** c. 56
- . **Curva antero-posteriore** 34
- . **Curva bisauricolare** 31
- . **Curva fronto-bisauricolare** 27
- . **Curva occipito-bisauricolare** 29
- . **Altezza frontale** 5
- . **Diametro frontale** 10.5
- . **Diametro antero posteriore** 18.7
- . **Diametro bisparietale** 16
- . **Altezza del cranio** 12.5 / 13.1
- . **Posizione del foro auricolare** 2
- . **Angolo facciale** 77
- . **Angolo frontale** 82
- . **Indice cefalico**
- . **Tipo**
- . **Stato delle pupille** Normale. [...]
- . **Osservazioni speciali del cranio** [...]

Stato e funzioni dei diversi apparati ed organi

Tinta pallida, muscolatura poco sviluppata e floscia, scarso il pannicolo adiposo.

[...] un po’ [...], largo, regolare, [...] (72), suoni e battiti cardiaci normali. Del catarro bronchiale. [...] alquanto arrossata. [...] un po’ tremola. Appetito discreto, ma mangia poco. [...] tardo e stitico. Sonno scarso. Alquanto ottuso d’orecchi. Il resto normale.

L’ammalato non accusa alcun disturbo.

Esame psichico

data: **29 Marzo**

L'ammalato era israelita e nel 1880 si è convertito al cristianesimo, ragione per cui ebbe a soffrire le maggiori persecuzioni dai suoi correligionari.

E' stato ricoverato altre due volte in sala d'osservazione.

La prima nel 1879 per aver tentato il suicidio [coll'acido carbonico] in causa ai dispiaceri e ristrettezza di finanze colla degenza di 5-6 giorni.

La seconda volta nel 1887 per aver tentato ai suoi giorni gettandosi in acqua legandosi la gamba, [...] dal Dicembre al Febbraio successivo.

Nel luglio 1896 ha scritto una lettera insolente al Sig. Presidente della Congregazione di Carità e pare abbia fatto uso di parole violente e di [minnerie] perché si iniziò una causa penale contro di lui ed [all'uscita] di questo stabilimento deve essere avvertita la Questura. Egli dice di non ricordare il contenuto di quella lettera.

Il 29 luglio stesso anno per riuscire meglio nell'intento legossi le mani agli arti inferiori, poi si gettò in acqua,[mal] salvato, venne [osservato] in sala d'osservazione. Poi si acquistò la stima e la fiducia dei medici, così che [essendo] in sala d'osservazione un ungherese che aveva tentato il suicidio nell' albergo [...] col [revolver] alla tempia destra, il quale parlava il tedesco, egli gli servì d'interprete per il malato e il medico [Pontres].

Ma essendogli venuta la notizia della morte della sorella e avendo scritto una lettera di rimprovero al Rabbino, questa non fu spedita all'indirizzo. Egli scrisse un articolo, nel quale [stimatizzava] il procedere illegale, ingiusto ed inumano del Primario Dr. [Luzanti] indicando a chiare note gli abusi e le irregolarità che nel [reparto] si commettevano per mandarlo alla stampa. Ma avendoglielo sequestrato e letto il contenuto, da quel momento [...] le ire contro di lui e con ciò spiega la sua cattiveria, la sua cattiva vendetta, la sua indignazione e la sua pericolosità.

Parla molto bene, chiaro, con pacatezza, dando esatta ragione di tutto il suo operato. Ha buona memoria, pronta intelligenza, avvedutezza somma. Ha però molto ottusi risentimenti morali ed affettivi.

Non si notano idee deliranti né allucinazioni.

[Digitale e fesso].

Giugno

Si occupa sempre a scrivere: ora poesie, ora la sua autobiografia; ma o nei suoi discorsi o su' suoi scritti si mostra sempre denigratorio, accusando i preposti di tutti i luoghi dove fu ricoverato di furfanti, imbroglianti: da tutto ha ricevuto offesa e nello stesso tempo si costituisce quegli che [ricopre] tutte le ingiustizie che si commettono e si vuol mostrare il difensore dell'umanità sofferente, mentre è lo spirito malevolo e l'egoismo più abietto che lo spronano a comportarsi come egli maliziosamente vuol dare ad intendere. Per quanto si può [arguire] dall'osservazione fatta fin qui nel suo contegno si dimostrerebbe quale un folle morale.

1898

Niente si può aggiungere a quanto riferito più sopra.

1899

Nulla di nuovo.

1900

Si occupa sempre o a scrivere [sciarade] o comporre poesie di [circostanza] sonetti ed alta poesia; a tradurre dal tedesco [ecc].

Evita tutto quanto potesse farlo credere pazzo allo scopo di evitare castighi.

Nei suoi scritti, talora buoni, manifesta le idee più opposte e talora pare un padre della chiesa, altre volte esprime le idee più eterodosse: sa [vestire tutti i ...]

1903 Giugno 26

Tipo furbo di vecchietto che [...] un colpo al cerchio ed uno alla botte. Passa tranquillamente tutta la giornata scrivendo poesie, satire e [...] che poi con evidente compiacenza legge ai medici e ai compagni di reparto. Parla con ricercatezza e con aria di filosofo e critico, [caustico] sempre.

1904 Febbraio 26

Continua a prestare l'opera sua in ufficio Medico, compilando le tavole dietetiche registrando il [...mento] dei malati, facendo delle statistiche più o meno sbagliate. In questi ultimi tempi però è assai deperito fisicamente e mentalmente. Le sue poesie ed i suoi epigrammi hanno perso ogni freschezza ed arguzia. La vecchiaia ormai ha preso il sopravvento: però qualche

volta si irrita ancora, si arrabbia contro tutti ed allora apparisce chiaramente il suo carattere del folle morale.

Andamento della malattia e cura

1905 Luglio

Tranquillo, regolare nel contegno, coerente nei discorsi, in questi con ammirabile assiduità e diligenza data la sua tarda età, nei lavori di segreteria dell'Ufficio Medico. Ha carattere piuttosto irascibile e parola sarcasticamente pungente: però non trasmoda mai e sa mantenersi entro limiti normali. Del pazzo morale (con tale diagnosi è stato qui accolto) non presenta ora che sintomi molto blandi.

Diagnosi - Pazzia morale.

Relazione inviata alla regia procura

1906 19 marzo

Samuele Mendel accolto in questo Manicomio il 14 Marzo 1897 perché affetto da follia morale, si mantenne sempre regolare nel contegno coerente nei discorsi. Però ha sempre mostrato un carattere aspro, scontroso facile ad irritarsi per la più piccola contrarietà.

Ottuso nei sentimenti affettivi, egli è profondamente egoista e si compiace nello ostentare la propria [perizia] e nel denigrare gli altri.

Data la sua tarda età e la mancanza dei parenti, che di lui non possono aver cura, esposto solo nella lotta per la vita, le sue tendenze poco morali ora sopite, potrebbero di nuovo, come per il passato renderlo pericoloso a sé ed agli altri. Pertanto è da considerarsi abbisognevole di cura e custodia e sorveglianza.

1906 17 luglio

Dal primo del corrente mese il Mendel non frequenta più l'ufficio medico, dove del resto, a causa della sua tarda età e della sordità che si fa sempre più accentuata egli non mostravasi più [...] come per il passato nel disimpegno delle varie pratiche di ufficio. Rimane ore in reparto, dove passa serenamente la sua giornata leggendo giornali, scrivendo commedie, [barzellette] poesie, facendo della maldicenza con i vecchi compagni di reparto e giuocando a scarabocchiare. Le sue condizioni fisiche sono discrete.

1908 27 luglio

Da l'epoca dell'ultimo stadio nulla si è notato degno di essere rilevato nella vita del nostro vecchietto: arzillo, allegro, occupato per lunghe ore a scrivere autobiografie, o [...] o dediche non ostenta i leggeri disturbi dell'età, la sordità costante.

Questa notte alle ore 4 e mezzo è morto improvvisamente per paralisi cardiaca.

PROMEMORIA

Sarò importuno

Quanto si vuole...

Gli scritti restano

Volan parole.

Non si dimentichi

In carità

Donarmi il papiro

Ch'Ella già sa.

E ringraziandola

Di tutto cuore,

Suo grato ed umile

Buon servitore

Samuele Mendel

dipinto da scellerati e scaltri

pericoloso a sé ... agli altri.

Dal Manicomio S. [Servilio], Venezia li 19 aprile 1897

Venezia 30 luglio 1908

[All'...] Direttore del Manicomio di S. Servilio

Storia

Samuele Mendel, Veneziano, dotato di eccezionale, anzi fenomenale intelligenza, fornito di vasta coltura, poliglotta, 7 lingue, e poeta improvvisatore sublime, gaio, brillante, satirico, morì improvvisamente sul suo letto colpito da paralisi cardiaca il 26 Luglio a. c. nel Manicomio di S. Servilio di Venezia.

Era egli veramente pazzo? No. Ma fu mandato in Manicomio dalla R. questura per liberarsi da un pregiudicato recidivo, importuno, pericoloso e tanto [dotto] ed eloquente che confondeva Questori, Magistrati, Procuratori del Re, sostenendo che egli per [procurarsi] la vita, a seconda dei casi, cambiava opinioni politiche e morali non solo ma religione, e che ciò non poteva costituire colpa, dolo, delitto o crimine.

Il Mendel avrebbe potuto addivenire un personalità e celebrità, ma le male passioni del Bacco, tabacco e Venere come lui magnificamente poetava in una sua Ode lo trascinarono nel fango.

Ebreo di nascita pel suo sapere addivenne ufficiale nel R. Esercito e si sposò con una sua correligionaria che gli portò in dote 80 mila lire.

Ufficiale pagatore nel ['47] fanteria, allora di [stanza] a Modena, causa il vizio del giuoco prevaricò. Intaccò abilmente la piccola cassa -così detta- del Reggimento per 28 mila lire. Scoperta la prevaricazione tutti rimasero esterrefatti, pareva impossibile. Il Conte Negri Colonnello del Reggimento rifiuse il danaro che lo salvò dalla galera, ma il Consiglio di Disciplina, il Ministero, lo rimosse dal grado e dal impiego; ed allora fu anche scoperto che al giuoco aveva perduta intera dote della moglie, e questa e il figlio e gli ebrei lo abbandonarono completamente.

Ridotto sul lastrico fu dai Carabinieri rimpatriato a Venezia ove fu allontanato da tutti. Allora egli pensò di sfruttare i Cattolici, di farsi Cristiano. Si presentò al Patriarca Cardinale Agostini e con la sua [fecondia] lo convinse della sincerità della sua conversione ed il Cardinale lo mandò ai Catecumeni dove per mesi fu alloggiato mantenuto ed istruito nella cristiana religione. Della quale istruzione non ne aveva bisogno perché era già un Teologo, che traduceva, commentava, criticava il Vangelo di S. Giovanni che si recita ultimo alla Messa dai sacerdoti dimostrando che è un rebus, una turlupinatura, non un Vangelo di Cristo. Battezzato, vestito a nuovo, provveduto di corredo e di più centinaia di lire dal Patriarca e dalla Congregazione di Carità uscì cristiano e ben pasciuto dall'istituto Catecumeni, e avrebbe potuto far bene.

Ma il vizio del gioco, in principalità lo rendeva bisognoso di somme di denaro che chiedeva a Sacerdoti, Canonici, al Patriarca con tanta frequenza, esigenza perché cristiano, ed anche con velata minaccia, che i Sacerdoti informati della sua grava condotta rifiutarono di più soccorrere questo novello cristiano.

Egli allora escogitò, spinto dal vizio, un mezzo estremo, scrisse una lettera al Cardinal Patriarca dicendo che se non gli faceva avere [300] lire, si sarebbe recato in Chiesa S. Marco, si sarebbe comunicato ed avrebbe sputato l'ostia consacrata nel mezzo del Tempio.

Questa lettera mise in scompiglio la Curia Patriarcale; non si voleva [...lare] lo scandalo ma si temeva il Mendel e si pregò ufficiosamente la R. Questura di metterlo a [parte / posto], ammonendolo.

Ma la Questura venuta in possesso della famosa lettera lo denunciò al Tribunale, e da questo fu condannato a tre anni di reclusione e tre anni di sorveglianza speciale della Pubblica Sicurezza.

Scontata la pena della reclusione quella grave della sorveglianza lo ricondusse spesso di nuovo in Carcere per inosservanza di pena, e [conseguentemente] la sua vita, di espedienti, era addivenuta un vero martirio.

Chi scrive, riconoscendo il suo reale valore, volle tentar di redimerlo, e siccome i suoi fratelli sono da anni e anni al Cairo dopo la morte del loro padre che era primo [pasticcere] di Venezia, come in oggi è il [Ravena] pensai di inviarlo colà ove avrebbe potuto colla sua scienza riabilitarsi e cangiar vita.

Ottenuto dall'Autorità politica, per atto di grazia, il passaporto, dalla Navigazione Generale un biglietto gratuito d'imbarco da Genova al Cairo ed avendo raggranellato da un'aperta pubblica colletta altre 600 lire, il sottoscritto, lo [provide], d'indumenti, lo scortò in stazione e lo munì di biglietto ferroviario di 2° classe da Venezia a Genova e gli consegnò le rimanenti 428 lire, augurandogli di saperlo presto a [posto]. Ed esso, giurando, partì.

Ma il Mendel si fermò a Milano, giuocò le 400 lire perdette tutto, e perché privo di mezzi e recapiti e sorvegliato speciale della P.S. fu [tradotto] dai R. Carabinieri a Venezia e condannato a più mesi di reclusione.

Scontata la pena, e trovandosi abbandonato da tutti scappò a Padova e di pieno giorno tentò di slanciarsi nel fiume; trattenuto fu [tradotto] a Venezia e nuovamente condannato.

Scontata la pena pensò di darsi alla religione Protestante. Fece per fin delle dottissime pubbliche conferenze, che fecero gran scalpore; ma i denari non venivano e allora ritornò ebreo; e su e giù per le prigioni. La Questura stanca, lo fece, per salvarlo, accogliere nel Ricovero di Mendicità; dove mise la ribilione fra Monache, Ispettore, Procuratore, ricoverati;

e finì per essere espulso. Di nuovo sulla strada [scamiciato], contravventore alla vigilanza, e la Questura lo fece accogliere in Manicomio di S. Servilio, dove pare si sia rifatto Cristiano. [Allontanasi] da S. Servolo , i Fabe-bene-fratelli, i nuovi medici Direttori, nonostante le nuove teorie che scriminano anche i più feroci criminali, non devono certo aver riconosciuto il Mendel un pazzo, meritevole di vivere a carico della Provincia per tanti anni; ma avendo scoperto in esso un tipo classico di sapiente e delinquente, lo trattennero certo per studiare il fenomeno, e lo occuparono nell'Amministrazione, trattandolo come un vero impiegato e pagandolo. Tanto è vero che il Mendel spesso vestito più che civilmente -con sorpresa di chi lo sapeva degente in manicomio- si vedeva pei Caffè, birrerie, trattorie di Venezia; dove vantava sfacciatamente la sua abilità di [menare in giro] anche la scienza medica moderna, che lo manteneva lautamente e lo mandava anche a spasso benché recluso qual maniaco. E' tanto vero che turlupinò tutti, che morto nel suo letto per paralisi cardiaca fu ordinato dalla direzione dal Manicomio:

-il trasporto della sua salma con bara dell'istituto e che una rappresentanza segua la bara del povero estinto fino al Cimitero. Così la Gazzetta di Venezia in cronaca del 29 cor.mese.

In qual cimitero fu tumulata la salma Mendel? Il giornale non lo dice, perché fu Israelita-Cristiano- Protestante e morì come?

Tanto per la verità, non altro che la Verità, ma purtroppo, troppo spesso le necrologie mentiscono e certe necrologie non si dovrebbero fare.

[Cesare Salatelli]

Onorevole sigr. Direttore!

Mi manca il coraggio di presentarmi a Lei per ringraziarla della Sua cortesia e gentilezza nel rendermi edotta del decesso del povero disgraziato Samuele.

Mi manca, dissi, il coraggio anche per tema di recarle disturbo; ond'è che per questo me ne servo di questo semplice scritto.

Le giuro, Egregio Signor Direttore, che una tale triste ed improvvisa notizia,

mi piombò come fulmine a ciel sereno, e
ne provai una grande impressione e non
piccolo dolore. Da più che venti anni lo
conoscevo il Mendel, ed ebbi per lui,
fino a che non venne accolto in cotesto pie-
toso Istituto, tante cure quali non si potrebbero
avere per un vero fratello; e ciò perché
lo sapevo maltrattato e rovinato dai ma-
ligni e dai cattivi. E come egli [...] e
parlava, e pubblicamente scriveva
per il male operare di certe Ammini-
strazioni, a costo proprio della sua rovi-
na; altrettanto, dacchè fu costì, non
ebbe che a dire sempre un mondo di bene.
Era vecchio [dè] il povero Samuele;
ma da tutto il suo assieme, dall'aspetto
florido, dal colorito sano e rubicondo, gli
si poteva dare ancora, io penso degli anni
di vita.

Perdoni, Esimio Signor Direttore,
della libertà che mi presi, mentre,
ringraziandoLa di nuovo me Le
professo con tutta devozione e rispetto.

Della S.V.Illi.ma
umili.ma obbliga.ma

Schena Maria
Venezia, 28 luglio '08.

Ill.mo signor Direttore,
La ringrazio infinita-
mente per la sua bontà
nel darmi notizia della
morte del povero Mendel.

Ho proprio rimorso di non
esser venuta a fargli la
visita promessa; perché
fui, è vero, assente da
Venezia, ma avrei dovuto
egualmente trovare il
tempo per venire, sapen-
do di fargli tanto pia-
cere. L'ultima sua
lettera, in data del 22
corr., mi accompagnava
un inno sacro indiano,
che finisce: "ciò mi ba-
sta per attendere la mia
fine, che sarà il mio ri-
nascimento in te". Dice-
va di averlo trovato sul
foglietto nel quale "erano
incartocciati dieci gram-
mi di rape". Povero poe-
ta di S. Servolo! Mi
ripromettevo appunto di
venirlo a ringraziare,
ed ora invece mi rima-
ne un vero rimorso per
non avergli dato questo
piccolo conforto.

A Lei, ill.mo Sig. Diret-
tore ed ai suoi egregi
Colleghi, oltre alla coscien-
za di tutto il bene che
fanno ogni giorno, ri-
manga la soddisfazione
di avere usata tanto

gentile pietà a questo
povero naufrago della
vita.

Permetta che io pure
ne La ringrazii, ed
accolga la espressione
del più cordiale osse-
quio.

a Lei dev.ma

M. Pezzé [Pascolata


33
V

MANICOMIO CENTRALE MASCHILE DI S. SERVOLO IN VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

Diagnosi della Frenopatia desunta dai documenti accompagnatori

N.° d'Ordine 10
Anno 1897



N.° progressivo generale 224
22

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">Mendel Samuele</p> <p>Entrato il 14 Marzo 1897.</p> <p>Affetto da <i>Follia morale</i></p>	<p>Numero e Data del documento accompagnatorio</p>
--	--

<p>Paternità <i>Su Alberario</i></p> <p>Maternità <i>Maria Novati</i></p> <p>Età <i>66 / 15 gior 1831</i></p> <p>Religione <i>Cattolica (ex - israelita)</i></p> <p>Luogo di nascita <i>Venezia</i></p> <p>Luogo di residenza <i>?</i></p> <p>Luogo di provenienza <i>?</i></p> <p>Istruzione <i>completa</i></p> <p>Ocupazione o mestiere <i>Prof. di Diritto</i></p> <p>Stato civile <i>semplice</i></p> <p>Figliuolanza <i>una figlia</i></p> <p>Stato economico <i>povre</i></p> <p>Spettanza della retta <i>Venezia</i></p> <p>Giornate di permanenza</p> <p>Data di uscita</p>	<p>Costituzione fisica <i>grande</i></p> <p>Stato della nutrizione <i>molto scarsa</i></p> <p>Cause { predisponenti <i>ignote</i> occasionali <i>Patenti</i></p> <p>Epoca dell' invasione <i>1.° luglio 1896</i></p> <p>Recidività <i>alta due volte all'ospedale</i></p> <p>Indole del delirio</p> <p>Tendenze <i>al suicidio</i></p> <p>Coscienza apprezzativa <i>non si manifesta</i></p> <p>Successioni morbose</p> <p>Esito <i>Morto il 27 luglio 1908 ore h. 30 aut. per Patenti Curioso</i></p>
--	--

133 Qualche mese di corso arriva la P. Quarta

Venezia 30 Luglio 1908.
All'On.^{le} G. Direttore dell'Manicomio di S. Servilio
Storia

Samuele Mendel, Veneziano, Dottore di eccezionale, anzi fenomenale intelligenza, fornito di vasta cultura poliglotta, sette lingue e poeta improvvisatore sublime, gaio, brillante, satirico; morì improvvisamente sul suo letto colpito da paralisi cardiaca il 26 Luglio a.c. nel Manicomio di San Servilio di Venezia -

Era egli veramente pazzo? No - Ma fu mandato in Manicomio dalla R. Giunta per liberarsi da un pregiudizio recidivo, importuno, pericoloso e tanto doto ed eloquente che confondeva Questori, Magistrati, Procuratori del Re, sostenendo che egli per procurarsi la vita, a seconda dei casi, cambiava opinioni politiche e onorali non solo ma religiose, e che ciò non poteva costituire colpa, dolo, delitto o crimine &c. &c. -

Il Mendel avrebbe potuto addivenire una personalità e celebrità, ma le male passioni del Bacco - tabacco e Venere - come lui magnificamente portava in una sua Ode lo trascurarono nel fango -

Ebreo di nascita per suo sapere addivenne l'ufficiale nel R. Esercito e si sposò con una sua compagna che gli portò in dote 80 mila lire -

Ufficiale pagatore nel 42° fanteria, allora di stanza a Modena, causò il vizio del giuoco prevaricato. Tubacco abilmente la piccola casa - con tutto del Regimento per 28 mila lire - Scoperta la prevaricazione tutti rimasero esterefatti; pareva impossibile - Il Conte Negri Colonnello del Regimento rifiuse il danno che lo salvò dalla galera, ma il Consiglio di Disciplina, il Ministero, lo rimosse dal grado e dal impiego; ed allora fu anche scoperto che al giuoco aveva perduta

L'intera Dote delle moglie, e questa è il figlio e gli ebrei lo abbandonarono completamente -

Ridotto sul lastrico fu dai parabiisieri rimpatriato a Menzù ove fu allontanato da tutti. Allora egli pensò di sfruttare i Cattolici, di farsi Cristiano. Si presentò al Patriarca (Cardinale Agostini), e con la sua fecunda lo sconorse della sincerità della sua conversione, ed il Cardinale lo mandò ai Catecumeni, dove per mesi fu alloggiato, mantenuto ed istruito nella cristiana religione - della quale istruzione non aveva bisogno, perché era già un Teologo che traduceva, commentava, criticava il Vangelo di San Giovanni che si recita attorno alla Mesa dei Sacerdoti - dimostrando che è un Rebus, una turlepittura, non un Vangelo di Cristo -

Batterebbe, venuto a nuovo, provveduto di corredo e di più centinaia di lire del Patriarca e dalla Congregazione di Carità - usi cristiani e ben passati dall'istituto Catecumeni, e avrebbe potuto far bene -

Ma il vizio del giuoco in principalità lo rendeva bisognoso di somme di denaro che chiedeva a sacerdoti, canonici, al Patriarca con tanta frequenza, esigenze pochi cristiane, ed anche con velata minaccia, che i sacerdoti informati della sua prava condotta rifiutarono di più lo servire questo novello cristiano.

Egli allora esagitato, sprinto dal vizio, con mezzo estremo, scrisse una lettera al Cardinal Patriarca dicendo che se non gli faceva avere 200 lire, si sarebbe recato in Chiesa del Mare, si sarebbe comunicato, ed avrebbe spuntato l'ortica consacrata nel mezzo del tempio -

Questa lettera mise in scompiglio la Curia Patriarcale; non si voleva propalare lo scandalo, ma si temeva il Mentele, e si pregò officiosamente la R. Questura di metterlo a posto, ammonendolo -

Ma la Questura venuta in possesso della famosa lettera lo denunciò al Tribunale, e da questo fu condannato a tre anni di reclusione e tre anni di sorveglianza speciale della Pubblica Sicurezza -

Scoutata la pena della reclusione quella grave della sorveglianza lo ricondusse spesso spesso di nuovo in carcere per inosservanza di pena, e conseguentemente la sua vita, disperduta, era addivenuta un vero martirio -

Chi scrive, riconoscendo il suo reale valore, volle tentare di redimerlo, e siccome i suoi fratelli sono da anni e anni al Cairo dopo la morte del loro padre che era primo patriciere di Venezia, come in oggi è il Savena - pensai di inviargli colà ove avrebbe potuto colla sua scienza riabilitarsi e cambiar vita -

Ottenuto dall'Autorità politica per atto di grazia, il passaporto; dalla Navigazione generale un biglietto gratuito d'imbarco da Genova al Cairo ed avendo ragguagliato da una aperta pubblica colletta altre 600 lire, il sottoscritto, lo provide d'indumenti, lo scortò in stazione e lo munì di biglietto ferroviario di Lillanz da Venezia a Genova e gli consegnò le rimanenti 428 lire, augurandogli di saperlo pronto a tutto. Ed esso, giurando, partì -

Ma il Mendel si fermò a Milano, giocò le 400 lire perdette tutte, e perché privo di mezzi e ricapiti e sorvegliato speciale della P. S. fu tradotto dai R. Carabinieri a Venezia e condannato a più mesi di reclusione. Scoutata la pena e trovandosi abbandonato da tutti, scappò a Padova e di pieno giorno tentò di slanciarsi nel fiume; trattenuto fu tradotto a Venezia e nuovamente condannato.

Scoutata la pena, pensò di Torni alla religione Protestante. Fece per più delle settant'anni pubbliche conferenze, che fecero gran scalpore, ma i Veneti non venivano e allora ritornò ebreo; e meglio per le prigioni. La Questura stanca, lo fece per salvarlo, accogliere nel Ricovero di Mendicanti, dove mise la ribellione fra Monache, Spette, Procuratore, ricoverati, e fine per essere espulso - Dimorò sulla strada scemiato, contravvenuto alle vigilanze, e la Questura lo fece accogliere in Manicomio di San Servilio, dove pare si sia rifatto Cristiano -

Allontanati. Ta. S. Sordani, i. Zabe-bene fratelli, i nuovi medici-
Dottori, non ostante le nuove teorie che scimmiano anche il
più feroce criminalità, non devono certo aver riconosciuto il Mendel
un pazzo, meritevole di vivere a carico della Provincia per tanti
anni; ma avendo scoperto in esso un tipo classico di sapiente
e delinquente, lo trattarono certo per studiare il fenomeno,
e lo occuparono nell'Amministrazione trattandolo come un
vero impiegato e pagandolo. Tanto è vero che il Mendel spesso
vestito più che civilmente - con sorpresa di chi lo sapeva
degnato in manicomio - si vedeva per caffè, birrerie, trattorie
di Venezia; non ventava specialmente la sua abilita-
di menar in giro a neche la scienza medica moderna, che lo
manteneva lusingato e lo mandava anche a spasso
benchi recluso qual maniacos.

È tanto vero che turloquino turlo, che morto sul suo
letto per paralisi cordaca fu ordinato dalla Direzione del
Manicomio:

- 1) il trasporto della sua salma con barca dell'istituto e che
 - 2) una rappresentanza segua la bara del povero estinto fino
 - 3) al cimitero - con la Garzetta di Venezia in cronaca del 29. cor. mun.
- In qual cimitero fu tumulata la salma Mendel? il nor-
male non lo dice; perché fu israelita - cristiano protestante e
morì come?

Tanto per la verità, non altro che la Verità; ma purtroppo,
troppo spesso le nevrologie mentiscono e certe nevrologie non
si dovrebbero fare.

Luigi Galetti;

PROMEMORIA

Sarò importuno.
Quanto si vuole.....
Gli scritti restano
Volan parole.

Non si dimentichi
In carità
Donarmi il papiro
Ch'è già suo.
Ringraziandolo
Di tutto cuore,
Sino grato ed umile
Buon scrittore

Samuele Mendel
disunto da scelerati e scaltri
pericoloso a se e agli altri.
Del Dono di Luca, Venezia li 19 aprile 1847

Commento

La malattia di Samuele Mendel

Anche la follia morale di Samuele Mendel si situa nell'orizzonte diagnostico prichardiano. Questo è evidente subito da una serie di particolarità: la dicitura che compare accanto alla voce cause occasionali, "Patemi" e quella che compare accanto a quelle predisponenti, "ignote", le cause dei suoi precedenti internamenti descritte nell'esame psichico, ovvero tre tentativi di suicidio, nonché le lettere di denuncia e rimostranza nei confronti di tutti i luoghi in cui era stato curato o più in generale nei confronti di tutte le autorità e le istituzioni con cui veniva in contatto, e infine la descrizione stessa del suo stato, che si può leggere, sempre nell'esame psichico: "Parla molto bene, chiaro, con pacatezza, dando esatta ragione di tutto il suo operato. Ha buona memoria, pronta intelligenza, avvedutezza somma. Ha però molto ottusi risentimenti morali ed affettivi. Non si notano idee deliranti né allucinazioni".

Esattamente come Rampin, egli viene descritto come denigratorio nei confronti di tutto e di tutti, dell'ordine presente, ed in questo senso egoista e pericoloso nonostante le sue autogiustificazioni le quali mettono in relazione i suoi gesti ad ingiustizie subite e ad errori altrui o addirittura, alla difesa della libertà dell'umanità: "Si occupa sempre a scrivere: ora poesie, ora la sua autobiografia; ma o nei suoi discorsi o su' suoi scritti si mostra sempre denigratorio, accusando i preposti di tutti i luoghi dove fu ricoverato di furfanti, imbroglianti: da tutto ha ricevuto offesa e nello stesso tempo si costituisce quegli che [ricopre] tutte le ingiustizie che si commettono e si vuol mostrare il difensore dell'umanità sofferente, mentre è lo spirito malevolo e l'egoismo più abietto che lo spronano a comportarsi come egli maliziosamente vuol dare ad intendere. Per quanto si può [arguire] dall'osservazione fatta fin qui nel suo contegno si dimostrerebbe quale un folle morale". Come in Rampin queste righe possono dar conto di quella complessa dinamica tra le istanze progressiste e conservatrici insite nella modernità stessa nel loro complesso intrecciarsi, e del pericolo portato dal principio dell'uguaglianza individuale alle necessità organizzative e alle richieste di potere nella e della nuova forma di società. Egli infatti è definito nell'anamnesi, secondo l'allora corrente formula "pericoloso a sé e agli altri". Del resto anche Prichard sottolineava che al folle morale occorreva sottrarre, quand'anche lucido, coerente e intelligente, la gestione del patrimonio e della vita familiare onde evitare disordini e guai. Così viene scritto nella relazione inviata su di lui alla regia procura nel 1906: Samuele Mendel accolto in questo Manicomio il 14 Marzo 1897 perché affetto da follia morale, si mantenne sempre regolare nel contegno coerente nei discorsi. Però ha sempre mostrato un carattere aspro, scontroso facile ad irritarsi per la più piccola contrarietà. Ottuso nei

sentimenti affettivi, egli è profondamente egoista e si compiace nello ostentare la propria [perizia] e nel denigrare gli altri. Data la sua tarda età e la mancanza dei parenti, che di lui non possono aver cura, esposto solo nella lotta per la vita, le sue tendenze poco morali ora sopite, potrebbero di nuovo, come per il passato renderlo pericoloso a sé ed agli altri. Pertanto è da considerarsi abbisognevole di cura e custodia e sorveglianza”.

È particolarmente evidente nella storia di Mendel, grazie anche al fatto che abbiamo una storia clinica più ricca, una sua poesiola e un paio di lettere, una costante dialettica tra il tentativo delle società, attraverso persone o istituzioni, di reintegrarlo in virtù della sua prodigiosa intelligenza, del suo fascino e più in generale delle sue capacità, e la sistematica distruzione o sconvolgimento di ogni nuova regolare condizione raggiunta da parte di Samuele, tale per cui infine le sue reazioni vengono lette come sintomi quali l'egoismo estremo, la rissosità, la presunzione, la permalosità o suscettibilità eccessiva, l'inaffidabilità, l'instabilità, l'impusività, insomma tutte le caratteristiche sintomatiche della follia morale. Nell'esame psichico, in una nota del 1900 si legge: “Si occupa sempre o a scrivere [sciarade] o comporre poesie di [circostanza] sonetti ed alta poesia; a tradurre dal tedesco [ecc]. Evita tutto quanto potesse farlo credere pazzo allo scopo di evitare castighi. Nei suoi scritti, talora buoni, manifesta le idee più opposte e talora pare un padre della chiesa, altre volte esprime le idee più eterodosse..”.

Ma il documento da cui più chiaramente e dettagliatamente emerge questa dinamica altalenante è la lettera di Salatelli al direttore del manicomio cui abbiamo fatto cenno che ne racconta l'intera storia. Per mostrare questo meccanismo ho pensato di commentarla integralmente suddividendo la progressione degli accadimenti attraverso questo schema di alternanze: Tentativo di integrazione sociale - Azioni di disintegrazione - Punizione/correzione - Nuovo movimento di integrazione.

1- Primo tentativo di integrazione sociale: “Ebreo di nascita pel suo sapere addivenne ufficiale nel R. Esercito e si sposò con una sua correligionaria che gli portò in dote 80 mila lire.

Ufficiale pagatore nel [‘47] fanteria, allora di [stanza] a Modena”.

-Prime azioni di disintegrazione: “causa il vizio del giuoco prevaricò. Intaccò abilmente la piccola cassa -così detta- del Reggimento per 28 mila lire. Scoperta la prevaricazione tutti rimasero esterrefatti, pareva impossibile.

-Prima punizione/correzione: “Il Conte Negri Colonnello del Reggimento rifiuse il danaro che lo salvò dalla galera, ma il Consiglio di Disciplina, il Ministero, lo rimosse dal grado e dal impiego; ed allora fu anche scoperto che al giuoco aveva perduta intera dote della moglie, e questa e il figlio e gli ebrei lo abbandonarono completamente. Ridotto sul lastrico fu dai Carabinieri rimpatriato a Venezia ove fu allontanato da tutti. Allora egli pensò di sfruttare i Cattolici, di farsi Cristiano”.

2- Secondo tentativo di integrazione: “Si presentò al Patriarca Cardinale Agostini e con la sua [fecondia] lo convinse della sincerità della sua conversione ed il Cardinale lo mandò ai Catecumeni dove per mesi fu alloggiato mantenuto ed istruito nella cristiana religione. Della quale istruzione non ne aveva bisogno perché era già un Teologo, che traduceva, commentava, criticava il Vangelo di S. Giovanni che si recita ultimo alla Messa dai sacerdoti dimostrando che è un rebus, una turlupinatura, non un Vangelo di Cristo. Battezzato, vestito a nuovo, provveduto di corredo e di più centinaia di lire dal Patriarca e dalla Congregazione di Carità uscì cristiano e ben pasciuto dall’istituto Catecumeni, e avrebbe potuto far bene”.

-Seconde azioni di disintegrazione: “Ma il vizio del gioco, in principalità lo rendeva bisognoso di somme di denaro che chiedeva a Sacerdoti, Canonici, al Patriarca con tanta frequenza, esigenza perché cristiano, ed anche con velata minaccia, che i Sacerdoti informati della sua grava condotta rifiutarono di più soccorrere questo novello cristiano. Egli allora escogitò, spinto dal vizio, un mezzo estremo, scrisse una lettera al Cardinal Patriarca dicendo che se non gli faceva avere [300] lire, si sarebbe recato in Chiesa S. Marco, si sarebbe comunicato ed avrebbe sputato l’ostia consacrata nel mezzo del Tempio”.

-Seconda punizione/correzione: “Questa lettera mise in scompiglio la Curia Patriarcale; non si voleva [...lare] lo scandalo ma si temeva il Mendel e si pregò officiosamente la R. Questura di metterlo a [parte/posto], ammonendolo. Ma la Questura venuta in possesso della famosa lettera lo denunciò al Tribunale, e da questo fu condannato a tre anni di reclusione e tre anni di sorveglianza speciale della Pubblica Sicurezza. Scontata la pena della reclusione quella grave della sorveglianza lo ricondusse spesso di nuovo in Carcere per inosservanza di pena, e [conseguentemente] la sua vita, di espedienti, era addivenuta un vero martirio”.

3- Terzo tentativo di integrazione: “Chi scrive, riconoscendo il suo reale valore, volle tentar di redimerlo, e siccome i suoi fratelli sono da anni e anni al Cairo dopo la morte del loro padre che era primo [pasticcere] di Venezia, come in oggi è il [Ravena] pensai di inviarlo colà ove avrebbe potuto colla sua scienza riabilitarsi e cangiar vita. Ottenuto dall’Autorità politica, per atto di grazia, il passaporto, dalla Navigazione Generale un biglietto gratuito d’imbarco da Genova al Cairo ed avendo raggranellato da un’aperta pubblica colletta altre 600 lire, il sottoscritto, lo [provide], d’indumenti, lo scortò in stazione e lo munì di biglietto ferroviario di 2° classe da Venezia a Genova e gli consegnò le rimanenti 428 lire, augurandogli di saperlo presto a [posto]. Ed esso, giurando, partì”.

-Terze azioni di disintegrazione: “Ma il Mendel si fermò a Milano, giocò le 400 lire perdette tutto”.

-Terza punizione/correzione: “e perché privo di mezzi e recapiti e sorvegliato speciale della P.S. fu [tradotto] dai R. Carabinieri a Venezia e condannato a più mesi di reclusione. Scontata la pena, e trovandosi abbandonato da tutti scappò a Padova e di pieno giorno tentò di slanciarsi nel fiume; trattenuto fu [tradotto] a Venezia e nuovamente condannato. Scontata la pena pensò di darsi alla religione Protestante. Fece per fin delle dottissime pubbliche conferenze, che fecero gran scalpore; ma i denari non venivano e allora ritornò ebreo; e su e giù per le prigioni”.

4- Quarto tentativo di integrazione: “La Questura stanca, lo fece, per salvarlo, accogliere nel Ricovero di Mendicità;

-Quarte azioni disintegrazione: “dove mise la ribellione fra Monache, Ispettore, Procuratore, ricoverati; e finì per essere espulso”.

-Quarta punizione/correzione: “Di nuovo sulla strada [scamiciato], contravventore alla vigilanza, e la Questura lo fece accogliere in Manicomio di S. Servilio, dove pare si sia rifatto Cristiano”.

5- Quinto tentativo di reintegrazione: “[Allontanasi] da S. Servolo , i Fabe-bene-fratelli, i nuovi medici Direttori, nonostante le nuove teorie che scriminano anche i più feroci criminali, non devono certo aver riconosciuto il Mendel un pazzo, meritevole di vivere a carico della Provincia per tanti anni; ma avendo scoperto in esso un tipo classico di sapiente e delinquente, lo trattennero certo per studiare il fenomeno, e lo occuparono nell’Amministrazione, trattandolo come un vero impiegato e pagandolo. Tanto è vero che il Mendel spesso vestito più che civilmente -con sorpresa di chi lo sapeva degente in manicomio- si vedeva pei Caffè, birrerie, trattorie di Venezia”.

-Quinte azioni di disintegrazione: “dove vantava sfacciatamente la sua abilità di [menare in giro] anche la scienza medica moderna, che lo manteneva lautamente e lo mandava anche a spasso benché recluso qual maniaco”.

6- Sesto tentativo di integrazione (da morto!): “E’ tanto vero che turlupinò tutti, che morto nel suo letto per paralisi cardiaca fu ordinato dalla direzione dal Manicomio: il trasporto della sua salma con bara dell’istituto e che una rappresentanza segua la bara del povero estinto fino al Cimitero. Così la Gazzetta di Venezia in cronaca del 29 cor.mese”.

-Seste azioni di disintegrazione (da morto!): “In qual cimitero fu tumulata la salma Mendel? Il giornale non lo dice, perché fu Israelita- Cristiano- Protestante e morì come?”

-Ultima volontà di punizione/correzione: “Tanto per la verità, non altro che la Verità, ma purtroppo, troppo spesso le necrologie mentiscono e certe necrologie non si dovrebbero fare”.

Così descritta questa può sembrare una dinamica oppositiva, la storia di Mendel quella di un’opposizione, di una guerra, un antagonismo. Non credo sia propriamente così, o meglio non credo lo sia in questa forma lineare. Cercherò di commentare più da vicino questa dinamica a partire da un’analisi dell’unica poesia di Mendel che ci rimane, da lui scritta subito dopo essere

stato internato. Porta l'ironico e paradossale titolo "Promemoria" e questa altrettanto ironica e paradossale firma:

"Samuele Mendel

dipinto da scellerati e scaltri

pericoloso a sé... agli altri."

Ciò che vorrei dimostrare, a partire da questa poesia, è che quella di Mendel è un'opposizione che si gioca sul registro dell'ironia, ed in questo quadro non è neanche un'opposizione vera e propria, priva di auto contraddizioni. Si prenda questa breve composizione: è evidente una contestazione, una critica tesa a scardinare il dispositivo manicomiale, ma in una forma paradossale, quella ironica e finzionale della canzonatura. Da una parte Mendel si inserisce volontariamente in quel dispositivo con i suoi meccanismi disciplinari e normalizzatori, sottomettendosi e conformandosi alle sue regole, con lo scopo di trarne profitto, per poi denunciare l'inganno stesso, in questo modo mettendo a nudo il funzionamento del meccanismo con le sue contraddizioni. La sua scrittura sfugge all'ingiunzione psichiatrica nel momento in cui la simula. Grazie alla simulazione essa ottiene un diritto di parola che viene poi usato per dare spazio ad un'eccedenza. E riesce ad assumere in questo modo quel carattere profondamente perturbante che sarebbe mancato ad una protesta. Cerco di chiarire meglio, si prenda la sua poesia: è una richiesta di aiuto, la richiesta di avere carta per scrivere, cui segue un ringraziamento per averla ottenuta, accorato, ed una dichiarazione di sottomissione, salvo poi usare la medesima carta per rendere permanente (*verba volant, scripta manent*) quella che è una denuncia del sistema invocato e che di fatto gli ha concesso il foglio. Infatti al momento della firma, quindi al momento dell'autenticazione e del prendere la parola a suo nome, egli si dichiara dipinto ingiustamente, da scellerati e scaltri, quegli stessi buoni psichiatri che gli sono venuti incontro nel momento in cui lui si è sottomesso alle procedure, ai modi e agli ordini da loro imposti, pericoloso a sé e agli altri, dicitura questa che di lì a poco diverrà formula legale per disporre l'internamento e che del resto apre la sua cartella, nella sezione anamnesi.

È il registro dell'ironia e della duplicità che gli consente di denunciare ancor più acutamente la contraddittorietà delle regole e dell'ordine che rifiuta. Che rifiuta per volontà e per consapevole constatazione delle sue istanze normative o per incoercibile desiderio di piaceri personali cui è schiavo? Non lo sapremo mai e proprio questo equivoco indecidibile gioca un ruolo fondamentale nella relazione coi poteri disciplinari che stiamo cercando di descrivere, di cui la psichiatria è un'ottima rappresentante. Potere che in ogni caso Mendel smaschera e denuncia ironicamente appunto, non nel momento in cui viene punito, ovvero dove più apertamente si manifesta una crudeltà o un sopruso, ma proprio nel momento in cui questo ordine tenta di aiutarlo e proteggerlo,

di reintegrarlo dandogli fiducia e supporto. Questo è capitale in relazione alla struttura stessa del potere disciplinare con cui Mendel si relaziona, che si basa, come giustamente ha messo in luce Foucault e come ho già scritto nella seconda lettura critica del precedente capitolo, su un meccanismo produttivo ed inclusivo piuttosto che repressivo ed escludente. Infatti laddove una denuncia riguardasse un meccanismo di punizione o repressione essa si situerebbe in una sostanziale conformità con i presupposti e i metodi che reggono questo tipo di potere, l'abbiamo visto, gli psichiatri stessi auspicavano con il tempo di poter creare le condizioni per abolire i mezzi di contenzione, per esempio. Ciò che invece riesce a mostrare la denuncia di Mendel, nel momento in cui illumina un meccanismo positivo di questo potere, positivo in un duplice senso, quello foucaultiano di porre, aggiungere, descrivere e prescrivere, e quello corrente che ha a che fare con un carattere 'buono e giusto' di un'azione, per esempio quello di donare la carta al malato affinché possa esprimersi, addirittura, esprimere un dissenso, è appunto il carattere duplice, ipocrita, impositivo di tale gesto con i suoi presupposti normalmente invisibili.

Nel rifiutare quell'ordine, non nel momento in cui reprime e punisce, autocontraddicendosi da solo, ma nel momento in cui offre una concessione, attraverso una reale o finta sottomissione che riesce a generare il dono, Mendel mette in luce le condizioni di emergenza di questa offerta o aiuto, il suo non appartenere realmente al registro della gratuità, dell'altruismo, del riconoscimento, ma piuttosto il suo funzionamento *do ut des*, che è appunto quello che caratterizza il nuovo potere di normalizzazione. Vale a dire, tutti siamo potenzialmente uguali, tutti condividiamo il valore supremo della libertà individuale, se tuttavia questa libertà e questa uguaglianza rimangono nella norma, e se tutti a questa norma accettano di uniformarsi, costituendosi come soggetti all'interno di un preciso ordine simbolico. E tale norma non è quella astratta della reciprocità e del bene comune se non in teoria, laddove nella pratica essa viene rimodellata da ciascuno e in ogni contesto nella sua particolare ridefinizione di ciò che è bene, finendo per sfociare il più delle volte in un'imposizione che per sua natura viola la regola stessa della reciprocità.

I folli morali erano filosoficamente problematici perché appunto, come Mendel mostra benissimo, nel momento in cui persone ricche, intelligenti, dotate e potenti rifiutavano di entrare in quella società che offriva loro i suoi migliori frutti, le sue più ambite possibilità, essa si trovava di fronte ad una scelta. Da una parte poteva lasciare il problema nell'ambito dell'incomprensibile e dell'inspiegabile, che voleva dire per esempio ricorrere alla follia: definendo queste persone come malate la civiltà riesce a preservare il valore dell'integrazione sociale da tali individui rifiutata. Oppure riconsiderare davvero le sue leggi, pratiche, meccanismi di funzionamento in una possibile prospettiva critica e di cambiamento ed in tutte le sue fragilità e contraddizioni.

Il dissidio di Rampin, lo abbiamo visto è diventato sintomo: riletto oggi echeggia e richiama una sensazione di ingiustizia e sopruso, l'idea di una voce messa a tacere in un modo che riesce tuttavia a far rimanere distante il lettore, che non lo chiama in causa personalmente e neppure lo mette in crisi né mette in crisi il presente a cui appartiene. In questo senso credo che la trasformazione delle sue parole in sintomo e la loro reintegrazione nel discorso del potere disciplinare, sia purtroppo riuscita. Intendo dire, che nel momento in cui Rampin lo denuncia in un suo movimento di repressione, nel movimento in cui rinnega di principio se stesso, il gesto dissidente non riesce a incrinarlo, a mostrarne le contraddizioni. Diverso per il gesto e le parole di Mendel. Prendiamo quello che abbiamo descritto come il terzo tentativo di reintegrazione, quello compiuto dallo scrivente Cesare Salatelli. Il suo è un sincero sforzo per aiutare Mendel che fallisce ed è difficile pensare ad un rifiuto volontario di Samuele, a meno di attribuirgli una reale cattiveria. Più che mai egli in questo terzo movimento di distruzione ci appare come vittima di se stesso, preda del suo stesso impulso al gioco, schiavo, non padrone di sé, bisognoso di una protezione permanente e asimmetrica o, al contrario, di una libertà, di un essere lasciato a se stesso che è difficile approvare del tutto e senza incertezza, per esempio una libertà di suicidarsi. O ancora, ci impone un giudizio negativo ed un conseguente desiderio di annientamento.

Questo mi sembra mettere in questione l'attuale lettore ed il suo contesto di vita ed esperienza in modo molto più efficace perché apre ad una duplice possibilità di identificazione e riconoscimento, quella con i medici, e quella con il Mendel. E ciascuna di esse presenta una costitutiva duplicità e non permette una lettura semplicistica e riduzionista. A partire da questa lettura possono echeggiare e risuonare numerosi interrogativi, che mettono in discussione i presupposti epistemologici di una clinica che certo non assume in modo esplicito e diretto il volto della normalizzazione. Le parole di Mendel la interrogano profondamente. In questo senso la denuncia di Mendel mi sembra riuscita nella misura in cui non può essere ricondotta alle griglie interpretative, alle dicotomie esistenti nell'ordine che critica. Non potendosi definire suo nemico, e neppure pazzo, l'ambigua figura di Mendel diviene perturbante. Pietro Barbetta, nel suo libro *Figure delle relazioni* (Barbetta, 2007) ed in quello successivo *Lo schizofrenico della famiglia* (Barbetta, 2008) dedica alcuni paragrafi alla dimensione ironica della psicoterapia e della malattia mentale, in particolare, della schizofrenia. Lo schizofrenico che bestemmia in chiesa, non può essere ricondotto all'intelligibile categoria anticlericale, nemico della Chiesa o blasfemo, nel momento in cui la sua azione apparentemente o realmente priva di intenzione e priva di una considerazione delle sue conseguenze, dei suoi vantaggi e svantaggi, lo colloca al di fuori di una cornice di reciprocità che è regolata dalla preminenza cosciente e relativa assunzione di responsabilità dei soggetti agenti. Lo schizofrenico è appunto pazzo. Ma se non fosse pazzo, cosa sarebbe? Questa è la domanda ironica che potrebbe aprire alla

psicoterapia, una psicoterapia che abbia come orizzonte finale la costruzione di un possibile, imprevedibile, cambiamento.

La storia di Mendel riesce a lasciare traccia mi sembra, proprio per la sua costitutiva duplicità che ricalca, e fa il verso, a quella psichiatrica, in questo modo ottenendo, grazie alla simulazione di una volontà di sottomissione (qualche volta deliberata e qualche altra, lo ribadisco, non possiamo sapere se magari anche reale o sincera, così come reale e sincera era spesso, da parte delle persone che tentavano di reintegrarlo, la spinta altruistica dettata dalla stima delle sue rare capacità), un diritto di parola che non riesce ad essere ricondotto del tutto al sintomo, come dimostrano le divergenze di opinione che credo tra i medici, così come tra i membri di tutti i corpi istituzionali e religiosi in cui venne mandato, tribunali e questura compresi. Mendel grazie al registro dell'ironia sfugge almeno in parte al meccanismo inclusivo di questo ordine che comunemente riesce a fare propri anche i gesti e le azioni dei suoi oppositori, nel momento in cui li considera o nemici o malati, reinscrivendo l'opposizione al suo interno, ed attribuendo questi gesti ad un'incapacità o ad una condizione di ignoranza da cui questo stesso potere offre di aiutare ad uscire, nel nome del bene comune, nel nome del bene del deviante stesso. Troviamo in questa storia uno strano personaggio che sconvolge tutte le categorie, un matto che non sta in manicomio ma va in giro per le trattorie di Venezia a prendere in giro quei medici che generosamente lo fanno uscire, un individuo che riesce a farsi mantenere da un'amministrazione e da un dispositivo che critica e per cui contemporaneamente lavora (Mendel lo ricordiamo lavorava e veniva pagato come impiegato all'interno dell'amministrazione manicomiale stessa), un neoconvertito che distrugge la religione che abbraccia, un teologo che decostruisce la teologia, e che fa tutto ciò per guadagnar denaro? Per la malattia del gioco? Perché astuto? Perché pazzo? Un asociale? O un difensore dell'umanità che ogni volta mostra le dinamiche di convenienza cui il potere è necessariamente condizionato e che tutto rifiuta e sovverte? Un suicida per stanchezza, per follia, per patemi o perché consapevole di un sistema che non funziona e che non riesce a far proprio mai?

Non vi è modo di rispondere con certezza e univocità. Questo tiene aperta la porta alla curiosità, e la curiosità è ciò che si apre all'altro, all'esterno, senza sapere prima di cosa si tratta. Perché una cura possa essere curiosa non deve sovrapporre le categorie del sapere che la fondano a chi ha davanti. Ciò significa essere consapevoli della parzialità, storicità e fallibilità delle proprie categorie disciplinari, uscire dunque dal potere di normalizzazione, dalle sue leggi. È la differenza che potrebbe intercorrere tra la scienza medica ed una psicoterapia che sia in grado di inserirsi nel registro epistemico del gioco, della letteratura, del sacro e del simbolo. Un codice, direbbe Bateson, che è consapevole della natura dei suoi messaggi, un meta-codice consensuale. Che sia questo il promemoria lasciatoci da Mendel?

La cura e l'internamento di Samuele Mendel

Ho già detto molto sulla storia di Mendel, sulla sua cura vorrei aggiungere soltanto delle brevi note. I medici quando parlano di lui si contraddicono di continuo. Si pensi a questa osservazione del 1905: “Tranquillo, regolare nel contegno, coerente nei discorsi, in questi con ammirabile assiduità e diligenza data la sua tarda età, nei lavori di segreteria dell’Ufficio Medico. Ha carattere piuttosto irascibile e parola sarcasticamente pungente: però non trasmoda mai e sa mantenersi entro limiti normali. Del pazzo morale (con tale diagnosi è stato qui accolto) non presenta ora che sintomi molto blandi. Diagnosi - Pazzia morale”. Anche nella cura di Samuele senz’altro si possono riconoscere dei tentativi di trattamento morale, che tuttavia non aderiscono completamente ai caratteri di quest’ultimo. Si pensi al lavoro: Mendel lavora in manicomio, ma viene pagato come un regolare impiegato. Egli è ricoverato, non solo, come mostra un N.B. sulla prima pagine della sua cartella, qualora venisse dimesso occorrerebbe avvisare subito la questura e ciò nonostante, come ci è noto grazie alla lettera di Salatelli, egli può uscire e mischiarsi talvolta alla vita cittadina. Tutto questo mi sembra confermare quanto scritto fino ad ora, la storia di Mendel è una storia borderline, sul confine, ed ha la virtù di mostrare i confini stessi.

La cartella clinica di Angelo Bocchetto

Introduzione: Per quanto riguarda la struttura della cartella clinica di Angelo Bocchetto, imbecille morale ricoverato nel 1908 e morto nel 1912, girovago di 38 anni internato su segnalazione della questura, essa corrisponde al terzo tipo di documento (figura 12), come quella di Mendel e proviene anch’essa dalla sezione *Uomini Morti* di San Servolo. Per quanto attiene alla direzione del manicomio la carica è ancora ricoperta da Luigi Cappelletti. La cartella è scarna, una breve anamnesi, poche notazioni nella sezione “Andamento della malattia e cura”. Un solo, interessante allegato: si tratta di una lettera del degente al direttore del manicomio, di difficile leggibilità anche per via degli errori grammaticali e sintattici che comprende (nella prima pagina non è indicato il grado di cultura, ma la storia di vita di questo paziente ed il suo essere povero ci suggeriscono un suo limitato accesso all’istruzione), che ci permette di fare alcune osservazioni in merito. La sua è una vita di continui arresti, uno dei quali, nel 1900, dovuto ad un’imputazione di “propaganda sovversiva” di cui non sappiamo nulla di più, se non che gli ha causato un domicilio coatto di due anni nell’isola di Ustica, un altro, dovuto ad una minaccia a dei passanti con un trincetto da calzolaio. Come Rampin e Mendel dunque egli mostra un tratto ribelle, ma la sua condizione di povero e ignorante si rispecchia nella diagnosi e nella cartella in cui si trova scritto che egli mostra

una “notevole deficienza intellettuale e morale” in virtù dei suoi caratteri degenerati. Useremo dunque la sua storia in relazione ai contenuti delle due ultime letture critiche del precedente capitolo, le quali riguardavano l’iscrizione nelle teoria della degenerazione che la follia morale conobbe a partire dalla seconda metà del secolo trasformandosi appunto in imbecillità.

Materiali: Trascrizione completa della cartella

MANICOMIO MASCHILE DI S. SERVOLO IN VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

Bocchetto Angelo

Anno 1908 n’ d’ordine 141

Entrato il: 30 Luglio 1908

Affetto da: Imbecillità con [...]

Paternità: fu Antonio Bocchetto

Maternità: fu [Bonifavio] Barbara

Età: 38 (16 aprile 1868)

Religione: cattolica

Luogo di nascita: Venezia

Luogo di residenza: Venezia

Luogo di provenienza: Manicomio di S. Felice

Grado di coltura:

Professione: girovago

Stato civile: celibe

Figliolanza:

Stato economico: povero

Spettanza della retta: Venezia

Giornate di presenza:

Esito: Morto 5 Novembre 1912 ore [0,40] per cardiopatia

Indirizzo del padre: S.Polo n’ 1942 Venezia

Proposto per il domicilio coatto: nota del Questore di Venezia 22-3-1911 n’ 6662

Diagnosi

Ammissione

Modo di accettazione trasferito dal Manicomio di S Felice di Vicenza

Decreto di accoglimento definitivo Tribunale C.P.di Vicenza in data 13 Dicembre 1906 N° 748.

...

Anamnesi

Il malato Bocchetto Angelo narra che, uscito 19 anni dallo Istituto Coletti e abbandonata tosto la famiglia, andò peregrinando per l'Alta e Media Italia a esercitarvi i più disparati mestieri: dal pittore al venditore ambulante, dal calzolaio al buffone da circo; non senza cadere ripetutamente nelle mani dell'Autorità di R. S., che più volte lo rimpatriò a Venezia, e nel 1900 colto imputazione di propaganda sovversiva lo fece relegare a domicilio coatto nell'isola di Ustica, dove rimase due anni. Nel 1903 pare sia stato passato dalle carceri di Treviso in osservazione presso quell' Spedale Civile. Era stato da poco rimpatriato a Venezia, donde proveniva quando il 24 Novembre 1906 venne ricoverato in questo Istituto con ordinanza d'urgenza del R. Prefetto di Vicenza, perché arrestato dalle guardie di P. S. mentre nella pubblica via molestava e minacciava i passanti con un trincetto da calzolaio, e dichiarato dal Dr. Marangoni affetto da alienazione mentale.

Durante la sua degenza manifestò fin dai primi giorni una notevole deficienza intellettuale e morale, con prevalenti difetti della memoria e dei poteri critici, con assenza quasi assoluta di idee astratte e di affettività. Sopra questo terreno pullulavano e eccezionalmente si esaltavano le più strane idee deliranti di grandezza e di persecuzione: era un artista, un genio; aveva in testa una macchina per mezzo della quale i suoi persecutori gli facevano fare il [piavolo] ecc. All'infuori di qualche giornata melanconica, era però quasi sempre di buon umore, specialmente quando si incoraggiava con qualche occupazione; intratteneva volentieri i compagni con [...] e storielle talora scurrili; qualche tendenza poidofila dovette essere opportunamente [...].

Il suo contegno strano e incoerente ma ordinariamente tranquillo e rispettoso, permise che il paziente fosse quasi sempre occupato nella pulizia dei Riparti; unico mezzo per far tacere le

sue sfuriate con frequenti proteste verbali e [...] contro l'ingiustizia della società la persecuzione della Autorità, la illegalità del suo internamento in Manicomio.

Godette sempre buona salute fisica. Tra i caratteri degenerativi si nota il bicromatismo dell'iride ecc.

Diagnosi: imbecillità intellettuale e morale.

idee deliranti paranoide

Andamento della malattia e cura

Stato del malato al momento dell'ingresso:

1 Agosto

All'ammissione è tranquillo, lucido, ordinato: mostra una certa meraviglia per esser stato qui trasferito mentre doveva [...] fuori; ma non mostra di preoccuparsene troppo. Gli basta che lo facciano lavorare e che gli si conceda di comprarsi tabacco. Ieri rifiutò a tutti prima d'alzarsi perché non gli si concedeva di vestire coi suoi panni; ma la sua resistenza non durò molto.

1910 10 Febbraio

Lo si è trasferito al riparto agitati perché irritabile, minaccioso, confuso.

1912 Maggio

Da molti mesi è al VII Riparto, dove lavora per le pulizie dei refettori ed anche per conto suo, fabbricando scarpe ed abiti di forme bizzarre che poi indossa egli stesso. Il suo contegno è abbastanza regolare e nei discorsi mostra coerenza. Qualche volta è minaccioso, [ma non] è mai venuto a vie di fatto. Facoltà intellettuali piuttosto limitate e senso critico poco sviluppato.

1912 5 settembre

Da parecchio tempo presenta sintomi d'alterato [circolo] (chemia, affanno,...). Trasferito in infermeria, dopo due giorni di degenza, morì all'improvviso la notte scorsa alle ore 0.45.

Autorità ha illegalità del suo internamento in Manicomio.

Godette sempre buona salute fisica. Fra i caratteri degenerativi si nota il bicromatismo dell'iride ecc.

Diagnosi:

Imbecillità intellettuale e morale.

Idee deliranti paranoide.

L' 5 novembre 1807

Egregio Signor Direttore la linea del mio silenzio, in palidisse la Vostra Signoria. La Sua teoria è molto brillante è favorita per lei ma per me, sono molto dolente col mio cuore, [arifreteresendo] la sua trascuranza verso di me. Io non so guardare perrò se il malle sia di che si sia. Io perrò tengo una dolce poesia molto diversa di lei per che tengo il pane e la forbice per taliare i pani secondo la uzanza che lo permette senza tempi di muzzicca, la mia non ticca fa si tanto che le radici son perite dal gelo è l'argandosi lorizonte ognidi loro festeggia il mio male, Seloro mi volesse bene loro pensaraebbero ha coza sono sogetti per lavenire sono certo che le sue risatte non fiorirebbero ne per loro è ne per nessuno al mondo. Non ci pare che sia ora portuna dopo dia vesse consumatto tutto il tempo della mia vitta in mezo li atroci dolori è patimenti con delle false calunie in più per ultima novità è tre anni che mi ritrovo in manicomio? Cuesto è un tremendo scandalo è dizonore che va ha toccar il cuore anche delle più orende società del Mondo è inutile di trovar scuze false è dioneste per che sello sapesse ho il ministro d'ellinterno. Qualche altra auturitta cosa succederebe infine. Nonno ne arubato e nessassinatto nessuno è loro nonna nessun deritto di volermi ha farmi stra qui in questo Manicomio. Sello ricordi che volio levasione di cuesta letera per che sono statto abbastanza trascuratto prima colle letere che cio mandato poi, colle in formazioni de la famiglia ècetera, io sto bene delle farsifizziche e delle mie facultà mentali. Ora domando in grassia lamia l'ibertà e il mio svriamento di lavoro, è arispetto per che la mia stanca è tà loper mette di diritto, io nonso ne ladro, ne spia, è ne assasino, eloro non possono fare abuzi arbitrari senza il bon senso ne della lege e ne delle società civigli del mondo, per che se loro volesse formare delli articoli aroversi del diritto è senso di legge alloraio sarei costretto agire in altri termini. Mi raccomando prima che succede delle disgrassie che loro sia presta di diritto verso di me altro non mi resta diaugurarci i più freschi è distinti rispetti è mi chreda suo Angelo Bocchetto.

62

MANICOMIO MASCHILE DI S. SERVOLO IN VENEZIA

Anno 1908 N.° d'ordine 141

TABELLA NOSOLOGICA

7.° di Bocchetto Angelo

Entrato 30 luglio 1908 DIAGNOSI Imbecillità con delirio

Uscito _____ non fermato

Morto 5 Novembre 1912 ore 14,5



AMMISSIONE

Modo di accettazione trasferito dal Manicomio di S. Felice di Venezia.

Decreto di accoglimento definitivo Tribunale C.P. di Venezia
in data 13 Dicembre 1906 n.° 748.

ESITO

in via definitiva _____

in via di prova _____

per non riconosciuta pazzia _____

per trasferimento _____

Morte avvenuta per Cardiopatia

<p>Paternità <u>Am Antonio</u></p> <p>Maternità <u>su Bonifazio Barbara</u></p> <p>Età <u>anni 38</u></p> <p>Luogo di nascita <u>Venezia / 16. n. 1868</u></p> <p> domicilio <u>Venezia</u></p> <p> provenienza <u>Manicomio di S. Felice</u></p> <p>Religione <u>Cattolica</u></p> <p>Grado di cultura _____</p> <p>Occupazione <u>Girovago</u></p> <p>Stato civile <u>Celibe</u></p> <p>Figliuolanza _____</p> <p>Stato economico <u>Povero</u></p> <p>Spettanza della retta <u>Venezia</u></p> <p>Giornate di presenza _____</p> <p style="text-align: center;"><u>Luogo del padre:</u> <u>S. Polo n.° 1963 Nuova</u></p>	<p>Costituzione fisica _____</p> <p>Stato della nutrizione _____</p> <p>Cause { <u>predisponenti</u> <u>occasionalmente</u></p> <p>Inizio della malattia _____</p> <p>Recidività (Num. ed epoca della recidività) _____</p> <p>Stato intellettivo _____</p> <p>Fenomeni psicosensoriali _____</p> <p>Natura del delirio _____</p> <p>Stato affettivo _____</p> <p>Tendenze _____</p>
--	---

Proposto per il domicilio coatto: Spata del Quattro & Venezia 22.3.1911. n.° 6662

Fotografie di tutti i documenti annessi

Le 5 Novembre 1867. Egregio Signor
Direttore la linea del mio S. Genio,
in parli dire la vostra Signoria.
La sua teoria è molto brillante e
favorevole per lei, ma per me sono mol-
to dolente col mio cuore, e in preten-
do la sua tra scurando verso di me.
Io non so guardare. Temo se il ma-
le sia di che risia. Io però tengo un
na dolce parola molto di avera
di lei per che tengo il pane e la
forbice per tagliare i pani e con-
do lauzanza che lo permette sen-
za tempi di musica, lamia
nau tacca fa si tanto che le radi-
cci son perite dal gelo e l'arigan-
dosi l'orizzonte ogni di loro festeggia
il mio male, e loro mi vedono.
bene loro penserebbero ha cogano
sogetti per l'andare sono certo che
le mie riviste non fiorirebbero ne
per loro e ne per nessuno al mondo

Non ci pare che sia ora portuna dopo
dia essere così matto tutto il tempo
della mia vita in mezzo li atroci
dolori e patimenti con delle false
calunie in più per ultima novità
6 tre anni che ministravo in Spania
comio? questo è un tremendo scan-
dolo e di genere che va ha toccar il
cuore anche delle più oneste so-
cietà del mondo è in inutile
di trovar scuse false e disoneste
per che nello scriverse ho il mini-
stro d'elhin tempo. Qual che al-
tra au turitta cosa succede rebe
in fine nonno ne amebatto e nes-
suno notte nessuno e loro non
na, nessuno ritto di volermi a
farmi star qui in questo Spanico
mio. Sello ricordi che io volio le scio-
ne di questa lettera per che sono sta-
tto bastanza tra scuratto prima
colle lettere che io mandata poi,

colla in formazioni de la famiglia
e ce teo, io sto bene delle mie forze
fiziche e delle mie facoltà men-
tali. Ora domando in grazia
lamia l'illorità e il mio savaria-
mento di lavoro, è arispetto per
che la mia stanca è ta lo per-
mette di diritto, ma io nono ne
ladro, ne spia, e ne arrasino, e lo
non possono fare a luzzi all'i-
trari senza il bon senso ne della
lege e ne della società di vi gli del
mondo, per che se loro volesse
formare delli articoli avo versi
del diritto e renno di legge all'ora
sarei costretto agire in al tri ter-
mini. Ho racomando prima
che succeda delle disgrassie che
loro sia poesta di diritto verso
di me. Altro non mi resta di au-
gararci i più Freschi e di stanti
rispetto e mi choda suo Angelo Pochita

Commento:

Ciò che mi sembra mostrare la cartella di Angelo Bocchetto, dopo la presentazione di quelle di Rampin e Mendel, è come forme comportamentali analoghe possano essere diversamente interpretate ed ascritte a differenti cornici e teorie, sulla base per esempio, dello status socio-economico. I suoi sintomi infatti sono molto simili a quelli dei due casi precedenti. In primo luogo le condotte sovversive e la ribellione alle autorità, comprese quelle manicomiali come evidente da queste righe sulla frequenza delle sue “proteste verbali e [...] contro l’ingiustizia della società la persecuzione della Autorità, la illegalità del suo internamento in Manicomio”.

Come mostra la lettera allegata indirizzata al direttore del manicomio, egli non considerò mai opportuno né giusto il suo ricovero verso il quale manifestava ed argomentava, coerentemente e logicamente, ma in un pessimo italiano, la sua protesta. La quale comprendeva una critica alle teorie psichiatriche in quanto ‘brillanti per gli psichiatri’ ma non per i pazienti, un appello alle società civili di tutto il mondo a fronte di un internamento di una persona, quale lui era, che non aveva commesso alcun reato: “Non ci pare che sia ora portuna dopo dia vesse consumatto tutto il tempo della mia vitta in mezo li atroci dolori è patimenti con delle false calunie in più per ultima novità è tre anni che mi ritrovo in manicomio? Cuesto è un tremendo scandalo è dizonore che va ha toccar il cuore anche delle più orende società del Mondo è in nutile di trovar scuze false è disoneste ...Nonno ne arubato e nessassinatto nessuno è loro nonna nessunderitto di volermi ha farmi stra qui in questo Manicomio. Sello ricordi che volio levasione di cuesta letera per che sono statto abbastanza tra scuratto prima colle letere che cio mandato poi, colle in formazioni de la famiglia ècetera, io sto bene delle farsifizziche e delle mie facoltà mentali. Ora domando in grassia la mia l’ibertà e il mio svriamento di lavoro, è arispetto per che la mia stanca è tà looper mette di diritto, io nonso ne ladro, ne spia, è ne assasino, eloro non possono fare abuzi albitrari senza il bon senso ne della lege e ne delle società civigli del mondo, per che se loro volesse formare delli articoli aroversi del diritto è senso di legge alloraio sarei costretto agire in altri termini”.

Uguualmente presenta quelle che venivano considerati caratteri di egocentrismo ed eccentricità: in una nota troviamo scritto che una mattina aveva rifiutato “a tutta prima d’alzarsi perché non gli si concedeva di vestire co’ suoi panni” panni che era suo uso confezionarsi da sé come attesta questa altra nota in cui viene affermato che passava la giornata “fabbricando scarpe ed abiti di forme bizzarre che poi indossa egli stesso”.

È giudicato come a tratti rissoso, irascibile e perciò pericoloso: “Lo si è trasferito al riparto agitati perché irritabile, minaccioso, confuso”. Qualche altra volta come tranquillo, coerente nelle idee e in grado di portare avanti senza problemi un’attività nonostante una certa stravaganza o la sottostante impetuosità: “All’ammissione è tranquillo, lucido, ordinato: mostra una certa meraviglia per esser

stato qui trasferito mentre doveva [...] fuori; ma non mostra di preoccuparsene troppo”, o ancora: “Il suo contegno è abbastanza regolare e nei discorsi mostra coerenza. Qualche volta è minaccioso, [ma non] è mai venuto a vie di fatto”. Di nuovo: “Il suo contegno strano e incoerente ma ordinariamente tranquillo e rispettoso, permise che il paziente fosse quasi sempre occupato nella pulizia dei Riparti; unico mezzo per far tacere le sue sfuriate”. Anche il suo umore appare tendenzialmente allegro, il temperamento gioviale: “All’infuori di qualche giornata melanconica, era però quasi sempre di buon umore, specialmente quando si incoraggiava con qualche occupazione; intratteneva volentieri i compagni con [...] e storielle talora scurrili; qualche tendenza pedofila dovette essere opportunamente [...]”.

Mostrava poi, come Mendel e Rampin, quelle che venivano considerate delle idee persecutorie e megalomani: “Sopra questo terreno pullulavano e eccezionalmente si esaltavano le più strane idee deliranti di grandezza e di persecuzione: era un artista, un genio; aveva in testa una macchina per mezzo della quale i suoi persecutori gli facevano fare il [piavolo] ecc”.

Eppure, a differenza dei due precedenti casi commentati, forse per via del suo pessimo italiano, forse per via del fatto che tutto sommato si accontentava di pulire i reparti, forse perché povero e girovago viene definito appunto deficiente intellettuale e morale: “con prevalenti difetti della memoria e dei poteri critici, con assenza quasi assoluta di idee astratte e di affettività”. Ma mancava realmente di idee astratte o di affettività l’individuo che ha scritto la lettera che abbiamo riportato? Si può sposare quella lettera con questa ulteriore definizione: “Facoltà intellettuali piuttosto limitate e senso critico poco sviluppato”? Così si può forse capire perché Bocchetto, criticava quella scienza che nella sua cartella annotava, a più riprese: “Tra i caratteri degenerativi si nota il bicromatismo dell’iride ecc” per poi ogni volta riconfermare la diagnosi: “imbecillità intellettuale e morale”. Si può capire, e forse addirittura ritenere particolarmente indulgente il paziente quando scrive: “Egregio Signor Direttore la linea del mio silenzio, in palidisse la Vostra Signoria. La Sua teoria è molto brillante è favorita per lei ma per me, sono molto dolente col mio cuore, [arifrertesendo] la sua tra scurezza verso dime. Io non so guardare perrò se il malle sia di che si sia. Io perrò tengo una dolce poesia molto diversa di lei”.

Che la differenza tra il degenerato imbecille morale e l’intelligente folle morale sia, almeno in qualche caso e forse spesso, una semplice questione di denaro e cultura? Che i folli morali siano diventati dei perversi criminali nati ed arretrati quando fanno parte di quel gruppo di popolazione rimasta indietro, cui non si è riusciti a garantire normali e salubri condizioni di vita? Sottolineo nuovamente come ciò sia avvenuto proprio quando la teoria psichiatrica ha voluto diventare del tutto scientifica, legata al cervello, estranea a qualsiasi filosofica visione del mondo, discutibile e parziale. Il caso di Angelo Bocchetto, mi sembra in questo senso illuminante.

La cartella clinica di Annetta Gianni

Introduzione: Per quanto riguarda la struttura formale di questa cartella, che proviene dall'archivio di San Clemente, Sezione *Donne Uscite*, essa è del medesimo tipo di quelle di Mendel e Bocchetto. Annetta venne internata all'età di 12 anni nel 1923 e fatta uscire in via di esperimento nel 1927 con la diagnosi di "Gracilità mentale ed immoralità costituzionale". La cartella di Annetta non presenta alcun allegato, né alcuna storia clinica che attiri l'interesse del lettore o da cui sia possibile immaginare alcuna storia di vita. Le poche notizie che abbiamo su di lei sono quelle anagrafiche in prima pagina: la provenienza da Chioggia, la miserabilità, i nomi dei genitori, l'alienazione mentale della madre.

Materiali: Trascrizione completa della cartella

MANICOMIO FEMMINILE DI S. CLEMENTE IN VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

Gianni Annetta

Anno 1923 n' d'ordine 27/58

Entrata il: 16 Febbraio 1923

Uscita il: 16 Maggio 1927 (in esperimento)

Paternità: di Girolamo

Maternità: fu Cavallini Emilia

Età: 12

Religione: cattolica

Luogo di nascita: Chioggia

Luogo di domicilio: Chioggia

Luogo di provenienza: Chioggia

Occupazione:

Stato civile:

Figliolanza:

Grado di coltura:

Stato economico: miserabile

Spettanza della retta: Prov. Venezia

Giornate di presenza:

Costituzione fisica: sana

Stato della nutrizione: discreto

Cause

- predisponenti: madre alienata

- occasionali:

Inizio della malattia:

Recidività (n. ed epoca della recidività)

Stato intellettuale: pazzia morale

Fenomeni psicosensoriali: //

Natura del delirio: //

Stato effettivo: // [scarso]

Tendenze: impulsiva

Esito: dimissioni in via di esperimento li 16 maggio 1927

Diagnosi

Gracilità mentale ed immoralità costituzionale

Ammissione

Modo di accettazione: Ordinanza dell'Ill.imo Sottoprefetto di Chioggia in data 14 Febbraio 1923.

Decreto di accoglimento definitivo R. Tribunale di Venezia in data 16-3-1923 N.

Anamnesi

Dal Certif. Med.co, risulta che presentasse [fenomeni] d'isterismo.

All'Osped.le di Chioggia rifiutava il cibo e talora era violenta contro di sé e degli altri.

La madre fu alienata. a S. Clemente e [... ..profuga?], in Manicomio a Napoli.

Peso del corpo kg 43.

Andamento della malattia e cura

Stato della malattia al momento dell'ingresso:

All'ingresso era piangente, non voleva restare a S. Clemente, seppe dire l'età; il linguaggio non presentava difetto; non fece resistenza al cibo.

Condizioni fisiche abbastanza buone.

T. 36.4.

19 febbraio 1923

E' una ragazzina, un po' [...], ma bene sviluppata fisicamente; sa leggere e scrivere; fu educata nell' Orfanotrofio.

In principio dell'ingresso non fece che piangere (orientamento normale;) poi si rasserenò; ha fatto un po' di resistenza al cibo.

20 febbraio 1923

Ieri accusava un dolore all'addome ed ebbe un leggero attacco isterico.

Sonno discreto. Non è suicida.

22 febbraio 1923

Attualmente è tranquilla, ordinata nel contegno; ha poca voglia di lavorare.

23 febbraio 1923

Docile, ordinata e rispettosa.

Idem Si domanda il decreto di ricovero def.vo

24 febbraio 1923 [Fatica], puerile, incapace di lavorare attivamente e con costanza. Mangia volentieri. Mediocre il fisico.

2 aprile 1923

Ieri si mostrò assai capricciosa ed insolente, percuotendo anche le compagne.

20 aprile 1923

Ha dei periodi in cui inveisce contro il personale, percuote, fa dispetti, dice oscenità.

Giugno, Luglio, Agosto

Sempre dispettosa, insolente, percuote le vecchie malate e fa loro ogni sorta di dispetti.

Solito contegno. (Ha un fondo isterico e di pazzia morale).

Settembre

Solite condizioni.

Ottobre

Si passa al reparto II, (perché all'8° percuote le vecchie malate).

Novembre, Dicembre

[.....] [accessi/eccessi] epilettici, ma frequentemente soggetta a stati equivalenti con irritabilità, ostilità all'ambiente, querulismo.

Condizioni fisiche generali buone.

1924

Gennaio

Solite condizioni.

Febbraio, Marzo, Aprile

E' ordinata nel contegno, ha capricci, spesso indolente, [...] qualche poco, pulita. S.g.a. [...].

Maggio, Giugno

E' tranquilla, però dispettosa, insolente: fisico buono.

3 luglio 1924

L'assurdità di contegno della malata obbliga il Sig. Vice Direttore a passarla al Reparto 7°.

7 luglio 1924

Dopo due giorni di buon contegno, mostrandosi la malata molto avvilita e depressa si ripassa al 2° reparto.

23 luglio 1924

Disordinata, clamorosa, scontrosa, impulsiva, esibizionista. Malpropria: fisico buono. Per ordine del Sig. Vice Direttore passa al Riparto 7°.

Agosto

Ordinata ma apatica, svogliata del tutto oziosa, è dispettosa e sgarbata con le altre malate.

Settembre, Ottobre

Tranquilla oziosa è[abulica] ; non si occupa di nulla, scontrosa, talora turpiloquente. Fisico sta bene!

Novembre

Ordinata, ma oziosa, abulica, irritabile e poco rispettosa verso le altre malate, facile al turpiloquio, manesca.

Dicembre

Oziosa, capricciosa ;scontrosa con tutti e ostile.

1925

Gennaio, Febbraio

Oziosa,scontrosa,taciturna;inganna le malate e il personale fa dispetti alle altre malate, le dileggia; oziosa, abulica, sgarbata con tutti. Fisico sta bene.

Marzo, Aprile

Conserva immodificate tutte le note fondamentali del suo carattere oziosa, malevola, capricciosa, insulta le altre malate; inaffettiva verso i parenti; si compiace del male altrui.

Maggio

Oziosa, tranne qualche incostante aiuto alle infermiere fa dispetti alle malate, usa spesso cattive e sconcie parole; [...], inaffettiva, egoista, Fisicamente sta bene.

Giugno

Fa dispetti alle malate, le offende, le provoca e talora le percuote; egoista,dimostra simpatie, preferenze e ostina antipatie; oziosa, abulica. E' regolarmente mestrata.

Luglio

Oziosa, dispettosa; insulta le altre malate e talora anche le percuote; inaffettiva e scontrosa anche coi parenti.

Agosto

Ostile, capricciosa, intrattabile; non ha voglia di far nulla; offende tutti; non mostra alcuna sensibilità morale.

Settembre, Ottobre, Novembre, Dicembre

Oziosa scontrosa, quasi sempre di cattivo umore; passa facilmente alle ingiurie; fa dispetti alle altre malate; non si occupa di nulla; ride senza motivo. Da circa due mesi il suo contegno è cambiato: è più affabile, più amante della proprietà ed evidentemente più sensibile all'amor proprio; parla volentieri manifestando migliori propositi e il suo desiderio di tornare in famiglia.

Forse alla recente crisi [...] si deve il risveglio etico-psichico notato.

e' in condizioni fisiche floride

Passa al padiglione.

1926

Gennaio, Marzo, Maggio

Tranquilla, corretta, rispettosa; [...] volentieri e [...] al lavoro; mostra una certa infantilità e [...] di contegno, che rivelano la gracilità originaria.

Giugno

Stesse condizioni.

Luglio

Da una decina di giorni [...] insolente, aggressiva, violenta contro le malate; giorni dopo ha rotto due vetri dello stanzino.

Agosto

Nei primi giorni ancora più eccitata di prima, ha avuto scatti di violenza [...] e anche contro le persone; poi è tranquillamente [...], ma sempre poco [...]

Settembre-[...] per una passeggiata fuori dal manicomio; ha cominciato a inveire contro tutti e a gridare e lacerare; portata in stanzino ha cominciato a percuotere contro l'uscio finché l'ha staccato dai cardini.

Passa al reparto IV.

58

Manicomio Femminile di S. Clemente in Venezia

Anno 1923 N. d'ordine 27

TABELLA NOSOLOGICA

di Gianni Annetta

Entrata li 16 Febbraio 1923 **DIAGNOSI**

Uscita li 10-5-1927 (in esperimento) fragilità mentale

Morta _____ ed immunità costituzionale



AMMISSIONE

Modo di accettazione Ordinanza dell'III^{ma} Sottoprefetto di Chioggia in data 16 febbraio 1923

Decreto di accoglimento definitivo R. Circolare di Venezia in data 10-3-1923

ESITO

in via definitiva _____

in via di esperimento li 10-5-1927

per non riconosciuta pazzia _____

per trasferimento _____

Morte _____

Paternità di Girolamo

Maternità fu Cavallini Emilia

Età anni 12

Luogo di nascita Chioggia

domicilio _____

provenienza _____

Religione cattolica

Grado di coltura _____

Occupazione _____

Stato Civile _____

Figliolanza _____

Stato economico miserevole

Spettanza della retta Proo. Venezia

Giornate di presenza _____

Costituzione fisica Sana

Stato della nutrizione discreta

Cause | predisponenti Madre all'incanto

occasionalmente _____

Inizio della malattia _____

Recidività (N. ed epoca della recidività) _____

Stato intellettuale Peggior mensile

Fenomeni psicosensoriali _____

Natura del delirio _____

Stato effettivo _____

Tendenze impulsiva

500 - 2 - 021 - R. 489

Commento

Nella prima pagina di questa cartella compaiono, oltre alle notizie anagrafiche cui si è già fatto cenno nell'introduzione, altre due interessanti etichette: "Stato intellettivo: pazzia morale" e "Tendenze: impulsiva". Si tratta di un'orfana che non fa inizialmente che piangere, che arriva con un certificato che le imputa fenomeni isterici e che, nell'ospedale in cui era precedentemente ricoverata, veniva accusata di rifiutare il cibo e di essere violenta con sé e con gli altri. In tutte le note presenti nella sezione "Andamento della malattia e cura" Annetta viene dipinta con una serie di pessime caratteristiche che più che riguardare la sua malattia, riguardano più in generale lei. Per esempio viene continuamente ribadito che è pigra e con poca voglia di lavorare, fannullona, svogliata, oziosa, abulica (si ricordi la necessità del progresso di sviluppo e del rifiuto caparbio e incosciente dell'idiota come descritti nel capitolo precedente). È detta puerile, e si ricordi che ha dodici anni. Nell'ultima fase, in cui i medici attestano un apparente miglioramento è proprio una "certa infantilità e [...] che rivelano la gracilità originaria". Si ricordi a questo proposito il nesso che si crea con l'idiozia morale tra ritardo e condotta deviante, e la teoria delle ricapitolazione che spiega nel quadro degenerativo la follia come condizione comune di bambini e selvaggi. È detta cattiva, impulsiva, egoista, violenta, dispettosa, scontrosa, sgarbata, insolente, malevola e capricciosa, intrattabile, turpiloquente, ostile, disordinata, poco pulita, esibizionista, [mal propria]. Del tutto mancante di senso morale, sempre pronta al litigio e ai dilleggi, manesca persino con i parenti, Annetta incarna perfettamente quella fase finale del percorso storico della follia morale, che vede i tratti impulsivi frutto della predominanza dei livelli e degli istinti inferiori, più bassi, primitivi e puerili, arrivare a coincidere con il temperamento e poi con il carattere e la persona tout court. In queste note ciò emerge assai chiaramente. Un sola eccezione ad una lunga lista di "idem" e "stesse condizioni". Si tratta di un periodo in cui la paziente sembra: "più affabile, più amante della proprietà ed evidentemente più sensibile all'amor proprio; parla volentieri manifestando migliori propositi -prima si noti era definita taciturna- e il desiderio di tornare in famiglia". Gli psichiatri parlano di un "risveglio etico-psichico". Da cui tuttavia si torna improvvisamente, e senza troppe spiegazioni, agli atteggiamenti precedenti. Nell'ultima osservazione si legge: "ha cominciato a inveire contro tutti e a gridare e a lacerare; portata in stanzino ha cominciato a percuotere l'uscio finché l'ha staccato dai cardini. Passa al reparto IV". Quest'ultima immagine credo sia metaforica ed efficace, rispetto all'ultima fase storica della follia morale che ho cercato di descrivere in tutta la sua problematicità, una mostruosità degenerata ed inutile, da custodire con pietà e fermezza.



Figura 1. L'Archivio



Figura 1a. Fotografie dell'archivio iconografico di San Servolo: corrispondenze



Figura 2. Alcuni strumenti medici visibili all'interno del museo di San Servolo

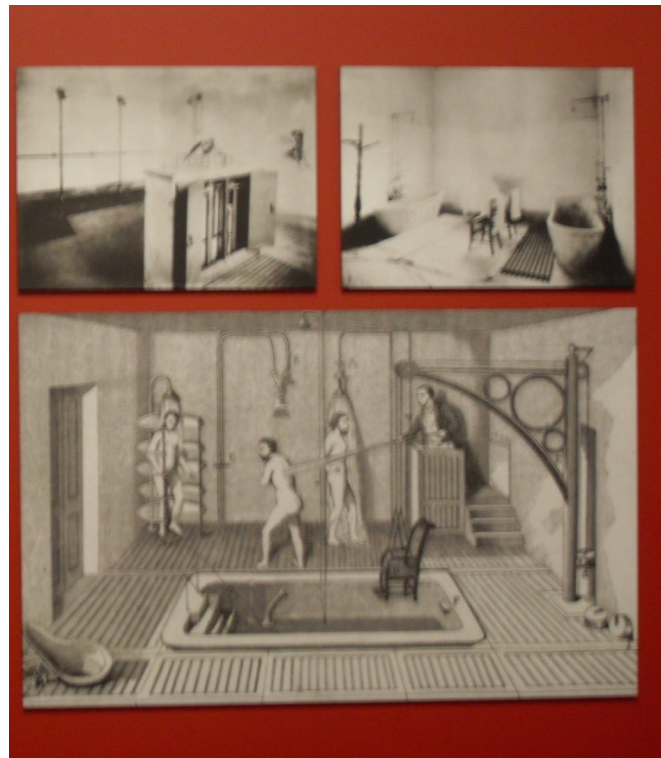


Figura 3. Immagini tratte dal Museo di San Servolo che mostrano esempi di idroterapia

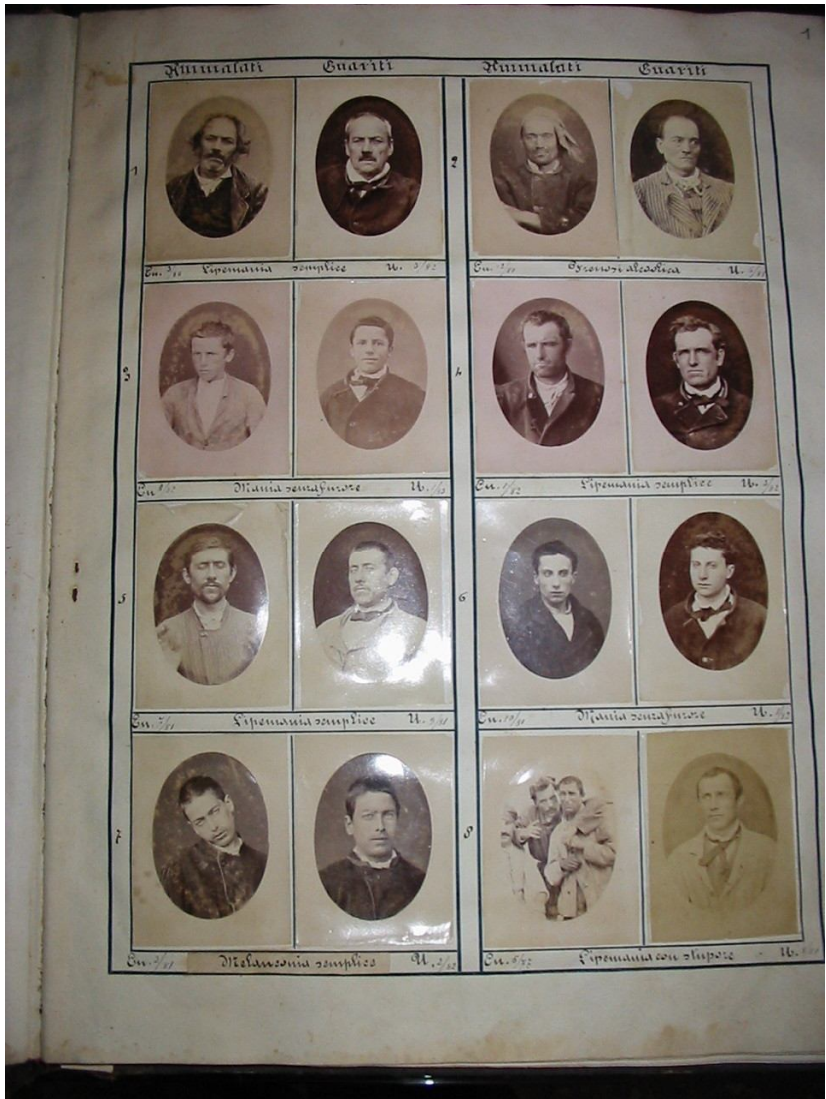


Figura 4. Immagini fotografiche dei pazienti visibili all'interno del museo

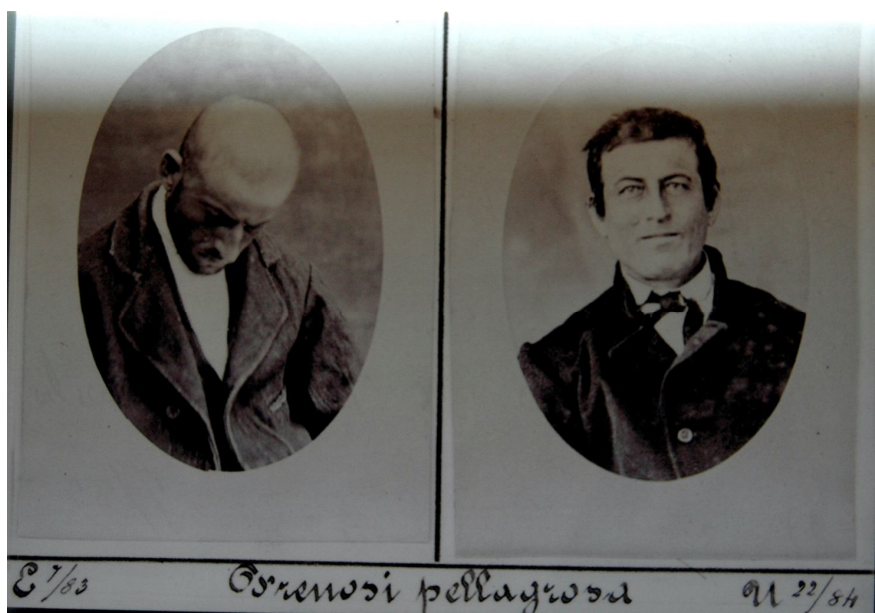


Figura 4a. Particolare

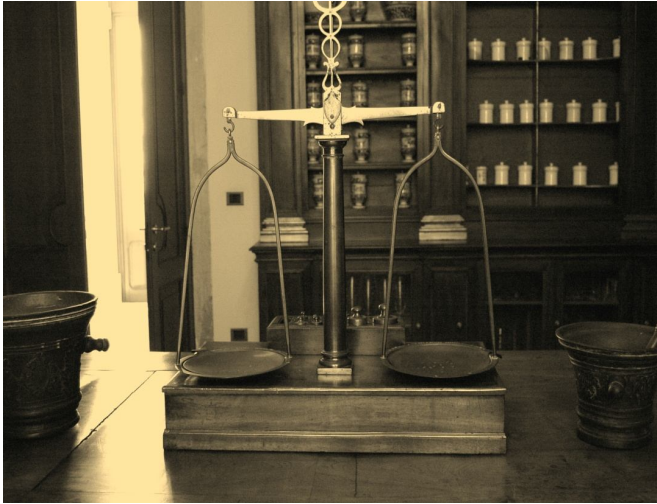


Figura 5. La Farmacia storica



Figura 6. La sala anatomica



Figura 7. Reperti del gabinetto di antropologia



Figura 8. Veduta storica del manicomio di San Servolo



Figura 9. Veduta storica ingresso manicomio di San Servolo

MOROCOMIO CENTRALE MASCHILE IN SAN SERVOLO DI VENEZIA

TABELLA relativa al nominato

entrato il

proveniente da

accompagnato da

Nascita

{
Comune
Distretto
Provincia

Domicilio

{
Comune
Distretto
Provincia

Figlio di

d'anni Professione

Stato

Spettanza del carico

Registrato al F.°

progressivo N.°

ed in Protocollo N.°

COMPENDIO STORICO DELLA MALATTIA

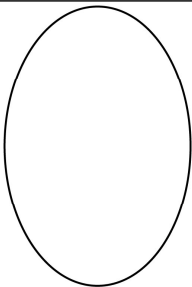
CLASSIFICAZIONE.= Genere, Specie e Causa della malattia da cui è affetto

ANDAMENTO E CURA DELLA MALATTIA	Riferimento al Protocollo per informazioni ed altro

Figura 10. Tabella nosologica in uso presso il manicomio di San Servolo dal 1857

MANICOMIO CENTRALE MASCHILE DI S. SERVOLO IN VENEZIA

TABELLA NOSOLOGICA

N° d'ordine Anno		N° progressivo generale
Diagnosi della frenopatia desunta dai documenti accompagnatori _____	Entrato il Affetto da	Numero e Data del documento accompagnatorio _____
Paternità Maternità Età Religione Luogo di nascita { residenza { provenienz	Costituzione fisica Stato di nutrizione Cause { predisponenti { occasionali	Epoca dell'invasione Recidività Indole del delirio Tendenze Coscienza apprezzativa Successioni morbose Esito
Istruzione Occupazione o mestiere Stato civile Figliolanza Stato economico Spettanza della retta Giornate di permanenza Data di uscita		

ANAMNESI

Esame somatico

Osservazioni

Altezza del corpo M.

Diametro

Peso K.

CRANIOMETRIA

Circonferenza alla base	Curva antero-posteriore	Curva bisauricolare	Curva fronto-bisauricolare	Curva occipito-bisauricolare	Altezza frontale	Diametro frontale	Diametro antero-posteriore	Diametro bisparietale	Altezza del cranio	Posizione del foro auricolare	Angolo facciale	Angolo frontale	Indice cefalico	Tipo	Stato delle pupille	Osservazioni speciali del cranio
C.																

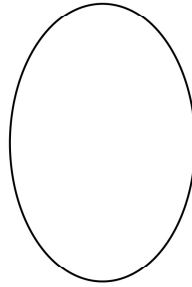
Stato e funzioni dei diversi apparati e organi

MASCHILE CENTRALE
VENETO

FRENOCOMIO

ISOLA S. SERVOLO
VENEZIA

N° d'ordine
—
Anno



N° progressivo
generale

TABELLA NOSOLOGICA

Diagnosi della frenopatia
desunta dai documenti
accompagnatori

di

Entrato il

Numero e Data del
documento accompagnatorio

Paternità, maternità e condizioni dei genitori

Età

Religione

Luogo di { nascita
residenza
provenienz

Occupazione o mestiere

Stato civile

Denominazione ed occupazione della moglie

Figliolanza

Stato economico

Spettanza della retta

Data di uscita

Giornate di permanenza

Costituzione fisica

Stato di nutrizione

Diagnosi frenopatica

Causa

Epoca dell'invasione

Recidività

Indole del delirio

Epifenomeni

Nevropatie e processi morbosi concomitanti

Successioni morbose

Esito

ANAMNESI

1. Ereditarietà
2. Modo di sviluppo degli organi della vita vegetativa e di relazione
3. Epoca dello sviluppo sensuale e fasi della ovulazione successiva
4. Condizioni igieniche dei siti abitati; regime dietetico abituale; qualità e quantità di lavoro ordinario
5. Attitudine intellettuale; istruzione; carattere morale; abitudini; inclinazioni; genere di vita
6. Malattie pregresse; esiti di processi patologici e loro influenze neuropatiche
7. Epoca primitiva di evoluzione della frenopatia; recidività degli accessi ed epoche; dove e come curarli
8. Cause determinanti l'attuale accesso
9. Epoca della sua comparsa; modo d'invasione; fenomeni iniziali e successivi; cura praticata e risultati

MISURE ANTROPO-METRICHE

Altezza del corpo Metri

Peso del corpo Kilogr.

Circonferenza alla base	Curva antero-posteriore	Curva bisauricolare	Curva fronto-bisauricolare	Curva occipito-bisauricolare	Altezza frontale	Diametro frontale	Diametro antero-posteriore	Diametro biparietale	Diametro bisauricolare	Diametro biszigomatico	Diametro mento-sincipitale	Diametro occipito-scapitale	Indice cefalico	Stato delle pupille	Osservazioni speciali del cranio
Mm															

ESAME OGGETTIVO E SOGGETTIVO

1. Caratteri esterni ed esame degli apparati cutaneo; circolatorio; respiratorio; dirigente e sue dipendenze; genito-orinario

2. Stato della sensibilità tattile; dolorifica; termica; muscolare; elettrica; specializzata; cenestetica e terapeutica

3. Stato della motilità

4. Temperatura

5. Sonno veglia

6. Voce e loquela

7. Mimica

8. Fenomeni morbosi accusati dal malato

8. Stato delle facoltà intellettive; affettive; morali; istintive

Continuazione d'esame oggettivo e soggettivo	
<p>10. Manifestazioni negative e positive più costanti che improntano il carattere individuale della follia</p> <p>11. Stato della coscienza psicologica e morale o apprezzativa</p> <p>12. Influenze patologiche contribuenti e complicanti</p> <p>13. Diagnosi frenopatica</p> <p>14. Periodo</p> <p>15. Prognosi sullo stato fisico e psichico</p>	
Andamento della malattia e cura	
<p>Data</p>	

Figura 12. Cartella clinica in uso dal 1880



Figura 13. La calzoleria



Figura 14. La sartoria



Figura 15. Il lavoro agricolo



Figura 16. La falegnameria

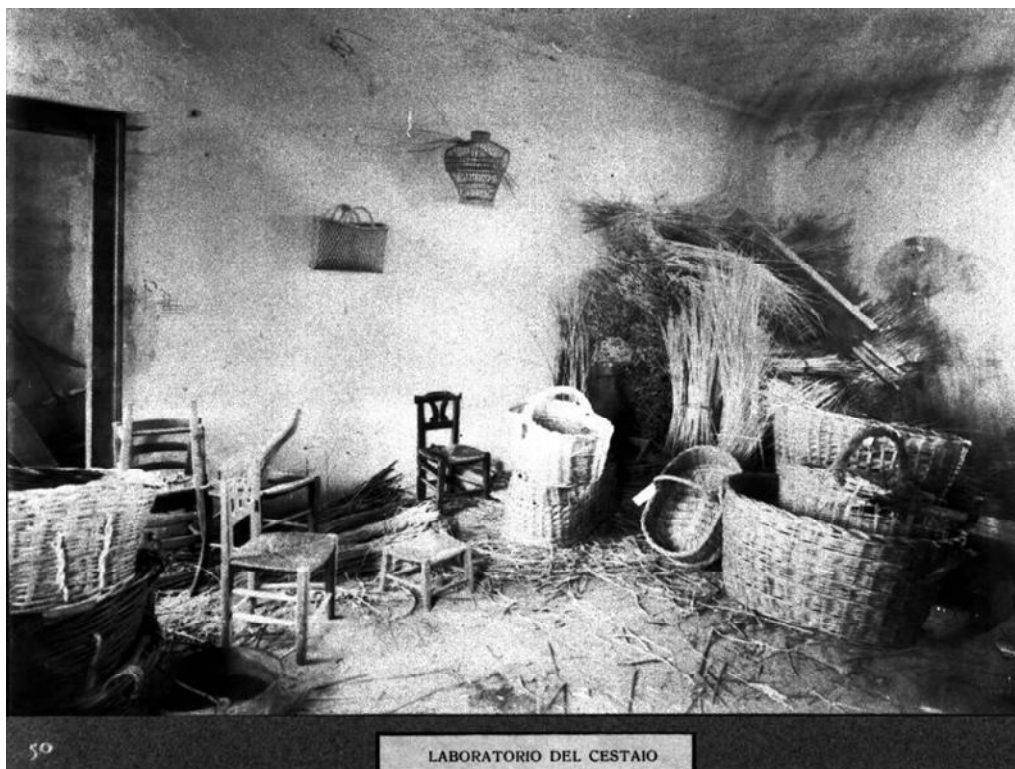


Figura 17. la cesteria



Figura 18. La tipografia



Figura 19. Una delle entrate in manicomio

Capitolo 2

La struttura borderline come patologia dell'identità: la psicoanalisi americana tra gli anni trenta e gli anni settanta.

Seguendo la storia del disturbo borderline di personalità così come tracciata da Stone (1986) nella sua antologia, abbiamo a questo punto, come già rilevato, un salto di circa cinquant'anni. Dalla psichiatria di fine Ottocento si passa infatti ad un testo di Stern, di taglio psicoanalitico, che risale al 1938. Quello di Stern è un linguaggio completamente nuovo, e viene introdotto da Stone da questa semplice constatazione: siamo giunti agli anni dell'affermazione del pensiero psicoanalitico, anni in cui è ormai caduto in disuso il pensiero delle tare ereditarie. Negli anni trenta, spiega Stone, la maggior parte dei più noti ed affermati analisti europei, fra cui appunto Stern, Deutsch, Alexander, Zilboorg, Rado, Hartmann fra gli altri, furono costretti ad emigrare in America per via delle persecuzioni naziste e gli Stati Uniti, paese giovane privo di tradizioni culturali e disciplinari forti e consolidate, li accolse in un modo che rivoluzionò completamente e profondamente la psichiatria americana. Questo mutamento spostò l'asse del discorso borderline dalla discussione di forme più leggere di psicosi, legate a difetti costituzionali, a forme più o meno adatte all'analisi, legate a vicissitudini dello sviluppo infantile. In America negli anni trenta il discorso sui casi borderline è ancora piuttosto indefinito, sostiene Stone, fino all'articolo fondativo e inaugurale di Stern. Sarà tale articolo ad introdurre ufficialmente questa etichetta nel mondo psicoanalitico. In seguito gli altri contributi della psicologia dell'Io formuleranno sempre più accuratamente alcuni aspetti clinici e diagnostici di queste sindromi marginali. Tali descrizioni arriveranno infine a confluire nell'imponente lavoro di sistematizzazione di Otto Kernberg.

Tutto questo è senz'altro vero e tuttavia viene così taciuto un passaggio importante alla base della possibilità stessa di tutto il discorso psicoanalitico sulle sindromi borderline, e più in generale sulle peculiarità del discorso e delle pratiche psicoanalitiche in America, sulle sue forme ed i suoi contenuti. Infatti bisogna anche tentare di capire che cosa ha reso possibile, incoraggiato ed infine portato a divenire egemone un simile tipo di discorso con le sue peculiarità, che lo rendono più o meno differente da quello europeo. Per rintracciare tali coordinate occorre esplorare la nascita ed il modo in cui alcune prime novità concettuali sono venute alla luce per poi trasformarsi o consolidarsi all'interno di un quadro storico in cui rientrano, come già abbiamo visto nel caso della follia morale, trasformazioni sociali, scientifiche e culturali su più livelli e che si intrecciano problematicamente.

Si tratta in questo caso specifico di ricostruire almeno parzialmente i caratteri che la psicoanalisi andò ad assumere negli Stati Uniti anche attraverso un confronto con ciò che invece essa fu nel contesto europeo, sua patria natale, almeno fino alla fine degli anni venti, arco temporale, come abbiamo precisato, completamente ignorato da Stone. Pur non potendo, né volendo dare in questa sintesi un quadro dettagliato ed esauriente della nascita e dei primi sviluppi della psicoanalisi europea e statunitense, cercherò tuttavia di fare almeno dei cenni rispetto ad alcuni passaggi fondamentali per riuscire a svolgere una lettura storico-culturale del periodo successivo, periodo in cui si inscrivono quei testi sul disturbo borderline che analizzeremo più da vicino. Anche perché di fatto, la storia raccontata fino a qui lascerebbe altrimenti un salto epocale notevole, presentandoci senza alcuna spiegazione un panorama ed un vocabolario del tutto nuovi che sembrano non collegati né collegabili a ciò che è avvenuto prima e di cui si è già scritto.

Nell'ultimo estratto commentato nel capitolo precedente, risalente al 1916, c'era già una nuova categoria di casi, definita dallo psichiatra Victor Anderson *Delinquent Type* che andava attribuita ad alcuni mutamenti cui si è solo fatto un veloce riferimento, la visita di Freud e Jung in America e l'ingresso della psicoanalisi all'interno del Movimento di Igiene Mentale. Su questo bisogna ora dare alcune specificazioni per permettere di comprendere l'itinerario storico del disturbo in una prospettiva genealogica.

È noto il potere sovversivo rivestito dalla nascita del sapere psicoanalitico, dal suo particolare statuto epistemologico di verità legata a una pratica trasformativa, dal suo creare uno iato tra la nozione di psichico e quella di cosciente all'interno del quale prese forma quell'inconscio legato alla propria storia personale che davvero contribuì a riconfigurare il Novecento e le nuove forme di soggettività. Sintomo e conseguenza della crisi dell'ordine simbolico precedente, il patriarcale liberalismo ottocentesco legato all'etica borghese, la psicoanalisi, considerata da Freud la terza grande ferita narcisistica inferta all'uomo dal progredire delle sue conoscenze, dopo quella copernicana e quella darwinista, ebbe, almeno al suo esordio, un carattere fortemente problematico e critico nei confronti della civiltà che le dava forma ed un aspetto di emancipazione ed innovazione nella costruzione dell'individualità del singolo. Particolare corpus di conoscenze estraneo alle pretese, regole e forme accademiche, metodo terapeutico e forma di auto esplorazione interiore dei propri limiti, condizionamenti, e moti profondi, nonché sistema foriero di un'antropologia, di un'etica e di una filosofia della cultura, nel 1908, anno in cui si svolse il primo congresso del movimento psicoanalitico a Salisburgo, esso aveva già dato chiara forma ad alcuni dei suoi capisaldi: il metodo delle associazioni libere, lo studio dei sogni, l'idea del conflitto sessuale rimosso alla base delle nevrosi, il ruolo centrale del complesso edipico nella sessualità infantile ed

adulta ed in relazione alla strutturazione psichica, l'idea di resistenza e quella di principio di piacere e processo primario.

Nel 1909, Freud viene invitato alla Clark University del Massachusetts per presentare la psicoanalisi negli Stati Uniti. Non avendo mai avuto una buona opinione della società e della cultura americana, chiese a Jung e Ferenczi di accompagnarlo e partì lusingato dall'invito ma senza entusiasmo e con estrema diffidenza. Confezionò cinque celebri conferenze in cui riassumeva, semplificandola ed eliminando i passaggi più problematici e complessi, la dottrina psicoanalitica. Venne accolto con estremo interesse e ricevette numerosi complimenti anche da personaggi già piuttosto famosi od influenti fra cui William James o Abraham Arden Brill. Al contrario delle sue aspettative, la psicoanalisi ebbe negli Stati Uniti fin dai suoi esordi molto seguito e successo. Ma fu un successo particolare che comportò modifiche profonde o veri e propri stravolgimenti rispetto al contesto originario⁷⁷.

Accenno qui brevemente alle principali caratteristiche della situazione americana a cavallo tra i due secoli che condizionarono il particolare tipo di discorso e di pratica analitica che vi si stabilì e che riprenderò con maggiori dettagli nelle letture critiche:

1- un'idea espansiva ed antinomica della soggettività umana propria della cultura statunitense fin dalle sue origini, laddove a cavallo fra i due secoli "lo spirito della frontiera e la democrazia di massa sostenevano questo senso di sconfinatezza, che conviveva con l'impulso al miglioramento di sé, con il moralismo in fatto di sesso e con la mentalità affaristica" (Zaretsky, 2004, p.91).

2- L'ideologia e la pratica della guarigione taumaturgica, suggestiva o auto-suggestiva, basata su numerose teorie che si focalizzavano sul potere e l'importanza del subcosciente e del mondo psichico. "Alla metà del diciannovesimo secolo, l'apertura degli americani alla terapia psicologica non aveva pari nel resto del mondo", ricorda Zaretsky (2004, p.91). In questo quadro rientra il successo del mesmerismo nonché il fiorire di numerosi gruppi riformisti che cercavano di mettere assieme religione e psicoterapia quali il *New Thought Movement* o il *Christian Science* (Cushman, 1995, p.119).

3- La massiva immigrazione di fine secolo (nel 1890 per fare solo un esempio arrivarono quaranta milioni di nuovi immigrati che si distribuirono nelle diverse città), la crescente urbanizzazione ed industrializzazione, la passata guerra civile ed il permanere di una profonda differenza ideologica, economica e culturale tra Nord e Sud, creavano alla fine dell'Ottocento un quadro di crisi e conflitto, che tuttavia coincideva con l'inizio di un'espansione economica senza precedenti.

⁷⁷ Pare che Freud avesse detto a Jung di fronte alla Statua della Libertà che stavano portando negli Stati Uniti la peste. In realtà, potremmo utilizzare la metafora foucaultiana sulla regolazione della città appestata come prototipo del nuovo tipo di potere produttivo, progressista e individualizzante per descrivere la malattia che negli Stati Uniti contrasse la psicoanalisi. Si vedano per questo i libri di Pietro Barbetta (2003, 2008; Barbetta, Capararo, Pievani, 2004) ed in particolare Barbetta 2007, p.112.

Di questa ambivalente situazione di confusione e caos vollero appunto prendersi cura i movimenti protestanti e neo-evangelici guidati da ideali filantropici e da un determinato riformismo, che, come abbiamo già detto, si collegarono ad idee di miglioramento e guarigione psichica nel tentativo di dare forma alla costruzione individuale di un Sé in grado di autoregolarsi, convivere civilmente, ricongiungersi a Dio, nonostante i problemi della crescente multiculturalità, secolarizzazione, crescita incontrollabile degli agglomerati urbani ed industriali. “La fede americana nelle cure auto suggestive ricevette il massimo impulso dal secondo Grande Risveglio, le grandi ondate di rinnovamento evangelico dell’Ottocento, volte e rivitalizzare le radici calviniste o puritane della nazione. Benché fossero mirati a combattere l’alcolismo e a rafforzare l’etica del lavoro, i movimenti di rinascita erano accompagnati dalla diffusione di sette come il mesmerismo e la chiesa swendemborghiana” (Zaretsky, 2004, p.91).

In questo contesto la psichiatria americana sentiva la fondamentale necessità di rivendicare una propria autonomia e dignità scientifica, distinguibile dalle forme eterodosse di terapia psicologica e medica così diffuse. D’altro canto è proprio all’inizio del Novecento che essa sentiva altresì l’imprescindibile necessità di spostare il focus dei suoi interessi clinici e teorici al di là dei confini angusti delle, allora degradate e stagnanti, condizioni asilari, e di un discorso clinico ripiegato e fermo a fine secolo sulle idee degenerative con relative conseguenze prognostiche. All’inizio del nuovo secolo cominciarono a contagiare l’ambito della psichiatria alcune idee sulla possibilità di trasformazione psichica e sociale che caratterizzavano quel momento storico-culturale nel suo procedere verso un progresso economico e produttivo senza precedenti. Così essa si rese gradualmente espressione e canale di grandi movimenti di riforma sociale e culturale allargando il suo discorso alla psicologia della normalità ed alla prevenzione e cura di varie forme di devianza che vennero in questo nuovo quadro reinterpretate. Non più stigmati di condotte degenerate ereditate ed immutabili bensì comportamenti disfunzionali frutto di un problema psichico connesso a difficoltà formative, educative, familiari, per alcuni aspetti legate, forse, a tratti costituzionali.

Di questo processo ho già indicato due attori fondamentali: la psicoanalisi ed il Movimento di Igiene Mentale. Occorre aggiungere il comportamentismo e la progressiva strutturazione della psicologia accademica con le ricadute applicative che ebbe in America nel mondo del lavoro e, più in generale, istituzionale. Questi elementi, qui solo brevemente citati, permettono già tuttavia di distinguere due fra i principali caratteri che connotarono a partire da allora il mondo delle scienze psichiche in America: il carattere applicativo e sociale fortemente radicato nel sistema produttivo, statale, governativo, accademico, da una parte, la medicalizzazione e le pretese di rigosità e

scientificità ricalcate sulle scienze naturali atta a difendere questo suo stesso carattere istituzionalizzato applicativo, onnipervasivo e così influente nei più diversi ambiti, dall'altra.

Credo sia importante ed utile fornire alcuni elementi di questo quadro storico più generale per permettere di inquadrare in modo opportuno e più significativo i materiali clinici sul borderline che si analizzeranno, nonostante essi risalgano in realtà al periodo successivo, quello che va dagli anni quaranta agli anni settanta e che troverà un maggiore spazio nelle letture storico-critiche della seconda parte del presente capitolo.

Storia della patologia borderline nelle scienze psichiche dal 1900 al 1980

1- Il Movimento di Igiene Mentale

Il Movimento di Igiene Mentale affonda le sue radici nei movimenti di riforma progressisti a cavallo del secolo cui si è già accennato. La Commissione Nazionale per l'Igiene Mentale (NCMH), punta di lancia organizzativa del Movimento, fu creata nel 1909 da un piccolo e selezionato gruppo di accademici, operatori sociali, medici e psichiatri riformisti. Di spicco tra coloro che presero parte alla nascita o ai primi anni del NCMH furono William James, Adolf Meyer, Clifford W. Beers, suo fondatore nonché autore del celebre e innovativo saggio *Una mente che trova se stessa*. Come abbiamo visto questi nomi erano presenti alle conferenze tenute da Freud alla Clark University nello stesso anno, il 1909, presenti ed entusiasti delle possibilità di trasformazione psichica dal medico austriaco delineate, che si situavano esattamente all'incrocio tra grandi corpus teorici che facevano parte dell'orizzonte americano di tali autori: le suggestioni del subcosciente con un accento sulla psiche individuale, la medicina e la neurologia, il mondo intellettuale ed umanistico, da sempre più legato ai problemi posti dal mondo socio-culturale.

Proprio Meyer, esponente di spicco del movimento, si legò fin da subito ai primi tentativi di diffusione e pratica della psicoanalisi negli Stati Uniti⁷⁸. Nel 1911 fondò insieme a Putnam la prima associazione psicoanalitica americana mentre, nello stesso anno, Brill fondava quella di New York, dedicandosi, dopo aver tradotto in inglese le opere di Kraepelin, ad alcune delle prime traduzioni di quelle freudiane⁷⁹. All'interno del gruppo figurava anche William Alanson White, il fondatore nel 1912 di *The Psychoanalytic Review*, la prima rivista psicoanalitica americana, attraverso cui venne per la prima volta e a più riprese sottolineata l'importanza della teoria freudiana per il trattamento delle psicosi. White, già autore, nel 1907, di *Outlines of Psychiatry*, uno dei più diffusi manuali della storia della psichiatria americana, aggiunse, nella sua successiva edizione del volume nel 1911, alla teoria di Janet sull'isteria come restringimento del campo di coscienza quella freudiana,

⁷⁸ Adolf Meyer, psichiatra di origini svizzere di cui parleremo a più riprese in questo capitolo, fu come noto figura fondamentale nel lavoro di stesura alla base della prima edizione del DSM che uscì molto più tardi, nel 1952. I primi passi per la costituzione del manuale risalgono come vedremo ai primi anni della guerra, ed il pensiero e le teorie che lo fondano si sviluppano e consolidano in stretto rapporto con il Movimento di Igiene Mentale, le sue idee, i suoi esponenti.

⁷⁹ È interessante fare qualche breve osservazione su queste prime traduzioni degli *Studi sull'isteria* (1909), *L'interpretazione dei sogni* (1913) e i *Tre saggi* (1918). Per quanto Freud le revisionasse personalmente non poté impedire la scelta di termini latini per designare le istanze psichiche così come l'uso di un vocabolario medico e specialistico completamente assente nei testi originali che utilizzavano invece un linguaggio colloquiale e quotidiano. Per esempio "Lust" voglia o "Trieb" impulso diventarono libido e pulsione. *L'interpretazione dei sogni* uscì corredato dall'avvertimento: "riservata ai membri delle professioni mediche, accademiche, giuridiche e religiose" (in Zaretsky, 2004, p.99). Tali scelte terminologiche anticipano quelle che verranno consolidate dalla tradizione ufficiale successiva dell'intera opera freudiana a cura di James Strachey di cui si dirà qualcosa in più nel prosieguo del testo.

affiancandola ad una forte invettiva nei confronti delle tecniche suggestive. Più in generale White cercava nel suo lavoro teorico e pratico di coniugare il discorso freudiano a quello eugenetico tentando di mettere in luce l'utilità potenziale della psicoanalisi nella prevenzione della delinquenza e della tossicodipendenza.

Tutti gli autori appena citati hanno un'altra caratteristica comune: non furono lontani dal behaviorismo, il cui manifesto venne pubblicato da Watson nel 1914. Anzi Brill lavorò a partire dagli anni venti presso un noto marchio pubblicitario di cui Watson nel 1924 divenne vicepresidente, Watson, che, ricordiamolo, nel 1915 era stato eletto presidente dell'American Psychological Association (APA). Meyer raccomandava ai giovani psichiatri cui insegnava la psicoanalisi in quei primi anni: "L'importante è che il vostro punto di riferimento rimanga la vita in sé e non l'immaginario pozzo nero dell'inconscio" (Zaretsky, 2004, p.98).

Del resto nei suoi primi anni il Movimento di Igiene Mentale fece molto fatica a riformulare il problema della malattia mentale in un'ottica progressista e di potenziale cambiamento, alla luce appunto del pessimismo che aveva caratterizzato come abbiamo visto la psichiatria degenerativa di fine secolo. "Benché le cifre esatte in considerazione della misura del problema erano difficili da stabilire, la leadership di NCMH considerò la malattia mentale come il male sociale più serio dell'epoca, che richiedeva un costo terribile in termini di sofferenza individuale, che rappresentava un gran peso economico per la nazione e che esacerbava molti dei problemi sociali nazionali. Ispirati dai progressi nel campo della salute pubblica, in particolare della campagna contro la tubercolosi, gli igienisti erano desiderosi di lanciare una campagna aggressiva per la prevenzione della malattia mentale. Ma con la rimarchevole eccezione di modeste sovvenzioni dalla Fondazione Rockefeller e dell'industriale Henry Phipps, era difficile trovare dei fondi ed era altrettanto difficile da combattere il generale pessimismo terapeutico della medicina e psichiatria americane riguardo alla malattia mentale caratteristico dell'ultima parte del diciannovesimo secolo. Le prime attività del NCMH furono modeste – limitate a investigare e pubblicizzare il diffondersi del problema della malattia mentale e a migliorare il trattamento e la condizione della sua istituzionalizzazione [...]. Fu nei primi anni venti che l'ambito del NCMH divenne considerabilmente più ambizioso e cominciò quella che potremmo definire una vera e propria crociata per la prevenzione del disagio psichico, prevenzione che si espanse fino ad includere tutte le forme di malessere, estendendosi ben al di là dei confini dell'ospedale e dell'asilo mentale per abbracciare le corti, le prigioni, le industrie e persino ogni luogo ove venissero fatti tentativi intelligenti di dirigere le attività umane" (Cohen, 1983, p.126).

In linea molto generale il Movimento mirava ad ottenere il più ampio consenso possibile, rifuggiva ampiamente le regole scolastiche di predecessori o autorità e fu risolutamente eclettico. Tre furono

le maggiori correnti di pensiero su cui si basava, tutte come abbiamo visto già presenti nel primo anteguerra:

- i concetti psicoanalitici estrapolati da Freud (e, in misura minore, da Jung e Adler);
- la psicologia comportamentale di John B. Watson;
- la psicobiologia di Meyer o la psichiatria dinamica dell' "intera persona" (che metteva insieme come già scritto, concetti tratti dalle due sopra citate correnti di pensiero).

Al centro del suo operato, soprattutto a partire dagli anni venti, anni in cui centrale diventò l'idea di colonizzare il mondo della scuola, come avamposto per eccellenza di qualsivoglia forma di prevenzione, fu l'idea di personalità ed il problema dei suoi disturbi.

La moderna idea di personalità, come abbiamo rilevato, emerse a cavallo tra i due secoli ma si affermò solo nel primo dopoguerra. Nel 1930 Gordon W. Allport scrive che l'interesse per il concetto di personalità raggiunge "proporzioni sorprendenti". Nel 1934 nell'Enciclopedia delle Scienze Sociali, Edward Sapir distinse cinque significati generali del termine "personalità" - filosofico, fisiologico, fisico-psicologico, sociologico e psichiatrico- osservando tuttavia infine che "è la particolare concezione psichiatrica della personalità [...] che è la più difficile da assimilare ma la più importante da evidenziare" (Cohen, 1983, p.124).

Proprio la concezione psichiatrica della personalità fu adottata, o forse sarebbe meglio dire formata e plasmata, dal movimento igienista: "La frase 'sviluppo di personalità' nel discorso igienista è un'abbreviazione per un insieme di assunzioni sistematicamente collegate, attitudini e concetti che comprendono i seguenti elementi essenziali: i disadattamenti di personalità causano il disordine mentale dell'individuo e problemi sociali di ogni sorta; l'infanzia è un periodo critico nello sviluppo della personalità, i bambini sono estremamente vulnerabili ai disordini di personalità; la scuola è un'agenzia strategica per prevenire, o investigare e risolvere problemi nello sviluppo di personalità dei bambini; infine, lo sviluppo di personalità dei bambini deve avere la priorità su qualsiasi altro obiettivo educativo. È applicabile in questo caso il concetto di paradigma di Kuhn" (Cohen, 1983, p.124).

In questo insieme di idee, si possono vedere chiaramente declinate le basi teoriche fornite dal comportamentismo, da una certa vulgata psicoanalitica nonché quella concezione di autorealizzazione già presente in America cui si è sopra accennato.

Un aspetto era considerato cruciale: la malattia mentale non doveva essere considerata una "malattia" del cervello o del sistema nervoso, ma un disordine della personalità di cui forse le corrispondenze biologiche sarebbero state successivamente trovate ma che intanto doveva essere decodificata, e soprattutto combattuta, nell'arena sociale ed educativa. Più precisamente la malattia mentale intesa come disordine della personalità si traduceva in un'incapacità di affrontare le

difficoltà, gli stress della vita. Secondo gli igienisti, le emozioni, in contrasto con l'intelletto, erano il "fulcro essenziale" della personalità e "l'aspetto della vita mentale in genere più determinante" (Cohen, 1983, pp.126-127). La malattia mentale non colpiva improvvisamente ma si sviluppava con insidia, tuttavia poteva essere possibile individuarne le avvisaglie appena percepibili grazie ad una maggiore attenzione. Tra queste: "la tendenza ad essere evasivi, ad isolarsi, la passività, l'introversione; ciò che Hoch classificò come 'personalità chiusa' erano i primi sintomi di malattia mentale potenzialmente seria" (Cohen, 1983, p.127). Ma ciò che più contava per gli igienisti era che la personalità doveva essere considerata malleabile, modificabile.

La riformulazione igienista del ruolo della personalità nel disordine mentale ebbe implicazioni che andavano ben al di là della sua prevenzione. Nuove prospettive si aprirono alla comprensione di dipendenza, delinquenza, crimine, e molte forme di comportamento deviante. Tutto veniva interpretato come "sintomo" di un malessere latente della personalità, per la formazione della quale il periodo cruciale era l'infanzia. Anche prima della prima guerra mondiale, psichiatri progressisti come Meyer, Campbell, William Healy, John MacCurdy e L. Pierce Clark, tra gli altri, avevano richiamato l'attenzione sul sistema scolastico pubblico come un campo fertile ed inesplorato per il lavoro di igiene mentale. Nel periodo anteguerra queste dichiarazioni erano solo delle speranze. Ma la prima guerra mondiale fece da catalizzatore.

Nel 1917, quando gli Stati Uniti entrarono in guerra, l'NCMH concentrò i suoi sforzi organizzando il servizio psichiatrico per le forze armate. Il successo psichiatrico nel trattamento dei così detti casi di *shell shock* confermò le convinzioni igieniste sul ruolo della personalità nel disordine mentale. Thomas Salmon spiegò che le basi psicologiche delle nevrosi di guerra, come quelle di nevrosi nella vita civile, hanno a che fare con l'incapacità individuale di auto correggersi; la causa era nella formazione della personalità. Le vittime del così detto *shell shock* soffrivano di una "predisposizione" al malessere, residuo delle esperienze dell'infanzia⁸⁰. Ciò confermava la necessità della prevenzione, in particolare di quella scolastica.

In effetti, come scrive Cohen: "La guerra servì da catalizzatore al Movimento di Igiene Mentale in parecchi significativi modi. Diede agli psichiatri un'occasione per assumere una nuova identità professionale. Essi appresero che potevano diventare utili al di fuori delle case di cura e degli ospedali. Molti psichiatri uscirono dal servizio di guerra determinati ad abbandonare il lavoro con i folli, i deficienti mentali e gli alcolizzati, che erano stati la loro preoccupazione prima della guerra. Preferirono avere a che fare con i problemi generali di personalità. Nel periodo post-bellico gli

⁸⁰ Su questo si può vedere l'ottimo lavoro di ricostruzione storica e genealogica del Disturbo post-traumatico da stress dell'antropologo della medicina Allan Young (2001). Fino agli anni novanta di fatto la maggioranza dei pazienti affetti da questo disturbo erano veterani del Vietnam trattati in ospedali gestiti dalla US Veterans Administration. Ancora oggi questa amministrazione rimane la principale risorsa sul disturbo.

psichiatri erano entusiasti specialmente dalla possibilità di penetrare nel campo sociale e usare le loro nuove conoscenze per indirizzare i problemi sociali della vita. Iniziarono ad intravedere un ruolo ampiamente sociale per l'igiene mentale. La prevenzione della malattia mentale, dichiarò Salmon nel 1920 era solo una relativamente piccola parte del campo dell'igiene mentale. Il vero compito dell'igiene mentale era quello di un intervento scientifico negli affari pratici” (Cohen, 1983, p.127-128). Fu nel 1917 che The Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (poi diventata the American Medico-psychological Association), formulò per la prima volta un piano di statistiche uniforme per i disturbi mentali, ad uso degli ospedali, che comprendeva alcune possibili etichette diagnostiche, pur limitate nel numero. Era il primo dei passaggi che condusse, molto più tardi, nel 1952, alla prima stesura del DSM e fu proprio la NCMH (che poi si trasformò nella National Association for Mental Health) ad introdurre tali statistiche negli ospedali del paese ed a continuare a pubblicare lo *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases* negli anni a venire.

Nel periodo post-bellico il movimento di igiene mentale, raccolti numerosi consensi e dati anche grazie al lavoro svolto all'interno dell'esercito, entrò definitivamente nella sua nuova fase. Al congedo dalle forze armate durante la guerra, quando rioccupò il suo posto di direttore medico al NCMH, Salmon prima di dare le dimissioni nel 1922, pianificò un serio “Programma per la Prevenzione della Delinquenza” finanziato dal Fondo del Commonwealth. Il programma riguardava la prevenzione della delinquenza giovanile solo nominalmente, in realtà si spingeva più lontano di quanto il suo titolo indicasse. L'obiettivo iniziale era di fornire servizi psichiatrici per bambini “pre-delinquenti” o “problematici”. Ma molto velocemente gli igienisti vennero alla conclusione che nel momento in cui i bambini venivano sottoposti all'attenzione degli psichiatri o degli operatori sociali, era troppo tardi. Negli interessi della prevenzione era cruciale raggiungere i bambini prima che essi diventassero sintomatici.

Uno dei problemi era che la conoscenza dei genitori dello sviluppo del bambino era “pre-scientifica”: essi ignoravano il significato e l'importanza della personalità e del suo sviluppo. Una soluzione a questo poteva essere la loro educazione ed in effetti l'educazione dei genitori fu una strategia chiave degli igienisti negli anni venti. Il Movimento creò dei legami con i maggiori gruppi interessati all'orientamento dei genitori come la Child Study Association America, il National Congress of Parents and Teachers e il National Council of Parent Education. Cionondimeno, l'educazione del genitore ebbe questo principale inconveniente: i genitori non potevano essere costretti a seguire corsi di educazione genitoriale o ad ottenere un diploma in igiene mentale prima di avere dei bambini. Così lo psichiatra Ralph Truitt, capo della divisione NCMH nelle Child Guidance Clinics proponeva: “ Se vogliamo prevenire la dipendenza, la delinquenza, il disagio e

l'inadeguatezza in generale [...] la scuola dovrebbe essere il punto centrale del nostro intervento" (in Cohen, 1983, p.129). La scuola permetteva di accedere ai bambini nei loro anni formativi e tutti erano obbligati a frequentarla.

Gli igienisti guardarono alla scuola come allora si presentava quale un luogo completamente stressante e patogeno per i bambini. La scuola creava nei bambini ferite, "sentimenti di inferiorità, problemi comportamentali come l'assenteismo o la delinquenza giovanile o peggio il ritiro psichico", e "lo sviluppo di un'attitudine antisociale [...] la personalità chiusa in se stessa" (Cohen, 1983, p.129). Per cercare di ridurre questi problemi il Movimento cominciò a criticare ed a cercare di sminuire il tradizionale soggetto accademico. Gli igienisti credevano che il corso di studi tradizionale, antiquato e fallimentare, si basasse erroneamente su assunti razionalistici sul ruolo dell'intelletto nella vita mentale. Perciò descrivono invariabilmente il corso di studi accademico in termini peggiorativi: il "corso di studi rigido", il "menù accademico", gli "antichi ideali scolastici di educazione", la "mera acquisizione del sapere" (Cohen, 1983, p.130). Avanzarono alcune proposte concrete per una riforma dei corsi di studi. Stimolarono gli insegnanti a sminuire il contenuto e prestare maggiore attenzione allo sviluppo della personalità del bambino piuttosto che al suo sviluppo intellettuale. Così predicava White: "l'educazione è stata [...] troppo relegata all'insegnamento; ha bisogno di essere sviluppata come uno schema di assistenza e guida allo sviluppo della personalità" (Cohen, 1983, p.130). Le procedure disciplinari costituivano l'altro grande bersaglio della campagna igienista in quanto grande ostacolo allo sviluppo della personalità dei bambini.

A partire da ciò era fondamentale che gli insegnanti assumessero il "punto di vista dell'igiene mentale" nei confronti dei problemi comportamentali dei bambini e delle relative modalità di punizione. Ciò che gli igienisti desideravano era che i concetti e le tecniche che gli psichiatri allora applicavano agli studi e alla riabilitazione di delinquenti e criminali venissero applicate dagli insegnanti nei confronti dell'indisciplina dei bambini nelle scuole. È possibile identificare uno specifico insieme di assunti che riassume la concezione igienista in proposito: "l'indisciplina nei bambini non era una colpa, ma un sintomo. I bambini che avevano un cattivo comportamento non erano volontariamente 'cattivi', da punire, ma malati di un malessere da 'trattare' o 'correggere'" (Cohen, 1983, p.130). La scoperta dei motivi era l'imperativo, il perno della gestione dei problemi di cattiva condotta. Gli igienisti invitarono gli insegnanti a prestare minor attenzione al comportamento manifesto e maggiore invece alle ragioni, "più o meno inconscie" di esso, dando rilevanza a ciò su cui il bambino aveva scarso controllo e per il quale non poteva essere ritenuto responsabile.

Il successo o il fallimento dell'igiene mentale in classe dipendeva in grande parte dalla personalità dell'insegnante. Era l'insegnante ad essere la persona fondamentale nella scuola, in quanto in continuo contatto col bambino, e determinante nel condizionare lo spirito e l'atmosfera nella classe. Tutti i tentativi di rendere la scuola un luogo terapeutico ed un'istituzione per lo sviluppo della personalità dei bambini sarebbero falliti se l'insegnante stesso fosse stato emotivamente immaturo, se avesse riversato i propri problemi personali sui bambini, o se avesse ignorato come la sua personalità ed attitudine potessero potentemente influenzare la classe. Così incoraggiavano le istituzioni a fare dei training per insegnanti, per esaminare e selezionare quelli più adatti sulla base della malleabilità della personalità e per modificare i metodi di insegnamento e disciplina.

Per riassumere, possiamo dire che gli igienisti formularono un modello medico o terapeutico di istruzione: la scuola come una clinica psichiatrica; ogni bambino un "problema"; l'insegnante come un terapeuta-clinico; l'atmosfera del tempo trascorso in classe quella di un'ora di terapia; e l'obiettivo la correzione della personalità dei bambini.

Grazie all'opera del Movimento d'Igiene Mentale nell'ambito dell'educazione, crebbe in proporzioni impressionanti il numero di psichiatri, psicologi, operatori sociali, insegnanti ispettori, consiglieri per la guida del bambino, e altre figure professionali per la salute mentale all'interno delle scuole. Ma questo è ancora un aspetto periferico. Il vero obiettivo degli igienisti era cambiare la professione stessa dell'insegnante ed il punto di vista di quest'ultimo nel campo dell'educazione, fino a modificare i propri metodi, obiettivi, valori, la propria nozione di quali problemi fossero importanti o meno, di cosa enfatizzare o sminuire. Per questo il NCMH non cercava di raggiungere i propri scopi attraverso atti legislativi o ordinanze del consiglio d'amministrazione, non mirava a cambiamenti strutturali o organizzativi dell'istituzione. Aveva anzi programmaticamente poca fiducia in simili riforme. Il fine ultimo era piuttosto mutare l'orientamento dei professionisti, il loro schema di referenze, soprattutto la loro "attitudine", una parola chiave degli igienisti, verso i bambini, e l'apprendimento. E per fare questo occorreva compiere un passo ulteriore e fondamentale: influenzare significativamente l'opinione pubblica.

Nel 1917 il NCMH fondò un primo giornale, **Igiene Mentale**, indirizzato ai "capi della comunità" e leggibile da "avvocati, uomini del clero, ufficiali pubblici, studiosi di problemi sociali". Nel 1924 il movimento aveva 5.000 iscritti. Nello stesso anno fu affiancato dal mensile **Mental Hygiene Bulletin**, distribuito a circa 10.000 iscritti. La strategia del NCMH era di diffondere il punto di vista dell'igiene mentale tra psichiatri, psicologi, operatori sociali così come tra importanti gruppi coinvolti nell'educazione dei genitori e nel benessere del bambino in genere, divulgandolo poi a cascata agli educatori di professione.

Qui il Program con i suoi fondi rappresentò una fonte inestimabile. Sostenuto da psichiatri, psicologi e operatori sociali, e con le sue sovvenzioni alla New York School of Social Work, al Bureau of Child Guidance, e più tardi anche all'Institute of Child Guidance, così come all'American Orthopsychiatric Association, del quale aiutò la fondazione, il Program era ben organizzato per cooptare le professioni assistenziali. Esso era concepito in modo che ognuna delle sue agenzie avesse un compito educativo, tutti coordinati e integrati da Barry C. Smith, un operatore sociale formatore che aveva esperienza nell'organizzare i grandi sforzi di beneficenza nazionali durante la prima guerra mondiale. Vennero fondate organizzazioni specifiche chiamate "cliniche di guida del bambino". Ogni clinica di guida del bambino del Program, con le sue classi o corsi per gruppi di insegnanti, congregazioni clericali, clubs femminili e associazioni di genitori, aveva la funzione di laboratorio scolastico per l'igiene mentale. Inoltre il programma fondò una propria casa editrice, pubblicò un notiziario bimestrale e fornì un servizio referenziale e bibliografico per indagini, così come uno sportello di informazioni aperto a tutti.

Grazie al Commonwealth Fund, gli igienisti furono in grado di lanciare una campagna per evangelizzare i leaders dell'opinione pubblica attraverso il dialogo sussidiato o la parola scritta. Vennero conservate le registrazioni esatte. Tra il 1922 e 1926 i membri dello staff del Program raccolsero 2345 discorsi e 120 letture formali e pubblicarono 83 articoli. Inoltre il Program distribuì parecchi libri indirizzati all'opinione pubblica in genere. Dal 1928, 98.359 tra libri e pamphlets vennero distribuiti gratuitamente, comprese 15.922 copie del pamphlet di Howard Nudd "L'insegnante indagatore", 13.869 copie dell'articolo di Bernard Glueck "Alcuni problemi extra-scolastici della classe", e 11.762 copie di "Il bambino problema nella scuola" di May B. Sayles. L'influenza di questa campagna fu enorme ma non solo per le proporzioni e per le cifre che raggiunse. Non solo crebbe da un punto di vista quantitativo, ma la sua influenza fu profonda anche per via della qualità dei suoi risultati, per la legittimità ottenuta dalle loro idee. La Conference on Child Health and Protection organizzata alla Casa Bianca nel 1930 può darne testimonianza. Fu la più grande conferenza sul benessere del bambino mai tenuta negli Stati Uniti fino ad allora, alla quale parteciparono attivamente 1200 "esperti". La Conference mise la visione dell'igiene mentale sull'educazione nell'agenda nazionale e fornì agli igienisti un forum nazionale.

Negli anni trenta il Movimento colonizzò anche l'adolescenza e la scuola superiore. Negli ultimi anni trenta il linguaggio igienista informava del tutto anche l'educazione secondaria. Solo un esempio: il volume sommario della Commissione sul Corso di Studi Secondario dichiarava che "Dal punto di vista di questo libro, le distinzioni comunemente tratte tra l'educazione [...] la guida e la terapia [...] non sono così fondamentali come sembra".

Un flusso di testi sull'igiene mentale per insegnanti fece la sua comparsa alla fine degli anni trenta e durante il decennio successivo grazie ad alcune tra le migliori e più prestigiose case editrici dell'epoca: Pitman, Longmans, Green, McGraw-Hill, Farrar-Rinehart, Houghton-Mifflin, Macmillan D. Appleton e Ronald Press. Gli autori erano professori di educazione affiliati a collegi ed università geograficamente diverse e formavano un gran numero di trainer per insegnanti. Infine, negli stessi anni, la retorica e le concezioni dell'igiene mentale iniziarono ad apparire in pubblicazioni sponsorizzate da potenti organizzazioni educative professionali come la National Education Association, la Educational Policies Commission e l' American Council of Education. La retorica igienista veniva impiegata per spiegare e giustificare le innovazioni sponsorizzate dal sistema come il "programma attività" e il "corso di studi centrale" (*core curriculum*).

Il Commonwealth Fund aveva iniziato a porre termine al Program of Prevention of Delinquency così come alla cospicua sovvenzione a favore del NCMH nel 1933. Nel 1940 il NCMH pubblicò *Understanding the Child*, un giornale indirizzato agli insegnanti. E lo ampliò con supporti audiovisivi e corsi sulle "relazioni umane" ad uso delle scuole. Per il resto era moribondo. Nel 1950 fu costretto ad unire le forze con quelle del National Mental Health Foundation e con la Psychiatric Foundation per dare vita alla National Association for Mental Health. Il NCMH lasciò così in silenzio la scena. Ma il suo indirizzo di ricerca si era ormai consolidato e aveva lasciato segni indelebili.

Se si guarda al DSM-I ed alle caratteristiche delle scienze psichiche americane della prima metà del secolo ciò è estremamente evidente. Di questo panorama è necessario ora descrivere alcuni ulteriori tratti. Prima di passare al commento dei testi fondativi del linguaggio psicoanalitico sulle sindromi borderline si darà dunque spazio a qualche breve nota sulla diffusione della psicoanalisi in America e sulla prima edizione del DSM ed il lavoro che fu svolto per la sua stesura.

Per quanto riguarda il mondo psicoanalitico americano a partire dagli anni venti si deve infatti ricordare come esso si configurò quale parte attiva di diversi processi sociali, economici e culturali, fino a divenire un vero e proprio protagonista nell'ambito della cura della salute mentale del paese. Abbiamo già visto l'importante ruolo che la psicoanalisi ricoprì all'interno del Movimento di Igiene Mentale. È comunque vero che, anche al di fuori del NMCH, e rimanendo nei suoi propri centri di diffusione, essa diventò un universo dai caratteri ben diversi rispetto a quella europea degli stessi anni. Il confronto con l'Europa è in questo senso impressionante ed emblematico. Alle caratteristiche essenziali che emergono da questo accostamento sarà dedicato il prossimo paragrafo. Per quanto invece concerne il DSM-I può essere utile commentare da vicino il percorso del manuale ed il suo esito per meglio mostrare l'intreccio delle nozioni e delle ideologie che andarono a caratterizzare le scienze psichiche americane nella prima metà del Novecento. Tutte le voci dei

diversi attori sociali del campo *psy* possono infatti essere individuate nel compendio di questo manuale di cui seguiremo tutte le evoluzioni anche in virtù della progressiva importanza che esso verrà ad assumere nella psichiatria internazionale. A questo sarà invece dedicato il paragrafo successivo, per poi finalmente guardare più da vicino ai testi sulle sindromi borderline del periodo successivo nel tentativo di darne una lettura critico-intepretativa come si è già fatto, nel capitolo precedente, con i testi sulla follia morale.

2- La psicoanalisi tra Europa e America fra gli anni venti e trenta

Mentre durante il corso degli anni venti e trenta, la psicoanalisi si diffuse in Europa soprattutto negli ambienti intellettuali, filosofici, artistici e letterari, e fu accolta e rielaborata per esempio dalle varie correnti moderniste, negli Stati Uniti essa come si è già detto si legò invece perlopiù alle professioni sociali e mediche, nonché in misura minore, al mondo del cinema, della pubblicità e delle aziende. Negli anni venti in ogni caso, in un contesto storico e culturale dominato dal fordismo, dal mercato dell'automobile e dalla nascita del consumo di massa, l'America era già il paese mondiale con il più alto numero di analisti, molti dei quali si recavano ancora in Europa, a Vienna o a Berlino per formarsi. Ciononostante, a dispetto della differente posizione dei colleghi europei, nel 1925 l'Associazione psicoanalitica americana approvò la regola che rendeva obbligatoria la laurea in medicina per svolgere la professione di analista.

Per tutta risposta Freud scrisse nel 1926 *Il problema dell'analisi condotta da non medici*, in cui sosteneva, riconfermando la proposta già approvata nel primo congresso psicoanalitico post-bellico, tenutosi a Budapest nel 1918, la necessità di permettere a non medici di fare gli analisti. Anzi, dichiara addirittura "l'insegnamento medico non solo superfluo per chi volesse intraprendere l'attività dell'analista, ma persino nocivo" (in Vegetti Finzi, 1986, p.127). Il fatto è che, nella compagine europea, l'analista doveva piuttosto essere un intellettuale umanistico. Per Freud la medicalizzazione rappresentava "l'ultima maschera assunta dalla resistenza alla psicoanalisi e la più pericolosa di tutte". Era convinto che la psicoanalisi sarebbe andata incontro a un triste destino qualora non si fosse riusciti "a crearle una posizione autonoma, distinta dalla medicina" (in Zaretsky, 2004, p.214).

Tuttavia la preminenza economica della psicoanalisi americana su quella europea faceva sì che essa veniva ad assumere un peso sempre maggiore ed ottenesse cospicui successi nel perseguire i suoi intenti di medicalizzazione ed espansione sociale. Ciò esacerbò l'antiamericanismo di Freud, che già nel 1919 aveva più del 60 per cento dei suoi pazienti provenienti da oltre Atlantico ovvero, come lui stesso affermava, da "Dollaronia", quella folle "Adleria anale" che era secondo lui

appunto l'America. Nel 1920 esortava Rank a chiedere onorari elevati "a quei selvaggi", nonostante la possibilità di pubblicazione della maggior parte delle riviste psicoanalitiche europee dipendesse già dall'America. Negli Stati Uniti degli anni venti e trenta la psicoanalisi informava ormai il linguaggio degli psicologi del lavoro e delle organizzazioni, quello degli psichiatri, quello degli insegnanti e dell'educazione, quello degli assistenti sociali.

Non che in Europa la psicoanalisi non avesse conosciuto negli stessi anni un'espansione applicativa, sia per quanto riguarda i luoghi terapeutici, sia per quanto riguarda le categorie degli utenti e l'ampliamento teorico del suo corpus di conoscenze. Sulla base per altro delle medesime necessità, per esempio il problema, dopo il primo conflitto mondiale, delle nevrosi di guerra.

Il congresso di Budapest si svolse su invito di Béla Kun proprio sulla base dell'interesse del governo ungherese nei confronti della cura di questo tipo di sindromi. L'obiettivo del congresso era in ogni caso più ampio: si voleva definire meglio i caratteri della disciplina, la sua pratica, la necessaria formazione. Nello specifico, furono due le questioni discusse dal congresso: l'obbligatorietà dell'analisi personale propedeutica come *conditio sine qua non* della professione analitica, nonché la prospettiva di una terapia finanziata con denaro pubblico a partire dall'idea della psicoterapia come diritto.

Per quanto riguarda questa seconda decisione, a partire da allora si ebbe senz'altro una diffusione capillare di quella che venne poi chiamata psicoanalisi applicata anche in Europa, per cui essa cominciò ad inserirsi negli asili, nei consultori, nei centri psicopedagogici, insomma nei servizi sociali. Il governo comunista ungherese assicurò a Freud il sostegno statale per la creazione di consultori psicologici, e negli stessi anni sorsero istituti psicoanalitici per i pazienti che non si potevano permettere un'analisi privata quali la Tavistock Clinic a Londra. Nel 1920 fu inaugurato a Berlino il "Policlinico psicoanalitico" nella Potsdamer Strasse che forniva psicoterapie a costi contenuti grazie a sovvenzioni statali. In questo luogo gli analisti arrivarono a svolgere anche un ruolo pedagogico rilevante, tenendo conferenze, distribuendo opuscoli divulgativi per le famiglie operaie, mettendo in piedi istituzioni di cura per bambini, adolescenti o adulti in connessione al movimento socialista e diffondendo idee quali la necessità di eliminare le punizioni corporali e riflettere sul proprio ruolo ed i propri coinvolgimenti piuttosto che irritarsi e dettare regole. Proprio l'Istituto di Berlino, come vedremo, e certo non casualmente, fu importantissimo nella formazione della maggior parte degli psicoanalisti americani che si affermarono nei decenni successivi, in particolare per quella corrente psicoanalitica detta dell'Io su cui torneremo.

Per quanto riguarda invece la regola dell'analisi didattica, essa aveva il precipuo fine di garantire l'autonomia della psicoanalisi rispetto alla psichiatria, la quale esigeva la laurea in medicina, nonché rispetto ad altre possibili varie tecniche terapeutiche popolari. I requisiti per diventare

analista erano così definiti: “una preparazione psicologica ed il libero discernimento umano” (Zaretsky, 2004, p.150). Numerosi erano allora gli analisti anche di grande fama che ricoprivano posizioni rilevanti all’interno del movimento senza essere medici: Pfister (pastore protestante), Anna Freud (insegnante), Lou Andreas Salomé e Otto Rank (scrittori), Ella Freeman Sharpe (docente di letteratura), Ernst Kris (storico dell’arte), o ancora Melanie Klein, che neppure era laureata.

La psicoanalisi europea rimaneva perlopiù, e si vantava di rimanere, al di fuori delle università, conservando il carattere di un sapere che aveva un inedito potere di trasformazione personale. Durante il corso degli anni venti essa fu esplorata con entusiasmo da tutte le maggiori correnti artistiche ed intellettuali europee contribuendo a quella ricerca di un nuovo ideale di civiltà che tali movimenti culturali stavano svolgendo dopo il crollo senza precedenti della prima guerra mondiale, che con il suo numero impressionante di morti aveva affossato definitivamente il vecchio ordine liberale. Né la proprietà, né la famiglia, né l’etica del lavoro avevano in questo nuovo quadro una posizione importante, centrale era piuttosto la relazione interiore dell’individuo con se stesso, nel tentativo di ridefinire una possibilità ed un ideale nuovo di autonomia ed un percorso identitario. Anche per questo Freud fu costretto ora ad occuparsi dell’Io, e del suo difficile ruolo di mediazione fra pulsioni e civiltà. Questo fu un problema su cui tutti gli analisti si trovarono a riflettere, e conobbe in Europa tre declinazioni teoriche molto differenti, quella che prese forma a partire dal pensiero di Melanie Klein a Londra, quella di Lacan a Parigi, e quella di Ferenczi, cui seguirono gli importanti contributi di Imre Hermann e Balint, fondamentali riferimenti kohutiani, a Budapest. Oltre, ovviamente il filone, che conobbe la sua maggiore diffusione negli Stati Uniti della cosiddetta psicologia dell’Io. In effetti il famoso intervento sullo stadio dello specchio di Lacan risale al 1936, anno in cui venne pubblicato il celebre *L’Io e i meccanismi di difesa* di Anna Freud.

Di quest’ultima corrente, essendo quella che maggiormente ha contribuito alla storia del disturbo borderline, dirò qualche parola in più. Il suo avamposto fu come già accennato l’Istituto di Berlino. Vi si formarono tra gli altri, per fare dei nomi significativi, Helene Deutsch, Sandor Rado, Karen Horney, James Strachey. Fra tutti gli istituti di formazione questo era quello in cui la trasmissione del sapere era maggiormente regolata e fissata, inoltre come abbiamo già visto, l’analisi si legava al lavoro sociale e poteva riguardare bambini, adolescenti, delinquenti, confrontandosi con la necessità di curare casi psicotici o comunque al di fuori delle tradizionali psiconevrosi freudiane, così tipicamente alto-borghesi.

A fronte dell’inizio delle persecuzioni naziste, questi analisti di diverse provenienze formati a Berlino, tornarono o approdarono per la prima volta negli Stati Uniti. Qui si unirono ad altri analisti americani, fra cui il già citato Brill che, in questo processo, giocò un ruolo fondamentale, per poter

portare avanti una loro differente linea di pensiero psicoanalitica, orientata ad una maggiore scientificità e con maggiori relazioni con la realtà esterna, che, proprio per queste sue caratteristiche, riusciva ad inserirsi in quel tentativo di dare forma alla “grande scienza” americana incoraggiata dalla seconda rivoluzione industriale, ovvero quella ricerca statunitense finanziata dalle fondazioni che privilegiava i tentativi di previsione e controllo dei fenomeni, e dunque disponeva di fondi cospicui: “Nel 1932, quando Alexander assunse la presidenza della Società Psicoanalitica di Chicago, Karen Horney diventò una sua assistente. Sàndor Rado andò a New York a organizzare un istituto sul modello di Berlino e la somma raccolta per quella impresa, quarantamila dollari, era di un’entità inimmaginabile per i gruppi europei” (Zaretsky, 2004, p.215). Nel 1938, il gruppo americano proclamò definitivamente la propria indipendenza dall’Associazione Internazionale.

Seguendo la ricostruzione di Silvia Vegetti Finzi le personalità più significative ed influenti di questo nuovo gruppo sarebbero state:

- Sandor Rado, medico di origine ungherese, nato nel 1890 ed amico di Ferenczi, formatosi presso l’Istituto di Berlino, già direttore dal 1922 delle rivista *Internationale Zeitschrift* e dal 1927 di *Imago*, si trasferì nel 1931 negli Stati Uniti e fondò presso la Columbia University il primo istituto psicoanalitico accademico. Fu lui alla guida dell’indipendenza della scissione americana e un feroce oppositore dell’analisi condotta da non medici. Egli vedeva l’analisi come un forma di rieducazione emotiva in cui una cospicua parte doveva essere occupata dalle necessità e difficoltà presenti del paziente, centrata sulle componenti conscie e le capacità adattive dell’Io (Vegetti Finzi, 1986, pp.224-225). Negli anni quaranta egli diede un contributo al dibattito psicoanalitico su omosessualità e bisessualità nel tentativo di ricondurre entrambe all’ambito del patologico (Zaretsky, 2004, p.341).

- Helene Deutsch, nata nel 1884 in Polonia, psichiatra a sua volta divenuta psicoanalista presso l’Istituto di Berlino, nel 1935 lasciò Vienna contro il parere di Freud per trasferirsi a Boston presso Hanns Sachs, seguita da Edward e Grete Bibring. È noto il suo contributo alla psicologia femminile e la sua contrapposizione alle posizioni culturaliste di Karen Horney, in virtù di un riferimento all’anatomia e alla biologia come referenti primi per la specificità di genere, la quale vedrebbe la donne per natura legate al compito materno⁸¹.

- Franz Alexander, nato a Budapest nel 1891, formatosi presso l’Istituto di Berlino, fondò nel 1923 l’Istituto Psicoanalitico di Chicago. Anche per lui centrali erano i conflitti attuali del paziente

⁸¹ Naturalmente una notazione del genere fa in parte torto alle posizioni della Deutsch che non mancò in qualche occasione di fornire specificazioni più sottili. Un simile accenno ha qui tuttavia solo il senso di tratteggiare un substrato comune di idee di questo gruppo di autori, che riportano all’interno di una teoria di un normale e acritico adattamento allo status quo le più eterodosse precedenti affermazioni freudiane.

piuttosto che le vicende infantili e determinante anche nella sua teoria e pratica, la funzione, lo sviluppo, le difese, i tentativi di adattamento dell'Io (Vegetti Finzi, 1986, p.227). Nel suo discorso di insediamento alla presidenza dell'Associazione americana di psicoanalisi deplorò "l'uso del termine 'movimento' per indicare l'appartenenza alla psicoanalisi, auspicò 'una conoscenza più esatta, più quantitativa [...] più precise prove sperimentali. Come si esprime Kurt Eissler, Alexander 'trasformò la psicoanalisi in una scienza del buonsenso, adattandola all'orizzonte del medico generico'" (Zaretsky, 2004, p.268).

- Ernst Simmel, anche lui medico formatosi presso l'Istituto di Berlino, fu tra i primi psicoanalisti a portare la terapia in contesti ospedalieri. Nel 1934 fondò la prima Società Psicoanalitica di Los Angeles. Si occupò soprattutto di cura delle tossicodipendenze e di nevrosi di guerra che disintegravano l'identità dei soldati.

- Paul Federn, psicoanalista viennese nato nel 1872, emigrò a New York nel 1938. Si occupò principalmente del trattamento psicoanalitico delle psicosi, le quali a suo giudizio non sarebbero legate a ciò che Freud aveva definito come narcisismo quanto piuttosto ad una debolezza dell'Io (Vegetti Finzi, 1986, p.228).

L'elenco potrebbe allungarsi, in ogni caso si può già osservare come tutti questi autori siano accomunati dalla centralità del concetto di adattamento dell'Io, inteso come sviluppo di una personalità sana ed equilibrata. In questo senso i capisaldi teorici del gruppo rimangono Anna Freud e Heinz Hartmann. Così scrive la figlia di Freud nel 1930: "L'accresciuta attenzione prestata all'Io durante il processo terapeutico pose fine al periodo in cui l'analisi veniva considerata esclusivamente come psicologia del profondo e l'analisi diventa 'analisi della personalità totale' nel vero senso del termine" (in Vegetti Finzi, 1986, p.266). Non mi soffermerò a riassumere la sua teoria tratta dalla clinica infantile e dalla ricerca empirica, basti qui la sottolineatura sulla centralità del periodo pre-edipico e pre-verbale ed il tentativo di studiarlo in una teoria dinamica e genetica dello sviluppo in cui appunto l'Io ed i relativi meccanismi di difesa risultano indiscussi protagonisti. Esempio potrebbe essere in questo senso considerata la messa a punto, negli anni cinquanta, dell'indice Hampstead, come profilo clinico-diagnostico standardizzabile della personalità del bambino.

Per quanto riguarda invece Hartmann, emigrato in America nel 1935, ed autore nel 1939 del libro *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*, è qui opportuno mettere in luce credo, la sua adozione di un punto di vista biologico ed il suo riferirsi costantemente alla psicologia sperimentale accademica. La psicoanalisi viene da lui definita la "scienza naturale dello psichico" (Vegetti Finzi, 1986, p.278), il cui concetto fondamentale è appunto quello di adattamento inteso come situazione di equilibrio tra organismo e ambiente. Una delle teorizzazioni più rilevanti rispetto a ciò che può

interessare all'interno di questa storia, è quella delle zone psichiche libere da conflitti, le quali costituiscono il luogo elettivo in cui i processi razionali possono avvenire non turbati dai moti pulsionali e l'Io difendersi e ripararsi dall'Es, nonché la sostituzione del predominio del principio di realtà a quello di piacere. La naturale autonomia dell'Io ed il suo altrettanto naturale processo evolutivo che vede la progressiva crescita ed organizzazione delle sue funzioni in vista dell'autorealizzazione è protagonista del corpus teorico delineato da Hartmann.

Torneremo su tutto ciò nelle letture critiche. Certo è che questo tipo di prospettiva ben si adattava (forse sarebbe meglio dire che ne era il frutto) al contesto americano e all'idea di fondo di questo gruppo di analisti che desiderava creare istituzioni professionali, legittime e dotate di un'indiscussa scientificità che potessero combinare formazione, lavoro clinico e divulgazione in un quadro teorico che potesse essere fatto proprio dalla psichiatria e dalla psicologia in ambito accademico e ospedaliero. Di fatto negli anni trenta “nelle istituzioni più prestigiose l'internato di psichiatria assumeva sempre più un orientamento psicodinamico”, contemporaneamente “tutti i candidati al training psicoanalitico dovevano avere completato un internato di psichiatria in una delle istituzioni riconosciute” (Zaretsky, 2004, p.326).

È in questo panorama che devono essere collocati ed inquadrati i testi presentati da Stone nella sua antologia sulla storia del disturbo borderline ed è questo paesaggio che riflette fedelmente la prima edizione del DSM, prima versione di quella psichiatria dinamica, tipicamente americana, che incrocia i due linguaggi, in Europa così difficilmente conciliabili, della clinica psicoanalitica con la psicologia e le scienze della mente accademiche, nonché con il lavoro psichiatrico ospedaliero e istituzionale.

3- Quadri borderline nella psicoanalisi e psicologia dell'Io americana (anni 30-40-50)

I testi presentati da Stone per gli anni trenta e quaranta del Novecento sono quattro: nell'ordine quello di Stern (1938), quello di Helene Deutsch sulle personalità “come se” (1942), quello di Melitta Schmideberg sulla terapia da lei riservata ad una categoria borderline di criminali (1947) e infine quello di Hoch e Polatin sulle schizofrenie pseudonevrotiche (1949). Per quanto riguarda questi due decenni, nella presentazione che ne fornisce Stone, il problema principale dei pazienti cosiddetti borderline ruoterebbe attorno alla questione della loro possibile analizzabilità ed alla loro collocazione sul crinale tra mondo psicotico e nevrotico.

Il contributo più significativo sarebbe a suo avviso quello di Helene Deutsch la quale pur senza riferirsi da un punto di vista terminologico al vocabolo borderline, avrebbe fornito le prime descrizioni psicoanalitiche del problema alla base delle successive teorie di Erickson e soprattutto di

Kernberg. In particolare delle personalità “come se”, descritte dalla Deutsch, Stone sottolinea la scarsa capacità sublimatoria, vista come risultato di una mancata integrazione di personalità a seguito di multiple parziali identificazioni che non hanno permesso la costruzione di un forte senso del Sé. La difficoltà di trovare canali sociali di investimento delle energie è alla base di quella che Kernberg chiamerà povertà del canale sublimatorio, precisa Stone. Vi è poi secondo lui la demarcazione della presenza di una sintomatologia impulsiva ben visibile nella clinica dei casi scelti da questa autrice, in particolare in quello di una donna che Stone definisce ipomaniaca e che vacillava tra lasciare andare i suoi istinti e tenerli sotto controllo, indulgendo periodicamente in perversioni sessuali (Stone, 1986, p.50).

Questo per quanto riguarda il contributo della Deutsch, da lui definito teorico e meta psicologico, in opposizione a quello di Melitta Schmideberg di taglio maggiormente clinico, terapeutico, in cui gli aspetti più rilevanti sarebbero quelli legati ad una certa modificabilità del setting tradizionale che prelude alle future discussioni, centrali proprio nell’ambito della clinica psicoanalitica borderline, sulle dinamiche di transfert e controtrasfert.

Per quanto concerne invece Hoch e Polatin, oltre a quelle che Stone definisce le similarità col quadro schizotipico più tardi separatosi da quello borderline nell’asse II del DSM, troviamo i brevi episodi psicotici seguiti da reintegrazione che poi saranno importanti nella descrizione del disturbo che metterà a punto Gunderson, oltre che le fenomenologie e le condotte impulsive. Infine è citato un articolo della Greenacre del 1941 che parla di un’ansietà di base dei border, costituzionale, come chiave patogenetica del quadro clinico nel quale annovera narcisismo, ansia, onnipotenza, mancanza di senso della realtà, mancanza di individuazione, attaccamenti libidinali urgenti e superficiali, libido velocemente investita e disinvestita (Stone, 1986, p.53).

A partire dai testi appena riassunti ricostruiremo le specificità dei quadri borderline in questa fase storica in quanto in effetti essi corrispondono a quelli rigorosamente ed immancabilmente citati all’interno di tutte le ricostruzioni storiche presenti in letteratura. Anche in questo capitolo, come ho fatto nello scorso sulla follia morale, l’assenza di lavori analoghi mi sembra costituire una buona ragione per dedicarmi ad un commento puntuale dei testi, che si avvalga di abbondanti citazioni proprio per fornire degli stralci che possono documentare piuttosto precisamente un linguaggio e mostrare il difficile percorso del suo prendere forma⁸². Inoltre, in questo ambito, come è stato per i

⁸² Laddove invece, a partire dagli anni ottanta e per quel che riguarda la psichiatria neo-krapeliniana, sarà possibile trovare lavori di taglio socio-costruzionista già confezionati, allora mi limiterò a brevi annotazioni rispetto a considerazioni che sono già il risultato di un lavoro sui testi, con le integrazioni necessarie relative alla particolare prospettiva di ricerca da me adottata.

contributi sulla follia morale, solo una parte dei testi è stata già tradotta in italiano e per quelli che mancano ho dovuto svolgere io stessa la traduzione integrale su cui poi lavorare⁸³.

Cominciamo dal primo, quello già numerose volte citato di Stern (1938). Inizia significativamente così: “È ben noto che c’è un grande gruppo di pazienti che non si adatta del tutto né al gruppo psicotico, né a quello nevrotico. Questo è il gruppo borderline, estremamente difficile da maneggiare con un qualche metodo psicoterapeutico. Quello che mi ha obbligato a prestare attenzione a ciò, tre o quattro anni fa, era il numero crescente di questi pazienti che venivano per un trattamento” (Stern, 1938, p.54). Stern afferma che non era sua abitudine trattarli analiticamente se non soffrivano di sintomi nevrotici o se non richiedevano con urgenza essi stessi immediata terapia. La terapia infatti di solito con questi “caratteri nevrotici” secondo lui non funzionava. Ciò nonostante, questo difficile e per alcuni aspetti eterogeneo gruppo, mostrava tutto sommato, secondo questo autore, un definito profilo clinico e alcuni precisi sintomi, che si ripropone di presentare tramite la storia del decorso del trattamento ed i fenomeni che si mostrano con essi nel transfert. Prima di entrare nel vivo della descrizione, precisa che i sintomi che li contraddistinguono sono nel loro insieme delle formazioni reattive o veri e propri tratti del carattere. Alcuni di essi non sarebbero peculiari soltanto di questo gruppo, altri invece sì, ed proprio questi ultimi sarebbero i più difficili da modificare con la terapia psicoanalitica. Questo è l’elenco presentato da Stern:

1- in primo luogo il narcisismo. In effetti a suo giudizio questi pazienti apparirebbero, come pensa sia noto ormai a tutti i suoi contemporanei, al più esteso gruppo delle nevrosi del carattere, per cui mostrerebbero quell’elevato narcisismo che è invece normalmente assente nei quadri nevrotici. È esattamente sulla base del narcisismo che si costituisce secondo lui l’intero quadro clinico. Fattori e avversità affettive accadute nei più antichi periodi narcisistici, vale a dire pre-edipici, influenzerebbero il loro sviluppo. La madre di questi pazienti risulterebbe spesso psicotica o nevrotica e mancanze di spontaneo affetto materno affliggerebbero molto precocemente la loro infanzia. Pertanto essi poi soffrirebbero di una sorta di malnutrizione affettiva, di una divorante fame sentimentale dal carattere distruttivo e malsano. In quale grado tuttavia ciò dipendesse anche dalla loro costituzione, precisa infine, non era ancora noto.

2- Bleeding psichica, vale a dire paralisi piuttosto che azione o reazione a fronte delle difficoltà.

3- Ipersensività disordinata (a volte associata alla paranoia in quanto forma di continua vigilanza a fronte di innumerevoli possibili pericoli) radicata in una profonda insicurezza.

⁸³ Il fatto che abbia dovuto quasi sempre lavorare su testi mai stati tradotti in italiano, nonostante il loro riconosciuto carattere fondativo, quanto meno all’interno della prospettiva che può essere considerata egemone nel dare forma al disturbo, segnala ancora una volta la totale assenza dell’attenzione ad una dimensione storica da parte di tale prospettiva.

4- Rigidità fisica e psichica come possibile difesa contro l'ansia. Fa un paragone con la catatonia per meglio descrivere il fenomeno.

5- Reazione terapeutica negativa, vale dire che ogni interpretazione si configurerebbe per loro come una ferita all'autostima accompagnandosi a depressione, rabbia, scoraggiamento ed ansia. Del resto, fa notare Stern, il loro margine di sicurezza è troppo ristretto e non permette loro di reggere le frustrazioni pur lievi. Per questo paragona la terapia con questi pazienti ad un'operazione chirurgica. Anche a fronte di un'attenzione estrema, ogni interpretazione può portare depressione e, in accumulo, tentativi di suicidio fino al suicidio stesso. La domanda di protezione ed affetto sarebbe altissima, l'attitudine dipendente esagerata. La relazione con l'autorità modulata sul modello adulto-bambino. Così anche il rapporto terapeutico favorirebbe la considerazione dell'analista come una figura genitoriale.

6- Un costituzionale e radicato sentimento di inferiorità, profondamente incorporato nella personalità del paziente. Di questo Stern ammette di non poter fornire alcuna spiegazione. Il suo obiettivo sarebbe semplicemente quello di mostrare come in ogni caso questo sintomo sia caratteristico di tale quadro, come ne sia ineludibile parte. In ogni caso, potrebbe anche essere considerato, e spesso di fatto ciò sarebbe clinicamente rilevabile, una reazione dell'Io all'ansia. Indipendentemente dai successi ottenuti esso permane, in questo in modo a suo parere simile a ciò che accade nella melanconia. Il fatto è che l'arresto di sviluppo fa sì che essi mantengono caratteristiche infantili. Quando si trovano di fronte a necessità adulte essi sprofonderebbero in un'ansia dalla quale sarebbero in grado di uscire solo dichiarando la propria inferiorità e cercando conforto, come dei bambini appunto.

7- Masochismo, inteso come una tendenza all'auto-commiserazione ed inclinazione a ferirsi in tutti gli ambiti, in primo luogo quello relazionale. Ciò sarebbe in questa categoria patologica estremamente evidente e potrebbe essere visto come una ricerca di compensazione dell'affetto che non hanno ricevuto. In ogni caso, precisa Stern, si tratterebbe di un sintomo molto pernicioso, maligno.

8- Uno stato di profonda insicurezza organica ed ansia che comporterebbe una stolidità equanimità fisica e mentale. Fenomenologicamente si tratterebbe di un'apparente indifferenza agli avvenimenti che non sarebbe tuttavia frutto di distacco, al contrario sarebbe dovuta alla loro estrema sensibilità alle forti oscillazioni dell'autostima. Anche questo sarebbe motivato dai loro frustrati bisogni narcisistici infantili.

9- L'uso del meccanismo della proiezione, che come lui ritiene ormai nozione consolidata, è tipica ed assai impiegata nelle psicosi. In questo senso i borderline assomiglierebbero agli psicotici.

10- La difficoltà nell'esame di realtà, in particolare nella sfera delle relazioni personali. Anche questo sarebbe un tratto parzialmente comune ai quadri psicotici, e ciononostante non avrebbe in questi pazienti un carattere permanente e imm modificabile.

Nella descrizione che segue, quella di Helene Deutsch (1942), che si presenta per alcuni aspetti simile, vi è tuttavia una più dettagliata considerazione degli aspetti strutturali e topici di questi quadri. Ne do un riassunto tutto sommato breve. Innanzitutto il quadro generale entro cui la presentazione di questi pazienti vuole andare ad inserirsi è la raccolta delle possibili osservazioni psicoanalitiche su alcuni tipi di disturbo emozionale in cui le relazioni emotive con il mondo esterno o con il proprio Io appaiono impoverite o assenti (Deutsch, 1942, p.74).

Clinicamente, quelle da lei definite "personalità come se" presenterebbero un certo grado di depersonalizzazione al di là di un'apparenza di normalità e adattamento. Un adattamento che lei paragona ai meccanismi meramente imitativi di un bambino piccolo, che appunto potrebbe spontaneamente imitare un adulto senza cogliere il significato di quello che fa. Parla di una passiva attitudine all'ambiente, una sorta di plasticità passiva nei confronti della vita e degli avvenimenti. Inoltre tali pazienti percepirebbero costantemente un senso di vuoto per via della loro mancanza di individualità, evidente nella vita emozionale così come nella struttura morale. Si presenterebbero privi di carattere, senza principi e senza convinzioni, senza ideali se non quelli che adottano a partire da altre persone buone o cattive che siano. La loro blanda amabilità si potrebbe perciò repentinamente tramutare d'improvviso in cattiveria. Lei giustifica tutto questo come una debolezza di Super-Io a seguito di una mancata risoluzione edipica ed identificazione a cui si deve l'incapacità di manifestare un'aggressività bene incanalata e la mancanza di responsabilità e indipendenza reale. La debolezza del Super-Io e il suo mancato contatto con l'Io confinerebbe in una pallida esteriorità ogni conflitto morale. Da qui l'adattabilità indiscriminata e adesiva. La svalutazione del modello genitoriale che dovrebbe normalmente essere internalizzato si pone alla base di questa debolezza. In modo tuttavia molto diverso da quanto avviene nell'isteria in cui si avrebbe comunque un forte, se pure ambivalente, investimento libidico e dunque un conflitto. Invece nei pazienti "come se" si avrebbe piuttosto un deficit nello sviluppo degli affetti che ridurrebbe il conflitto interno portando ad un impoverimento dell'intera personalità.

Interessante una sua notazione sul fatto che questa affettività "come se" sia stata descritta da Anna Freud come tipica della pubertà. Secondo la Deutsch giocherebbe infatti in entrambi i casi una svalutazione delle figura che fanno da modello per l'Io ideale, pertanto le sue osservazioni sarebbero a suo giudizio utili anche per analizzare i problemi della fase adolescenziale (Deutsch, 1942, p.90).

Quanto poi simili disturbi abbiano o meno a che fare con la schizofrenia ammette non esserle chiaro. Certo non si può parlare di nevrosi e neppure però di psicosi, scrive. Comunque, al di là dell'accessibilità o meno all'analisi, lei ritiene che si abbia molto da imparare su questi pazienti nel campo della *Ego psychology* perché la regressione psicotica deve essere attribuita al fallimento dell'Io. Ed i sintomi sarebbero dovuti alla sua debolezza, al di là delle cause psicologiche costituzionali o organiche di essa. Il compito della psicoanalisi secondo lei sarebbe quello di analizzare quelle psicologiche soprattutto nei casi di condizioni prepsicotiche.

Veniamo, ancor più brevemente, al testo della Schmeiderberg (1947)⁸⁴. Anche lei parla di un gruppo di pazienti né classicamente nevrotici né del tutto psicotici. Talvolta vengono chiamati psicopatici, osserva, talaltra borderline; lei è incline a pensarli simil-schizofrenici. In ogni caso le interessa descriverli tecnicamente, al di là della diagnosi. Si tratta di pazienti che non riescono a seguire routine e regolarità, né a rispettare regole e, se si sforzano di cooperare con qualcuno in vista di un obiettivo, non resistono a lungo. Se sono poveri diventano criminali e se sono ricchi vengono definiti come stravaganti e la loro anormalità viene tutelata e permessa dalla disponibilità di denaro (Schmeiderberg, 1947, p.92). Con loro il transfert sarebbe impossibile, una volta sembrano molto affezionati ed attaccati, quella dopo non si presentano neppure. Cambiano umore velocissimamente, a volte sarebbe questione di secondi. Per limitarne gli acting out occorrerebbe sostenerli e rassicurarli, allentare la pressione su di loro, essere benevoli e comprensivi, altrimenti tenderebbero a mettersi nei guai.

La loro estrema impulsività, visibile all'interno della terapia nei continui acting out, viene da questa autrice concettualizzata come il risultato di un'estrema fragilità, che li mette a confronto continuamente con bisogni urgenti ed ingestibili, reazioni a frustrazioni e desideri non mediati da alcun lavoro elaborativo, privati della dimensione del lutto così come essa psicoanaliticamente si configura. In questo quadro vengono situati anche i sintomi suicidari, i fenomeni di dipendenza, le perversioni sessuali, così come l'inazione e la depressione anedonica: si tratterebbe di tentativi solo apparentemente opposti di colmare un vuoto ed una solitudine, una vulnerabilità primaria potremmo dire.

Vediamo infine il testo di Hoch e Polatin (1949). I pazienti cosiddetti borderline dovrebbero secondo loro essere classificati sotto la dicitura "reazioni schizofreniche" perché i meccanismi di base sarebbero esattamente gli stessi della schizofrenia (Hoch, Polatin, 1949, p.119). Tali meccanismi differirebbero qualitativamente e quantitativamente da quelli delle psiconevrosi.

⁸⁴ Melitta Schmeiderberg era figlia di Melanie Klein, madre con cui aveva avuto un rapporto ampiamente conflittuale come dimostrano le numerose critiche che esse si sono rivolte reciprocamente nel tempo, documentate in diverse storie del movimento psicoanalitico, fra cui quelle da me più assiduamente consultate di Zaretsky (2004) e Vegetti Finzi (1986).

Nelle nevrosi infatti si ha ambivalenza e conflitto mentre in questi casi non si sarebbe di fronte a impulsi contrastanti ma a frequenti slittamenti tra i livelli di realtà (Hoch, Polatin, 1949, p.121).

Vi sarebbe un approccio alla vita autistico e depersonalizzato molto simile a quello schizofrenico se pure meno manifesto e più subdolo: il comportamento affettivo sarebbe infatti simile a quello schizofrenico ma più leggero, meno evidente. Essi non mostrano per esempio la stessa rigidità, inflessibilità o impoverimento emotivo, si tratterebbe piuttosto di un problema di modulazione emotiva e di flessibilità. La mancanza di inibizione sarebbe saltuaria ed in contrasto con una condotta normalmente inibita. Si avrebbero per esempio esplosivi ed ingiustificati scoppi di rabbia in persone generalmente timide e tranquille.

Comunque, i sintomi clinicamente più significativi sarebbero la pan-ansietà e la pan-neurosi. L'ansia sarebbe globale andando ad investire tutti gli aspetti della vita della persona, sarebbe inoltre polimorfa. Sintomi ossessivo-compulsivi e depressione potrebbero essere altresì presenti. Soprattutto una depressione anedonica che renderebbe difficile se non impossibile trarre sano piacere da qualsiasi cosa. A differenza degli schizofrenici questi pazienti non presenterebbero disordini del pensiero in grandi quantità. Vi sarebbe tuttavia pensiero catatimico, talvolta un'attitudine di onnipotenza o pensiero magico connesso a meccanismi fobici, ma non necessariamente, solo in alcuni casi. Nella terapia essi non cercano spiegazioni logiche dei sintomi né riescono ad associare, neppure a raccontare le loro storie nei dettagli. Gli episodi psicotici sono brevi. Molti di questi pazienti, secondo questi autori, erano soliti trattare le allucinazioni come forme esagerate di percezioni, spiegando per esempio che è come se sentissero delle voci, quindi conservando almeno in parte la differenziazione tra realtà e immaginazione (Hoch, Polatin, 1949, p.124). Idee ipocondriache e di riferimento sarebbero comuni e anche senso di depersonalizzazione, il tutto interconnesso.

Un altro aspetto importante sarebbe la loro organizzazione psicosessuale. Polimorfiche manifestazioni perverse possono essere presenti così come comportamenti masochistici o sadomasochistici. Ma il materiale psicosessuale non è così apertamente riferito come nelle vere e proprie schizofrenie. Il fatto è che, commentano gli autori, non si può prevedere se e quando essi diventeranno del tutto schizofrenici e quando no.

Poi riportano cinque casi e, nella conclusione, sottolineano come ciò che accumuna questi pazienti sarebbe appunto il condividere numerosi sintomi schizofrenici senza alcun segno di progressivo deterioramento cognitivo. Bisogna notare che essi non credevano appunto all'autonomia di una condizione borderline, ma la vedevano piuttosto come una forma particolare di schizofrenia. In una lettera personale scritta anni più tardi, nel 1963 a Grinker, Hoch scriverà che "a suo avviso, una schizofrenia ambulatoriale è una schizofrenia dove la malattia non è, o sufficientemente grave, o in

cui la condizione socio-economica è tale da non richiedere un'ospedalizzazione. La schizofrenia pseudo-nevrotica è una forma particolare della schizofrenia allo stesso titolo che la catatonìa o gli stati paranoidi" (Timsit, 1971, p. 688).

Si vede bene come in questa prima fase si assiste ad uno slittamento dovuto ad una serie di processi concomitanti: l'ampliamento del discorso psicoanalitico oltre i tradizionali quadri nevrotici, che è insieme causa e conseguenza dell'incontro fra psicoanalisi e psichiatria così come esso si presenta nel panorama americano, e lo spostamento verso la psicologia dell'Io ed il deficit, rispetto alla preminenza dell'Es e del conflitto che è, a sua volta, assieme causa e conseguenza di mutamenti clinici, nei pazienti e nelle cure, e di mutamenti culturali, sociali ed economici; infatti come abbiamo visto la psicologia dell'Io statunitense deve essere inquadrata in quel contesto che ne è condizione di possibilità ed alle esigenze di quel determinato contesto risponde. Fondamentalmente questi pazienti hanno un Io debole più che conflittuale, ed in questo senso il sintomo riguarda ed investe il loro carattere e si lega a dei problemi nella formazione della loro identità, della loro personalità.

Due grandi filoni si sono aperti in questi decenni per descrivere questo tipo di problemi, filoni che si amplieranno ulteriormente dopo la seconda guerra mondiale, negli anni cinquanta e sessanta.

Il primo descriverà questi sintomi al confine tra nevrosi e psicosi, tra analizzabilità e non come disturbi della personalità legati ad un disfunzionale sviluppo dell'Io, relati a problemi pre-edipici ed al rapporto con la madre, il secondo metterà l'accento su schizofrenie a migliore prognosi in cui le componenti dinamiche vengono comunque pur parzialmente messe in luce dall'occhio di psichiatri formati alla clinica psicoanalitica⁸⁵. In un'ottica storica il primo contribuirà a dare luce al BPD vero e proprio ed il secondo al disturbo schizotipico i quali, come noto, rimarranno invece, nel discorso

⁸⁵ Per quanto riguarda il discorso su forme lievi o remissive di schizofrenia ho identificato quali punti di riferimento per ricostruire la storia della relativa letteratura, così come verrà riconcettualizzata ed utilizzata per confluire infine nelle ricerche alla base dei successivi DSM, l'articolo del 1963 di Vaillant e quello del 1970 di Baldessarini. Dal punto di vista teorico per quanto riguarda questo fondamentale slittamento sarà centrale come vedremo il contributo del 1968 di Kety et al.

Poiché questo tipo di studi creerà le basi del discorso e della ricerca alla base del DSM-III e della psichiatria neokrapeliana, alcuni di essi, nonostante appartengano cronologicamente ad un periodo precedente, verranno analizzati, pur brevemente, nel capitolo successivo.

Invece rispetto a questo gruppo di psichiatri analisti degli anni quaranta, prima della loro riutilizzazione nella nuova cornice di ricerca statistica e quantitativa che si affermerà successivamente, sono centrali, in questi anni: il contributo di Zilboorg del 1941 sulla schizofrenia ambulatoriale, quello di Rapaport del 1945 sulle pre-schizofrenie, nonché quello di Federn del 1947 sulle schizofrenie latenti. Viste le numerose sovrapposizioni non ho ritenuto utile commentare anche questi testi da vicino, basti per chi voglia approfondire questo riferimento bibliografico. Il contributo di Hoch e Polatin può infatti fungere da paradigma: come negli altri testi viene descritta un'esperienza clinica in modo aneddotico ed attraverso pochi casi, adottando un punto di vista qualitativo ma sistematico nel tentare di descrivere quello che appare ancora come un difficilmente afferrabile ed eterogeneo gruppo di pazienti, in una cornice che potremmo ante-litteram definire, nel quadro storico-sociale che ho tentato a grandi linee di descrivere, di psichiatria dinamica.

psicoanalitico sul narcisismo, due manifestazioni differenti dello stesso nucleo dinamico problematico⁸⁶.

Proprio il discorso psicoanalitico sul narcisismo andrà accentuandosi e consolidandosi nel corso dei decenni successivi attraverso una centratura da una parte su ciò che questi nuovi tipi di pazienti presentano come sintomo, dall'altra sul tipo di transfert e di tecnica da essi richiesta e motivata⁸⁷. Tale discorso arriverà ad un apice di consenso, diffusione, e sistematizzazione come vedremo negli anni sessanta e settanta.

Di fatto, nel corso degli anni cinquanta questo tipo di linguaggio psicoanalitico di cui abbiamo descritto la nascita, arriverà a consolidarsi iniziando a ritagliare più compiutamente un campo autonomo e specifico di sindromi borderline⁸⁸.

Di questa nuova fase può essere considerato inaugurale il testo di Knight (1953) *Stati borderline*, che in effetti apre la sezione degli anni cinquanta e sessanta nell'antologia di Stone. Egli risulta essere il primo autore a dichiarare la necessità di uno statuto autonomo della condizione borderline,

⁸⁶ Sugli studi centrali per quello che arriverà ad essere il disturbo schizotipico, abbiamo detto nella nota precedente. Quelli invece centrali nella riconcettualizzazione ed operazionalizzazione dei concetti psicoanalitici che condurranno al BPD, è importante citare lo studio di Grinker et. al. del 1968 e quello di Gunderson e Singer del 1975. Entrambi compaiono nell'antologia di Stone e verranno, come già anticipato, per via della loro connessione con il taglio di ricerca del DSM, commentati nel capitolo successivo. Per quanto riguarda invece il discorso psicoanalitico sul narcisismo, in effetti come si è affermato esso non separerà questi due disturbi se non quali aspetti fenomenologici differenti o addirittura opposti di uno stesso problema dinamico e strutturale. Si pensi ai contributi di Kernberg cui darò ampio spazio tra breve, nonché a quelli di Kohut ed alle successive formulazioni da parte di esponenti dell'attuale psichiatria dinamica quale Gabbard sul narcisismo overt e covert cui pure si farà cenno nel prosieguo del capitolo.

⁸⁷ Questo filone si potrebbe considerare inaugurato ed aperto dal celebre contributo di Zetzel del 1956, seguito da quello di Margaret Little del 1966. Acquisirà nel tempo un'imprescindibile centralità nelle teorie di Kernberg e Kohut e più in generale appunto nelle teorie delle relazioni oggettuali che si occuperanno di sindromi schizoidi nel contesto britannico. Anche il discorso francese sugli stati limite farà propri i discorsi sulle modificazioni del setting e delle dinamiche di transfert, si pensi alle celebri formulazioni di André Green.

Per quanto riguarda questo filone teorico tra gli anni quaranta e gli anni sessanta, soprattutto nel contesto anglofono, nei manuali si fa spesso riferimento ad un dibattito tra psicoterapie supportive ed espressive. Le prime, che implicavano notevoli mutamenti del tradizionale setting psicoanalitico, le seconde che ne rimanevano le più legittime e fedeli eredi. Di fatto le prime furono proprio create dalle sindromi borderline. Paradigmatico ed inaugurale in questo senso possiamo considerare il già commentato contributo di Schmideberg (1947). Non penso sia inutile tuttavia fornire qui una sintesi delle principali innovazioni teoriche apportate da questo tipo di letteratura. Seguirò per fare questo la ricostruzione storica di Aronson (1989). Ecco i fondamentali principi di trattamento:

1- Supportare piuttosto che analizzare le difese alla luce della priorità del deficit sul conflitto (cita Knight 1953, Federn 1947, Frosch 1971, Zetzel 1971).

2- Limitare la regressione e la tipica traslazione nevrotica improntata sul rapporto figlio-genitore (cita Zetzel 1971, Schmideberg 1947).

3- Strutturare il più possibile il trattamento, vale a dire cercare di fissare precisi obiettivi e determinate regole, concentrarsi sulla realtà piuttosto che sulle fantasie durante le sedute e limitare il più possibile, o meglio evitare, le situazioni in cui potrebbero venire a crearsi momenti di grande intensità. I suggerimenti pratici andavano dalle sedute vis a vis piuttosto che sul lettino, all'evitamento della tecnica delle libere associazioni, ad una maggiore attività da parte del terapeuta, che poteva anche arrivare a dare consigli ed indicazioni al paziente, al diradare la frequenza delle sedute per non incoraggiare un'eccessiva dipendenza, all'attenzione fin da subito dedicata alla creazione di un contatto emotivo profondo di tipo empatico, al limitare le interpretazioni (cita Knight 1953, Eisenstein 1951, Schmideberg 1947, Federn 1947, Zetzel 1971, Frosch 1964 e 1971, Alexander e French 1946).

⁸⁸ Come ho cercato di chiarire nelle note precedenti vi saranno in questo ambito diversi possibili tipi di focus e relativi sottoinsiemi di teorie: qualcuno sulla distorsione primaria dell'Io e le sue difficoltà di sviluppo legate a situazioni familiari e/o caratteristiche costituzionali, altri sulla particolare qualità delle difese erette contro i processi di disorganizzazione e regressione con perdita del senso di realtà, altri ancora sul carattere originale e precipuo del transfert con tale tipo di pazienti (si veda l'ottima ricostruzione storica già citata di Timsit, 1971, p.697).

in modo da non essere obbligato a ricondurre il quadro a una psicosi latente o mascherata piuttosto che ad una nevrosi grave. Compie una sistematica ed esaustiva rassegna della letteratura precedente sul tema, nel tentativo di mettere in ordine un campo eterogeneo e polimorfo, in cui inserire e disporre più chiaramente i casi tratti dalla propria ed altrui esperienza analitica. Dopo un paragrafo introduttivo, di taglio storico, divide il suo contributo in tre parti: la prima dedicata alla diagnosi, la seconda ai meccanismi dinamici, la terza alle indicazioni terapeutiche.

La prima sezione storica comincia con una lamentela legata all'incertezza intorno al significato del termine *borderline* nella nomenclatura psichiatrica, tale da indicare più lo sbigottimento degli psichiatri che una condizione reale dei pazienti nei pochi manuali in cui esso figura. È per questo che a suo avviso l'utilizzo dell'etichetta *borderline* era stato fortemente attaccato e criticato da più fronti. Knight dichiara non volerlo necessariamente difendere ma di essere ciò nonostante obbligato a prenderlo attentamente in considerazione per via del progressivo aumento delle condizioni cliniche cui viene applicato. Perché sarebbero secondo lui sempre di più, nel pubblico come nel privato, i casi *borderline*. Scrive appunto nel 1953: "Credo che sia esperienza comune per lo psichiatra e lo psicoanalista quella di vedere e di trattare con una certa regolarità, sia nelle corsie del reparto ospedaliero che nello studio dove svolge la pratica privata, una percentuale piuttosto elevata di pazienti che possono essere considerati, in senso generale, come dei casi *borderline*. Spesso questi pazienti sono stati inviati al terapeuta come casi di psiconevrosi gravi, che non hanno risposto al trattamento nel modo che ci si aspetta di solito dai pazienti ai quali si riserva una simile diagnosi. Capita poi con molta frequenza che a questi pazienti sia stata fatta diagnosi di patologia ossessivo-compulsiva grave; in altre occasioni, il sintomo più prominente può invece essere quello di una fobia intrattabile; talvolta il quadro clinico è dominato da un sintomo isterico maggiore o da un'anoressia nervosa; altre volte ancora, al centro della questione è la gravità dello stato depressivo, o la diffusione e la pericolosità delle tendenze paranoide, o la gravità del disturbo del carattere" (Knight, 1953, p.121). Ci si potrebbe chiedere a questo punto come questo autore riesca ad unificare un gruppo tanto eterogeneo, eppure la sua descrizione, riprendendo alcuni fondamentali contributi precedenti (cita Stern, 1938, Hoch, Polatin, 1949, Deutsch, 1942, Schmideberg, 1947, Fenichel, 1945, Stengel, 1945, Miller, 1940 e Pious, 1950) riesce a descrivere "una tipologia di casi che rientrano nella banda *borderline* dello spettro psicopatologico" (Knight, 1953, p.122).

Cominciamo dalle considerazioni diagnostiche.

Knight rileva come di solito si usino tre criteri per riconoscere ed identificare uno stato *borderline* ma tutti e tre presi in modo semplicistico darebbero spesso adito a suo avviso ad errori e riduzionismi. Il primo viene dalla psichiatria: si tratta della rottura con la realtà. Il punto è che secondo lui non ci potrebbe essere ovviamente alcuna difficoltà nel riconoscere un manifesto e già

avanzato crollo psicotico e tuttavia sarebbe importante riuscire anche a prevederlo o a distinguerne le manifestazioni più lievi, i segni premonitori, le sfumature, i meccanismi di innesco. In questa chiave non ci troveremmo di fronte a un fenomeno tutto o nulla e questo sarebbe primariamente vero nei casi borderline. Il secondo viene dalla letteratura psicoanalitica: si tratta dell'assunto che postula che la nevrosi e la psicosi siano due entità distinte e mutualmente escludentesi. In questo senso uno psicotico deve essere necessariamente "infedele" alla realtà al contrario di un nevrotico che le sarebbe invece "fedele" e non si darebbero in nessun caso mescolanze tra questi due meccanismi in uno stesso soggetto. Knight riconosce a Freud il merito di aver distinto queste due entità specifiche, in modo da considerare la psicosi non semplicemente un livello più grave di nevrosi bensì una patologia dai suoi propri tratti, tuttavia non sarebbe possibile né corretto a suo avviso tracciare delle distinzioni troppo nette: infatti non solo sarebbe possibile una coesistenza in un individuo di entrambi i tipi di meccanismi psichici, ma anche nella nevrosi stessa si avrebbero fenomeni di perdita di realtà, questo già secondo Freud stesso (cita un suo testo del 1924 in cui parla di fuga della realtà da parte di nevrotici, o ancora uno del '21 in cui nel distinguere tra forme normali, proiettive e deliranti di gelosia egli chiarisce la possibilità piuttosto fluida di transizioni dall'una all'altra). Laddove dunque questa suddivisione sarebbe stata fondamentale in vista di una comodità definitoria, qualora venisse invece interpretata come assoluta ed indiscutibile si arriverebbe a falsare e negare la realtà clinica. Il terzo criterio, anche quello tipicamente psicoanalitico, riguarderebbe infine lo sviluppo fasico della libido con relative regressioni e fissazioni e meccanismi di difesa tipici di ogni fase. Anche qui Knight, dopo aver riconosciuto a Freud l'altissimo valore dell'idea originaria, ritiene tuttavia che essa debba essere integrata con le formulazioni della più recente psicologia dell'Io per non perdere il suo valore e senso clinico. Riprende e riformula per meglio spiegarsi la metafora freudiana dell'esercito in ritirata per illustrare il regresso della libido, cercando di annettervi alcune relative operazioni difensive dell'Io ignorate dal maestro viennese. Equipara le difese nevrotiche più mature in soggetti nel complesso maggiormente regrediti, a postazioni avanzate mantenute da piccoli drappelli di un esercito per permettere la ritirata del grosso del corpo armato: "Il quadro clinico di superficie (isteria, fobie, ossessioni, rituali compulsivi) può essere paragonato all'azione dei reparti distaccati che mantengono le posizioni avanzate, mentre il grosso dell'Io è regredito in posizioni molto più ritirate, definendo così i diversi gradi del disturbo. Ai fini dell'organizzazione di una diagnosi accurata, di una prognosi realistica e di una terapia adeguata, quindi, il clinico deve essere in grado di localizzare la posizione, il movimento e le possibilità di riorganizzazione delle forze e delle funzioni principali dell'Io, senza farsi distrarre dal fuoco di fila innalzato dai reparti che difendono le posizioni avanzate" (Knight, 1953, p.125). Pertanto sarebbe essenziale a suo avviso guardare in

modo meno riduttivo alla formazione complessa dell'ego, e all'interno della terapia non distruggere le difese rimaste, considerandole delle resistenze, ma al contrario, sarebbe compito ineludibile del clinico contribuire alla loro difesa, in quanto ultimi baluardi di fronte ad un possibile minaccioso crollo delle restanti parti dell'Io. In questo senso "il mantenimento di alcune delle operazioni difensive avanzate costituisce una questione di vita o di morte" (Knight, 1953, p.126).

Knight stesso ha parlato di possibili errori, semplificazioni o fraintendimenti in questa prima parte diagnostica, senza di fatto specificare che cosa dunque realmente dovrebbe essere considerato caratteristico di questo settore borderline di casi. Per poter arrivare ad una corretta descrizione del resto, sottolinea l'autore, bisogna lasciare spazio piuttosto a delle considerazioni dinamiche, considerazioni cui dedica appunto la seconda sezione.

Qui troviamo finalmente una definizione più dettagliata dei casi borderline e poi delle indicazioni per poterli correttamente identificare attraverso i pro e i contro di tre tecniche di valutazione diagnostica che vengono da Knight presentate in successione: l'intervista psichiatrica vis a vis, l'intervista basata sulle libere associazioni e l'uso di test diagnostici psicologici.

La definizione data è la seguente: "Noi definiamo concettualmente i casi borderline come quei casi in cui le normali funzioni di pensiero di processo secondario dell'Io, di integrazione, di capacità realistica di programmazione, di adattamento all'ambiente, di mantenimento delle relazioni oggettuali e di difesa contro le pulsioni primitive inconsce, risultano gravemente indebolite. Come conseguenza di una combinazione variabile di fattori legati a tendenze costituzionali, di predisposizioni basate su avvenimenti traumatici e relazioni umane disturbate, nonché di eventi stressanti precipitanti più recenti, l'Io del paziente borderline si trova a funzionare malamente. Alcune funzioni dell'Io possono essere state gravemente danneggiate, specie, in molti casi, la capacità di integrazione, la formazione dei pensieri, il giudizio, la capacità di programmare realisticamente le cose e di difendersi contro l'irruzione nel pensiero cosciente di pulsioni dell'Es o di qualche loro elaborazione fantastica. Altre funzioni dell'Io, quali l'adattamento convenzionale (ma superficiale) all'ambiente e la capacità superficiale di mantenere le relazioni oggettuali, possono invece mostrare gradi variabili di integrità. Altre funzioni ancora, quali la memoria, la capacità di calcolo e di compiere determinate prestazioni abituali, possono sembrare totalmente intatte. Il quadro clinico può poi essere dominato da sintomi isterici, fobici, ossessivo-compulsivi o psicosomatici, e sarà a queste incapacità o disturbi nevrotici che il paziente attribuirà la sua impossibilità di espletare in maniera normale le proprie funzioni dell'Io" (Knight, 1953, pp.126-127).

A partire da questo quadro, secondo Knight, per un'identificazione diagnostica clinicamente utile di simili pazienti, occorrerà in primo luogo spendere tutti i numerosi colloqui psichiatrici vis a vis

necessari atti ad indagare il funzionamento totale dell'Io, analizzando ogni manifestazione sintomatica o normale, tenendo conto del suo grado di egosintonicità, il grado e la forza d'intrusione di materiali inconsci incontrollabili, ed il tipo di relazioni con gli avvenimenti reali. Per quanto riguarda l'intervista tramite le libere associazioni invece, essa avrebbe il pregio di rendere immediatamente e chiaramente visibile il lato più regredito e grave della patologia, in quanto tali pazienti rimarrebbero perlopiù in simili circostanze confusi, muti, bloccati o più in generale inappropriati ed in difficoltà. Più facilmente potrebbe essere visibile il pensiero psicotico normalmente nascosto e tuttavia Knight raccomanda un uso attento e limitato, o addirittura nullo, di questo procedimento in virtù delle sue controindicazioni terapeutiche legate al pericolo destrutturante che potrebbe portare con sé un crollo psicotico pur temporaneo.

Infine i test diagnostici la cui importanza ed utilità Knight non manca di sottolineare. Essi, fra cui il test di Rorschach, il Thematical Apperception Test e il Bellevue-Wechsler, soprattutto se utilizzati in modo integrato, avrebbero il vantaggio di permettere un confronto con dati empirici estesi e maggiormente validi e di valutare più accuratamente il funzionamento totale dell'Io nei suoi diversi aspetti. Faccio solo un esempio: l'accostamento di un TAT che mostri relazioni oggettuali fortemente compromesse ad una Wechsler che mostri un'intelligenza intatta e perfettamente funzionante, potrebbero rendere indubbia la diagnosi (Knight, 1953, p.131).

Vi sono due osservazioni finali ma degne di essere riportate a mio avviso, soprattutto per la lettura critica che se ne darà in un secondo momento. In primo luogo Knight ribadisce l'importanza di "redigere un inventario completo del funzionamento dell'Io, da un lato, e impulsi minacciosi dall'altro, e al fine di comprendere se, nel singolo paziente, il movimento netto si sposta verso il minore controllo da parte dell'Io e, dunque, il peggiore adattamento. La valutazione qualitativa delle funzioni dell'Io è, se possibile, ancor più importante della stima quantitativa dell'equilibrio fra impulsi e controllo. Nel corso della terapia, anche le difese più gravemente nevrotiche possono essere capitalizzate e trasformate in forze utili per la reintegrazione" (Knight, 1953, p.131). Questa osservazione è molto importante in virtù del linguaggio e degli obiettivi curativi impliciti che sottende e chiaramente esprime.

La seconda invece, riguarda il possibile carattere autoplastico o alloplastico delle sintomatologie. Nel primo caso si avrebbe un Io che tenta di resistere in tutti i modi possibili alle irruzioni di una serie di impulsi a lui alieni, sarebbe ciò che accade nei quadri schizofrenici o depressivi, nel secondo si avrebbe invece un Io distorto e modellato dall'infiltrazione graduale di tali impulsi inconsci patogeni e dalle conseguenti difese, sarebbe ciò che accade nei caratteri nevrotici o psicotici. Paradossalmente, fa notare l'autore, i quadri alloplastici, benché maggiormente compatti in virtù del carattere egosintonico dei sintomi, sarebbero i più difficili da influenzare da un punto di

vista terapeutico. Questa osservazione rimarrà importante nella futura letteratura sui disturbi di personalità, in particolare quelli del cluster B, e pertanto cercherò di comprenderne meglio il senso e la genesi nelle letture critiche. Basti ora notare la sua prima esplicita comparsa in relazione ai quadri borderline.

Veniamo infine alle considerazioni terapeutiche. Di un discorso più dettagliato mi basta citare questa sintetica illuminante affermazione: “Il nostro obiettivo terapeutico, quindi, dovrebbe essere quello di rafforzare il controllo da parte dell’Io del paziente sui suoi impulsi istintuali, e di educarlo all’uso di nuovi metodi di controllo e di adattamento, il tutto nel contesto di una sorta di scambio terapeutico [...]. Le nostre formulazioni dovranno essere sempre espresse usando i termini delle operazioni dell’Io del paziente piuttosto che non quelli del contenuto del suo Es, e dovranno sempre essere calcolate al fine di migliorare e rinforzare le operazioni del suo Io” (Knight, 1953, p.133). Abbiamo già visto come ciò secondo questo autore potesse essere portato avanti guardandosi bene dal demolire le difese, strutturando il setting ed utilizzando quelle che lui chiama le forze di salvataggio, pur nevrotiche, dei pazienti.

In questo testo ritroviamo illustrati tutti i maggiori concetti della psicologia dell’Io degli anni cinquanta sulle sindromi borderline. Gli autori che poi durante gli anni cinquanta e all’inizio degli anni sessanta hanno scritto contributi analoghi sono numerosi. Anche nel testo di Stone, i saggi che riguardano questi anni sono in tutto, compreso quello di Knight, addirittura dieci. Commentare da vicino i contenuti di ciascuno dei materiali sarebbe ridondante e inutile, nonostante alcuni di essi siano noti e non privi di rilievo nella storia del disturbo, quello della Jacobson per esempio. Tuttavia ho dovuto fare una selezione ed infine ho deciso di prendere in considerazione solo il testo antologizzato da Stone di Sandor Rado, in quanto perfetto prototipo del consolidamento di questo tipo di letteratura. Poi commenterò quello di Erik Erikson, per via dell’importanza e dell’influenza del suo discorso centrato sull’identità e perché, credo, abbia contribuito a veicolare uno slittamento nell’ambito di questa letteratura, e finirò, come ho già scritto, con le formulazioni di Kernberg, autore la cui influenza rimane tutt’ora fondamentale, perché fornisce un basilare, per alcuni aspetti sintetico, sistematizzato e conclusivo, per altri innovativo e inaugurale, apporto concettuale sul tema.

Vediamo dunque il testo di Rado: anch’esso risale al 1953.

Come anticipato é molto interessante come specchio di un caratteristico linguaggio, quello della psicologia dell’Io centrata sull’adattamento, di cui già concetti e vocaboli fondamentali erano presenti nello scritto di Knight. Si tratta in certo qual modo significativamente di un DSM ante-letteram, se pur con un lessico psicoanalitico, o forse sarebbe meglio dire psicodinamico. Questo per numerose ragioni di cui meglio si dirà nelle letture critiche: per il taglio che vuole essere scientifico

e fondato fisiologicamente, l'accento sulla salute come forma indiscussa di normalità, la centratura sul controllo e sulla ragione.

Nello specifico, prima definisce il concetto di adattamento, che per lui è centrale, nella sue forme autoplastica e alloplastica. Precisa innanzitutto che i meccanismi psicodinamici dell'adattamento studiano la parte giocata nel comportamento dalle motivazioni e dal controllo: "Si occupano del piacere e del dolore, di emozione e pensiero, desiderio ed azione esecutiva, e li interpretano nei termini di utilità organicistica, cioè, in una cornice adattazionale del significato" (Rado, 1953, p.243). Uno degli obbiettivi della disciplina che studia l'adattamento sarebbe quello di arrivare a conoscere e scoprire i sistemi cerebrali che accompagnano il compito dell'integrazione. Per questo sarebbe a suo avviso di primaria importanza definire un linguaggio scientifico che sappia dare il maggior numero di informazioni con il minor numero di parole ed un metodo relativo, scientifico e rigoroso (Rado, 1953, p.244).

I disturbi del comportamento sarebbero secondo lui disturbi dell'integrazione psicodinamica che affliggono la performance della vita adattiva, con la sua ricerca di utilità e piacere.

Essi si distinguono in:

- 1- indebolimento adattativo,
- 2- incompetenza adattativa,
- 3- condotta trasgressiva,

corrispondenti rispettivamente a nevrosi, psicosi, psicopatia. Di questi si troveranno prima o poi cause genetiche e relativi meccanismi fisiologici, garantisce Rado (1953, p.244).

Lo schema di classificazione dei disturbi sarebbe il seguente:

- Classe I "Disturbi superreattivi" di cui farebbero parte le seguenti sindromi di :

- a- discontrollo emergente (che lui spiega a partire dalla teoria fisiologica di Cannon come una super produzione di emozioni emergenti, come rabbia, paura e colpa, che in sé sarebbero in realtà adattive ed utili),
- b- discontrollo discendente (trattasi viceversa di una carenza di quelle stesse emozioni che nel discontrollo emergente sono in sovrappiù),
- c- disordini sessuali ,
- d- superdipendenza sociale,
- e- comune disadattamento,
- f- pattern espressivo,
- g- pattern ossessivo,
- h- pattern paranoide.

- Classe II "Disturbi dell'umore ciclico".

- Classe III “Disturbi schizotipici”.
- Classe IV “Disturbi estrattivi”.
- Classe V “Disturbi lesionali”.
- Classe VI “Disturbi narcotici e dipendenze”.
- Classe VII “Disturbi dell’adattamento causati dalla guerra”.

In attesa delle rispettive coordinate cerebrali e neurofisiologiche, Rado si propone almeno di dare ordine gerarchico e preciso ad una massa di osservazioni cliniche (Rado, 1953, p.246). In ogni caso secondo lui questi disturbi si sviluppano nell’infanzia su basi genetiche per poi continuare nell’età adulta. L’ambizione classificatoria continua nel tentativo di creare ulteriori più specifici sottogruppi. Avremo così la Classe I di “discontrollo emergente” dovuta al fallimento dell’organismo a controllare le sue reazioni eccessive a sua volta suddivisa in:

- 1- “Efflusso emozionale” in cui l’organismo cerca di liberarsi dalla super produzione emotiva, fissando la paura o con esplosioni di rabbia,
- 2- la liberazione attraverso i sogni,
- 3- il comportamento o evitamento fobico,
- 4- il pattern repressivo,
- 5- il pattern ipocondriaco.

Mi sembra inutile entrare nel dettaglio delle sue descrizioni, bastino questi accenni a dare l’idea di un modo di procedere. Mi limiterò ora in modo non sistematico a segnalare alcuni passaggi che mi sembrano degni di nota, e che cercherò di riprendere nelle letture critiche.

Una prima nota interessante è che secondo lui la rabbia e la paura sarebbero risposte antagoniste, entrambe sempre presenti con diversa prevalenza: si potrebbe avere cioè o prevalenza di paura, con conseguente dipendenza e rabbia repressa, o prevalenza di rabbia con conseguente autonomia ma con paura repressa. Si tratterebbe necessariamente della vittoria di uno schema o dell’altro, il primo che andrebbe a soddisfare appunto un bisogno di dipendenza e riconoscimento, il secondo di orgoglio ed autoaffermazione assertiva, e la relativa prevalenza potrebbe dipendere dalla forma culturale della realizzazione del Sé (Rado, 1953, p.248).

Una seconda notazione rilevante è quella in cui lui afferma che l’organismo cerca naturalmente le opportunità ed i modi di ottenere utilità e piacere. E che il discontrollo emergente ostacola questi obiettivi “il che riduce il valore adattativo della performance di vita del paziente e tende a renderlo dipendente da un aiuto esterno” (Rado, 1953, p.249).

Interessanti sono anche le considerazioni sui disturbi schizotipici: innanzitutto, per motivi psicodinamici, abbrevia il termine fenotipo schizofrenico con schizotipo. Questo perché secondo lui al di là dei sintomi cardine della schizofrenia su cui esisterebbe un certo accordo, e che sono

costituiti dai sintomi apertamente psicotici, un'analisi psicodinamica condurrebbe ad evidenziare in aggiunta una serie di tratti psicodinamici apparentemente secondari che caratterizzerebbero questi pazienti dalla nascita alla morte, tale da rendere la loro vita "una sequenza di cambiamenti schizotipici" (Rado, 1953, p.250). Tali tratti andrebbero a costituire l'organizzazione schizotipica e sarebbero l'espressione del genotipo schizofrenico. Per spiegarli parte dalla suddivisione di quella che definisce attività integrativa cerebrale in 4 livelli: quello edonico, quello delle emozioni, quello del pensiero emotivo e infine quello del pensiero non emotivo, quest'ultimo sarebbe proprio della scienza e del senso comune e sarebbe ciò che insegna e permette all'organismo di sopportare il dolore presente in vista della sicurezza di un piacere futuro, aumentando la preveggenza e la flessibilità dell'autoregolazione edonica (Rado, 1953, p.251). Secondo lui il comportamento dell'intero organismo dovrebbe integrare questi 4 livelli e l'attività integrativa sarebbe in parte conscia ed in parte inconscia, in accordo con la teoria psicodinamica del sistema cerebrale. La sfera conscia sarebbe dominata dal sistema integrativo supremo dell'intero organismo, che lui chiama "il sé-azione" (Rado, 1953, p.251). Esso avrebbe origini propriocettive ed emergerebbe dal pattern circolare di risposte tra consapevolezza di sé ed azioni desiderate. L'integrazione tra il contrastante quadro dell'organismo totale e quello dell'ambiente totale fornirebbe nella sua teoria le basi del Sé e dell'organismo conscio. Tale integrazione sarebbe fondamentale per l'organismo intero e rappresenterebbe la più alta e complessa forma di organizzazione fra componenti sensoriali, intellettuali, emozionali e motorie.

Nel percorso di sviluppo, all'inizio l'organismo attribuirebbe un potere illimitato alle azioni volontarie e si figurerebbe onnipotente, di questo rimarrebbe traccia nelle credenze magiche, poi pian piano l'esame di realtà condurrebbe a capire la differenza tra Sé desiderato e Sé reale anche se, sotto la pressione di forti desideri, tale distinzione tenderebbe a sparire. Secondo lui il problema degli schizotipici è dovuto al fatto che l'integrazione psicodinamica sarebbe fortemente inadeguata poiché uno dei suoi componenti essenziali, l'azione organizzante del piacere e le sua forza motivazionale, sarebbe dalla nascita difettosa: "Il mio termine per questo difetto cruciale è 'mancanza di piacere integrativo'" (Rado, 1953, p.252).

Questa constatazione deriverebbe da due insiemi di dati. Il primo: i pazienti stessi riferiscono di essere incapaci di amare e di condividere i sentimenti. Il secondo: lo scarso potere motivazionale ed integrativo delle loro emozioni positive. Questo difetto -la mancanza di piacere integrativo- impedirebbe secondo lui lo sviluppo ontogenetico del Sé-azione. Il quale porterebbe alla mancata integrazione, soprattutto a fronte di stress, tra organismo totale e ambiente totale, ponendosi alla base della profonda insicurezza e ipersensibilità di questi pazienti in relazione a se stessi, al loro corpo e all'ambiente. Il tutto complicato dalle conseguenze sociali di questa loro deficienza innata

che suscita negli altri un'assenza di risposte, emozioni, riconoscimenti, in virtù dell'impossibilità di reciprocità d'amore. Quindi questo difetto influenzerebbe tutti gli aspetti della loro vita, rendendoli fondamentalmente differenti da tutti gli altri tipi umani. Perciò a suo avviso questi pazienti non possono guarire, se mai trovare una forma di adattamento di compromesso, uno schizo-adattamento possibile grazie a tre tipi di compromessi nelle situazioni di vita:

- 1- la messa a punto di un regime di scarsità nell'economia del piacere,
- 2- un pattern relazionale con caratteristiche di sicurezza compensatorie per la dipendenza,
- 3- una tecnica di integrazione supplementare consistente in un lavoro ordinario svolto quotidianamente, tranquillo e regolare, che tenda a dare spazio a piacevoli sentimenti e pensieri in modo da favorire momenti di concentrazione e pensiero non emotivo.

Questi tre processi riparativi potrebbero secondo lui permettere un adattamento del sistema schizotipico. Infatti, commenta, le conseguenze del primo sarebbero molto positive, poiché in grado di determinare un'intelligenza funzionale e di buon livello, lungimiranza e capacità di imparare, il tutto reso disponibile grazie ad un'assenza di super reazioni emotive emergenti (Rado, 1953, p.254).

In effetti secondo lui questi schizotipici sarebbero spesso speciali artisti o scienziati superintelligenti, anche se molto sensibili al fallimento attuale o futuro. Quindi in questo stato compensato potrebbe anche filare tutto liscio nella loro esistenza. E pur tuttavia l'ipersensibilità alla perdita di affetto, determinata dalla loro condizione, permanerebbe invariata e dunque basterebbe in qualche circostanza perdere dei sostegni emotivi per crollare. Sotto una pressione crescente questi pazienti sarebbero inclini a sviluppare eccessiva paura, senso di colpa, rabbia, pensiero magico. E queste risposte emergenti determinerebbero a loro volta uno scompensamento che potrebbe manifestarsi come uno dei quadri supereattivi sopra descritti. Solo che avrebbe in loro carattere maggiormente diretto e legato al conflitto obbedienza-diffidenza. Tale crollo potrebbe portarli a sentirsi terribilmente disgustati di se stessi e umiliati, o a provare strane sensazioni corporee di disgregazione e una diffusa paura di decomporsi e di perdere la ragione. Sarebbe loro tendenza comunque il cercare con tutte le forze di recuperare l'adattamento perduto e, all'interno di tale tentativo, sarebbero soggetti a ricadere ad eventuali palliativi quali dipendenze, o stati depressivi.

Il primo sintomo del loro crollo, spesso inizialmente nascosto all'ambiente circostante, potrebbe essere un disordine cognitivo, il quale però secondo lui non sarebbe (e ciò vale più in generale anche per la disintegrazione psicotica di questi pazienti) una diretta conseguenza di un problema cognitivo, bensì originerebbe da un disordine propriocettivo di distorta consapevolezza del proprio Sé corporeo, le cui manifestazioni divengono evidenti appunto a fronte di uno scompensamento. Il danno sarebbe dovuto piuttosto, come già scritto, alla mancanza di piacere integrativo in loro innata, la quale determinerebbe quelle carenze nel Sé-azione che non permetterebbero alla loro "seità" di

strutturarsi e di svolgere il suo precipuo compito, ovvero la mediazione tra organismo totale e ambiente totale. La vita psicomotoria diventerebbe per loro l'interazione fra un organismo frammentato e un ambiente frammentato. Il paziente perderebbe il suo controllo sia sull'ambiente che su se stesso.

Sarebbe dunque in definitiva questa consapevolezza propriocettiva alla radice del linguaggio e del pensiero, da qui le possibili disfunzioni di entrambi a fronte di uno scompenso: "L'organismo sano, procede dal desiderio al suo adempimento, suddividendo l'esperienza in causa ed effetto, in modo da poter trovare i significati che condurranno alla realizzazione dei desideri. Il pensiero normale è come un ponte sospeso tra l'organismo e l'ambiente. Il pensiero schizotipico, se molto disturbato, rompe questo ponte e fluttua nell'aria; nei termini di Bleuler, diviene contemporaneamente de-realistico e de-personalizzato" (Rado, 1953, p.256). Più nello specifico secondo lui l'organizzazione del pensiero procederebbe attraverso diverse fasi in successione: prima adattando il pensiero ai fatti poi i fatti al pensiero ed infine l'uno all'altro per raggiungere un certo grado di obiettività, consistenza logica, economia di pensiero. Però nel pensiero ci sarebbe anche una componente emozionale che permette o meno di adattarlo ai fatti convenientemente e di raggiungere la funzionalità logica e l'obiettività. Nel processo disintegrativo (e qui semplifico il suo discorso saltando la descrizione di alcuni processi specifici) i pensieri primari non riescono ad adattarsi ai fatti e a divenire consci e pertanto vengono nella sua interpretazione agiti in modo inconsulto (acting out). Appaiono deliri e allucinazione, impermeabili alla presa dei fatti esterni. L'organizzazione del pensiero si disgrega, "la verticalità del significato viene sostituita da un'irrelevanza orizzontale, il senso dal suono" (Rado, 1953, p.258). La razionalità lascia il posto ad un pensiero infantile ed il paziente diviene incapace di relazionarsi. Uno dei problemi più rilevanti diviene secondo lui, in questi casi, il dilemma sì-no, che può arrivare ad immobilizzare i pazienti di fronte ad ogni impulso a fronte della perdita del paziente del proprio *ethos*, vale a dire del sistema di valori emozionali condivisi con il suo gruppo culturale. Tale dilemma è dovuto alla perdita del Sé-azione che normalmente fornisce il contesto nel quale la coscienza opera. Ci si troverebbe di fronte a una regressione per cui il paziente torna allo stadio in cui le ingiunzioni dei genitori rivestono solo un incomprensibile valore punitivo o correttivo. Pertanto si presenta con estrema forza, avulso da tutto, il dilemma obbedienza-diffidenza. Il quale si traduce nel conflitto sì-no i cui sintomi sarebbero a suo giudizio noti a tutti i clinici: ecolalie, ecoprassie, mutismo, acinesia o ipercinesia, stereotipie, inappropriate risposte motorie o emozionali, estrema rigidità muscolare, eccitamento schizotipico o stupor, fra gli altri. La radice, di nuovo, sarebbe il soggiacente disturbo sensomotorio, il risultato un universo frammentato di frammenti inconciliabili. L'organismo ha perso la coerenza del Sé: "La frammentazione del suo magico universo potrebbe essere direttamente

rappresentata nei sogni e in creazioni artistiche in cui compaiono frequentemente caratteristici smembramenti, isolate o morte parti del corpo, e motivi collegati” (Rado, 1953, p.260).

Per concludere, tento una breve sintesi del suo pensiero sul problema schizotipico. Rado ha sostenuto che le caratteristiche del tipo schizotipico provengono da un deficit innato costituito da una mancanza di piacere integrativo. Il conseguente disturbo propriocettivo non è detto debba necessariamente manifestarsi, in quanto tale deficit agirebbe piuttosto come una predisposizione ad esso, una sorta di “diatesi propriocettiva” (Rado, 1953, p.260). Pur sostenendo di ignorarne i meccanismi fisiologici sottostanti ma fiducioso di scoprirli in un futuro più o meno lontano, egli descrive l’organizzazione schizotipica da un punto di vista dinamico. Sostiene che tale organizzazione può dare luogo a tre tipi di quadri o disturbi: lo schizo-adattamento compensato, lo schizo-adattamento scompensato, la disintegrazione schizotipica connotata dall’incapacità adattativa, le cui caratteristiche abbiamo già illustrato.

Come cercherò di mettere più chiaramente in luce nelle letture critiche, credo che nello scritto di Rado troviamo il più ortodosso e scienziato linguaggio di una psicologia dell’Io acontestuale e normalizzante, quale quella che effettivamente si consolidò in America dopo il secondo conflitto mondiale, andando incontro alle particolari esigenze del boom economico e della guerra fredda. Un linguaggio molto simile è quello adottato dalla prima edizione del DSM che in effetti risale al 1952 e che dimostra appunto la continuità tra linguaggio psicoanalitico e psichiatrico in America. Ad un commento di questo testo sarà dedicato il prossimo paragrafo per poi invece andare a vedere come gli stessi termini siano stati riutilizzati ma parzialmente trasformati da un autore che, pur facendo propria la centralità dell’Io, ciononostante non ricorse mai al concetto di una sua autonomia funzionale né ad una netta separazione tra sfera emotiva e sfera emozionale: Erik Erikson. Per questo motivo egli contribuisce in modo rilevante a mio avviso ad uno slittamento concettuale nella storia di questi quadri che culminerà nei discorsi psicoanalitici sul narcisismo dei decenni successivi. Ma prima di cambiare campo e periodo, come già scritto, guardiamo da vicino la struttura del DSM-I.

4- II DSM-I

Nella stesura del DSM-I furono come già anticipato centrali la figura e le idee dello psichiatra di origini svizzere Adolf Meyer ed il suo concetto di reazione. Inizialmente seguace del modello tedesco di psichiatria biologica riconducibile a Griesinger, una volta giunto negli Stati Uniti come abbiamo visto egli rifiutò il precedente paradigma, per considerare, come il suo collega William Menninger, i sintomi come reazioni ad avverse circostanze vitali, sociali, psichiche, biologiche.

Pattern di reazioni individuali, non malattie, a cui erano associati precisi significati e cause ravvisabili nella storia personale. Abbiamo già rilevato la duplice influenza che ebbero su di lui il pensiero di Watson e, ancor di più, quello di Freud. In effetti il DSM-I è ancora strutturato sulla base della distinzione nevrosi-psicosi e risente di numerose idee psicoanalitiche, che coniuga entro l'orizzonte della psichiatria dinamica dell'intera persona in cui il ruolo chiave era giocato dal concetto di personalità per via del rilievo che tale idea aveva assunto nelle scienze sociali grazie innanzitutto alla profonda diffusione delle idee del Movimento di Igiene Mentale di cui Meyer fu uno dei principali promotori ed attori. E abbiamo visto come gli eventi e la reazione ad essi all'interno per esempio della cornice educativa della scuola o in quella familiare, fossero centrali nei discorsi di questi anni nel campo della salute mentale.

Nel DSM-I, nella prefazione scritta da George N. Raines, sono enumerati i passaggi che condussero alla sua stesura che, precisa l'autore, "nasce da esigenze di uniformità e per favorire la comunicazione di dati medico-statistici" (APA, 1952, p.V). Dei passi operativi che portarono alla sua prima versione ufficiale ho nel paragrafo precedente anticipato qualcosa. Innanzitutto il ruolo della guerra grazie al quale prese forma il primo dei progetti di questo gruppo di lavoro, quello del 1917 per l'esercito, che portò alla definizione di quel primo ristretto gruppo di etichette diagnostiche diffuse negli ospedali proprio grazie al lavoro del Movimento di Igiene Mentale.

Nel 1932 venne messa a punto una trial edition per gli ospedali e nel 1933 una prima versione ufficiale, cui ne seguì una seconda, nel 1942. Tuttavia la Armed Forces non riusciva ad identificare, con la versione già esistente, delle categorie che potessero aiutare a diagnosticare la maggior parte dei problemi di coloro che tornavano dalle armi dopo il secondo conflitto mondiale. Così nel 1944 la Navy fece una parziale revisione della classificazione a questo scopo. Nel 1945 la Army ne stabilì su questa scia un'altra ancora, la quale nel 1946 fu adottata da tutte le forze armate e dalla Veterans Administration. Nel 1948 una revisione dell'International Statistical Classification che ne mutuava l'impianto e le categorie venne ufficialmente approvata e adottata, ma a questa continuava a seguire un uso alterno e incerto di tre diverse classificazioni: quella delle forze armate, quella della Veterans Administration e quella Standard. Inoltre: "Un'alta percentuale tra gli psichiatri contattati sentiva che vi era bisogno di un urgente cambiamento nella nomenclatura, con una speciale attenzione all'area dei disturbi di personalità e alle reazioni transitorie allo stress" (APA, 1952, p.VIII). Possiamo riconoscere le radici di questa esigenza. In un articolo dedicato ad un'analisi critica delle prime tre versioni del DSM in America, Gaines fa notare che, quando nel 1948 uscì in Europa la sesta edizione del manuale diagnostico per le sindromi psichiatriche ICD, esso non fu accolto con favore dai clinici statunitensi, proprio in quanto accusato di essere mancante

di notizie riguardo le sindromi croniche del cervello, i vari disturbi di personalità e le reazioni ad eventi e situazioni stressanti (Gaines, 1992, p.8). Vi si mise così ulteriormente mano.

A partire dalle due versioni militari con il contributo del Biometrics Branch del National Institute of Mental Health che si occupò delle revisioni statistiche e con quello rilevante dell'American Psychiatric Association ed una revisione della letteratura esistente, si produsse nel 1950 una prima nuova versione sintetica con un relativo questionario di valutazione e approfondimento che venne distribuito per interpellare psichiatri di diverse aree geografiche e di diverse associazioni professionali (American Neurological Association, American Psychoanalytic Association, Academy of Neurology, American Psychopathological Association, etc..). Ne seguì un'ulteriore revisione, infine l'uscita di questo manuale.

Il testo è così suddiviso. Una prima sezione comprende le "Malattie dell'unità psicobiologica", ovvero:

- a- disturbi causati da, o associati con, inabilità delle funzioni del tessuto cerebrale,
- b- deficienza mentale,
- c- disturbi di origine psicogena o senza cause fisiche definite chiaramente o cambiamenti strutturali nel cervello tra cui:
 - disturbi psicotici le cui maggiori sottounità sono rappresentate da reazioni affettive e reazioni schizofreniche,
 - disturbi psicofisiologici autonomi e disturbi viscerali,
 - disturbi psiconevrotici,
 - disturbi di personalità (in cui sono comprese le varie forme di addizione alcolica, sessuale, l'enuresi, i disturbi del sonno),
 - disturbi situazionali e transitori di personalità,
 - termini non diagnosticati per la registrazione in ospedale.

È interessante che al di là del disturbo diagnosticato era possibile per il clinico l'aggiunta di una formula qualificante a scelta tra:

- con reazione psicotica,
- con reazione nevrotica,
- con reazione comportamentale,

notazione che poteva risultare ridondante solo se associata ai termini corrispettivi, ovvero rispettivamente:

- psicosi,
- nevrosi,
- disturbi di personalità.

Le condizioni psicotiche vengono definite nel manuale come “quelle in cui la personalità, nella sua lotta per l’adattamento e nell’affrontare difficoltà interne ed esterne, utilizza severi disturbi affettivi, profondo autismo e distacco dalla realtà, e o formazione di allucinazioni e deliri” (p.12).

Quelle nevrotiche come quelle in cui “l’ansia è la principale caratteristica, direttamente sentita o espressa, o automaticamente controllata da difese quali depressione, conversione, dissociazione, spostamento, formazione fobica, o pensieri ed atti compulsivi” (p.13). Una reazione psiconevrotica si avrebbe quando la personalità nella sua lotta per l’adattamento e nel fronteggiare le difficoltà interne ed esterne, utilizza dei meccanismi elencati sopra per far fronte all’ansia che viene creata.

Infine “Quelli raggruppati come Disturbi di personalità sono quei casi in cui la personalità utilizza primariamente un pattern di azione o comportamento nella sua lotta per l’adattamento, piuttosto che sintomi nella sfera mentale, somatica o emozionale” (p.13).

In particolare poi nella specifica sezione dedicata ai disturbi di personalità troviamo questa definizione: “caratterizzati da difetti di sviluppo o tendenze patologiche nella struttura della personalità, con minima ansia soggettiva, e poco o assente senso di malessere. Nella maggior parte dei casi, il disturbo si manifesta in un pattern di azione o comportamento che dura tutta la vita, piuttosto che in sintomi mentali o emozionali” (p.34).

I disturbi di personalità vengono suddivisi in questo manuale in tre grandi famiglie:

- personality pattern disturbances,
- personality trait disturbances,
- sociopathic personality disturbances i quali includono le varie forme di addizione droghe, alcool, etc..

Il primo gruppo comprende:

- la personalità inadeguata,
- la personalità schizoide,
- la personalità ciclotimica,
- la personalità paranoide.

Il secondo gruppo comprende:

- la personalità emozionalmente instabile,
- la personalità passivo-aggressiva,
- la personalità compulsiva.

Il terzo gruppo infine:

- reazione antisociale,
- reazione dissociale,
- deviazione sessuale,

- addizione (alcolismo-droghe).

Vi è in ultimo un quarto gruppo, quello delle reazioni transitorie che riguardano perlopiù l'infanzia e l'adolescenza.

Abbiamo qui un perfetto quadro riassuntivo dell'esito di quell'insieme di fattori che caratterizzò le scienze psichiche nella prima metà del secolo in America, in relazione alla nascita dell'idea di disturbo di personalità. La centralità del concetto di adattamento, frutto peculiare del discorso psicoanalitico americano, credo possa essere considerata la chiave di volta dell'intero manuale. È proprio intorno al concetto di adattamento che vengono ridisegnati come abbiamo visto i quadri borderline nel linguaggio psicoanalitico di quegli anni a segnalare quella continuità che in America caratterizza i linguaggi delle scienze psichiche, annullando ogni cesura tra psichiatria e psicoanalisi, clinica privata e clinica pubblica e ospedaliera. Vediamo ora più da vicino la fisionomia che le sindromi borderline assumono negli anni seguenti, attraverso il più puntuale commento di alcuni dei testi fondanti questo nuovo corpus discorsivo.

5- I disturbi dell'identità nella teoria di Erik Erikson alla fine degli anni cinquanta

Erikson, grazie ai suoi contatti con la corrente culturalista dell'antropologia, aggiunse alle teorizzazioni provenienti dalla psicologia dell'Io uno sguardo di matrice sociologica, con un'attenzione ai rapporti tra l'individuo e la determinata società cui appartiene. Per questo nel suo corpus teorico assumono una valenza importante i concetti di educazione (inteso come sistema di mediazione tra persona e gruppo sociale e dunque come imprescindibile processo di formazione collettivo e singolo) ed identità, la quale non coincide con l'Io, neppure con l'organismo, ma è nella sua teoria piuttosto "una funzione di sintesi tra le diverse parti della personalità, soggette ad un'evoluzione diacronica, e tra le esigenze interiori e le richieste sociali" (Vegetti Finzi, 1986, p.236). In questo quadro essa si configura come l'insieme ed il frutto di un organismo corporeo, di un Io e di un'identità sociale di singoli membri di un più ampio gruppo culturale. A partire da ciò egli, come noto, propone un percorso di sviluppo dell'identità scandito da otto differenti fasi ciascuna dominata da un fattore psico-sociale dominante⁸⁹. Secondo il suo modello, che per primo ha tentato dopo il 1945 di aprire la psicoanalisi agli studi psicosociali centrati sullo sviluppo della personalità e del Sé a partire dall'interazione e dagli scambi comunicativi, le richieste pulsionali

⁸⁹ Nel delineare questo percorso di sviluppo Erickson finisce tuttavia per dimenticarsi quanto esso stesso fosse influenzato dal contesto storico. In questo senso finisce a sua volta per divenire prescrittivo, nel momento in cui definisce per esempio la maturità come rifiuto del mondo omosociale ed estremo dell'adolescenza e come il felice ed equilibrato instaurarsi di un cauto, metodico e tollerante procedere nell'agire, nella direzione di una costruzione familiare eterosessuale. Su questo si tornerà comunque con maggiore attenzione nella seconda lettura critica del presente capitolo.

individuali devono far fronte di volta in volta, a seconda dei tempi e dei luoghi, ad aspettative sociali mutevoli.

Come anticipato vi è un suo contributo antologizzato da Stone e considerato legittima parte della storia ufficiale del disturbo borderline, che risale al 1956 e si chiama proprio: *Il problema dell'identità dell'Io* (Erikson, 1956). Cercherò di commentarne alcuni passaggi significativi.

Il suo saggio comincia con una domanda riguardo appunto l'identità: inizia col chiedersi se l'identità sia qualcosa di più della somma delle identificazioni psicoanaliticamente intese e la risposta è affermativa. Secondo lui infatti essa, che assume una sua forma più stabile alla fine dell'adolescenza, da una parte includerebbe tutte le identificazioni significative del proprio passato, dall'altra però le rimetterebbe assieme in un modo peculiare e idiosincratico fino a costituire un intero unico e coerente che è qualcosa di più della loro somma. “Se noi, parlando grossolanamente, consideriamo introiezione-proiezione, identificazione e formazione dell'identità come passi tramite i quali l'io cresce, in sempre più maturi scambi con le identità dei modelli per il bambino” (Erikson, 1956, pp.229-230), il processo si presenta così:

1- il meccanismo di introiezione-proiezione prepara le basi delle future identificazioni e dipende dalla relativa integrazione e soddisfacente reciprocità tra l'adulto che fa da mamma e il bambino. Solo l'esperienza di questa reciprocità fornisce un polo sufficientemente stabile di “self feeling” mediante il quale il bambino può raggiungere l'altro polo: il suo primo oggetto d'amore;

2- le identificazioni infantili dipendono dalle più o meno sane interazioni con un affidabile e significativa gerarchia di ruoli fornita dalle generazioni che vivono insieme in varie forme di famiglia;

3- infine la formazione dell'identità, che è fondata da un processo selettivo di scarto e reciproca assimilazione delle identificazioni infantili e dal loro assorbimento in una nuova configurazione, dipende dal processo tramite il quale “una società (spesso attraverso sottosocietà) identifica il giovane individuo, riconoscendolo come qualcuno che deve trovare il modo in cui è, e che, una volta trovato, viene accettato. La comunità, spesso non senza alcuni iniziali fraintendimenti, dà un certo riconoscimento con (più o meno istituzionalizzate) forme di sorpresa e piacere nel dare accoglienza alla nuova individualità emergente” (Erikson, 1956, p.230).

È la comunità, secondo Erikson, a supportare lo sviluppo ed a permettere al bambino, passo dopo passo, di orientarsi verso un “completo ‘piano di vita’ con un ordine gerarchico di ruoli rappresentati da individui di diverse età. La famiglia, il vicinato, la scuola, forniscono contatti ed identificazioni sperimentali tra il bambino più giovane e quello più vecchio, fra l'adulto più giovane e quello più vecchio” (Erikson, 1956, p.231). Il bambino procederà in questo modo, identificazione

dopo identificazione, a verificare la propria identità in decisive esperienze di “adattività psicosociale” (Erikson, 1956, p.231).

Segue in effetti una descrizione della formazione dell’identità come processo risultante non solo di cambiamenti psicosessuali ma anche psicosociali, un insieme di “dati costituzionali, idiosincratici bisogni libidici, capacità favorite, identificazioni significative, difese funzionali, sublimazioni ben riuscite, e ruoli consistenti” (Erikson, 1956, pp.232-233).

C’è poi un particolare focus sulla fase adolescenziale, fase durante la quale, nel celebre schema di Erikson, si assisterebbe a quello che lui chiama il conflitto tra identità e diffusione dell’identità. A questo è dedicato un intero paragrafo dal titolo: “Patografico: ritratto clinico della diffusione dell’identità” (Erikson, 1956, p.238). Vi presenta dei casi fortemente disturbati di giovani tra i sedici e i ventiquattro anni, casi che sarebbero in grado secondo lui di rimandare immediatamente il lettore “ai problemi tecnici e diagnostici che si incontrano nell’adolescenza in generale e specialmente nel numero di quei giovani casi borderline che vengono usualmente diagnosticati come pre-schizofrenici, o disturbi severi del carattere con tratti paranoici, psicopatici, depressivi o altri” (Erikson, 1956, p.239). Il punto per lui non sarebbe quello di precisare la diagnosi ma di concentrarsi su alcune caratteristiche comuni rappresentative di quella crisi di vita condivisa dall’intero gruppo, e che risulta da una (temporanea o definitiva) incapacità dei loro io di stabilire un’identità: per questo essi soffrono tutti di “un’acuta diffusione di identità” (Erikson, 1956, p.239). Il che richiederebbe a suo avviso una particolare ottica fase-specifica che enfatizzi quei compiti di vita condivisi da questi pazienti così come i criteri diagnostici che li differenziano. Per inciso, egli inoltre precisa che, avendo preso i casi descritti in parte dal suo studio privato, in parte da una clinica, questo comporterà una notevole differenza di status socioeconomico fra i due gruppi di pazienti e dunque due forme notevolmente differenti di problemi dell’identità.

Nella sua lettura l’acuta diffusione di identità si presenterebbe a fronte di un insieme di esperienze che richiedono simultaneamente un coinvolgimento verso l’intimità fisica (o apertamente sessuale), una decisiva scelta occupazionale, un’energica competizione, e una definizione di sé dal punto di vista psico-sociale. Tra gli stadi psicosociali da lui descritti nel suo tentativo di ricostruire una traccia dello sviluppo identitario, non strettamente vincolato all’ambito pulsionale, nel contesto americano del suo tempo, quelli che subiscono più pesantemente il rischio di una diffusione di identità sarebbero soprattutto il sesto ed il settimo. Infatti il sesto (20-25 anni) è quello che viene da questo autore fatto ruotare attorno alla polarità intimità-isolamento: centrale sarebbe qui la questione amorosa e la capacità di legarsi profondamente ad altri, a fronte di tale compito il rischio di smarrire la propria identità si presenterebbe con forza. Il settimo (26-60 anni) si struttura invece sul contrasto generatività-stagnazione, inteso non solamente su un piano materiale legato alla

nascita di figli, ma anche in un'ottica più estesa col senso di dare vita a qualcosa, creare, investire su un progetto che riguarda la costruzione di se stessi mediata dalla cura di qualcosa che trascenda la persona e che abbisogna, almeno in un certo grado, di un riconoscimento collettivo e sociale.

Come esempio di diffusione d'identità descrive il caso di una giovane ragazza, proveniente da una famiglia conservatrice e iperprotettiva, che arriva in un college in cui domina un ambiente socio-culturale completamente differente. Essa rimane paralizzata dal nuovo conflitto, evitando in questo modo di dover scegliere e decidere subito il da farsi ma subendo contemporaneamente una regressione ed un malessere che le causano isolamento e senso di vuoto interno. "Sintomaticamente, questo stato consiste in un pesante e doloroso stato di isolamento; in una disintegrazione del senso di continuità interna e di essere sempre la stessa persona; in un senso di diffusa vergogna; in un'incapacità di trarre un senso di soddisfazione da qualsivoglia attività; un sentimento che la vita accada all'individuo piuttosto che essere vissuta per sua iniziativa; una radicalmente ridotta prospettiva temporale; e infine, una sfiducia di base" (Erikson, 1956, p.242). Ecco qui una presentazione di quelli che fenomenologicamente appaiono, almeno parzialmente, sintomi comuni delle sindromi borderline, che verranno ridescritti sempre di più, a partire dagli anni sessanta, attorno al concetto di Sé, concetto che diverrà un oggetto psicoanalitico di interesse sempre maggiore (Ammaniti, 1989), così come tutte quelle idee menzionate da Erikson per delineare il percorso psichico del giovane adulto: quella di autostima, quello di coesione della personalità, quella di integrazione delle rappresentazioni oggettuali e più in generale di relazioni oggettuali infantili come matrici di schemi relazionali che si rivelano cruciali nella costruzione del singolo⁹⁰.

C'è un concetto di origine freudiana, fin dall'inizio molto importante proprio all'interno della storia dei quadri borderline, che sembra aver rivestito storicamente in questo processo un ruolo particolare e forse ineludibile e che pertanto sembra indispensabile a questo punto introdurre: quello di narcisismo. Dall'inizio degli anni sessanta in America Kohut e Kernberg cominceranno contemporaneamente a lavorare su questa sfuggente nozione, trasversale e polisemica, che verrà differentemente declinata in area francese⁹¹ e che ha conosciuto significativamente un grande successo anche in ambito sociologico⁹², aprendo ad un campo molto vasto di fenomeni ed

⁹⁰ Si parlerà a posteriori, come ben noto, di una svolta relazionale della psicoanalisi che a partire dall'universo kleiniano ha prestato sempre maggiore attenzione alla configurazione delle relazioni reali ed alla loro duplice natura, problematicamente interiore ed esteriore al tempo stesso, passando attraverso Bowlby, Winnicott e Loewald, da una parte, Kernberg e Kohut, dall'altra, fino ad approdare agli studi più attuali di carattere spiccatamente intersoggettivo quali quelli, ormai celebri, di Greenberg e Mitchell. Anche per questo si rimanda alle successive letture critiche.

⁹¹ Per inquadrare il tema in area francese bisogna fare riferimento in primo luogo alle teorie di Lacan a partire dal ruolo dello stadio dello specchio nella genesi e nella formazione dell'Io. Un altro corpus teorico imprescindibile è costituito dall'opera di André Green, che proprio con le nuove difficoltà identitarie del mondo contemporaneo prova a misurarsi. Naturalmente l'argomento è così esteso che risulta inutile anche solo provare qui a sintetizzarlo.

⁹² In ambito sociologico, per quanto il panorama della critica sociale su questi temi sia ben più ampio e complesso, mi limito a citare due letture ormai classiche: quella di Christopher Lasch svolta principalmente nei suoi più celebri testi (1979, 1984), e quella di Klaus Strzyz, esponente della Scuola di Francoforte (1978).

interpretazioni, di cui ovviamente non si potrà dare qui che qualche possibile coordinata passando attraverso il fondamentale, sintetico ed innovativo contributo di Otto Kernberg.

In esso andrà a confluire tutta la letteratura fino ad ora analizzata sulle sindromi borderline, cambiando nuovamente, almeno in parte, il suo senso. Commenterò dunque innanzitutto il suo primo basilare saggio del 1967, antologizzato da Stone, di cui esiste anche una traduzione italiana pubblicata a cui mi rifarò, sull'organizzazione borderline di personalità. Solo alla fine cercherò di aggiungere qualche breve nota sull'universo narcisistico, in quanto fondamentale continente per portare avanti una riflessione sulla possibile integrazione fra mutamenti della psicoanalisi e delle scienze psichiche e mutamento delle configurazioni culturali. Infatti, nella riflessione psicodinamica sul narcisismo che finì per diventare imperante tra gli anni sessanta e settanta del Novecento in tutto il mondo psichico occidentale, visto il posto privilegiato che vi occupano le dinamiche relazionali costitutive dell'identità, è ben visibile il legame tra disagio psichico e trasformazione storica della costruzione soggettiva⁹³.

6- L'organizzazione borderline di personalità di Otto Kernberg e le sindromi narcisistiche negli anni sessanta e settanta

Bisogna innanzitutto precisare che i riferimenti teorici da cui questo autore prende le mosse e da cui attinge largamente, integrandoli nella costruzione della sua teoria sulle organizzazioni borderline di personalità, sono quelli forniti dalla Psicologia dell'Io americana, di cui abbiamo già detto, anche se per quanto riguarda Kernberg una posizione privilegiata all'interno di questo campo è occupata dalle teorie sullo sviluppo infantile di Jacobson e Mahler, e dalla scuola kleiniana delle relazioni d'oggetto. Per spiegare tale connubio vale la pena forse ricordare che Kernberg, di origini viennesi, era emigrato in Cile e si era formato appunto in ambito kleiniano.

In effetti Kernberg attinge ampiamente all'opera della Klein, da cui media in primo luogo l'enfasi teorica data alla scissione, meccanismo che come vedremo è proprio al centro del problema della clinica borderline nel sistema kernberghiano, senza tuttavia mai dimenticare le connessioni tra mondo interno fantasmatico e mondo esterno inteso come piano delle relazioni oggettuali reali, con le loro caratteristiche e qualità. Per quanto riguarda tale piano, fondamentali sono appunto invece per lui le teorie americane che descrivono gli sviluppi dell'Io a partire dalla sua innata spinta integrativo-maturativa che trova compimento e senso solo nelle vicissitudini di sviluppo nell'ambiente reale. Si ricordi l'enfasi data dagli autori della psicologia dell'Io alle situazioni

⁹³ Si pensi alla centralità che le forme di accudimento ed educazione, le quali costituiscono in effetti le principali modalità di modellamento che le modificazioni storiche della civiltà impongono all'energia psichica, assumono in questo tipo di teorie.

presenti dei pazienti e le raccomandazioni di rivolgersi e guardare al mondo oggettivo piuttosto che ad un oscuro e indecifrabile mondo interno. A partire da un simile presupposto le pulsioni si trasformano nella sua teoria evolutiva in affetti, “che vengono a strutturarsi nel tempo attraverso l’evoluzione delle relazioni oggettuali. Gli affetti sono stati di segnalazione della qualità della relazione con l’oggetto reale, in funzione del soddisfacimento delle esigenze del bambino: ciò significa che in questa concezione prevale la relazione con la realtà, e non quella con il mondo interno” (Maffei, 2008, p.31). Sempre a partire da un’ottica siffatta, anche gli introietti infantili, descritti dalla Klein in un quadro fantasmatico, simbolico e pulsionale, diventano nella sua teoria delle sottostrutture dell’Io, in questo percorrendo quel ponte da lui stesso costruito tra Gran Bretagna e Stati Uniti.

Il celebre conflitto tra le teorie dello sviluppo di Anna Freud e Melanie Klein può essere considerato in questo senso emblematico. Kernberg sembra voler trovare una mediazione, mediazione per cui ricorre anche ampiamente alla scuola psicoanalitica britannica, nota come gruppo degli indipendenti, fra cui Winnicott, Balint, Fairbairn o Modell, la quale negli stessi anni stava fornendo contributi eminenti ed irrinunciabili nelle teorie del narcisismo e delle relazioni oggettuali pre-edipiche, cosa su cui torneremo successivamente in un’ottica storico-critica. A partire da tali sostanziosi, e per molti aspetti conflittuali, corpi teorici, egli appunto elaborò la sua teoria sulle sindromi marginali o narcisistiche, di cui diede nel tempo, e tutt’oggi continua a dare, descrizioni elaborate e distinzioni specifiche. Iniziamo dunque con il contributo inaugurale cui abbiamo già accennato.

Questo testo (1967) comincia con la sottolineatura di un primo passaggio fondamentale: quello della trasformazione del termine *borderline* da aggettivo a sostantivo, il che rappresenta una novità e una cesura rispetto ai suoi predecessori. L’organizzazione di personalità *borderline* ha infatti nel pensiero di Kernberg un carattere stabile e non viene più considerata una situazione fluttuante e transitoria fra nevrosi e psicosi. Si tratta invece di una forma specifica e, appunto, “notevolmente stabile” di struttura patologica dell’Io, che differisce dalle psicosi, dalle nevrosi, e dalle nevrosi del carattere. Questo porta con sé fondamentali conseguenze, su cui mi soffermerò nelle letture critiche. Significa per esempio ribadire l’importanza e l’utilità di una diagnosi differenziale e strutturale che preluda alla terapia, il che porta il discorso ad iscriversi in una cornice psichiatrica e medica piuttosto che psicoanalitica. Tale diagnosi riguarda la struttura dell’Io, più avanti del Sé, ed andrà così a designare una patologia psichica dell’identità o della personalità. Riconoscere la personalità *borderline* come una nuova struttura della soggettività, che lo si condivide meno, segnala un importante mutamento clinico, psicopatologico, terapeutico e sociale, mutamento che rappresenta una pietra miliare all’interno della storia che vorrei tracciare.

Per ribadire il rilievo da lui accordato alla struttura di questi casi Kernberg, nel suo testo, precisa subito che anche se i sintomi, nella multiformità che li caratterizza all'interno di tali sindromi, possono essere talvolta apparentemente nevrotici, talaltra apparentemente psicotici, ciò nonostante un accurato esame diagnostico potrebbe dare conto delle differenze strutturali alla base di manifestazioni analoghe. Come i nevrotici, quelli che lui definisce pazienti con organizzazione borderline, mantengono un buon esame di realtà ed i loro processi di pensiero appaiono intatti, laddove come gli psicotici, nel transfert, così come nei reattivi non strutturati, essi regrediscono, e mostrano una traslazione psicotica e un tipo di funzionamento vicino al processo primario. In questo si riallaccia evidentemente alla letteratura precedente, solo la sistematizza e ne re-inquadra alcuni tratti laddove afferma in modo sistematico che essi non sarebbero riconducibili né all'una né all'altra categoria in vista di una loro specifica e precipua organizzazione psicopatologica.

Proprio ad una breve rassegna della letteratura precedente è dedicata la parte successiva dello scritto. I riferimenti che cita sono Zilboorg, Hoch e Polatin, Rapaport, Gill e Schafer. Tuttavia Kernberg denuncia, come limite di questi autori, l'essersi confinati ad ottime analisi descrittive, accurate e fedeli, senza tuttavia arrivare ad ascriverle ad una nuova struttura patologica, riconducendole invece alla schizofrenia. Anche altre diciture riferite a stati transitori borderline, penso per esempio a Knight, avevano il difetto secondo lui di non riconoscere i caratteri strutturali di questa patologia. Enunciata chiaramente la preminenza del piano strutturale sugli altri, Kernberg fa notare la necessità di considerarlo in relazione ad altri due differenti punti di vista che sarebbe a suo avviso necessario integrare a fini diagnostici e terapeutici: quello descrittivo e quello genetico-dinamico. Per quanto riguarda il primo, dopo aver ribadito e sottolineato nuovamente che gli elementi descrittivi "sono soltanto segni diagnostici presuntivi di un'organizzazione della personalità *caso al limite*. La diagnosi definitiva dipende dalla peculiare patologia dell'Io e non da sintomi descrittivi" (Kernberg, 1967, p.33), elenca i seguenti sintomi: angoscia, nevrosi polisintomatica, sintomi ossessivo-coatti, sintomi di conversione multipli, reazioni dissociative, ipocondrie, tendenze paranoide, tendenze sessuali perverse e polimorfe. Per quanto riguarda il secondo, ovvero il livello genetico-dinamico, cercando di sintetizzare il più possibile, il problema sarebbe quello di un'eccessiva aggressività orale che tende ad anticipare la comparsa dei desideri edipici, fondendoli con quelli pregenitali.

Vediamo invece più da vicino le caratteristiche di queste sindromi sul piano da lui considerato patognomico e di maggiore importanza: quello strutturale, che rappresenta come già scritto la maggiore novità clinica e metapsicologica da lui introdotta e che aprirà la strada alle successive formulazioni sul Sé e le patologie narcisistiche che trasformeranno, tra il finire degli anni sessanta e durante il corso degli anni settanta, la terapia e la clinica psicoanalitica in modo inedito,

impressionante, eminentemente significativo da un punto di vista della trasformazione socio-culturale nella costruzione dei soggetti. Tale piano strutturale nella teoria di Kernberg sarebbe definito da un insieme integrato dei livelli già descritti e più precisamente sarebbe il risultato di: tipiche costellazioni sintomatiche, tipiche costellazioni di meccanismi di difesa dell'Io, una tipica patologia di relazioni oggettuali interiorizzate e particolari tratti genetico-dinamici⁹⁴.

Si può innanzitutto notare, a questo punto, come il senso del termine strutturale nell'ambito del suo sistema clinico, nulla ha a che vedere con lo strutturalismo francese degli stessi anni. Il significato del termine sarebbe nella sua accezione duplice. Da una parte andrebbe infatti riferito alla seconda topica freudiana delle tre istanze psichiche, dall'altra alle formulazioni della psicologia dell'Io di Hartmann, Rapaport e Gill, che permettono di vedere l'Io come una combinazione di:

- a- strutture,
- b- processi psichici e funzioni,
- c- livelli.

In questo secondo senso le strutture sarebbero strutture cognitive, per esempio il processo di pensiero primario o secondario, o strutture difensive intese come meccanismi di difesa o strutture difensive del carattere. Un terzo senso del termine strutturale sarebbe infine riconducibile ai derivati delle relazioni oggettuali interiorizzate (cita Fairbairn). A partire da questa ultima osservazione suddivide la diagnosi nei seguenti compartimenti:

1- manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io: in generale in questo aspetto possono rientrare forme sintomatiche opposte consistenti in un'eccessiva rigidità, conseguenza della debolezza dell'Io o in un'eccessiva fluidità e frammentazione, a sua volta frutto del medesimo problema. In questa definizione rientrano diversi sintomi più specifici, fra cui:

1a- incapacità di controllare l'angoscia: per rientrare in questa categoria non conta la quantità di angoscia ma la qualità ed il legame di essa con gli avvenimenti stressanti. Potrebbe anche non esserci angoscia, se per esempio non si verificassero episodi frustranti o carichi emotivi da sopportare;

1b- incapacità di controllare gli impulsi: in questo quadro secondo lui bisognerebbe distinguere due diverse forme del problema. La prima, tipica per esempio della struttura infantile di personalità,

⁹⁴ Per quanto riguarda la debolezza dell'Io di questi pazienti, i contributi fondamentali da lui citati come fonti sono quelli di Knight, Gill e Schafer. Per quanto riguarda i meccanismi di difesa invece, nelle riflessioni sulla scissione ed i quadri schizoidi, cita come contributi fondamentali Fairbairn (1940, 1944) e la Klein (1946), nonché Rosenfeld e Hannah Segal. Importanti riferimenti sempre rispetto ai meccanismi di difesa, vengono fatti anche a Edith Jacobson, Anna Freud, e Karl Menninger. Secondo Kernberg comunque per questa tipologia di pazienti sarebbe importante soprattutto la patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate per cui si rifà agli scritti di Helene Deutsch (1942) e di nuovo alla Klein e a Fairbairn. Non manca di precisare in ogni caso che idee simili ed altrettanto significative erano state proposte da Jacobson (1964), Greenson (1954, 1958), ed Erikson (1956). È più che mai visibile, tramite questa esplicita rete di riferimenti, quel confluire della letteratura precedente in un nuovo quadro che ne stravolge parzialmente il significato cui abbiamo fatto cenno nel testo.

sarebbe una capacità non specifica di controllare gli impulsi, imprevedibile, intermittente, prodotta da un aumento dell'angoscia o da un qualsiasi derivato pulsionale. Si tratterebbe di "uno sforzo volto alla dispersione di tensioni intrapsichiche" (Kernberg, 1967, p.47). Mentre il secondo tipo può riflettere "meccanismi di difesa altamente specifici e rappresentare l'emergere nella coscienza di un sistema dissociato di identificazione [...]. Si tratta in sintesi della riattivazione di un sistema d'identificazione specifico dissociato" (Kernberg, 1967, p.47);

1c- assenza di sbocchi sublimatori sviluppati: tenendo conto del contesto in cui il paziente si inserisce si dovrebbero valutare a suo avviso l'importanza e l'entità di spazi dell'Io liberi da conflitti e dunque in grado di godimento creativo e di attività sublimatoria.

2- Spostamento verso il processo primario: tale regressione è limitata all'interno dei casi borderline a delle situazioni non strutturate e rappresenta perciò un indice patognomonico fondamentale. In questo senso la regressione deve essere considerata l'esito finale di diversi aspetti di questa organizzazione della personalità fra cui:

2a- la riattivazione di relazioni oggettuali patologiche,

2b- la riattivazione di antichi funzionamenti difensivi,

2c- la rifusione parziale di immagini primitive di sé e dell'oggetto,

2d- la regressioni verso strutture cognitive primitive dell'Io a causa di spostamenti specifici nell'equilibrio di investimento/contro investimento della libido.

3- Meccanismi di difesa specifici di questo livello di organizzazione della personalità: innanzitutto è centrale secondo Kernberg il ruolo che vi gioca il meccanismo della scissione che compare normalmente nel primo anno di vita e di solito viene rapidamente sostituito da difese più mature. Essa implica una divisione difensiva dell'Io e verrebbe messa in atto per tenere divise le rappresentazioni di sé e degli altri negative e connotate dall'angoscia da quelle positive che dovrebbero invece essere preservate dalla distruzione. Implica stati contraddittori e separati dell'Io che finché permangono divisi non provocano angoscia e tuttavia possono diventare la base di una sindrome di dispersione di identità. Per quanto riguarda l'interiorizzazione delle relazioni oggettuali due sono i compiti essenziali che deve svolgere l'Io nella sua teoria:

A- la differenziazione tra immagini di sé e immagini dell'oggetto,

B- l'integrazione di immagini di sé e dell'oggetto buone con quelle cattive, vale a dire investite aggressivamente. È secondo lui questa seconda operazione ad essere difettosa nei casi limite, forse per un'incapacità costituzionale di sopportare l'angoscia che determina la sintesi di introietti di natura opposta o forse per via di un'intensità particolarmente grave dei derivati pulsionali aggressivi che può essere a sua volta costituzionale, o derivante da precoci carenze affettive e parentali. È la scissione in ogni caso a provocare secondo lui quella debolezza dell'Io la quale sarebbe alla base di

un discontrollo degli impulsi o dell'instabilità affettiva e relazionale. La scissione si accompagnerebbe inoltre ad altri meccanismi di difesa dello stesso livello, quali l'idealizzazione primitiva, l'identificazione proiettiva, la negazione, l'onnipotenza e la svalutazione.

4- Patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate: è secondo lui la diretta responsabile della traslazione psicotica che subiscono questi pazienti in analisi. Infatti attraverso il transfert verrebbero riattivate in tale gruppo diagnostico le introiezioni scisse con successivo crollo del funzionamento apparente dell'Io. Mancando di un Super-Io integrato, questi malati sarebbero incapaci di sensi di colpa e di reale sollecitudine, in poche parole di coinvolgimento emotivo ed affettivo. A questo proposito si rifà alla descrizione della dispersione d'identità fornita da Erikson.

Credo si veda molto bene, tramite questa descrizione, l'utilizzo di tutte le maggiori idee ed osservazioni cliniche della letteratura precedente ed a lui contemporanea re-inquadrate all'interno di un'architettura complessa che è appunto permessa dal macro-concetto cornice di organizzazione di personalità, la quale è definita da un determinato grado di integrazione dell'identità e funzionamento dell'esame di realtà, nonché da precisi meccanismi difensivi.

Mentre l'identità dell'organizzazione nevrotica è compatta, quella psicotica deflagrata, quella borderline è dispersa per via della non integrazione dei frammenti prolungata oltre tempo dalla scissione patologica degli oggetti buoni e cattivi, dovuta come abbiamo detto ad un alto grado di aggressività costituzionale o da carenze ambientali. Mentre l'esame di realtà è mantenuto nei nevrotici, smarrito negli psicotici, esso è instabile e soggetto a regressione nelle strutture borderline. Infine esiste un gruppo di difese tipiche di questa struttura, solo in parte sovrapponibili a quelle psicotiche, che ne connota il funzionamento.

Tra queste svolge, come abbiamo già scritto, un ruolo fondamentale la scissione, che in definitiva può a mio avviso essere considerato il perno di tutta l'organizzazione, osservazione significativa su cui tornerò nelle letture critiche. Anticipo soltanto che in questo quadro, in cui non si parla propriamente ancora del disturbo borderline così come sarà definito in quanto diagnosi categoriale a partire da DSM-III, ma piuttosto di un'organizzazione strutturale della personalità che può dare luogo a manifestazioni sintomatiche piuttosto eterogenee, è la scissione ad essere alla base per esempio della dispersione di identità, dell'instabilità relazionale, o dell'impulsività con relativi acting out. L'impulsività non si configura quindi come tratto costituzionale ma è piuttosto il risultato di una frammentazione del Sé. Le dinamiche connesse alla necessità di integrazione delle istanze psichiche, di Io, Super-Io, Io ideale, con relativi investimenti libidici, è al centro della sua teoria e della sua spiegazione, e infatti porterà al dischiudersi dello studio del campo delle patologie narcisistiche che Kernberg approfondirà a partire dall'inizio degli anni settanta. Come ho anticipato non è mia intenzione dare conto qui di un campo a tal punto sfaccettato e complesso, nonostante la

sua estrema pertinenza al tema che sto cercando di affrontare. Basti qualche nota di compendio su ciò che ne ha scritto Kernberg.

Egli precisa innanzitutto che il narcisismo, come del resto negli stessi anni teorizza Heinz Kohut, appartiene, oltre che alla patologia, alla normalità. In questo secondo caso viene definito come “l’investimento libidico del Sé” (Mitchell, 1993, p.163), ed il Sé deve essere inteso come sottostruttura dell’Io che integra tutte le immagini e le rappresentazioni della propria persona accumulate tramite le relazioni con altri. Così il Sé normale secondo l’autore è integrato, cioè contiene rappresentazioni positive e negative di sé, dell’oggetto e delle relative interazioni, configurandosi come una struttura in grado di tenere insieme “le diverse componenti investite libidicamente ed aggressivamente” (Duruz, 1985, p.87). Il narcisismo sano si configura quindi come il garante di una regolazione equilibrata dell’autostima, e come ciò che permette una realistica rappresentazione di sé nonché una percezione discriminata del mondo esterno.

Definisce invece il narcisismo patologico “come un particolare meccanismo dinamico che genera sia un senso di diritto alla grandezza sia l’idealizzazione primitiva” (Mitchell, 1993, p.163). Questi fenomeni sorgerebbero secondo l’autore nell’infanzia come meccanismi di difesa primitivi, che il bambino metterebbe in atto per difendersi da una fortissima aggressività che genera angoscia e depressione e che minaccia intollerabilmente la coesione psichica. Più precisamente, per fare fronte a tali distruttivi impulsi originati da “una forte pulsione aggressiva costituzionalmente determinata [...] o [...] a gravi frustrazioni subite durante il primo anno di vita” (Mitchell, 1993, p.164)⁹⁵, il bambino, incapace di far coesistere dentro di sé e di accettare, integrandoli, gli aspetti positivi e quelli negativi degli oggetti e di se stesso, percependosi “sadico” e sentendosi circondato da un mondo instabile, pericoloso e persecutorio (anche a causa delle sue stesse proiezioni sugli oggetti), erige difensivamente quello che Kernberg ha chiamato il “Sé grandioso”. Tale struttura patologica mette insieme in modo fusionale le parti idealizzate di sé e dell’oggetto nonché il Sé reale del bambino. In questo modo si crea un insieme indistinto tra ciò che l’infante è, ciò che vorrebbe diventare e ciò che desidera che gli altri siano e diventino, insieme che viene avvertito come “completo, perfetto, e in grado di nutrirsi da solo” (Duruz, 1985, p.87).

Viene fornita in questo modo al soggetto “una coesione patologica sulla base di un’illusoria autosufficienza” (Sassanelli, 1998, p.37). Questo Sé funziona alla fine sia come protezione da un mondo che viene percepito temibile e inaffidabile, sia come difesa dall’intensa rabbia narcisistica, che viene in questo modo proiettata all’esterno ed espulsa dal Sé, sia in ultimo come il frutto stesso e la principale espressione di tale insopportabile aggressività e profondo disagio. Le

⁹⁵ Si percepiscono chiaramente in questo passaggio le dirette influenze della Klein e dell’Ego Psychology, dove per la prima sono centrali un’invidia ed un’aggressività innate, manifestazioni dell’istinto di morte, mentre per la seconda corrente le interazioni reali con i caregivers.

rappresentazioni di sé e dell'oggetto, svalutate o aggressive, vengono scisse o dissociate o rimosse o proiettate ed il narcisismo non riesce pertanto a conseguire la costanza dell'oggetto. In questo modo viene a crearsi un Super-Io sadico che contiene l'insieme di tutte le componenti aggressive proiettate, le quali divengono persecutorie generando quei sintomi di vuoto interiore, invidia intensa, necessità di controllare e sfruttare gli oggetti nonché quello stile caratteriale arrogante che Kernberg descriverà dettagliatamente tracciando il profilo clinico dei pazienti da lui ritenuti, nonostante le diverse specificazioni, narcisisti. La creazione di tale struttura protegge il paziente dal dolore psichico e dalla disintegrazione psicotica e tuttavia lo imprigiona creando quel "circolo vizioso di autoammirazione, deprezzamento degli altri ed eliminazione di ogni reale dipendenza. Il più grande timore di questi pazienti è di essere dipendenti da qualcun altro, poiché essere dipendenti significa odiare, invidiare ed esporsi al pericolo di essere maltrattati e sfruttati" (Mitchell, 1993, p.165). Sarà proprio questo Sé grandioso quello che ostacolerà maggiormente, e contemporaneamente permetterà, il trattamento analitico secondo Kernberg.

Ecco il quadro diagnostico differenziale dei disturbi narcisistici da lui proposto, come frutto di un'analisi descrittiva e strutturale delle psicopatologie per livelli di gravità con valore prognostico e terapeutico. La classificazione del narcisismo, secondo un crescendo di gravità da normale a patologico, viene dall'autore così articolata:

I) narcisismo adulto normale, che comporterebbe una ben funzionante e serena regolazione dell'autostima dipendente da un Sé ben integrato e strutturato con rappresentazioni di oggetti totali ed un Super-Io equilibrato. Si avranno così relazioni oggettuali stabili ed un sistema di valori cui riferirsi.

II) Narcisismo infantile normale, che consiste in una normale regolazione dell'autostima resa possibile da gratificazione appropriate all'età ed alla fase attraversata⁹⁶.

III) Narcisismo patologico che a sua volta può essere suddiviso in tre sottogruppi:

III.I) regressione al narcisismo normale infantile, per cui si avrebbe un ideale dell'Io controllato e regolato da aspirazioni e valori e problemi infantili. Si potrebbero avere anche cali nevrotici dell'autostima, visti come conseguenze narcisiste di tratti caratteriali patologici.

III.II) Un secondo tipo di narcisismo patologico si avrebbe in virtù di tratti narcisistici del carattere che determinerebbero scelte oggettuali narcisistiche, per cui queste persone amano come vorrebbero

⁹⁶ Per le caratteristiche del narcisismo infantile normale e patologico secondo Kernberg rimando al saggio di Paulina Kernberg (1998). Sinteticamente, l'autrice distingue la forma normale e patologica di esso e specifica quali sarebbero le manifestazioni cliniche del secondo e cioè: performance scolastiche altalenanti, scarse amicizie con i coetanei e possibili legami con adulti, possibilità di leader-ship in adolescenza, avversione allo sguardo, angoscia di separazione, patologia del gioco che viene dominato dalla noia o dall'aggressività, intolleranza tra fratelli. Vengono infine elencati i principali fattori di rischio per sviluppare il disturbo che sarebbero: presenza di genitori narcisisti, casi di adozione, casi di abuso, crescita in un ambiente familiare iperindulgente o facoltoso, divorzio dei genitori.

essere amate, senza riuscire a comprendere realmente i bisogni e i sentimenti altrui. Si avrebbe così un Sé identificato con un oggetto sul quale viene proiettata la rappresentazione del Sé infantile.

III.III) Terzo e molto più grave dei precedenti sarebbe il disturbo narcisistico di personalità, che si situa a livello del carattere stesso, a seguito di un narcisismo infantile patologico che ha generato un Sé grandioso. Si tratterebbe secondo Kernberg di un tipo di organizzazione borderline⁹⁷ e quindi si avrà una mancata integrazione dell'identità, delle difese organizzate intorno alla scissione ma un senso di realtà integro (al contrario della psicosi, grazie al Sé grandioso patologico integrato che compensa il clivage del Sé caratteristico di ogni organizzazione borderline).

Questo disturbo si dividerebbe a sua volta in tre sottocategorie con differente prognosi:

III.III.I) pazienti con adattamento di superficie ottimo, il che rende improbabile una richiesta di terapia e senz'altro difficile l'analisi stessa;

III.III.II) pazienti con sindrome classica e sintomatologia evidente, per cui è indicata la psicoanalisi;

III.III.III) pazienti con funzionamento borderline conclamato, per cui la prognosi è riservata.

Al di là dei differenti livelli di gravità che il disturbo può presentare, vediamo ora la sintomatologia clinica così come descritta da Kernberg.

A grandi linee si potrebbe affermare che questi pazienti sono caratterizzati da un concetto ipertrofico di sé con bisogno sproporzionato di riconoscimenti da parte degli altri, vita affettiva superficiale, invidia intensa e cronica, tendenza allo sfruttamento interpersonale, alternanza di idealizzazione e disprezzo verso gli altri, dipendenza apparente che nasconde una totale incapacità di affidarsi, assenza di empatia e presenza di collera orale intensa e cronica. Più specificatamente, questi tratti patologici fondamentali si organizzano secondo Kernberg intorno a tre macro-nuclei problematici che sono l'amore di sé patologico, l'amore oggettuale patologico, il Super-Io patologico.

Per quanto riguarda il primo nucleo esso si manifesta attraverso un egocentrismo spiccato che comporta grandiosità (alternata a sentimenti di insicurezza o inferiorità), esibizionismo, senso di superiorità, presunzione intellettuale, sopravvalutazione, sistema di valori infantile, ossia imperniato sulla ricerca di attirare l'attenzione altrui tramite espedienti e caratteristiche di superficie. Vi sarebbe inoltre una coattiva dipendenza dall'ammirazione altrui per tenere a bada la propria insicurezza di fondo o sete di riconoscimento, ma senza capacità di gratitudine. L'emotività

⁹⁷ Come già evidenziato, è importante distinguere la differenza tra disturbo borderline di personalità così come oggi si configura nel DSM e organizzazione borderline di personalità. La seconda infatti include una vasta gamma di pazienti diversi da un punto di vista psicodinamico ma accomunati da: diffusione dell'identità, predominio di meccanismi di difesa primitivi ed esame di realtà conservato. Questa categoria, che include diversi livelli di funzionamento al suo interno, comprenderebbe anche attualmente secondo Kernberg i disturbi di personalità classificati nel DSM come: borderline, schizoide, paranoide, istrionico, narcisistico, antisociale e dipendente. Per una più precisa sintesi del problema rimando a Lingiardi, Madeddu (2002).

mantiene un carattere superficiale. È caratteristico che quando il loro bisogno di ammirazione e successo non venga gratificato si annoiano.

Per quanto riguarda il secondo nucleo invece, esso si paleserà come eccessiva invidia con relativi tentativi di svalutazione degli altri consci e inconsci, sfruttamento interpersonale, incapacità di empatizzare, impegnarsi e dipendere da chiunque.

Il terzo ed ultimo polo, meno significativo per la diagnosi ma molto importante per la prognosi, determina l'incapacità di fare esperienza di forme diverse di depressione, oscillazioni pesanti dell'umore dovute a critiche o fallimenti, un'autostima regolata più dalla vergogna che dalla colpa e scarso interesse nel perseguire valori etici, intellettuali, estetici o d'altro tipo. Una forma particolarmente grave di patologia del Super-Io è classificata a parte da Kernberg e chiamata sindrome da narcisismo maligno. Esso sarebbe un disturbo di gravità intermedia tra l'attuale disturbo narcisistico di personalità ed il disturbo antisociale di personalità⁹⁸. Kernberg precisa che "Lo stato di base del Sé nel Disturbo narcisistico di personalità è tipicamente quello di un senso di vuoto o di solitudine" e che tali pazienti "hanno un'intensa fame di stimoli e hanno la sensazione che la vita sia priva di significato" (Kernberg, 1998, p.41). Un'ultima caratteristica del disturbo che l'autore rileva è il peggioramento complessivo dei sintomi quando si raggiunge la mezza età, nonché un radicato terrore della vecchiaia e della morte che per il narcisista rappresentano eventi insopportabili ed impensabili. Tutto ciò determina un rapporto problematico con il passato e parimenti con il futuro, che viene desiderato come possibile fonte di novità e rifornimenti narcisistici e nel contempo sempre più temuto con il trascorrere degli anni e l'accrescersi dell'intima insoddisfazione.

Cercherò ora, in un'ottica storico-sociale, di comprendere i possibili motivi-significati-conseguenze, del prendere forma di queste nuove strutture patologiche nel discorso psicoanalitico e psichiatrico per poi nel capitolo seguente andare a vedere più brevemente come esse saranno riformulate e ricollocate all'interno della psichiatria descrittiva neo-krapeliniana e con quali risultati e mutamenti epistemologici e concettuali.

⁹⁸ In questo ultimo senso il narcisismo patologico è inteso come una dimensione del campo dei disturbi di personalità che comprende dal meno grave al più grave: disturbo narcisistico di personalità, narcisismo maligno, disturbo antisociale di personalità. Per una diagnosi differenziale di questi disturbi si confronti Kernberg (1998).

Lecture critiche:

1- Dall'autonomia morale all'autonomia personale: la nascita della psicoanalisi e lo slittamento americano dal carattere alla personalità fra il 1900 e il 1945.

In primo luogo bisogna dunque considerare alcuni aspetti della nascita e della storia del movimento psicoanalitico da un punto di vista culturale. Per fare questo utilizzerò come canovaccio l'interessante lettura che ne ha dato lo storico Eli Zaretsky (2004) e la storia culturale della psicoterapia americana come ricostruita nel già citato libro di Philip Cushman *Constructing The Self, Constructing American. A Cultural History of Psychotherapy* (1995).

Secondo Zaretsky, la nascita della psicoanalisi si può considerare in linee generali come un processo reso possibile da una precisa configurazione storico-sociale creata dai moderni processi di industrializzazione ed urbanizzazione e dalle evoluzioni del sistema familiare. Più precisamente, nel periodo della seconda rivoluzione industriale dagli anni ottanta dell'Ottocento agli anni venti del Novecento, nuovi spazi urbani e nuovi mezzi di comunicazione fornirono punti di riferimento per immaginare identità extrafamiliari ed incoraggiarono alla costruzione di una vita personale slegata dalle appartenenze domestiche e territoriali. La nascita dell'idea di un inconscio personale, così come formulata per esempio tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 da Freud, rendeva visibile la possibilità di una disarmonia, di una disgiunzione radicale tra i pubblici modelli di simbolizzazione culturale e il mondo simbolico interiore degli individui. Ciò si tradusse in una divisione senza precedenti tra interno ed esterno, tra dimensione pubblica, legata al conformismo e ad un ordine precostituito e limitante, e dimensione privata e personale, legata ad una possibilità di emancipazione radicale e di libertà. In questo senso la psicoanalisi nacque secondo l'autore come una prima grande teoria e pratica della vita personale e permise il cambiamento della soggettività che accompagnò la seconda rivoluzione industriale.

L'esito fu ambivalente: se da una parte essa condivise e contribuì ad estendere le promesse emancipatrici della modernità rispetto ad autonomia, parità dei generi e democrazia, dall'altra contribuì altresì ad eliminare la dovuta considerazione delle sue precondizioni di ordine culturale, politico ed economico, minandone alcuni dei presupposti di base:

1- autonomia: nel delineare l'inconscio come un luogo psichico di motivazioni dinamiche personali radicate nell'infanzia, la psicoanalisi freudiana sostituì all'idea di un soggetto razionale e moralmente autonomo quella di un individuo unico ed irripetibile. Le possibilità esistenziali che andavano oltre la sfera della necessità e permettevano una vita personale in questo nuovo senso, riguardavano di fatto allora una minoranza esigua di persone, pochi privilegiati per i quali si poteva

porre l'irriducibilità dell'individuo all'ambiente. Tuttavia nel passaggio da un'idea di autonomia morale all'idea modernista di autonomia personale, impegnati nel tentativo di capire come mai essa fosse così difficile da conseguire, di fronte agli ostacoli delle appartenenze interiori sedimentate e nascoste, gli psicoanalisti dimenticarono quanto la libertà personale stessa si inscrivesse necessariamente nella società e nei rapporti sociali, e non fosse una condizione esclusivamente individuale. Come fa notare Cushman (1995), alla fine dell'Ottocento in America il termine personalità sostituì nel linguaggio comune il vocabolo carattere e questo passaggio, su cui torneremo, riflette un profondo cambiamento culturale. Infatti il termine personalità sarebbe secondo questo autore legato fin dalle sue origini, e poi nella sua evoluzione, ad una nuova caratteristica eminentemente idiosincratca della singolarità, all'essere attraenti per gli altri, alla necessità di emergere e distinguersi da un'anonima folla in espansione quale quella creata dal sistema fordista e consumista ai suoi albori. Paradigmatico il riferimento alle prime celebrità cinematografiche, che non venivano certo ammirate per il loro carattere morale ma invidiate per le abilità personali, la bellezza e la buona fortuna (Cushman, 1995, p.65 e sg.). In questo senso il riferimento ai nuovi spazi urbani e ai nuovi mezzi di comunicazione in particolare negli Stati Uniti è ovviamente centrale.

2- Parità dei generi: da una parte la psicoanalisi ridefinì inizialmente il concetto di genere, all'interno dell'aspirazione a una svincolata vita personale, come libera scelta dell'oggetto sessuale, cercando di svelare il radicamento della dipendenza umana soprattutto in relazione alla maternità, dall'altra finì per produrre un discorso normativo anche sugli aspetti più intimi della vita psichica, nel momento in cui, proprio nel contesto statunitense, finì per alimentare una retorica della familiarizzazione e della eterosessualità genitale matura. L'idea freudiana, secondo cui il modo di condurre la vita amorosa dipendeva dalla particolare indole di ciascuno, aveva messo in discussione in modo inedito, malgrado lo stesso Freud, i tradizionali postulati di genere, collegandosi attraverso l'isteria e l'omosessualità al desiderio di individuazione come unica e centrale norma delle relazioni. La psicoanalisi si fece interprete di questa norma e contribuì al crollo dell'ordine sessuale del secolo passato slegando l'istinto sessuale dalla differenza di sesso biologico, abbattendo il consolidato legame fra istinti ed eterosessualità. L'organizzazione della sessualità, passando dall'essere un istinto ben preciso al dipendere da una scelta oggettuale connessa al passato infantile diventò di natura psichica e individuale. Eppure nonostante questi presupposti la psicoanalisi americana degli anni cinquanta si farà portavoce di una retorica familistica e conservatrice nonché di una patologizzazione dell'omosessualità e della sessualità non genitale.

3- Democrazia: da una parte in quanto profonda riflessione sull'autorità e la sua origine, si pensi anche solo al concetto di transfert e al tentativo ulteriore di mettere in luce i legami transferali alla

base di movimenti sociali o sfere culturali, essa giovò alla democrazia, fornendo un contributo critico centrale nel rapporto con il potere. Fondamentali in questo senso sono da considerarsi le opere di Freud sull'Io, la sua formazione, il rapporto con la civiltà e la cultura, a partire da *Totem e tabù* (1913) e *Introduzione al narcisismo* (1914). Si pensi alla teoria del narcisismo con il relativo concetto di Io ideale come possibilità di approccio critico alle forme di identità di gruppo che si sviluppano nelle società democratiche, che si basano su membri che si considerano uguali attraverso un'identificazione idealizzata con gli altri, ed in cui l'esclusione si è sostituita alla subordinazione come metodo di controllo. Dall'altra parte essa finì per favorire l'assimilazione di pratiche di controllo sociale basate sull'uso delle sue scoperte, si pensi, per fare solo un esempio eclatante, agli esperimenti compiuti negli anni venti che portarono all'idea del cosiddetto effetto Hawthorne, per cui per migliorare il rendimento degli operai era più conveniente dare ascolto alle loro lamentele, suscitando una sensazione di comprensione ed accoglienza, piuttosto che migliorare le loro condizioni di lavoro oggettive.

Il fatto è che, a seconda del contesto, gli stessi elementi produssero significati opposti: laddove in Europa la nascita della psicoanalisi contribuì perlopiù a mettere in discussione il vecchio ordine patriarcale e a radicalizzare le promesse di emancipazione configurandosi come una potente forza di democratizzazione, in Inghilterra e negli Stati Uniti post-bellici essa contribuì nel suo complesso invece alla medicalizzazione della psicoterapia e alla psicologizzazione dell'autorità e divenne un agente importante di controllo sociale, incoraggiando per alcuni aspetti il progressivo imporsi di un vuoto consumismo ed un processo di rifamiliarizzazione conservatrice.

Così se da un lato fu all'origine della possibilità di una vita personale più piena, ricca ed autentica, dall'altra venne in seguito assorbita e resa schiava della cultura della vita personale a cui inizialmente aveva dato espressione critica. Del resto, come si è cercato di mostrare nei paragrafi precedenti, se in Europa la psicoanalisi aveva contribuito ad una critica e ad uno smantellamento dell'ordine sociale configurandosi come ristretto fenomeno intellettuale di una minoranza marginale da un punto di vista politico nonché estranea alla consolidata tradizione medico-psichiatrica organicista, in America, almeno nel suo complesso, essa fu invece un fenomeno di massa che adottò come principio guida la fiducia nella naturale capacità di autorealizzazione personale dell'individuo e venne abbracciata e medicalizzata dalla scienza psichiatrica in erba per differenziarsi da pratiche popolari eterodosse di guarigione, perdendo progressivamente quel carattere di esplorazione autoriflessiva dei limiti interiori che metteva in discussione radicalmente il singolo e la società cui apparteneva. Non si dimentichi che la psicoanalisi freudiana portava in sé, pur contraddittoriamente, le caratteristiche di un'antropologia, strettamente legate a quelle della tecnica terapeutica, ed una teoria critica della società e dei costumi associata, anzi inscindibile, dalle formulazioni cliniche

(Meneguz, 2005, pp.28 e sg.). In America, nel divenire dominio dei medici e non degli intellettuali, ne furono espunte le caratteristiche più problematiche, nella fattispecie venne demolito gradualmente l'impianto metapsicologico e filosofico.

Sia chiaro, non si vuole sostenere che Freud né i suoi primi e più acuti colleghi europei, fra cui Jung o Adler, riuscirono ad essere consapevoli di quanto le loro stesse teorie e nozioni fossero il prodotto di un portato culturale, della configurazione storico-sociale in cui si inserivano. Nella fattispecie la psicoanalisi senz'altro risultò un effetto della morte dell'ordine simbolico del patriarcato e della crisi del soggetto moderno, di cui diventò un'inconsapevole forma di sintomatologia nel momento in cui ne naturalizzò i processi e gli esiti (Madera, 1998, pp.112 e sg.). Freud non scelse certo un'opzione costruzionista dal punto di vista epistemologico. Anzi spesso lui stesso si fece portavoce della repressione degli esiti più sconcertanti della sua dottrina nella ricerca, pur ambivalente, di un riconoscimento scientifico oltre che culturale, che ogni tanto tentava ricollegandosi alla neurofisiologia, alla neutralità nella tecnica, al confinamento e alla condanna della scelta di una determinata parziale e singolare Weltanschauung filosofica e valoriale vista come limite inaccettabile. O ancora nel tentativo, a fronte della scoperta di un Io clown servitore di due padroni, di ricondursi ad una visione illuminista della verità come possibile impero della ragione e dell'autocoscienza sui turbolenti moti dell'inconscio.

Eppure certo è che l'assenza di un punto di vista adattivo, accanto a quello economico topico e dinamico, nonché la stessa perenne insoddisfazione freudiana nei confronti delle teorizzazioni metapsicologiche di cui spesso modificava i caratteri, dimostrano all'interno del suo discorso l'inevitabile distanza del soggetto da un pacificante ritrovamento di sé e del proprio mondo, da un acritico e progressivo adattamento alle forme sociali economiche e culturali esistenti, quale quello che può invece portare con sé un discorso centrato su un'autorealizzazione il cui esito acflittuale è considerato naturale⁹⁹.

Questo fu il carattere distintivo invece, come abbiamo visto, della maggior parte del discorso psicoanalitico americano e dell'accento che esso mise sul concetto di personalità, termine che neppure compariva nel lessico freudiano. Il traghetto di questo passaggio è stato, come evidente nella storia tracciata fin qui, il Movimento di Igiene Mentale: "Escludendo ogni influenza storico-sociale, e medicalizzando ed individualizzando i problemi psicologici, Kovel sostiene che il Movimento di igiene mentale ai suoi esordi contribuì alla banalizzazione della psicoanalisi e la spinse a colludere con il capitalismo e con il consumismo in crescita in quel periodo. Per esempio, usando metafore di pulizia e sanitarie, il movimento sviluppò una concreta, materiale concezione

⁹⁹ Ciò sarà tanto più accentuato e visibile, come vedremo, nelle sue ultime opere in cui si occuperà più da vicino della complessa formazione della psiche individuale continuamente intenta in un lavoro di mediazione di conflittuali, divergenti e multiformi esigenze interne ed esterne.

della mente [...] è qui sufficiente dire che il ventesimo secolo stava iniziando con il vedere i problemi psicologici come situati dentro l'individuo, come medici nella loro natura, e come prevenibili attraverso una pratica di 'attività igieniche' che avrebbero necessariamente condotto alla salute e alla felicità" (Cushman, 1995, p.71). Dopo la prima guerra mondiale, come abbiamo visto, la psicoanalisi in America si allea alla psichiatria, alla psicologia del lavoro ed alla psicologia accademica come psicologia della persona intera, sulla base del concetto di malleabilità e possibilità di formazione e trasformazione della personalità individuale. Il benessere psicologico del singolo è in questo quadro l'orizzonte ideale della cura e della prevenzione e tuttavia esso si situa in una visione espansiva ed acquisitiva di un suo sviluppo acontestuale, che incontrerà alcune limitazioni parziali solo negli anni trenta, a seguito della crisi economica e in una prima riformulazione del concetto di adattamento data dalla psicologia dell'Io. Eppure come vedremo, questo stesso concetto in prima battuta maggiormente conflittuale di adattamento della psicologia dell'Io degli anni trenta, andrà incontro ad una progressiva eliminazione delle ambivalenze fino a configurarsi come una zona franca di cui viene eliminato il carattere problematico. La responsabilità collegata al processo di formazione del carattere del cittadino fra cittadini richiesto dalla progressiva democratizzazione cominciata con la rivoluzione francese, verrà sostituita gradualmente in questo quadro da una comprensiva attitudine nei confronti di un consumatore cui si richiede in primo luogo di essere plasmabile e decodificabile nelle sue dinamiche psichiche.

Per capire questo passaggio occorre analizzare più da vicino il legame che si creò in America dopo la prima guerra mondiale tra fordismo e psicoanalisi. Innanzitutto bisogna sintetizzare brevemente le caratteristiche del fordismo, che verrà qui considerato tramite il linguaggio e le idee della scuola di pensiero economico detta della regolazione, la quale descrive una particolare configurazione socio-economica delineando parallelamente un determinato regime di accumulazione e le sue condizioni di riproduzione: "Il problema, tuttavia, consiste nel dare ai comportamenti di tutte le categorie di individui -capitalisti, lavoratori, dipendenti statali e tutti gli altri agenti politico-economici- una configurazione che permetta al regime di accumulazione di continuare a funzionare. Deve esistere, perciò, una materializzazione del regime di accumulazione sotto forma di norme, consuetudini, leggi, reti di regolazione, ect., che garantisca l'unità del processo, cioè la coerenza dei comportamenti individuali con lo schema di riproduzione. Questo insieme di norme e processi sociali interiorizzati viene definito 'modo di regolazione'" (Harvey, 1990, pp.151-152). Questa visione permette di collegare un dato modo di produzione a conseguenti stili di vita, correnti culturali, modi di percepire e decodificare tempi e spazi. L'inserimento dei lavoratori in un dato regime di produzione richiede un relativo e coerente controllo sociale delle loro forze fisiche e mentali, in questo senso il "modo di regolazione" serve a concettualizzare proprio le modalità

attraverso le quali l'organizzazione della forza lavoro si struttura. Il fordismo, la cui simbolica data di nascita può essere fatta risalire al 1914, anno in cui Ford introdusse ufficialmente la giornata di lavoro di otto ore a cinque dollari, ovvero quella cifra che permetteva loro di comprarsi il Modello T che avevano fabbricato (Zaretsky, 2004, p.161), può essere considerata una configurazione di questo tipo che nei fatti raggiunse la sua maturità nel periodo cosiddetto di boom post-bellico fra il 1945 e il 1973. Si tratta di “un certo insieme di pratiche di controllo dei lavoratori, mix tecnologici, abitudini di consumo e configurazioni di potere politico-economico [...] secondo cui questa configurazione può essere ragionevolmente definita fordista-keynesiana” (Harvey, 1990, p.155). Uno dei capisaldi della politica di Henry Ford fu, come noto, la gestione scientifica del lavoro operaio non attraverso il pugno di ferro ma, al contrario, tramite una politica di esplorazione della psiche del lavoratore con l'obiettivo di poterne incrementare la sensazione soggettiva di benessere al minor costo possibile e contemporaneamente tramite l'assicurazione di un minimo salariale che lo potesse rendere quanto meno un consumatore dei beni che egli stesso contribuiva a produrre. “Di speciale in Ford [...] c'è la sua visione, il suo esplicito riconoscimento del fatto che produzione in serie significasse consumo di massa, un nuovo sistema di riproduzione della forza lavoro, una nuova politica di gestione e controllo dei lavoratori, una nuova estetica e una nuova psicologia, in breve, un nuovo tipo di società democratica razionalizzata, modernista e populista”. In questo quadro è illuminante la sua decisione, nel 1916, di mandare degli assistenti sociali nelle case dei suoi migliori lavoratori per accertarne le abitudini di consumo, la probità morale, i ritmi quotidiani. Paradigmatico di questo indirizzo di pensiero può essere considerata la seguente frase di John R. Lee, il consulente di Ford per i problemi di lavoro: “Mr. Ford ritiene, come ritengo anch'io, che continuando a intervenire al cuore e alle radici della vita familiare e domestica [...] alla fine creeremo uomini migliori per le future generazioni, che non limitandoci a martellare gli operai nelle fabbriche” (in Zaretsky, 2004, p.160).

Ecco la personale configurazione della vita individuale che diviene un problema di massa come conseguenza della seconda rivoluzione industriale, la quale vede come nuovo motore economico la domanda di beni di consumo. Tale domanda, per essere generata ed incrementata, dovette cominciare a fare perno proprio sulla psicologia di una massa di consumatori che in grande parte coincidevano, in questa nuova situazione sociale, con i lavoratori stessi. I dirigenti cominciarono a preoccuparsi di cosa pensavano e sentivano i dipendenti, in che cosa consistessero i loro desideri e piaceri e nel fare questo cercarono un appiglio nella psicologia.

La psicologia venne accolta come disciplina fondamentale all'interno del nuovo mercato in diversi campi di attività fra cui la pubblicità, il cinema, le indagini di mercato e di opinione. Essa “offrì il suo expertise per gli affari nel campo del marketing pubblicitario, delle pubbliche relazioni, della

formazione del personale. Varie pratiche scientifiche, come valutazioni di personalità, test di intelligenza, tecniche di influenza sociale, counseling nel percorso professionale, cominciarono ad apparire e furono usate dal mercato per manipolare il consumatore e controllare il lavoratore” (Cushman, 1995, p.169). Molte delle tecniche che vennero fatte proprie da questa sfera in espansione erano mutate non direttamente dalla psicoanalisi, bensì in prima battuta dalla psicologia sociale, dal comportamentismo e dalla statistica applicata ai test (Zaretsky, 2004, p.162). Soprattutto appariva quanto mai lontana dalla psicoanalisi freudiana degli anni venti e trenta la spinta emancipativa di carattere utopico che caratterizzava questi nuovi ambiti, il cui carattere decondizionante nel nome di un completamente libero benessere individuale non mancava di nascondere, paradossalmente, un impressionante tentativo di controllo sociale di massa: “Il fordismo, dunque, generò un paradosso: nato come tentativo di irreggimentare il lavoro e la famiglia, produsse l’idea utopica che la vita umana non dovesse più essere subordinata agli imperativi della produzione” (Zaretsky, 2004, p.162). Pur tuttavia proprio sulla base delle esigenze fordiste, più o meno consapevolmente, le teorie freudiane vennero negli Stati Uniti rimodellate dal Movimento di Igiene Mentale: “Certo, la teoria psicoterapeutica non fu così esplicitamente economica, ma gli stessi imperativi che influenzarono e fecero entrare la psicologia nel mondo degli affari, condizionarono anche la psicoterapia. Queste influenze possono essere viste nel Movimento di Igiene Mentale. L’enfasi del movimento su una sistematica, scientifica, preventiva tecnica psicoterapeutica riflette il clima dei tempi, con il suo ottimistico, pragmatico, adattivo tono fissatosi come caratteristica dell’impresa americana” (Cushman, 1995, p.169).

Nel discorso psicoanalitico statunitense di questi anni venne accentuato il focus sulla sessualità, la famiglia e la vita privata dando rilievo ad una centratura sul desiderio e la sua gestione nella vita reale. L’esaudimento del desiderio, a partire proprio dal suo primo comparire nella forma di bisogno, nutritivo, sessuale o di riconoscimento, era un aspetto centrale del sistema consumistico, e la mappa psichica che ne aveva fornito per la prima volta il discorso freudiano rappresentava in questa chiave un alleato indispensabile. L’inconscio come sorgente malleabile e perpetua di desiderio era in questa ottica una nozione imprescindibile.

Il legame che si stabilì proprio a partire dagli anni venti in America tra psicoanalisi e pubblicità è in questo senso illuminante. Il loro sodalizio si basò infatti su una concezione della libera costruzione della vita individuale privata che assumeva le fattezze di una liberazione dalle costrizioni delle autorità, delle tradizioni, delle leggi. Si ricordi a questo proposito il particolare tipo di riformismo che caratterizzava il Movimento di Igiene Mentale, le sua idea di personalità e quelle di punizione e di educazione. Tutto il discorso pubblicitario americano che proprio negli stessi anni nasce e si espande a ritmi impressionanti, è basato, come fa giustamente notare Cushman, sulla medesima

concezione terapeutica di libera vita individuale. Al centro di entrambe l'idea di modellare una personalità sana, vale a dire apprezzabile, adattata, attraente, di successo. Si ricordi come gli stessi esponenti della psicologia e della psicoanalisi abbiano personalmente lavorato nello stesso periodo in campo pubblicitario e nella psicologia del lavoro e di come concezioni psichiche cominciarono a rivestire un ruolo progressivamente in espansione, psicologizzando tutti i luoghi della vita pubblica e personale, in primo luogo quello scolastico, coinvolgendo settori sempre più ampi dell'opinione pubblica, anche attraverso la loro crescente penetrazione nel linguaggio mediatico, primo fra tutti quello cinematografico. Paradigmatico del particolare connubio psicoanalisi e pubblicità potrebbe essere considerato l'esempio delle marche delle sigarette, in particolare l'ambivalente carattere emancipativo contenuto nella campagna della Lucky Strike rivolta ad un pubblico femminile, la cui tragica ironia può essere sintetizzata dallo slogan: "Il dono di Lucky Strike alle donne: la libertà di fumare" (Cushman, 1995, p.69). Ad inaugurare questo rapporto fu il famoso libro del 1908 *The Psychology of Advertising* di Walter Dill Scott a partire dal quale tuttavia sempre di più il linguaggio pubblicitario venne infarcito di termini ed idee psicoanalitiche per abbattere le resistenze del consumatore o risvegliare i suoi desideri repressi.

Più in generale la psicoanalisi in America divenne patrimonio, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, di una nuova categoria di "esperti delle relazioni umane", quali assistenti sociali, specialisti di educazione sessuale, consulenti dei tribunali, psicologi e psicoterapeuti, perlopiù provenienti dalla nuova classe media direttamente prodotta dal sistema fordista. Essi divennero nel complesso degli operatori della cultura di massa, cultura a sua volta frutto di questa nuova organizzazione produttiva. Ed "il freudismo era importante per la definizione di sé di tutti questi nuovi professionisti come lo era stato il calvinismo per i pionieri del capitalismo" (Zaretsky, 2004, p.165). Il politologo Lasswell, nel 1927, nel tentativo di decostruire quella che lui chiamava una retorica di classe, "citò Freud a sostegno dell'idea che la politica è spesso mossa da bisogni che traggono origine dalla sfera privata" (Zaretsky, 2004, p.315).

Anche questo mostra chiaramente come la psicoanalisi americana si trovò impigliata nel primo dopoguerra nel paradosso creato dal fordismo e finì, proprio nel momento in cui dava legittimità alle pretese di voler liberare completamente il singolo rendendolo soggetto alla sola sovranità indiscussa del suo desiderio privato, a contribuire mitopoieticamente, ancora prima che praticamente, alla creazione di un elogio di una vita intima non condizionata da ruoli e doveri sociali e tradizionali, il quale fornì le basi essenziali al progetto di controllo e razionalizzazione del comportamento, lavorativo e non, della crescente popolazione industrializzata ed urbanizzata, progetto che troverà il suo compimento, nel già citato periodo fordista di boom post-bellico.

“La psicoanalisi, dunque, fornì al fordismo una indispensabile dimensione utopica, rendendo più agevole un processo di razionalizzazione che, senza di essa, sarebbe stato molto più difficile e avrebbe assunto un carattere assai diverso [...] tutta la cultura nel suo insieme era partecipe della rivoluzione epocale della modernità, ovvero la ridefinizione di ciò che il liberalismo illuministico aveva chiamato il soggetto, trasformato ora da locus della ragione universale a individuo contingente, situato in un tempo e in uno spazio concreti e caratterizzato da una coscienza profondamente individualizzata” (Zaretsky, 2004, pp.170-171)¹⁰⁰.

Le trasformazioni di pratiche e linguaggi che conobbe la scienza psichiatrica americana nei primi tre decenni del Novecento (metaforicamente condensabili nello slittamento traghettato dal Movimento di Igiene Mentale tra l'impossibilità di autonomia morale dei deficienti mentali di fine secolo, ai possibili disturbi di personalità di normali bambini a fronte di insegnanti e genitori insensibili, o meglio impreparati e disinformati riguardo i possibili problemi dello sviluppo psichico medio) rappresentano a mio avviso la condizione di possibilità dei discorsi della psicoanalisi egemone americana degli anni successivi, ed in particolare di quella psicologia dell'Io così importante nel gettare le fondamenta dell'organizzazione psicodinamica dei quadri borderline a partire dagli anni quaranta.

Proprio il tema delle sindromi borderline diviene uno dei protagonisti, a partire appunto dagli anni quaranta, della clinica psicoanalitica americana, oggetto e fondamentale motore di trasformazione allo stesso tempo, del suo linguaggio teorico e terapeutico.

Possiamo ora, dopo aver presentato un quadro più generale entro cui inserirli, passare a commentare da un punto di vista storico-critico i testi presi in esame nel precedente paragrafo, cercando di mettere il luce anche in questo caso l'iter delle diverse idee che vi compaiono e alcune delle sue condizioni di possibilità e conseguenze.

Il testo di Stern del 1938 ci presenta per la prima volta alcune nozioni psicoanalitiche che rimarranno basilari, pur nelle loro metamorfosi, nella letteratura successiva sul disturbo e di cui è importante riconoscere le radici e gli sviluppi ulteriori nonché, a mio avviso, il tipo di conseguenze sull'idea di autonomia e salute psichica da, e grazie ad esse, veicolate. Le ricapitolo in breve ridisegnando la sindrome in modo da ascrivere i diversi gruppi di sintomi alle relative possibili idee di riferimento:

1- l'idea psicoanalitica di narcisismo sarebbe secondo lui alla base del quadro clinico. Di ciò nella sua descrizione fornisce alcune importanti precisazioni: l'importanza dei periodi narcisistici, che significa, entro i suoi riferimenti teorici, pre-edipici, e delle difficoltà che questi pazienti possono aver incontrato in tali fasi, nonché l'importanza, anzi la preminenza, della figura materna ai cui

¹⁰⁰ Su questo sono centrali le riflessioni messe a punto tra gli anni Cinquanta e Sessanta dalla Scuola di Francoforte. Si veda Horkheimer e Adorno (1956), Marcuse (1955, 1964, 1969).

tratti patologici vengono perlopiù attribuiti i successivi sintomi narcisistici di malnutrizione affettiva distruttiva. Da ciò dipenderebbe la profonda insicurezza di tali pazienti ed i loro problemi di confronto con le frustrazioni ed i limiti, che poi si manifestano, nella sua descrizione, come bleeding psichica, ipersensibilità disordinata, rigidità fisica e psichica, reazione terapeutica negativa, rapporto adesivo con l'autorità modellato secondo un paradigma autoritario e imitativo, masochismo, vari tipi di problemi di autostima.

2- Il fatto che i sintomi di questa nuova categoria di pazienti si presentassero quasi come tratti del carattere, al punto da poter considerare la sindrome stessa come problema caratteriale.

3- L'importanza in questo tipo di sindromi del meccanismo psicotico della proiezione, che causerebbe difficoltà nell'esame di realtà se pur saltuarie ed evidentemente collegate, questo credo sia ciò che più conta, a problemi di tipo relazionale.

Per dare senso e comprendere questo insieme, bisogna prima guardare più da vicino all'ultimo Freud, il Freud delle opere da *Introduzione al narcisismo* (1914) in avanti. In effetti oltre a Stern, alla fine degli anni trenta diversi autori facenti capo alla psicologia dell'Io americana, come è visibile anche nei testi commentati nel paragrafo precedente, riprendono concetti delle ultime opere freudiane e, complice forse la Grande Depressione, reinseriscono, almeno nel dominio della clinica, ed in particolare appunto della clinica borderline che proprio in questi anni entra per la prima volta nel discorso psicoanalitico, alcuni elementi problematici che poi invece, come vedremo, spariranno del tutto nei testi degli anni cinquanta. La prima nozione fondamentale di cui occorre ricostruire le matrici nel pensiero dell'ultimo Freud è quella di narcisismo. Cominciamo dunque col tratteggiare la storia di quest'idea centrale e strutturante per questa seconda macrofase nella storia del disturbo nel pensiero del padre della psicoanalisi. Successivamente, se pur molto in breve, faremo un minimo cenno alle principali declinazioni da essa assunte nelle diverse nuove correnti psicoanalitiche che in Europa si vennero a creare proprio nel corso degli anni trenta e solo allora potremo tornare con gli elementi necessari al commento critico dei testi degli anni trenta e quaranta che sono stati presentati.

Del concetto di narcisismo nell'opera freudiana è impossibile dare una definizione univoca poiché la sua storia è tortuosa e ricca di contraddizioni e mutamenti. Cercherò tuttavia di delinearne brevemente genesi e sviluppi a partire dal testo che Freud dedicò per intero all'argomento, appunto *Introduzione al narcisismo* (1914). In questo senso, in effetti, quello che nacque come un articolo di cui lo stesso Freud si diceva insoddisfatto¹⁰¹, ai nostri occhi appare come un denso insieme di spunti

¹⁰¹ Leggiamo infatti in una lettera ad Abraham del marzo 1914: "Le mando domani il Narcisismo, che ha avuto una nascita difficile testimoniata da tutte le deformazioni del caso. È ovvio che non mi piace particolarmente, ma per il momento non posso dare altro" (citato in "Avvertenza", Freud, 1914, p.13). Del resto Freud aveva urgenza di pubblicare questo scritto a seguito dell'appena conclusasi abbandono (Luglio 1914) da parte di Jung e degli "Zurighesi" dell'Associazione psicoanalitica internazionale; sentiva infatti la necessità di precisare alcune questioni sulla "dottrina

che porteranno ad importanti modificazioni teoriche del pensiero freudiano, modificazioni che si dimostreranno assai feconde, aprendo campi di ricerca da cui la psicoanalisi successiva trarrà utili indicazioni.

Bisogna innanzitutto precisare che in questo saggio convivono due differenti modi di affrontare il narcisismo in particolare e la psiche in generale (i quali invero convivono in diverse misure nell'intera opera freudiana):

- quello pulsionale o economico-fisicalista o quantitativo-energetico,
- quello definito dagli autori successivi come qualitativo-strutturale o clinico-strutturale.

Dal primo punto di vista emergono in sintesi:

I.I) la concezione per cui il narcisismo “non sarebbe una perversione, bensì il complemento libidico dell'egoismo e della pulsione di autoconservazione, una componente del quale è legittimamente attribuita ad ogni essere vivente” (Freud, 1914, p.16). Per capire come Freud sia arrivato a tale definizione occorre brevemente percorrere la storia della comparsa del termine nei suoi precedenti scritti.

In ambito psichiatrico il vocabolo narcisismo fu utilizzato per la prima volta da Havelock Ellis nel 1892 in uno studio psicologico sull'autoerotismo. Nel 1899, Paul Nacke usò lo stessa parola per designare quella perversione sessuale in cui l'oggetto preferito dal soggetto è il proprio corpo. Fu poi Isidor Sadger che nel 1908 introdusse tale concetto in ambito psicoanalitico e già nel 1909, durante la riunione della Società psicoanalitica di Vienna del 10 novembre, Freud lo usò per definire uno stadio evolutivo necessario tra l'autoerotismo e l'amore oggettuale. Come stadio dello sviluppo sessuale esso compare sia in una nota aggiunta nella seconda edizione dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905) sia in *Un ricordo di infanzia di Leonardo da Vinci* in cui il futuro omosessuale, regredendo alla suddetta fase, mette in atto una scelta d'oggetto narcisistica, identificandosi con la propria madre e cercando qualcuno di cui innamorarsi che, del suo medesimo sesso, rappresenti lui stesso. Nel terzo saggio di *Totem e Tabù* (1913), dopo aver nuovamente presentato il narcisismo come una fase intermedia tra autoerotismo e amore oggettuale in cui la libido si riversa sull'Io, egli collega esplicitamente il narcisismo alla sopravvalutazione delle azioni psichiche e quindi all'onnipotenza del pensiero tipica dei 'primitivi', dei nevrotici e dei bambini nella fase sopradetta. Infine nella stessa opera scrive che: “In certo modo l'uomo resta narcisista anche dopo che ha trovato per la sua libido degli oggetti esterni” (Freud, 1913, p.99). Si approda così alla definizione da cui siamo partiti per cui il narcisismo arriva ad essere un investimento

della libido”, dottrina che costituiva proprio il campo di conflitto insanabile e la causa delle recenti rotture con Jung ed Adler (1911-1913). La riflessione sul narcisismo si ancora fortemente del resto ai problemi teorici sorti affrontando “le parafrenie”, come dichiara lo stesso Freud all'inizio del secondo paragrafo di *Introduzione al narcisismo*.

libidico dell'Io che caratterizza normalmente ogni persona, oltre che una fase dello sviluppo sessuale e una fissazione ad essa come origine d'una perversione come era nei primi scritti.

I.II) La distinzione tra narcisismo primario e secondario che Freud illustra attraverso la celebre metafora dell'ameba con i suoi pseudopodi. Il narcisismo primario viene così definito da Freud come “investimento libidico originario dell'io di cui una parte è ceduta in seguito agli oggetti, ma che in sostanza persiste e ha con gli investimenti d'oggetto la stessa relazione che il corpo di un organismo ameboidale ha con gli pseudopodi che emette” (Freud, 1914, p.19), mentre il narcisismo secondario viene definito come un ritorno della libido in precedenza riversata sugli oggetti, sull'Io. Tale ritorno temporaneo alla primigenia (ontogeneticamente e filogeneticamente) condizione del narcisismo primario, già nel caso Schreber era stato ipotizzato da Freud essere la causa di due fondamentali elementi della paranoia: la totale assenza di interesse per gli oggetti esterni ed il delirio di grandezza. Freud parla in Schreber della sopravvalutazione sessuale del proprio Io e della parallela sopravvalutazione sessuale dell'oggetto d'amore causata dal riemergere di desideri omosessuali rimossi. Il legame tra narcisismo e deliri psicotici verrà ripreso nel primo e soprattutto nel secondo paragrafo di *Introduzione al narcisismo* (1914) in cui Freud afferma esplicitamente che le parafrenie costituiscono la principale via di accesso allo studio diretto del difficile tema del narcisismo. Sempre nel secondo paragrafo l'idea di un Io che può essere investito di libido fino a causare una perdita di contatto con la realtà viene illustrata attraverso una serie di esempi clinici tra i quali la trattazione della malattia organica.

I.III) La contrapposizione tra libido dell'Io e libido oggettuale secondo il cosiddetto modello ad u: quanto più l'una cresce, tanto più l'altra decresce (di cui sono esemplificativi i casi estremi della psicosi, in cui la libido è interamente staccata dagli oggetti e riversata sull'Io, e l'innamoramento in cui essa è al contrario totalmente concentrata nell'oggetto amato). La prima volta questa distinzione tra pulsioni dell'Io e pulsioni sessuali compare nel 1910 all'interno dello scritto *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*. Secondo questo testo ogni organo, e nello specifico l'occhio, è soggetto a due tipi di pressioni, l'una derivante dalle pulsioni sessuali, l'altra da quelle dell'Io ed il conflitto tra queste può dare luogo a malattie psicogene. Alle pulsioni dell'Io viene affidata la rimozione, mentre la libido sessuale rimane legata al principio di piacere. Di tale idea Freud stesso dichiara la provvisorietà e l'inadeguatezza¹⁰², tanto più che essa, associandosi a quella di narcisismo primario (che comporta l'idea di un Io investito da pulsioni sessuali), fa sorgere un

¹⁰² “...desidero a questo punto ammettere espressamente che l'ipotesi di una separazione fra pulsioni sessuali e pulsioni dell'Io [...] non poggia che in misura minima su basi psicologiche e ha invece nella biologia il suo supporto essenziale. Sarò quindi coerente abbastanza da lasciar cadere questa ipotesi sulle pulsioni nel caso in cui il lavoro psicoanalitico me ne indicasse una migliore” (Freud, 1914, p.24). Il supporto biologico all'ipotesi era dato dal fatto che le persone perseguono nella vita, al di là della loro volontà, due obiettivi, la conservazione di se stessi come singoli e la conservazione della specie attraverso la procreazione.

problema teorico riguardo alla natura dell'Io e delle pulsioni che porterà Freud a modificazioni sostanziali di questi concetti, alcune delle quali già in fieri in questo stesso testo (vedi le considerazioni di ordine qualitativo-strutturale discusse sotto).

Dal secondo punto di vista invece, che è quello che ha fornito la maggioranza dei concetti forieri di sviluppi tutt'oggi discussi e presenti nel pensiero psicoanalitico contemporaneo, emergono in sintesi:

II.I) la distinzione tra scelta oggettuale anaclitica e narcisistica entrambe presenti nel normale sviluppo umano per cui “un essere umano può amare,

- secondo il tipo narcisistico (di scelta oggettuale):

a) quel che egli stesso è (cioè se stesso)

b) quel che egli stesso era

c) quel che egli stesso vorrebbe essere

d) la persona che fu una parte del proprio sé

- secondo il tipo [di scelta oggettuale] per appoggio:

a) la donna nutrice

b) l'uomo protettivo e la serie delle persone che fanno le veci di queste” (Freud, 1914, p.42).

Tale distinzione, insieme al meccanismo per cui il narcisismo infantile dei genitori si riversa sui figli determinando l'atteggiamento che Freud definisce come “His Majesty the Baby”, prelude tra l'altro ad alcuni fondamentali concetti elaborati da autori successivi come quello di oggetto-sé kohutiano.

II.II) La formazione dell'Io ideale come sostituto del perduto narcisismo primario e di cui viene messa in luce inoltre una componente sociale in quanto “esso è anche l'ideale che accomuna una famiglia, un ceto, una nazione” (Freud, 1914, p.60).¹⁰³

II.III) La specificazione del concetto di idealizzazione che viene precisamente distinto da quello affine ma differente di sublimazione.

II.IV) La supposizione di un'istanza psichica, definita come “coscienza morale”, col compito “di vigilare affinché a mezzo dell'ideale dell'Io sia assicurato il soddisfacimento narcisistico e” che “a tal fine osserva costantemente l'io attuale commisurandolo a questo ideale” (1914, p.50), dal

¹⁰³Bisogna comunque precisare che il concetto di ideale dell'Io, talvolta sovrapposto talvolta distinto dagli autori da quello di Io ideale, è stato oggetto di tante dibattute controversie che ne riporto la versione a cui mi riferisco e riferirò, mutuata dall'*Enciclopedia della Psicoanalisi* di Laplanche e Pontalis: “Termine usato da Freud nel quadro della sua seconda teoria dell'apparato psichico: istanza della personalità risultante dalla convergenza del narcisismo (idealizzazione dell'Io) e delle identificazioni con i genitori, con i loro sostituti e con gli ideali collettivi. In quanto istanza differenziata, l'ideale dell'Io costituisce un modello a cui il soggetto cerca di conformarsi” (in Laplanche e Pontalis, 1967, p.225). Per quanto riguarda l'Io ideale troviamo invece la seguente definizione: “Formazione intrapsichica che alcuni autori distinguono dall'ideale dell'Io definendola come un ideale di onnipotenza narcisistica costruito sul modello del narcisismo infantile” (in Laplanche e Pontalis, 1967, p.294) ma io non considererò separate le due nozioni. Per una ricostruzione puntuale in merito si veda anche Chasseguet-Smirgel, 1975, pp.173-194.

momento che, come scritto qualche pagina prima, se è vero che la rimozione procede dall'Io, "Potremmo essere più precisi e sostenere che procede dalla considerazione che l'Io ha di sé" (1914, p.47). È evidente che tale istanza prelude al concetto, sviluppato compiutamente nella seconda topica, di Super-Io.

II.V) Una definizione del "sentimento di sé" come proveniente da tre fonti:

- a) appagamento dell'ideale,
- b) narcisismo infantile,
- c) soddisfacimento oggettuale.

L'elaborazione dell'intero gruppo di fenomeni trattati in *Introduzione al narcisismo* costituirà, come scrive Nemiah, "la pietra angolare delle formulazioni psicoanalitiche finali di Freud" (Nemiah, 1998, p.3) e contribuirà direttamente a portare, nello specifico, ai seguenti sviluppi metapsicologici:

III.I) la sostituzione del binomio pulsione di vita-pulsione di morte a quello pulsioni libidiche-pulsioni dell'Io, cambiamento teorico esposto compiutamente in *Al di là del principio di piacere* (1920). In virtù di tale sostituzione l'istinto di morte si porrà infine come limite costitutivo interno all'apparato psichico, fungendo in questo modo da argine al narcisismo originario e divenendo il garante dell'accesso al reale di cui poi si faranno veicoli l'Io e il Super-Io e di cui, fino all'introduzione del concetto di pulsioni dell'Io, era senza complicazioni garante l'Io stesso.

III.II) L'elaborazione della seconda topica (1922) quindi della teoria strutturale dell'apparato psichico in particolare attraverso:

III.II.I) una problematizzazione del concetto di Io, che, divenuto libidico, non può più porsi come neutro garante dell'accesso alla realtà dal momento che procede alla rimozione sulla base di un ideale narcisistico. Dovendosi scindere sulla base di un ideale esso infatti si ritrova sdoppiato. Freud usa in ogni caso il termine 'Ich', ma l'Io si configura a questo punto contemporaneamente come soggetto e oggetto della rimozione. Nella seconda topica le caratteristiche di questa istanza verranno precisate ed esso, si troverà, in parte conscio in parte inconscio, sottoposto al 'triplice servaggio' della realtà esterna, delle esigenze dell'Es e di quelle del Super-Io. Da qui la sua ambiguità sostanziale per cui "l'Io non si può concepire senza un'alterazione" (Duruz, 1985, p.39).

III.II.II) L'ulteriore elaborazione dei concetti di Io ideale e coscienza morale che confluiranno nel Super-Io con le sue strutturanti funzioni di interdizione e ideale. Formatosi a seguito del complesso edipico attraverso identificazioni oggettuali precoci con i genitori ed in particolare con il padre, il Super-Io diviene l'erede delle più importanti caratteristiche dell'individuo e della specie (tra cui *Hilflosigkeit* e complesso di Edipo) perpetuando l'esistenza dei fattori che lo originano. Esso è la fonte dell'autostima del soggetto, nella doppia forma di senso di colpa, di fronte all'inadeguatezza rispetto alle norme ed ai modelli interiorizzati, e di stima di sé dovuta all'avvenuta sublimazione di

libido narcisistica e conseguente soddisfacimento sostitutivo. Viene considerato altresì alla base di tutti i sentimenti sociali e delle religioni tramite il senso di colpa interiore che riesce ad esercitare nei singoli. Del resto “religione, morale e sentimenti sociali [...] sono stati in origine una cosa sola” (Freud, 1922, p.55). Ne *Il disagio della civiltà* (1927) Freud arriverà a sostenere che è proprio grazie alle rinunce pulsionali imposte dal Super-Io tramite il senso di colpa ed alle conseguenti sublimazioni che diviene possibile l’incivilimento e soprattutto “la parte così importante svolta dalle più alte attività psichiche – scientifiche, artistiche, ideologiche – nella vita civile” (p.233).

III.III) Lo sviluppo dei concetti di identificazione narcisistica e ideali narcisistici come componenti fondanti del normale sviluppo umano. Questi, come scrive Baranger, apriranno “un nuovo capitolo di oggettologia freudiana” (Baranger, 1991, p.121) che cercherà di indagare e comprendere i rapporti tra “la struttura dell’oggetto e le caratteristiche (speculari o immaginarie) del soggetto stesso e delle sue istanze” (Baranger, 1991, p.121). Si pensi per esempio alle identificazioni con l’oggetto perduto di *Lutto e melanconia*, alla rimozione così come viene ridefinita in *Inibizione, sintomo, angoscia*, all’ identificazione con un capo carismatico illustrata in *Psicologia delle masse e analisi dell’Io* (1921) o al rapporto tra autostima e civiltà discusso nel *Disagio della civiltà* (1927) dove Freud afferma che appunto la ‘kultur’ è resa possibile anche dal soddisfacimento narcisistico derivante da un ideale civile (inutile dire che tutto ciò si lega altresì al concetto di Io ideale in quanto identificazione narcisistica primaria e strutturante).

A partire proprio da *Introduzione al narcisismo* dunque, il versante energetico-quantitativo, pur continuando ad essere presente nell’opera freudiana, verrà messo in ombra da quello qualitativo-strutturale, poiché grazie a questo testo, come si è visto, “ritornano in primo piano le considerazioni relative alla struttura e alle funzioni dell’Io” e “Freud è portato a riconoscere il ruolo centrale dei fenomeni narcisistici nel funzionamento psichico” (in Ronningstam, 1998, p.3).

Risulta a questo punto credo molto evidente come e quanto la riflessione freudiana sul concetto di narcisismo: “rovesciò completamente la teoria delle pulsioni ed incise direttamente sul concetto di oggetto e su quello di istanze psichiche” (Baranger, 1991, p.101). Di più: fu proprio il discorso sul narcisismo a portare alla riflessione freudiana sull’Io così come andò a configurarsi a partire dagli anni ‘20.

Da un punto di vista socio-culturale potremmo considerare questa esigenza motivata dalla fine della guerra mondiale e dal crollo disastroso degli ideali europei consolidatesi a partire dall’illuminismo, fino ad allora considerati, almeno parzialmente, perseguibili e comunque giusti. La riflessione di Freud sull’Io è infatti una riflessione sulla possibilità umana di autonomia, libertà e felicità nel confronto, divenuto sempre più complesso, fra singolo e società. Se si pensa all’idea kantiana di autonomia morale, centrata sulla possibile universalità del senso del dovere di ciascuno, e poi a

quella freudiana di autonomia personale possibile solo grazie allo scandaglio della propria storia biografica fino a poter vedere lo stesso Io e la propria identità come frutto di compromessi, repressioni, rapporti fra istanze psichiche che nascono e si formano nel rapporto di ogni singolo con i propri familiari e vicini, fino ad arrivare all'idea di un Super-Io o di una coscienza morale che proprio nel personale serbatoio dell'Es trova la sua radice (l'analisi del quale nella maggior parte dei casi costringe alla demolizione di qualsivoglia ideale universale come copertura di un proprio problema sottostante), possiamo misurare una distanza che mi sembra assai significativa e che è al cuore della questione che vorrei approfondire. Ciò è particolarmente evidente nei tre punti che specificano quelle tre novità introdotte dalla seconda topica relativa all'apparato psichico, ovvero il particolare compito e la natura dell'Io, la nascita di Io ideale e Super-Io ed il concetto di identificazione narcisistica.

L'Io ha in questo nuovo quadro il ruolo di permettere e garantire l'autonomia in quanto gestore delle tensioni provenienti dall'esterno e dall'interno, eppure è problematicamente il frutto del suo stesso lavoro: l'abbiamo visto come allo stesso tempo soggetto e oggetto della rimozione, e dovremmo aggiungere della proiezione, e risultato di quelle identificazioni di cui è motore (si veda il punto III-II-I). In questo senso, pur presiedendo a quelle funzioni razionali, quali memoria, pensiero, ragionamento logico e matematico, apparentemente svincolate dal coagulo emotivo delle proprie vicende pulsionali, esso non risulta nel pensiero freudiano quale neutro garante di tutto ciò, in quanto sempre impigliato e non separabile, per sua natura e fin dal sua nascita, nelle complesse trame narcisistiche che danno luogo alla sua struttura, o, come scriverà Reich, al personale sistema caratteriale, all'identità, ai sintomi psichici. Addirittura l'Io stesso, così come il carattere stesso, può divenire un sintomo in quanto risultato di un lavoro interiore mai trasparente, piuttosto permeato da una costitutiva ed ineliminabile ambiguità ed originato da complessi meccanismi difensivi. "Mostrando come l'Io affondi nell'Es e da esso attinga risorse, la teoria freudiana rispecchiava la messa in discussione della razionalizzazione, della pianificazione e del bisogno di controllo diffusa in tutta la modernità" (Zaretsky, 2004, p.193).

Ciò è ancora più evidente osservando la storia e la natura del Super-Io, a sua volta ambiguo per essenza: frutto della crisi edipica nella seconda topica esso risulta quale interiorizzazione del genitore e possibilità di identificarsi con esso per evitare e mettere a tacere i desideri incestuosi. Identificarsi con il genitore, nella forma dell'interiorizzazione della norma sociale da esso rappresentata, con l'instaurarsi appunto dell'azione di censura interna del Super-Io, personalizzava in modo estremo anche il rapporto con le leggi e l'autorità, e rendeva dominio dell'Es una parte fondamentale, fondante, dell'architettura morale del singolo (si vedano i punti III-II-II e III-II-III). Vediamo qui un radicale disconoscimento dell'imperativo categorico kantiano, la cui essenza si

situa proprio nel suo essere trascendente rispetto all'esperienza contingente dei singoli. Il Super-Io, così come i diversi meccanismi di identificazione narcisistica, colloca nel proprio personale rapporto con i genitori, in particolare con il padre, la possibilità e le difficoltà di una condotta sociale accettabile. Ha completamente ragione Zaretsky quando scrive che : “La dottrina del Super-Io rispecchia la disgiunzione tra realtà psichica e realtà socio-culturale” (Zaretsky, 2004, p.192). Tale processo era stato avviato già dalla rivoluzione francese in realtà, ed ho cercato di mettere in luce il problema dell'autocontrollo morale di un singolo, per la prima volta privo di riferimenti metasociali fondanti, nelle precedenti letture critiche attraverso il problema della follia morale. Ora il problema delle operazioni narcisistiche a fondamento dell'identità e dell'autonomia della personalità ci permettono di guardare allo stesso problema in una veste nuova, al problema della formazione di una personalità sana ed equilibrata di fronte alla medesima esigenza, ovvero conciliare le esigenze singolari e sociali ma in un nuovo e differente contesto. Fa notare Zaretsky: “La distinzione operata da Freud tra Io e Super-Io e la sua spiegazione delle radici irrazionali del Super-Io combaciavano perfettamente anche con il generale rilassamento della moralità che accompagnava il consumo di massa. Collegando il Super-Io all'Es, Freud metteva in luce il carattere rigido, ossessivo e punitivo di gran parte di ciò che passava per moralità. Già Weber aveva ricondotto non solo l'utilitarismo di Benjamin Franklin ma anche il pietismo di Kant alle loro radici calviniste. Ora Freud, teorizzando il Super-Io come erede del complesso edipico, faceva coincidere l'imperativo categorico kantiano con il Super-Io: ‘ciò che nell'etica appare grandioso, misterioso, intuitivo alla maniera mistica, deve questi caratteri alla connessione con la religione, alla provenienza dalla volontà del padre.’ La moralità proveniente dal Super-Io andava temperata, nella concezione di Freud, dalle identificazioni che risiedono in prossimità dell'Es e dal realismo dell'Io” (Zaretsky, 2004, pp.193-194). Questa mi sembra una perfetta descrizione, sul piano intrapsichico, di ciò che sul piano sociale era il definitivo crollo dell'ordine simbolico patriarcale che, pur già incrinato, si può dire irrimediabilmente crollato dopo la prima guerra mondiale. E proprio questo tipo di problemi, ovvero quelli legati all'autoregolazione, saranno quelli mostrati dai casi borderline nel discorso psicoanalitico. Ciò è evidente in quelli che abbiamo considerato tre punti chiave nel testo di Stern (1938), narcisismo, sintomi come tratti caratteriali e slittamenti di realtà dovuti ad abusi del meccanismo proiettivo (li riprenderemo ancor più nel dettaglio), ma ciò è altrettanto visibile negli articoli successivi sempre degli anni quaranta.

In quello della Deutsch (1942), quando lei parla del problema di un falso adattamento dovuto alla mancanza di una reale autonomia morale. Questa autrice aveva scritto, lo abbiamo visto, di relazioni emotive impoverite con sé o con il mondo dovute al predominio di meccanismi imitativi, blanda amabilità e falso adattamento alla realtà circostante con conseguente patologico senso di

vuoto. Il tutto attribuito appunto, da un punto di vista psicodinamico ad un problema di Super-Io a sua volta frutto di una mancata risoluzione edipica. La conseguente assenza di conflitti morali e la relativa impossibilità di indipendenza e responsabilità, andavano ad impoverire l'intera personalità. Così come accadeva, ma in modo temporaneo e dunque normale, nella fase adolescenziale, a causa della svalutazione della figura genitoriale. Risultato finale era, secondo la Deutsch, il fallimento del lavoro dell'Io, con conseguenti temporanei crolli psicotici a segnalare la sua debolezza e le sue difficoltà. Ma le sue difficoltà sono qui ancora quelle del suo lavoro e non vengono attribuite ad una sua intrinseca debolezza. I medesimi problemi filosofici si ritrovano nel testo eminentemente e volutamente clinico di Schmideberg (1947) ed in quello di taglio maggiormente psichiatrico di Hoch e Polatin (1949). Verranno riarticolati e strutturalmente modificati invece, almeno sotto alcuni aspetti, nel testo di Knight (1953). Ma prima di approdare a quest'ultimo bisogna chiarificare ancora alcuni precedenti passaggi della teoria freudiana post-bellica e della relativa realtà clinica e sociale.

Abbiamo già scritto come lo sviluppo della personalità non fosse per Freud in alcun modo un obiettivo, egli non utilizzava neppure simili termini. La possibilità dell'autonomia personale era piuttosto un problema difficile e per altro irrisolvibile, si pensi a *Il disagio della civiltà*. Occorre, credo, portare ancora qualche delucidazione sulle ultime scoperte di Freud e sul loro americanizzarsi per poter comprendere meglio in chiave critica i testi degli anni cinquanta in cui i problemi di adattamento della personalità divengono il fulcro delle nuove descrizioni psicopatologiche.

Eravamo arrivati alla descrizione di alcune delle nozioni psicoanalitiche fondamentali introdotte a partire dagli anni venti e frutto del continente reso possibile ed inaugurato dalla nozione di narcisismo. Si è visto come Freud si fosse dedicato a partire da allora alla formulazione di una psicologia sempre più complessa le cui regioni aveva egli stesso significativamente paragonato alle "aree cromatiche sfumanti l'una nell'altra, senza contorni lineari, della pittura moderna" (Zaretsky, 2004, p.194). Una cosa è certa, questa evoluzione della teoria freudiana portò la psicoanalisi a distinguersi più nettamente e recisamente da altre forme di terapia psichica, per esempio da quelle autosuggestive, conferendo una progressiva centralità ed importanza all'idea dell'Io come problematico luogo della resistenza. L'Io freudiano infatti, a partire dalla seconda topica, non è affatto, lo si è già scritto, una neutro garante di una naturale spinta di autorealizzazione di sé, esso è piuttosto, al contrario, come Freud trovò dimostrato dai meccanismi delle nevrosi di guerra e dalla tendenza dei soldati a ripetere coattivamente il trauma piuttosto che a rimuoverlo, l'istanza continuamente impegnata a difendersi dall'emergenza dei contenuti traumatici che il Super-Io,

alleandosi alla pulsione di morte, non smetteva di voler ossessivamente replicare per riprodurre la sofferenza.

Lo slittamento traghettato da quello che Freud definì il fenomeno della coazione a ripetere fu notevole: da un Io con il compito di riportare a galla il rimosso, conoscerlo ed integrarlo, si approda ad un Io che al contrario deve resistere alla continua fuoriuscita patogena di un trauma. È in questo senso che esso diviene il luogo della resistenza e la terapia psicoanalitica stessa si trasforma in quella analisi delle resistenze che coincideva sostanzialmente con l'analisi della traslazione negativa, vero nuovo perno analitico. In questa concezione i malati non entravano in terapia per guarire bensì per poter assecondare la loro nevrosi e poterne replicare i meccanismi, riattivando quelle dinamiche relazionali infantili patogene che ne erano la causa. Di qui la necessità dell'astinenza analitica in quanto mezzo per frustrare le esigenze del paziente, portando alla luce il suo bisogno intensificato grazie appunto alla traslazione negativa che era in grado di mettere in luce quelle resistenze alla trasformazione dei quadri disfunzionali abituali che il paziente desiderava innanzitutto patologicamente ed irrazionalmente replicare.

In questo possiamo vedere ancora una volta il chiaro frutto della guerra mondiale non solo attraverso una filiazione pratica, che consiste appunto nell'osservazione effettiva delle nevrosi di guerra, ma come trasposizione metaforica di un problema collettivo che solo la comparsa e l'articolazione di una nozione quale un'irrazionale pulsione di morte poteva spiegare. Ma questo è lo sguardo di Freud, che dall'Austria già vedeva avvicinarsi il secondo conflitto mondiale. Se prendiamo l'America, se ritorniamo a ciò che la stessa osservazione delle nevrosi di guerra produsse in un primo momento laggiù, possiamo osservare una significativa distanza.

Per misurare questa distanza utilizzerò un esempio tratto dal lavoro storico di Zaretsky. Si tratta di un riferimento ad un testo del 1924 di Karl Abraham che prende in esame, per criticare un prototipico testo suggestivo, i libri del farmacista Émile Coué che erano diventati in quegli anni dei veri e propri best-seller negli Stati Uniti, rispettivamente *Il dominio di se stessi* e *L'autosuggestione cosciente*. Il fondamentale suggerimento dato da questi testi era la quotidiana ripetizione mentale di questa sorta di mantra: "Ogni giorno, da ogni punto di vista, migliore". Secondo Abraham questa era un'astuta forma di vendita sul mercato di massa della protesta virile adleriana: Coué si proponeva come padre buono, stimolando l'identificazione reciproca immaginaria di figli tutti ugualmente amati andando ad alimentare il loro narcisismo, attraverso la negazione dell'inferiorità reale o immaginaria. Ciò era a suo avviso l'esatto contrario di quanto si proponeva di fare la psicoanalisi che non blandiva affatto i pazienti, anzi, li obbligava a mettersi a confronto con i loro sentimenti di invidia e rancore, mettendo in discussione il loro narcisismo, individuandone le radici, sottolineandone la fragilità.

Proprio negli anni trenta, come abbiamo già scritto, si delinearono in modo più riconoscibile diverse correnti psicoanalitiche ciascuna delle quali diede forma, in modi differenti, ad una psicologia dell'Io che di distanziò sempre di più da quella freudiana, dando luogo ad una diversa teoria della formazione del singolo su cui fondare la cura. Oltre alla psicologia dell'Io americana inaugurata da Anna Freud su cui poi torneremo più in profondità, “tre importanti varianti si affermarono rispettivamente a Londra, a Parigi e a Budapest. In ciascun caso ne derivò una revisione dell'idea di autonomia personale. La prima variante era associata a Melanie Klein, la quale avanzò una concezione dell'Io basata sulle relazioni oggettuali, secondo la quale i nostri obblighi morali non discendono dalla nostra qualità astrattamente umana, come in Kant e in Freud, ma dal fatto che le circostanze particolari della vita ci legano inseparabilmente agli altri. E il legame più importante, che darà forma a tutte le relazioni future sarà quello con la madre. Nella misura in cui sviluppava un'etica della responsabilità anziché un'etica della giustizia, fornendo, come è stato detto da alcuni, un'alternativa femminile a Freud, il pensiero della Klein rispecchiava la nuova attenzione delle classi medie al problema della costruzione di relazioni personali, invece che al problema dell'autonomia, implicito nel problema del complesso edipico. Nel 1926 la Klein si trasferì a Londra e tenne la sua prima conferenza a casa del fratello di Virginia Woolf. Nel suo pensiero si riconosce anche l'influenza del filosofo G.E. Moore, il quale privilegiava le relazioni dirette e concrete, per esempio con gli amici, i familiari e la comunità rispetto agli ideali astratti” (Zaretsky, 2004, p.209). Senza entrare nello specifico è noto lo sbilanciamento lacaniano nella direzione dell'Io quale oggetto, piuttosto che soggetto, e la sua proposta di un'accettazione ironica delle contraddizioni costitutive che lo fondano. Se si pensa al Surrealismo e alla filosofia esistenzialista che aveva caratterizzato il pensiero francese di quegli anni, si possono facilmente comprendere le radici di questa particolare reinterpretazione delle idee freudiane. La terza variante sarebbe, per Zaretsky, quella proposta da Ferenczi a Budapest, la quale si fondava sul sentimento primario del neonato legato alla necessità di ricevere senza dare nulla in cambio. Nella sua teoria: “la ricettività passiva era la spinta propulsiva dello sviluppo. Per quanto impossibile da dimostrare, questa tesi aveva una sua forza etica: quale che sia il suo stato psicologico iniziale, l'essere umano ha il diritto di cominciare la vita vedendo soddisfatti i propri bisogni fondamentali” (Zaretsky, 2004, p.210). Diversi analisti si rifecero alle sue tesi e furono fra quelli che si dedicarono a studi di primatologia e diedero forma per primi all'idea di attaccamento: Imre Hermann per esempio, la cui influenza sulle teorie di Bowlby è nota. Fra i seguaci di Ferenczi possiamo annoverare anche Balint, il cui testo principe *Il difetto fondamentale* compare significativamente, unico nel suo genere, nell'antologia di Stone. Per Ferenczi centrale nell'esperienza analitica doveva essere non tanto l'analisi introspettiva

quanto l'esperienza emotiva correttiva. In questo quadro la necessità di autonomia del singolo doveva fare i conti con un bisogno innato e fondamentale di riconoscimento.

Ora possiamo tornare al saggio di Stern del 1938 e riconoscere tutte le principali matrici dei costrutti che utilizza entro i quadri patologici che descrive, con l'opportunità di sottolineare nuovamente quanto inscindibile sia la direzione dello sguardo da ciò che si riesce a vedere, in riferimento nello specifico al legame tra soggetti e oggetti dei discorsi e delle pratiche di cura. Nei problemi di narcisismo descritti da Stern infatti vediamo convergere tutte e tre le novità del discorso psicoanalitico: l'importanza delle primissime relazioni oggettuali, nella fattispecie il rapporto con la madre, il primario bisogno di riconoscimento ed i problemi della sua frustrazione, la debolezza dell'Io legata ad una difficoltà nella sua strutturazione, in primo luogo nei rapporti con le autorità. Lo spostamento del sintomo al livello stesso del carattere, dunque dell'identità stessa, è indice dello stesso ordine di problemi, così come l'enfasi sulle oscillazioni del principio di realtà che si collega innanzitutto alla funzionalità dell'Io ed alla sfera relazionale. Il problema psichico che Stern descrive non è già più quello di un conflitto rimosso, di uno scontro con un ordine paterno che del resto si è ormai storicamente sgretolato, bensì è già una difficoltà di modulazione emozionale che ha a che vedere con questi tre diversi aspetti del problema della possibilità di autonomia. Questa tendenza andrà facendosi più esplicita e meno sfaccettata nella successiva psicologia dell'Io americana una volta che essa formulerà una sua propria teoria dell'apparato psichico.

Possiamo vedere tale teoria nella sua versione più consolidata e senza faglie negli autori post-bellici degli anni cinquanta, prototipici in questo senso i testi commentati di Knight (1953) e, ancora di più, di Rado (1953). Ma negli anni quaranta, nonostante le prime formulazioni di Hartmann e la diffusione e la volgarizzazione di un linguaggio psicoanalitico semplificato ad uso di esigenze del mercato, i testi che abbiamo analizzato non hanno ancora eliminato i lati d'ombra della terapia e della salute. Ancora nel 1947 l'estrema fragilità dei pazienti borderline e la loro impulsività, manifesta negli acting out continui e nelle difficoltà quasi insormontabili della relazione di transfert, così come il loro vuoto ed il profondo senso di solitudine, vengono visti da Melitta Schimberg (1947) come frutti di una loro costitutiva fragilità dovuta all'assenza di un lavoro elaborativo di lutto. Psicoanaliticamente, ciò significa mancanza di un lavoro psichico che permetta il confronto con la mancanza, il limite e la frustrazione, prototipicamente con l'assenza dell'oggetto primario e accuditivo, per renderne possibile un'assimilazione non patogena. È nuovamente il tema, lo abbiamo già visto, che ha dato forma al discorso psicoanalitico dagli anni trenta in poi. A partire dallo stesso Freud, sia la Klein che Lacan che Ferenczi che Anna Freud si occupano esattamente di tale questione.

Il testo di Knight apre invece una fase del tutto nuova, che riformula la questione segnando una cesura assai significativa. La cesura è storicamente determinata dalla fine del secondo conflitto mondiale. Il discorso psicoanalitico americano diverrà egemone, così come l'America conoscerà un'egemonia politico-economica sul mondo. E questo discorso psicoanalitico sposterà e si farà portavoce, più o meno consapevolmente e linearmente, di nuovi problemi e nuove esigenze socio-culturali. I criminali descritti dalla Schmeidler, che, occorre ricordarlo, era figlia di Melanie Klein, non avevano ancora un Io la cui debolezza era costitutiva nel senso di costituzionale, innata. Né le loro difese erano considerate adattive, né il lavoro che il loro Io avrebbe dovuto compiere era considerato neutro, solo l'autrice reclamava, in vista della loro fragilità narcisistica, che ancora si iscrive nel quadro dell'ultimo Freud, e dunque nella necessità del difficile, forse impossibile lavoro del lutto, un atteggiamento supportivo ed accondiscendente, già assai distante da quella idea di impietosa e neutra analisi della traslazione terapeutica negativa che richiedevano i nevrotici. La stessa esigenza, in una forma meno articolata o meno estrema, viene espressa come abbiamo visto da Stern e Deutsch pur nella considerazione di pazienti che, in quanto non provenienti da una popolazione criminale, presentavano una gamma di problemi comportamentali non necessariamente collegati ad agiti e comportamenti impulsivi visibili nella cruda immediatezza di un comportamento apertamente deviante, piuttosto tratti di rigidità ed inibizione in ogni caso da questi autori ricondotti ad un problematico rapporto con sé e con il mondo legato alle difficoltà nel dare forma ad un Io autonomo, capace di autoaffermarsi nonostante i limiti impostogli più o meno dolorosamente dal mondo esterno. Un Io che doveva diventare in grado, conoscendosi, di autolimitarsi e strutturarsi. Ciò si modificò radicalmente negli anni che abbiamo definito di boom post-bellico, anni in cui il discorso psicoanalitico, in primo luogo quello americano, si farà portavoce, proprio tramite la descrizione delle patologie cosiddette borderline, di uno slittamento dal concetto di un Io conflittuale, per via di problematiche identificazioni multiple, a quello di un Sé frammentato per via di problematiche identitarie legate all'autostima ed al riconoscimento. Tale mutamento utilizzerà come trasformatore, come ponte, proprio quella debolezza dell'Io che già troviamo in nuce, ed in una veste ancora problematica, nei testi che abbiamo citato sui quadri borderline degli anni trenta e quaranta, i quali a loro volta avevano assimilato, come ho cercato di mostrare, tutte quelle modifiche strutturali che la teoria psicoanalitica stava conoscendo in quegli stessi anni e che erano frutto del nuovo porsi, nel mondo occidentale, del problema dell'autonomia individuale dopo la prima guerra mondiale.

2- Dall'autonomia dell'Io all'autonomia del Sé: il passaggio dalle identificazioni all'identità nell'America degli anni cinquanta.

Fu negli anni cinquanta che la psicoanalisi statunitense realizzò compiutamente il suo progetto di istituzionalizzazione e diffusione capillare diventando ufficialmente “un progetto secolare di razionalizzazione etica legata anche a entità normalizzatrici come le professioni di servizio sociali, le scienze sociali e lo stato assistenziale” (Zaretsky, 2004, p. 314). Essa fu al centro della riorganizzazione di molteplici campi di sapere e di pratiche sociali, riorganizzazione inaugurata dal Movimento di Igiene Mentale e portata a termine nel periodo post-bellico. Negli anni cinquanta non solo la scuola ed il sapere pedagogico, ma anche nuove branche della legislazione minorile, del diritto familiare e della criminologia, nonché la gestione del personale o addirittura la medicina generale, in cui si cominciò per esempio a guardare maggiormente alle dimensioni sociali e interpersonali della cura delle malattie, vennero trasformate a partire dalle nuove vesti dottrinali che la psicoanalisi assunse. La sua espansione clinica e teorica fu legata essenzialmente, come abbiamo anticipato, a quella della psichiatria. Per fornire solo un dato numerico fra i molti possibili che tuttavia sappia dare la misura di questa notevole espansione, si pensi che gli psichiatri erano negli Stati Uniti nel 1940 in numero di 2295 e nel 1976 27.000. Tra il 1940 e il 1960 l'Associazione psicoanalitica americana crebbe esponenzialmente: nel 1932 contava 92 membri, nel 1938, 157, nel 1940, 192, nel 1942, 230, nel 1946, 273, all'inizio degli anni sessanta, 1302. Se nel 1933 esistevano un totale di tre istituti psicoanalitici, nel 1960 esistevano 29 Società e 20 istituti. Nel 1978, 1 psichiatra su 7 era un'analista praticante in uno studio privato (Zaretsky, 2004, pp.476-477).

Ma di quale psicoanalisi si deve parlare negli anni cinquanta? Se negli anni quaranta, almeno nei testi presi in considerazione sul problema borderline, dominavano ancora alcuni concetti dell'ultimo Freud, negli anni cinquanta la visione di una psicologia dell'Io centrata sull'adattamento e la riuscita sociale, inaugurata da Hartmann negli anni trenta¹⁰⁴, si fece negli Stati Uniti dominante. In un libro del 1948, *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*, Franz Alexander aveva scritto che sarebbe stato opportuno smetter di studiare la storia della dottrina psicoanalitica per non generare confusione inutile, e nel discorso di insediamento alla presidenza dell'American Psychoanalytic Association, nel 1955, Ives Hendrick dichiarò la necessità di privilegiare un'ottica pragmatica che desse rilevanza e importanza ai concetti e alle pratiche in base alla loro funzionalità (Zaretsky, 2004, p.329).

¹⁰⁴ Si ricordi la centratura sulla forza dell'Io nella teoria di Hartmann ed il suo tentativo di trasformare il sapere analitico in una psicologia generale che fosse in grado di spiegare le maggiori funzioni psichiche quali pensiero, memoria, percezione, linguaggio. La visione dell'Io che presentò nel 1937, lo vedeva come un sistema di regolazione e adattamento la cui funzione principale, il pensiero, poteva essere slegata da ogni componente emotiva in quanto resa possibile da un'energia neutra e desessualizzata.

Secondo Zaretsky e Cushman furono in primo luogo la politica della guerra fredda e le spinte consumistiche legate all'apogeo del sistema fordista, a condizionare la psicoanalisi americana degli anni cinquanta. Per quanto riguarda il secondo, di cui si sono delineate brevemente alcune caratteristiche nel precedente paragrafo, vale la pena forse di aggiungere qui qualche delucidazione sull'internalizzazione ed il successo economico che esso raggiunse appunto a partire dalla fine della guerra. Si stabilizzò nel dopoguerra una forma più stabile di contratto sociale per regolare i rapporti di forza e i posizionamenti rispettivi tra le grandi aziende, i poteri statali, e la forza lavoro. Le grandi aziende incrementavano gli investimenti e appoggiavano i processi di cambiamento tecnologico e la crescita della conoscenza manageriale nel marketing per incrementare "economie di scala attraverso la standardizzazione del prodotto [...]". La gestione scientifica di tutti gli aspetti dell'attività aziendale (non soltanto la produzione ma anche i rapporti con i dipendenti, la formazione sul posto di lavoro, il marketing, il design del prodotto, le strategie dei prezzi, l'obsolescenza pianificata delle attrezzature e dei prodotti) divenne il segno caratteristico della razionalità aziendale burocratica. Le decisioni delle grandi aziende divennero prevalenti nel definire le vie della crescita del consumo di massa, nell'aspettativa, ovviamente, che gli altri due membri della grande coalizione facessero quanto necessario per mantenere costante la domanda effettiva a livelli sufficienti per assorbire la crescita costante della produzione capitalistica" (Harvey, 1990, p.168). E lo Stato fece quanto necessario, contribuendo a regolare i rapporti di lavoro, da una parte attaccando gli elementi radicali del movimento operaio, dall'altra supportando i sindacati in una politica tesa ad ottenere quegli aumenti salariali che andavano incontro alle esigenze del consumo (si pensi alle leggi restrittive dell'azione sindacale emanate dal senatore McCarthy nel 1947). Inoltre mettendo in opera un misto di politiche monetarie e fiscali negli investimenti pubblici che garantissero un benessere sociale compatibile anch'esso alle esigenze della produzione e del consumo crescenti. Ciò accadde negli Stati Uniti così come nei maggiori Stati europei, per esempio in Gran Bretagna, in Francia o in Germania, al di là delle differenze politiche dei rispettivi governi. Nel dopoguerra il fordismo si internazionalizzò. "Questo sviluppo degli investimenti (soprattutto in Europa) e del commercio esteri fece sì che la capacità eccedente degli Stati Uniti fosse assorbita altrove mentre il progresso internazionale del fordismo significava la fondazione di mercati di massa mondiali e l'assorbimento della massa della popolazione mondiale, fuori dal mondo comunista, nella dinamica globale di un nuovo tipo di capitalismo. Inoltre, lo sviluppo ineguale dell'economia mondiale determinava l'esperienza di cicli commerciali già diversi sotto forma di altrettante oscillazioni locali di compensazione all'interno di un processo relativamente stabile di crescita della domanda mondiale. A livello di input, l'apertura del commercio estero significava la globalizzazione dell'offerta di materia prime spesso meno costose [...]. Il nuovo internazionalismo

portò con sé tutta una serie di altre attività: banche, assicurazioni, servizi, alberghi, aeroporti, e quindi turismo. Esso portava con sé una nuova cultura internazionale e dipendeva in larga misura dalle nuove capacità di raccogliere, valutare e diffondere informazioni. Tutto questo fu garantito dall'ombrello egemonico del potere finanziario ed economico, sostenuto dal dominio militare degli Stati Uniti. Gli accordi del Bretton Woods del 1944 fecero del dollaro la valuta di riferimento mondiale e legarono lo sviluppo economico mondiale alla politica monetaria e fiscale degli Stati Uniti" (Harvey, 1990, p.171).

Secondo Cushman, in effetti, due furono paradossalmente i maggiori risultati della guerra mondiale per l'America. Il primo: l'idea che essa avesse rappresentato un'ottima soluzione per i problemi della Depressione e che dunque anche in tempo di pace occorreva portare avanti una politica militarista ed una vasta produzione di armi attraverso la quale garantirsi una stabile egemonia mondiale e contribuire alla soluzione dei problemi posti dall'economia capitalistica vigente. Il secondo: una paura esagerata di un nemico esterno (nella fattispecie il comunismo) da incoraggiare e fomentare per cementare l'orgoglio e la coesione nazionale al di là dei numerosi problemi interni, di razzismo, di welfare state, di ingiustizie economiche e sociali che certo non facevano onore allo Stato (Cushman, 1995, pp. 215-217). Certo la guerra fredda determinò un processo di costruzione di un nemico esterno quale assolutamente altro, e dunque da temere ed annientare, ed in cui era possibile proiettare tutte le ambivalenze ed i problemi interni da cui era necessario difendersi. Cushman sostiene che anche questo processo di definizione di un'identità nazionale sulla base di ciò che non si era e non si doveva essere, in funzione di un nemico, si associò alla politica delocalizzante che mirava a sciogliere ogni residuo di legame di classe, corporativo o territoriale attuata dal sistema di produzione fordista e finì per contribuire a quello svuotamento del Sé che le teorie psicoanalitiche degli anni sessanta finirono per teorizzare. Certo è che la psicoanalisi degli anni cinquanta fece propri almeno in parte gli imperativi della democrazia consumistica di massa e appunto della guerra fredda. Come sottolinea anche Zaretsky fu proprio questa configurazione socio-economica e culturale a legare la psicoanalisi americana ad una nozione positivista di scienza che legittimava gli analisti a non mettere in questione la propria pratica professionale individuale e di gruppo e a favorire una medicalizzazione che permetteva di depoliticizzare i disagi e le pratiche di cura (Zaretsky, 2004, p.330-331). L'enfasi sulla vita privata come reale sorgente della felicità collettiva si sposò alle critiche sui sistemi dittatoriali che il mondo aveva appena conosciuto e subito. Le opere sulla psicologia nel contesto dei lager, quali quelle di Bruno Bettelheim o le opere filosofiche della Arendt conobbero un incredibile successo. Nel 1948 l'Unesco propose un convegno a Parigi nel quale Sullivan ed altri psicoanalisti americani potessero confrontarsi con alcuni studiosi di scienze sociali dell'Europa dell'Est ed, in questa occasione, la

“difesa americana della psicologia occidentale ebbe facile vittoria sul classico postulato marxista, secondo il quale non è possibile modificare la coscienza individuale senza prima cambiare le condizioni sociali; ma questo avrebbe dovuto essere l’inizio del dibattito, non la sua conclusione. Inoltre gli americani sposarono senza riserve uno spirito missionario che, oltre a servire i loro interessi, rafforzò il trionfalismo della guerra fredda. Karen Horney caldeggiò l’adozione da parte degli Stati Uniti di ‘un piano a lungo termine per indurre la stabilità emotiva’, Sullivan invocò ‘una mobilitazione mondiale della psichiatria’ e Henry A. Murray esortò gli studiosi di scienze sociali a ‘invadere [...] la sfera dei valori’ e a diventare ‘i medici della società’” (Zaretsky, 2004, p.332). E, si badi bene, Sullivan e Horney facevano parte della maggiormente aperta e progressista corrente psicoanalitica culturalista. Di fatto, all’interno del movimento psicoanalitico i non medici e più in generale ogni forma di dissenso e eterodossia furono negli anni cinquanta in America perlopiù emarginate. In generale la psicoanalisi di quegli anni fece propri degli assunti scienziati e razionalisti, nonché l’enfasi sul controllo e l’apologia di una maturità che trovava il suo perfetto compimento in un’idealizzata realizzazione familiare eterosessuale tutta privata in cui andava a collocarsi la propria felicità emotiva intima ed esistenziale, rifacendosi ad uno standard di onesta efficienza nel mondo del lavoro e di un florido e appagante consumo domestico come indice di un benessere di cui l’acquisto della prototipica villetta, degli elettrodomestici, e delle automobili rappresentavano gli status symbol più in voga. La sociologia americana di Talcott Parsons, che a sua volta fece propri numerosi assunti psicoanalitici, può dare l’idea di una simile configurazione culturale. Ed il fordismo e la guerra fredda ne costituiscono i presupposti.

Tutto questo a mio avviso è ben visibile nel DSM-I, nei suoi contenuti così come nella funzione stessa che cominciò a svolgere. Nonché nei testi presentati nel paragrafo precedente sui casi borderline, quelli di Knight (1953), Rado (1953) ed infine Erikson (1956), autore che tuttavia lo abbiamo detto merita almeno in parte un discorso a sé. Vediamo in che modo.

Per quanto riguarda innanzitutto il testo di Knight (1953) possiamo osservare sinteticamente questi fondamentali slittamenti clinici e teorici:

1- la fine dell’ambivalenza dell’Io e la sua ridefinizione quale neutro agente di autocontrollo e adattamento sociale. Si ricordi la sua definizione del disturbo borderline quale (al di là dei differenti possibili sintomi descrittivi che per lui potevano ampiamente variare e comprendere per esempio tratti ossessivo-compulsivi, fobie, tendenze paranoide o depressione o ancora manifestazioni isteriche o anoressia) disturbo di un Io che funziona male, che è debole: “Noi definiamo concettualmente i casi borderline come quei casi in cui le normali funzioni di pensiero di processo secondario dell’Io, di integrazione, di capacità realistica di programmazione, di adattamento all’ambiente, di mantenimento delle relazioni oggettuali e di difesa contro le pulsioni primitive

inconsce, risultano gravemente indebolite. Come conseguenza di una combinazione variabile di fattori legati a tendenze costituzionali, di predisposizioni basate su avvenimenti traumatici e relazioni umane disturbate, nonché di eventi stressanti precipitanti più recenti, l'Io del paziente borderline si trova a funzionare malamente. Alcune funzioni dell'Io possono essere state gravemente danneggiate, specie, in molti casi, la capacità di integrazione, la formazione dei pensieri, il giudizio, la capacità di programmare realisticamente le cose e di difendersi contro l'irruzione nel pensiero cosciente di pulsioni dell'Es o di qualche loro elaborazione fantastica. Altre funzioni dell'Io, quali l'adattamento convenzionale (ma superficiale) all'ambiente e la capacità superficiale di mantenere le relazioni oggettuali, possono invece mostrare gradi variabili di integrità. Altre funzioni ancora, quali la memoria, la capacità di calcolo e di compiere determinate prestazioni abituali, possono sembrare totalmente intatte" (Knight, 1953, pp.126-127). In questa nuova prospettiva l'Io va innanzitutto nella cura rinforzato e protetto e la sua funzionalità nel gestire la vita personale e sociale coincide con il benessere. In questa chiave è significativo che già nel 1946 tre celebri psicologi dell'Io, Hartmann, Kris e Lowenstein avevano proposto di sostituire il termine Io nel testo freudiano sul narcisismo con la parola Sé proprio per eliminare l'ambiguità che si creava laddove esso era talvolta utilizzato per designare una precisa e parziale istanza psichica, l'Io appunto, ed in qualche altro caso la persona intera. Secondo questi autori il narcisismo doveva essere definito non come investimento libidico dell'Io bensì, piuttosto, del Sé (Zaretsky, pp. 355-356).

2- A partire da questa stessa idea, le difese non sono più solo resistenze, al contrario rivestono una fondamentale importanza per via della loro natura adattiva e del loro scopo che è in prima battuta appunto quello di difendere da un crollo dell'Io. Su questo Knight insiste, come abbiamo visto, riprendendo la metafora dell'esercito in ritirata freudiano e scrivendo significativamente che il non abbattere le difese più mature potrebbe essere una questione di vita o di morte per il paziente borderline. Tale analisi delle difese assume per Knight un ruolo fondamentale: "Ai fini dell'organizzazione di una diagnosi accurata, di una prognosi realistica e di una terapia adeguata quindi, il clinico deve essere in grado di localizzare la posizione, il movimento e le possibilità di riorganizzazione delle forze e delle funzioni principali dell'Io, senza farsi distrarre dal fuoco di fila innalzato dai reparti che difendono le posizioni avanzate" (Knight, 1953, p.125). Ma, occorre ribadirlo, non si tratta di individuarle per abatterle quali resistenze, al contrario, si tratta piuttosto di rafforzarle integrandole in un più complessivo progetto di ristrutturazione egoica che ha come fine un tranquillo e coerente funzionamento psico-sociale. Si ricordi la seguente frase sull'importanza di "redigere un inventario completo del funzionamento dell'Io, da un lato, e impulsi minacciosi dall'altro, e al fine di comprendere se, nel singolo paziente, il movimento netto si sposta

verso il minore controllo da parte dell'Io e, dunque, il peggiore adattamento. La valutazione qualitativa delle funzioni dell'Io è, se possibile, ancor più importante della stima quantitativa dell'equilibrio fra impulsi e controllo. Nel corso della terapia, anche le difese più gravemente nevrotiche possono essere capitalizzate e trasformate in forze utili per la reintegrazione" (Knight, 1953, p. 131). È evidente, in questa positività attribuita alle difese, il carattere negativo attribuito agli impulsi e quanto l'idea di salute si leghi ad una capacità di autocontrollarsi e capitalizzare le proprie energie. Ciò viene esplicitamente dichiarato: "Il nostro obiettivo terapeutico, quindi, dovrebbe essere quello di rafforzare il controllo da parte dell'Io del paziente sui suoi impulsi istintuali, e di educarlo all'uso di nuovi metodi di controllo e di adattamento, il tutto nel contesto di una sorta di scambio terapeutico [...]. Le nostre formulazioni dovranno essere sempre espresse usando i termini delle operazioni dell'Io del paziente piuttosto che non quelli del contenuto del suo Es, e dovranno sempre essere calcolate al fine di migliorare e rinforzare le operazioni del suo Io" (Knight, 1953, p.133).

Come non collegare questa positività assunta dalle difese e questa enfasi sulla trionfante affermazione di un Io efficiente alla configurazione politico e culturale americana di quegli anni che è stata tratteggiata in questo stesso paragrafo? O all'osservazione di Cushman sullo svuotamento di un'identità definita per negazione e sulla base della preminenza di un impulso di natura aggressiva e difensiva?¹⁰⁵

Ciò è ancora più evidente nel testo di Rado (1953). Si ricordino innanzitutto alcune di quelle che egli pone quali premesse teoriche. In primo luogo la centralità di un concetto di adattamento in cui protagoniste sono le motivazioni e il controllo. Poi la definizione di una performance di vita adattiva, naturalmente indirizzata alla ricerca di utilità e piacere, e la conseguente ridefinizione dei vari tipi di disagio psichico entro questa particolare cornice in cui le psicosi diventano

¹⁰⁵ Interessante, a questo proposito, la proposta etica su base psicoanalitica dell'allievo di Jung, Erich Neumann, nel libro *Psicologia del profondo e nuova etica*, scritto nel 1943 e pubblicato nel 1948 a Tel Aviv. Questo autore parla di una vecchia etica di matrice patriarcale, basata, a suo avviso, sulla negazione del negativo, dell'ombra, sulla base dell'eroico tentativo di conformarsi ad un modello di totale positività in modo consapevole grazie alla repressione ed in modo inconsapevole grazie alla rimozione, e la ritiene psicologicamente impossibile per il momento storico che l'umanità si trovava a vivere. A fronte di questo deflagrante crollo del vecchio ordine simbolico egli formula la sua nuova proposta etica, della personalità intera, che si propone di integrare e mettere insieme le diverse parti psichiche, accettando e conoscendo contenuti negativi inconsci invece di tentare disperatamente e inutilmente di negarli o eliminarli. Un prototipo politico della psiche che vede un individuo autonomo quale persona responsabile e consapevole dei suoi lati d'ombra e che dunque potrà non cadere acriticamente nel meccanismo della proiezione e del capro espiatorio. La comprensione e l'accettazione del "male" dentro di sé, favorirebbe la comprensione e l'accettazione del "male" negli altri e all'esterno e potrebbe contribuire a ridurre quei fenomeni legati alla demonizzazione di un nemico in cui riversare proiettivamente tutte le proprie ombre, rabbie, insoddisfazioni. L'interdipendenza è, in questa visione, una chiave individuale e politica, in quanto perno di una proposta etica che cerca di tenere conto delle condizionalità psichiche dei singoli, nei rapporti intra e inter-individuali. Il movimento mi sembra, paradigmaticamente, opposto a quello che invece, come nei testi che si stanno commentando, mira a proteggere le difese ed una compatta autonomia di un Io perfettamente e senza cesure adatto o adattabile al contesto con le sue norme e regole e che tuttavia non tiene conto della specificità delle esigenze contestuali, in nome di un discorso scientifico che si pensa neutro e incondizionato.

incompetenze adattative e le psicopatie delle forme di comportamento deviante. Il tentativo di ricondurre ogni considerazione a delle rispettive teorie del sistema nervoso ed il ricorso alle future scoperte delle scienze, caratterizza le sue ordinate classificazioni del disagio le quali, come abbiamo visto, ridefiniscono i sintomi sulla base dell'idea di controllo (si pensi alla ricca famiglia delle sindromi da discontrollo appunto). La sua dichiarata necessità di un linguaggio scientifico il più possibile scarno e sintetico, e l'esigenza di un metodo rigoroso nell'attesa del futuro associato riconoscimento neuroscientifico rientrano nello stesso quadro d'insieme. Tutto ciò è ravvisabile e meglio articolato nella sua descrizione clinica dei disagi schizotipici.

Lo schizotipo sarebbe come abbiamo visto l'abbreviazione della dicitura fenotipo schizofrenico a sua volta espressione del genotipo schizofrenico, il quale sarà da Rado analizzato da un punto di vista psicodinamico. Ciò è una rilevante testimonianza di quel connubio tra psicoanalisi e psichiatria avvenuto negli Stati Uniti, tale per cui gli oggetti della seconda diventano ufficialmente e ormai senza difficoltà di pertinenza della prima. Non solo, la psicoanalisi adotta e sposa il linguaggio e le condizioni della psichiatria, com'era già in Knight, arrivando dunque a parlare di diagnosi e prognosi, cercando ancoraggi alle neuroscienze e naturalizzando i suoi assunti.

Prototipica la sua suddivisione di quella che definisce attività integrativa cerebrale. Si pensi all'ultimo dei quattro livelli da lui elencati, quello del pensiero non emotivo, che già nella sua esistenza segnala un'incommensurabile distanza dall'ultimo Freud. Ancora più illuminante rispetto alla naturalizzazione di una Welthanschauung filosofica è la sua definizione e descrizione del Sé-azione quale "pattern circolare di risposte tra consapevolezza di sé ed azioni desiderate" o la sua spiegazione dell'onnipotenza infantile e regressiva, a fronte di forti desideri, definita quale potere illimitato alle azioni volontarie dettate dai propri desideri personali, cui vengono per altro ricondotte anche le credenze magiche. Mi sembra qui essere ipostatizzato un particolare problema di un nuovo tipo umano attraverso la descrizione di un ipotetico meccanismo cerebrale alla base di una patologia. Il bambino della nuova società dei consumi diventa in questo modo un paradigma di riferimento acontestuale. Addirittura lo schizotipico mancherebbe dalla nascita di una fondamentale componente al normale sviluppo umano: "il piacere integrativo." Ma che cos'è questo innato piacere integrativo? Una vera e propria definizione non viene data, Rado scrive solo che esso ha un'azione organizzante sull'organismo ed una forza motivazionale e che la sua mancanza impedisce la formazione del Sé-azione ovvero di quel Sé che spinge a realizzare i propri desideri ed obiettivi. "L'organismo sano, procede dal desiderio al suo adempimento, suddividendo l'esperienza in causa ed effetto, in modo da poter trovare i significati che condurranno alla realizzazione dei desideri" (Rado, 1953, p.256), scrive Rado. Sembra la reificazione di una pulsione di consumo, bene organizzata, al fine di procedere ordinatamente ad ogni necessità di annettere imperialisticamente

l'altro a sé. A partire da una teoria quale quella di Bateson, su cui tornerò nella seconda parte di questo lavoro, un simile tipo di affermazione, basata sulla reificazione di numerosi oggetti psichici sulla base di un'implicita ed acontestuale idea di benessere, sarebbe propriamente ciò che impedisce, per la sua matrice culturale patogena propria dell'ultimo capitalismo, all'individuo e alla società nel suo complesso di vivere meglio, evitando di distruggere sé, gli altri e il pianeta senza neppure accorgersene.

Nella interpretazione di Rado, quelli che sono attualmente considerati i sintomi cognitivi del disturbo di personalità schizotipico, che viene annesso allo spettro schizofrenico, sarebbero in realtà dei sintomi dovuti ad una disfunzione di origine propriocettiva propria della loro vita psicodinamica, un danno dovuto, come abbiamo scritto, "alla mancanza di piacere integrativo in loro innata, la quale determinerebbe quelle carenze nel Sé-azione che non permetterebbero alla loro 'seità', di strutturarsi e di svolgere il suo precipuo compito, ovvero la mediazione tra organismo totale e ambiente totale" (pp.255), tale per cui "il paziente perderebbe il suo controllo sia sull'ambiente che su se stesso" (pp.255). L'idea stessa di un sovrano controllo su di sé e sull'ambiente, mediato da un Sé-azione guidato dall'attività preminente della coscienza a sua volta rivolta alla realizzazione dei suoi scopi, si iscrive perfettamente in quell'ideale acquisitivo di benessere che ben si adatta alla realtà sociale americana degli anni cinquanta. Nella sua interpretazione gli acting out e l'illusione di onnipotenza, sono sì connessi, ma non più dovuti, come nell'ultimo Freud, al riversarsi della libido sull'Io. Piuttosto essi sono il frutto di un processo disintegrativo dovuto ad un'incapacità dei pensieri primari di adattarsi ai fatti e diventare consci con la conseguenza di essere, appunto, agiti.

Nella descrizione della crisi, che porterebbe a suo avviso a quello che lui descrive come dilemma sino, vale a dire ad un'immobilizzazione della condotta per via del sopravvento di un pensiero infantile, egli sviluppa gli stessi rilievi dei suoi predecessori, penso in particolare a Deutsch, cioè osserva come il paziente regredisca ad uno stadio infantile in cui le ingiunzioni rivestono incomprensibilmente un valore punitivo o correttivo. Eppure spiega questo fenomeno, che chiama anche dilemma obbedienza-diffidenza, con la perdita di quel Sé-azione che fornisce a suo avviso il contesto della coscienza. Nel suo caso i conseguenti sintomi sono quelli tipicamente schizofrenici od autistici, ecolalie, ecoprassie, stupor, rigidità muscolare ed altri simili. Ma essi sono il risultato di un Sé-azione frammentato, in pezzi. Per via di quella che egli definirà, ante-litteram, una diatesi propriocettiva.

Abbiamo qui un primo passaggio da un Io conflittuale ad un Sé vuoto, a fronte di difficoltà a livello psicodinamico simili a quelle delle altre descrizioni, che segnalano dei problemi che sono innanzitutto di autonomia, di rapporto e regolazione della distanza con l'altro, di relazione con

l'autorità e formazione della propria soggettività nel rapporto con il mondo. Sono gli stessi problemi, come abbiamo già scritto, che affrontò Freud nell'ultima parte della sua vita e che furono all'origine delle diverse teorie psicoanalitiche degli anni trenta. È una singolare situazione: ci si trova davanti a medesimi meccanismi psichici e focus di interesse clinico e teorico, che tuttavia vanno a spiegare i sintomi più differenti per non dire opposti. Nel descrivere gli stessi meccanismi, i diversi autori li modificano e si arriva così da un narcisismo che aveva un suo prototipo nella paranoia, figura per eccellenza impermeabile e compatta, ad un narcisismo che è innanzitutto frutto di un Io debole e incapace di adattamento e successo, di quell'autoaffermazione singolare che sta diventando un compito di massa. E dal nodo di una struttura individuale problematicamente frutto di identificazioni multiple e conflittuali, stiamo arrivando a quello di dare possibile forma ad un'identità. Questa differenza concettuale credo vada sottolineata e chiarita. È a partire da Erikson che abbiamo un fondamentale ingresso del tema identitario nella letteratura psicoanalitica, ed è partire da qui credo, che i quadri borderline assumono più chiaramente la fisionomia di disturbi dell'identità. Prima della pubblicazione delle sue opere infatti, il concetto di identità non rivestiva certo una parte importante nel discorso psicoanalitico o almeno non nella forma che a partire dagli anni cinquanta tale idea ha assunto¹⁰⁶.

Ripartiamo proprio da Freud per mappare meglio questa rilevante differenza. Il maestro viennese parla “novantadue volte di identità secondo due direttrici differenti: nella relazione tra individuo e un insieme più ampio, la specie, e sottolineando il rapporto di illusione e il tentativo di acquisire un'identità di percezione che implica l'assenza dell'oggetto” (Guarnieri, R., 1999, p.220). Vediamo innanzitutto il primo punto, cioè la collocazione del soggetto come parte di una catena genealogica che lo trascende e lo fonda, precisazione introdotta esplicitamente proprio in *Introduzione al narcisismo*, in cui tra l'altro è altresì chiaramente esplicitato il carattere duplice del narcisismo primario del neonato che si regge sul narcisismo dei genitori, strutturando le prime forme di identificazioni narcisistiche con essi. Abbiamo anche già messo in luce come la trasformazione dell'identificazione melanconica in identificazione narcisistica abbia portato Freud alla concettualizzazione di un oggetto che non è più solo l'oggetto della pulsione ma un altro che attraverso processi introiettivi struttura l'identità. In questo senso risulta che se “l'identità si riferisce alla ricerca di un sentimento di coesione interna [...] l'identificazione invece fa risaltare l'assenza di un sistema relazionale interno coerente” (Balsamo, 2002, p.56). I processi identificatori

¹⁰⁶ È noto infatti il processo di scomposizione psichica avviato dal padre della disciplina il quale innanzitutto serve a sgombrare il campo da “una concezione ingenua della singolarità, intesa come spazio autopoietico, privo di mandati e passaggi di consegne” (Balsamo, 2002). Inoltre nella decostruzione freudiana (come abbiamo visto ripresa da Lacan attraverso la sua focalizzazione sulla sovversione del soggetto), l'autonomia si dissolve nella polimorfia delle pulsioni, scontrandosi con un corporeo mai del tutto afferrabile e com-prensibile. Vi sarebbe dunque una differenza radicale tra l'individuo (indiviso) e il soggetto psicoanalitico laddove considerare solo il primo ci porterebbe completamente all'esterno dell'antropologia psicoanalitica freudiana.

infatti, intesi come introiezioni di oggetti che vanno a strutturare il soggetto implicano una dipendenza dall'altro oltre che materiale anche fantasmatica in quanto:

- ogni processo identificatorio implica un lavoro inconscio in funzione del desiderio altrui,
- ogni identificazione svolge due funzioni: sostegno e interdizione che danno esistenza psichica e conflitto assieme¹⁰⁷.

In questo modo, grazie a cui il genealogico viene di fatto iscritto nell'individuale¹⁰⁸, attraverso i concetti già definiti di ideale dell'Io e Super-Io, si pone, prima del problema di rapportarsi all'altro fuori di noi, il problema di rapportarsi all'altro che è dentro di noi¹⁰⁹ il quale precede, e in certo qual senso determina, non linearmente, le condizioni di possibilità di ogni relazione.

La seconda direttrice rintracciabile nel pensiero di Freud su questo tema è la centralità dell'assenza dell'oggetto per lo stabilirsi dell'identità di percezione. L'altro, secondo Freud, viene inizialmente esperito dal bambino illusoriamente, in quanto garante del soddisfacimento dei bisogni, mentre il motore che innesca il riconoscimento dell'alterità come tale, e quindi potenzialmente indipendente, è costituito da quelle che sono chiamate le prime delusioni narcisistiche, i primi disinganni¹¹⁰. In effetti la distinzione dell'altro da sé nascerebbe proprio dal lutto della perdita dell'alterità immaginaria con caratteri di completezza ideale e perfezione, o meglio dal processo di simbolizzazione che questa delusione comporta. Quindi il percorso identitario andrebbe in questo senso da un costituirsi dell'Io per l'Altro, ad un Io che diviene Altro, ed infine, grazie soprattutto ad una possibilità di separazione dall'oggetto, ad un Io in grado di rapportarsi all'Altro. L'identità diventa così un concetto completamente paradossale che garantisce l'accesso all'altro nel momento in cui protegge il proprio della soggettività.

¹⁰⁷ In questo quadro non si separa rigidamente l'ambito pulsionale dal resto, né lo si esclude. Duruz fa notare che anche le funzioni strumentali o esecutive dell'Io, le quali permettono autonomia e separazione dal mondo esterno, sono soggette per l'ultimo Freud al processo di idealizzazione narcisistica anche se a suo parere pochissimi autori ne tengono conto (per esempio Lacan o Bateson).

¹⁰⁸ Ovviamente questo ha delle conseguenze sui rapporti tra mondo culturale e individuale, come messo in luce fra gli altri da Bion. Secondo lo psicoanalista e antropologo Devereux (in Kaes, 2002, p.188) l'identità si costruisce attraverso tre vie congiunte:

- a partire dalle basi narcisistiche dell'autoinvestimento e dell'autorappresentazione,
- a partire dai contratti narcisistici di un insieme umano (per esempio i miti),
- a partire dalle esperienze di alterità su cui si costruisce la distinzione tra il dentro e il fuori.

¹⁰⁹ Questo altro dentro di sé può assumere, come meglio vedremo anche attraverso il mito, le caratteristiche del *unheimlich*, il perturbante all'interno dell'identico. Penso che sia ciò che la neutralizzazione dell'Io adattato non permette più di scorgere. Con riferimento a Neumann e sulla base delle già citate osservazioni di Cushman, si potrebbe legare tutto questo, da un punto di vista storico, alla costruzione sociale del nemico quale altro ed estraneo operata strategicamente dagli Stati Uniti nella guerra fredda.

¹¹⁰ Il concetto è analizzato nell'articolo di Renè Kaes (2002), in cui l'autore elenca quelle che secondo lui possono essere considerate le principali esperienze psichiche della differenza: prime esperienze di dispiacere legate al mancato soddisfacimento, svezamento, scoperta dell'alterità legata alla differenza fra i sessi e fra le generazioni, uscita dal gruppo familiare. Secondo questo autore grazie a tali esperienze si formano quelle fondamentali opposizioni strutturali che vanno a definire la vita umana: umano-non umano, maschile-femminile e vecchio-giovane, appartenenza sociale e culturale; le relative trasgressioni appartengono rispettivamente all'ordine del mostruoso, incestuoso e sovversivo.

Per cercare di riassumere il discorso con maggiore chiarezza ci serviremo della sintesi di André Green (in Balsamo, 2002, p.66) fornita nel suo *Seminario sull'identità* secondo la quale la concezione psicoanalitica dell'individuo ruota e si struttura attraverso i seguenti assi:

- ruolo strutturante delle identificazioni edipiche,
- ruolo dell'assenza dell'oggetto,
- ruolo del limite, della scissione e della confusione nel sentimento di identità,
- unificazione narcisistica dell'Io.

Ci troviamo qui di fronte ad un'evidenza fondamentale per il nostro discorso. Perché vediamo trasformarsi, proprio attraverso l'analisi delle descrizioni dei quadri borderline il concetto stesso di soggetto, l'iter della sua formazione e le relative difficoltà. Ciò che era importante e problematico nella costruzione dell'autonomia morale era fino agli anni trenta, almeno nel discorso psicoanalitico europeo, a partire dalla letteratura analizzata, il rapporto con i limiti e le frustrazioni e la gestione delle relative conflittualità nel difficile lavoro di interiorizzazione di un ordine sociale da cui era impossibile pensare di ottenere un completo riconoscimento, ma che vacillando dischiudeva possibilità impreviste di emancipazione e cambiamento grazie ad un severo ed impietoso lavoro analitico. Ciò che è importante e problematico invece nelle descrizioni di Erikson nella costruzione dell'identità personale, che è per lui qualcosa di più e di diverso dalla somma delle identificazioni infantili quali che siano, è la capacità di sviluppare e portare avanti un completo piano di vita che viene accolto, riconosciuto e supportato dalla comunità sociale. L'accento è da lui messo sui problemi di autostima e la loro relazione con i bisogni infantili e adulti di riconoscimento. La plurivocità smette di essere costitutivamente ambivalente e assume come suo esito finale la coesione della personalità, resa possibile da un'armonica e completa integrazione delle rappresentazioni oggettuali. Abbiamo già in nuce tutti gli elementi del discorso psicoanalitico sul narcisismo degli anni sessanta che verrà commentato nel prossimo paragrafo.

Come non cogliere l'impressionante somiglianza di questo progetto individuale con quello collettivo tentato dall'unione fra Stato e grandi aziende della ricostruzione post-bellica, nella fattispecie quella americana? Le esperienze di adattività psicosociale di cui beneficiano il bambino e il giovane adulto grazie alla famiglia, alla scuola, al vicinato, senza cesure inconciliabili, lo scandirsi ed il susseguirsi della fasi maturative e dei loro obiettivi, mi sembra rechino chiare tracce di quello che abbiamo descritto come sistema fordista-keinesiano statunitense giunto alla sua internazionalizzazione egemonica. Troviamo piuttosto precisamente nel discorso di Erikson l'enfasi sulla sfera privata come possibilità di realizzazione di sé e la retorica familistica visibili nel suo elogio dell'eterosessualità genitale e della maturità come capacità di mediazione, equilibrio e filiazione. La compiuta transizione, legata al consolidarsi del sistema consumistico in progressiva

espansione e crescita, dalla necessità di essere avversati a quella di essere assistiti per formarsi, che porta a compimento la critica già freudiana, sulla pericolosità del Super-Io e della sua rigidità. Si ricordino gli assunti che avevano strettamente legato negli Stati Uniti alcune idee di matrice psicoanalitica al mondo pubblicitario già a partire dagli anni venti. E infine il risalto appunto dato al benessere individuale e privato come obiettivo esistenziale e politico, e come problema psichico e sociale primario, che diviene perciò protagonista dei discorsi sulla salute mentale, a fronte di cui si fa sempre più pressante l'esigenza di distinguersi dagli altri. Necessità tanto più urgente quanto più messa in pericolo dalla massificazione progressiva che si accompagnava all'affermarsi definitivo della produzione in serie e della pianificazione come mezzo di ricostruzione e riorganizzazione post-bellica. Come abbiamo visto, Erikson definisce i quadri borderline come casi di diffusione dell'identità, configurazione psichica che sarebbe normale durante la fase adolescenziale. Si tratta di una debolezza e di un'incapacità dell'Io di assumere e portare a termine i compiti esistenziali fase-specifici che sono nel caso del conflitto adolescenziale inerenti all'assunzione di una più definita identità sociale, nella coppia, nel lavoro, e più in generale nel raggiungimento di un più coerente e consequenziale strategia di autoaffermazione. Le difficoltà dell'Io nel difendersi e nel reggere le frustrazioni degli autori precedenti divengono qui difficoltà di coesione e strutturazione di un Io che è ormai quasi definitivamente un Sé. Per Erikson è in questo che fallisce il paziente borderline ed è a questo che sono dovuti i sintomi che manifesta: l'isolamento, il vuoto, la depressione, la disistima, la sfiducia. È il nucleo fondante di quelle che successivamente saranno definite come abbiamo visto patologie narcisistiche e la cornice entro cui verranno reinseriti i meccanismi dinamici più specifici e le diverse manifestazioni sindromiche. Nel successivo paragrafo si cercherà di precisare quanto questo deficit del Sé sia in relazione al raggiungimento dell'obiettivo di cui testimonia l'assenza, e quanto questo obiettivo sia storicamente determinato.

3- Dal conflitto al deficit: il Sé frammentato e lo scacco della dialettica simbolica negli anni sessanta e settanta in una prospettiva socio-culturale.

Nella precedente lettura critica si è cercato di collegare la riformulazione eriksoniana dei quadri borderline come problemi di diffusione di identità mettendola in rapporto ad alcune trasformazioni economiche e sociali di quella che cominciò a venire chiamata società di massa. Si è fatto brevissimo cenno alle prime letture di questo fenomeno prodotte negli anni cinquanta dalla Scuola di Francoforte. È forse doveroso fare menzione, come ponte verso ciò che ne è seguito, l'opera che David Riesman, sociologo americano, scrisse nel 1948 sugli stessi temi, ovvero i mutamenti della formazione sociale del carattere a seguito della sempre più estesa trasformazione consumistica: *La folla solitaria*. Con tale testo venne introdotta nel panorama americano un'idea molto feconda che

conobbe negli anni sessanta e settanta grandi sviluppi, quella che nello stesso anno della morte di Ford (1947) fosse nata negli Stati Uniti la personalità eterodiretta poiché al vecchio ideale dell'autonomia era succeduto un nuovo bisogno di rispecchiamento e di riconoscimento, suscitato da vari meccanismi connessi alla crescente democratizzazione del consumo. Nell'interpretazione di Riesman, abbastanza vicina, se pur per alcuni aspetti differente e forse meno critica di quelle prodotte nel corso degli anni cinquanta e sessanta dai francofortesi, ciò era dovuto in primo luogo al declino dell'importanza della famiglia e alla sostituzione di questa, come agente formativo, del gruppo dei pari e dei mezzi di comunicazione di massa. Il focus sul progressivo sgretolarsi della legittimità dell'autorità genitoriale e più in generale degli adulti, a seguito della velocità delle trasformazioni tecnologiche e valoriali e dunque la difficoltà di dare forma ad un'identità autonoma e strutturata, divenne, a partire da questi anni, tema di molti studi sociologici, antropologici e filosofici, alcuni dei quali si avvarranno proprio di dati clinici e di teorie psicologiche per descrivere nuove forme di condizioni e disagi sociali.

Secondo Zaretsky, in questi anni assunse sempre più importanza, anche in virtù delle nascenti rivendicazioni politiche, anti-coloniali, anti-razziste, femministe od omosessuali, l'idea di riconoscimento, sia nella sua accezione positiva, che in quella negativa, cioè come mancato riconoscimento: "Nel pensiero psicoanalitico, la crescente consapevolezza dei danni causati dal riconoscimento negativo indussero il passaggio dal paradigma dell'autonomia intrapsichica a quello dell'intersoggettività [...] in particolare Erik Erikson, in risposta alla presa di coscienza dei giovani della classe media, nel 1956 aveva introdotto i concetti di identità e di crisi di identità" (Zaretsky, 2004, p.355). Identità che, lo abbiamo sottolineato, si definivano e costituivano sempre più nella ricerca del rispecchiamento e del riconoscimento della comunità intesa come insieme di rapporti interpersonali con individui che si conoscono ed incontrano nella propria esperienza. La medesima tendenza era operante, secondo Zaretsky e Cushman, nella psicoanalisi britannica e nella crescente centralità che era andata assumendo la diade madre-lattante cui si è già fatto cenno.

Tutto questo trovò compiuta forma nelle teorie sul narcisismo che diedero luogo all'ultima radicale trasformazione storica del discorso psicoanalitico. A partire dagli anni sessanta, a parere di Zaretsky, la psicoanalisi si trovò per l'ultima volta al centro di un complesso mutamento che la vide all'apice della sua diffusione sociale e culturale da una parte, in quelle forme nuove che si crearono appunto grazie ed attorno all'idea di narcisismo e alle sue patologie, e dall'altra la vide declinare progressivamente ed irrimediabilmente, perdendo la sua specificità che senz'altro verteva sulla polimorfa nozione di conflitto psichico. Con lo spostamento definitivo dell'attenzione dall'Io al Sé la differenza tra psicoanalisi e altre forme di psicoterapia si fece sempre più sfumata: "Nel 1969, George S. Klein poté rilevare con soddisfazione che nel linguaggio psicoanalitico si era passati da

conflitto a dilemma, da difese ad adattamento e da pulsioni sessuali e aggressive a motivazione in genere, con l'effetto generale di conferire pari valore esplicativo alle intenzioni coscienti. La frase, spesso ricorrente: il raggio d'azione sempre più ampio della psicoanalisi, che negli anni cinquanta si riferiva all'espandersi della sua influenza, negli anni sessanta segnalò la scomparsa della psicoanalisi in un eclettismo psicoterapeutico. Perfino la parola stessa, psicoanalisi, cadde in disuso, sostituita progressivamente da eufemismi come psicologia dinamica, psichiatria dinamica, terapia psicodinamica" (Zaretsky, 2004, p.356). Le richieste di ammissione all'Associazione psicoanalitica americana a partire dagli anni sessanta cominciarono progressivamente a calare. Si alzò l'età media dei terapeuti e diminuì il numero dei pazienti. Nel 1966 per la prima volta fu cancellato un convegno per mancanza di iscritti e Leo Rangell, presidente dell'Associazione psicoanalitica americana, si lamentava dell'ostilità che essa riceveva nella comunità scientifica e intellettuale (Zaretsky, 2004, p.357). Il suo degrado divenne un tema frequente nei film degli anni sessanta e settanta così come quelli degli anni quaranta e cinquanta ne avevano invece rispecchiato e descritto l'apogeo (un esempio classico potrebbe essere considerato Manhattan di Woody Allen in cui uno psicoanalista chiama di notte i suoi pazienti piangendo). A fronte di questa crisi, mentre in Europa si diffondeva il lacanismo e cominciavano a fiorire i Cultural Studies, accanto alle pratiche ed a discorsi anti-psichiatrici e alla teoria critica della Scuola di Francoforte, in America stavano divenendo egemoniche le teorie sul narcisismo e i quadri borderline di Kernberg e Kohut che portarono appunto a radicali mutamenti dell'impianto psicoanalitico.¹¹¹

¹¹¹ Heinz Kohut addirittura diede come nota forma a quella che successivamente chiamò psicologia del Sé, una psicologia che riguardava non più l'Uomo Colpevole freudiano il cui prototipo era Edipo, bensì l'Uomo Tragico il cui prototipo era divenuto appunto Narciso (Kohut, 1978, 1985). Certo le mutazioni del linguaggio psicoanalitico furono motivate da un cambiamento dei quadri psicopatologici e contemporaneamente esso risentì e si trovò a rispecchiare mutamenti socio-culturali in corso, come si cercherà di dimostrare anche in questa lettura critica. Di fatto è importante ribadire credo il valore prescrittivo che necessariamente porta con sé qualsiasi lessico nel suo diffondersi. Naturalmente, come si cercherà di mostrare procedendo in questo lavoro, proprio i discorsi e le pratiche terapeutiche che divennero egemoni, per esempio le teorie kohutiane o di Kernberg sul narcisismo, risentirono e contribuirono allo stesso tempo a radicalizzare alcune trasformazioni in corso nella realtà sociale. Cushman ha cercato di dimostrare questo in modo abbastanza puntuale per quanto riguarda le teorie sul Sé di Kohut e Winnicott. A suo avviso infatti il pensiero di questi autori avrebbe massimamente contribuito a incrementare quel Sé vuoto che divenne realtà di massa nella cultura americana dopo la seconda guerra mondiale. Frutto di un'economia organizzata sulla base di necessità di infiniti consumi e su sistemi di credito facile, preposti a ciò, il Sé vuoto si presenta secondo questo autore come un risultato collettivo che si presta ad essere curato, o -afferma provocatoriamente- riempito, dalla pubblicità e da una psicoterapia supportiva quale quella kohutiana, due dei principali agenti della sua struttura perennemente vuota. Nel suo esame della teoria di Kohut, di quella di Kernberg e più in generale delle relazioni oggettuali, Cushman cerca di mostrare come, nel descrivere qualcosa senza una costante attenzione al contesto storico, queste teorie arrivano contemporaneamente a prescriverlo. A suo avviso i meccanismi di efficacia psicoterapeutica potrebbero essere descritti anche come basati sull'interiorizzazione dello stile di vita del terapeuta, interiorizzazione che potrebbe colmare nel singolo un vuoto culturale che in questo modo tuttavia rimarrebbe tale. Analogo potrebbe essere considerato secondo lui il meccanismo per cui un consumatore può acquistare un prodotto come simbolo di un determinato stile di vita che spera, comprandolo, di fare proprio ed assumere, mettendo a tacere una riflessione significativa su ciò che realmente si cerca e si vuole. Nello shopping infatti il consumatore può diventare grazie all'attivazione di un immaginario specifico simile al prototipo sognato, mettendo a tacere temporaneamente i suoi problemi e le sue insoddisfazioni. Naturalmente ho qui semplificato e sintetizzato un'analisi ben più complessa e puntuale che Cushman svolge attraverso una lunga indagine

Secondo Zaretsky, tutto questo può essere facilmente messo in relazione alla modificazione epocale della natura del capitalismo durante il corso di quegli anni, mutamento in cui quattro fattori rivestirono a suo giudizio una particolare importanza:

1- la frammentazione dei grandi megaliti dell'era fordista (per esempio dell'industria automobilistica o delle aziende che si occupavano della produzione di beni durevoli, quali acciaio, petrolio, elettricità);

2- il passaggio dalla produzione di beni materiali mirati alle masse all'erogazione di servizi personalizzati e individualizzati;

3- l'ingresso all'interno della forza lavoro sindacalizzata e regolare delle donne e delle minoranze razziali accompagnate e permesse dalle relative battaglie emancipative e culturali;

4- l'aumento del potere d'acquisto della masse studentesche ed il prendere forma, incoraggiato dalla pubblicità e più in generale dalle forze del mercato, di un'identità giovanile di tipo generazionale.

Secondo Zaretsky una forte dimensione utopica legata ad una sempre maggiore centralità del desiderio personale caratterizzò questa nuova cultura giovanile simbolizzata dai blue-jeans, dal rock, dall'uso ricreativo della droga e accompagnata dalle nuove tecnologie desocializzanti della televisione e dei videogiochi.

Tutto ciò portò, fra le altre cose, secondo lui, ad una crisi della tipica famiglia della classe media, luogo deputato della pratica analitica. Aumentò il numero dei divorzi, si diffuse soprattutto in ambito giovanile una maggiore libertà sessuale, aumentarono i cosiddetti single, e più in generale si diffusero principi dal carattere marcatamente antinomico, fra cui centrale l'imperativo di comprendere e seguire i propri desideri, il che naturalmente portò alla relativa trasformazione di teorie e pratiche educative verso una maggiore permissività ed attenzione all'unicità psichica del nuovo nato, basti come cifra simbolica per questo ultimo problema il nome del Dottor Spock.

Utilizzando la lettura maggiormente sistematica sulla trasformazione del sistema economico, e di conseguenza e contemporaneamente, sociale e culturale, del già citato libro di Harvey *La crisi della modernità* (1990), si tratterebbe del passaggio, nel corso degli anni settanta, dal fordismo a quello che lui, adottando il paradigma della scuola della regolazione, chiama regime di accumulazione flessibile. Regime in cui cambiò la struttura del mercato del lavoro, quella dell'organizzazione industriale ed il tipo di produzione e consumo, trasformando le economie capitalistiche da economie di scala a economie di scopo. Riprendo solo alcune caratteristiche della sua più puntuale ed ampia ricostruzione, in virtù di ciò che mi appare più significativamente in relazione con alcuni cambiamenti del quadro borderline e con il sopravvenuto impero della nozione di narcisismo.

storica sulle matrici del Sé occidentale ed i suoi mutamenti epocali, densa di riferimenti e corredata da ottime ragioni per dedicarcivisi (Cushman, 1993).

Per quanto riguarda il processo produttivo esso passa dalla produzione in serie di beni omogenei e standardizzata a quella flessibile per piccoli lotti di numerosi tipi di prodotto (vale a dire di conseguenza dal consumo di massa di beni durevoli al consumo individualizzato e rapido di prodotti alla moda), comincia a basarsi sulla domanda prima che sulle risorse, elimina gli scarti invece di riutilizzarli come scorte. Per quanto riguarda la forza lavoro passa da una retribuzione per categoria basata sul tipo di incarico a una personale basata su un più complesso sistema di gratifiche e aumenta la formazione sul posto di lavoro. Per quanto riguarda il ruolo dello Stato, si passa da una rigida regolamentazione ad una ri-regolamentazione di tipo più flessibile, la cosiddetta *de-regulation*, dall'intervento di tipo collettivo di contrattazione alla divisione e individualizzazione dei negoziati per azienda o territorio, dal welfare state alla privatizzazione della sicurezza sociale e dei bisogni collettivi, dalla ricerca di una stabilità internazionale attraverso accordi multilaterali ad una maggiore destabilizzazione internazionale con relative tensioni geopolitiche, dalla centralizzazione al decentramento (Harvey, 1990, pp.224-225)¹¹².

Tale insieme congiunto di fattori, cui bisogna inoltre aggiungere tutta quella serie di fenomeni che potremmo condensare, attraverso una dicitura mutuata da Debord, nel processo di progressiva spettacolarizzazione della società (Debord, 1967, 1988-1971)¹¹³, favorì il consolidarsi di una mutata

¹¹² Questa nuova struttura politico-economico viene collegata da Harvey alla configurazione culturale che chiama post-modernismo in particolare grazie ad un'analisi dei cambiamenti delle esperienze spaziali e temporali che mi sembra particolarmente interessante proprio per il particolare modo di guardare ad un fenomeno così estesamente e da molti analizzato attraverso la dimensione dello spazio-tempo, dimensione che può essere in modo così diretto legata a dei processi socio-economici da una parte, e alla vita quotidiana dall'altra (Harvey, 1990, pp.247 e sg.).

¹¹³ Utilizzo, per dare brevemente conto della descrizione di Guy Debord sul fenomeno della progressiva spettacolarizzazione della società, il compendio fornitene da Mario Pezzella (2002). In tale descrizione schematica troviamo come principali caratteristiche della società dello spettacolo:

1) Una perfetta apparenza che maschera una totale assenza altrimenti insopportabile (messa in scena attraverso la fantasmagoria delle merci, la pubblicità, la televisione, il cinema, le immagini dei divi). Il totale vuoto si traveste da leggerezza e da assenza di limiti. Tale surrogato apparente si configura come l'esatto opposto della realtà, e tanto più il corrispettivo reale è deperito, tanto più l'immagine è smagliante. "Questa inversione sistematicamente praticata costituisce la legge generale dello spettacolo, in tutte le sue forme" (p.31).

2) L'utilizzo di una dimensione mitica della psiche individuale e collettiva: individuale perché richiama un mondo pulsionale arcaico, senza delimitazione, provocando una regressione a stadi primitivi dello sviluppo, collettivo perché assorbe e trasforma i miti collettivi; per esempio la dimensione della festa ed il suo carattere comunitario è stata sostituita dai riti collettivi del consumo e della moda. L'immaginario e il mito perdono così il loro potere generativo e "La comunità è sostituita dalla massa" (p.19).

3) L'abolizione della dimensione narrativa, quindi assenza di senso e assenza di progettualità.

4) L'abolizione del senso della storia e della temporalità. La storia diviene uno spettacolo visivo, un succedersi di eventi ripetitivi e sempre uguali da rappresentare.

5) L'abolizione dei vincoli sociali e delle appartenenze e distruzione dello spazio simbolico con la conseguente diffusione di identità fragili che conducono ad identificazioni adesive ed irriflesse tipo "immedesimazione ipnotica col capo" (p.19) descritte da Freud. Un esempio di questo sarebbe l'emulazione di personaggi del mondo dello spettacolo. "L'identificazione totalitaria col capo si decentra in quella col presentatore"(p.29). "Quanto più la diffusione della forma di merce dissolve le radici stesse dell'esistenza individuale, tanto più viene ad essa offerta la consolazione dell'abbandono di sé e della fusione" (p.29).

6) Lo svuotamento dei rapporti formali e giuridici e conseguente creazione di rapporti di dipendenza personali non ufficiali.

7) Il controllo del tempo libero: "della socializzazione extralavorativa fa un ambito sregolato e ferino, predisposto all'esercizio del dominio personale" (p.30).

forma sociale di individualismo, che darà luogo a quella che alcuni autori hanno considerato una vera e propria mutazione antropologica (Pulcini, 2001, pp.127-175). La quale viene descritta criticamente da molti proprio attraverso il nuovo concetto psicoanalitico di narcisismo o quello, piuttosto simile per non dire sovrapponibile in questo periodo, di struttura borderline (nella dicitura francese *stato limite*).

Di queste letture ne presenterò brevemente due poiché mi permettono di commentare i testi e le idee di Kernberg illustrati in precedenza. La prima è quella già citata di Alain Ehrenberg che descrive questo mutamento di figurazione del soggetto nella seconda parte del suo libro sulla storia della depressione (1998) proprio attraverso la nascita e la crescente diffusione nel discorso psicoanalitico della categoria patologica di struttura borderline. La seconda invece è stata da me studiata in modo approfondito in occasione della tesi di laurea: si tratta della classica lettura socio-psicologica sulla formazione del carattere narcisistico come sopravvenuta normopatia sociale di Christopher Lasch (1979, 1984)¹¹⁴.

Secondo Ehrenberg, durante il corso degli anni sessanta “le tradizionali norme di inquadramento dei comportamenti individuali non vengono più accettate, e il diritto di scegliersi la propria vita comincia, se non a diventare la norma individuo/società, quantomeno a entrare nei costumi. I rapporti tra pubblico e privato si modificano profondamente, il primo appare sempre più come prolungamento del secondo: alla disciplina e all’obbedienza si sostituiscono l’indipendenza dalle convenzioni sociali e l’autogestione; al senso di finitezza e di destino ineluttabile l’idea che tutto è possibile; al vecchio senso di colpa borghese e alla lotta per liberarsene (Edipo), il timore di non essere all’altezza, col senso di vuoto e di impotenza che ne risulta (Narciso). La figura del soggetto ne esce del tutto modificata: si tratta, ormai, di essere simili a se stessi. Muovendo dal tutto è possibile, le malattie dell’insufficienza penetrano nel tessuto della persona e vi aprono gravi fenditure: all’insegna, questa volta, del tutto non è permesso” (1998, p.144). La contropartita della pretesa liberazione psichica sarebbe secondo Ehrenberg l’insicurezza identitaria. Nel momento in cui l’autorealizzazione personale diviene un imperativo sociale dominante, a partire dal presupposto ormai democratizzato e reso valido per la maggioranza, di poter (e dover) fare tutto ciò che si desidera (Ehrenberg, 1998, pp.148 e sg.), la costruzione dell’identità diviene processo tanto importante quanto difficile. Secondo il sociologo francese, l’emancipazione divenne durante gli anni sessanta e settanta un fenomeno di massa e portò con sé una nuova socializzata attenzione per

¹¹⁴ Naturalmente si potevano scegliere numerosi altri punti di vista e costruzioni teoriche attraverso cui guardare al medesimo problema. Credo tuttavia che queste due siano sufficienti a chiarificare le principali questioni teoriche correlate a questo ulteriore slittamento del linguaggio clinico e della psicopatologia, descrivendolo piuttosto precisamente e correlandone puntualmente i vari aspetti a parallele trasformazioni sociali in corso, confrontandosi anche, nel fare ciò, con tentativi analoghi di altri autori significativi. Per una trattazione più ricca e completa rimando alla mia tesi di laurea (Bella, 2005)

la vita privata, nonché l'emergenza dell'importanza della formazione individualizzata di sé in tutte le classi sociali. La realtà psichica e i linguaggi della psicologia e della psicoanalisi si diffusero capillarmente attraverso i media che per la prima volta utilizzarono uno spazio pubblico per dare forma e senso alle difficoltà del privato, il che costituì un forte contributo a quella che Ehrenberg chiama la socializzazione della psiche.

Nella sua lettura proprio i media giocano, nella costruzione di questa nuova coscienza di sé, di questo nuovo stile di vita interiore nel quale tutto è rapporto tra sé e sé e tra sé e gli altri, un ruolo rilevante. Essi infatti cominciarono in questo periodo ad adottare il lessico specializzato della psicologia e della psicoanalisi, andando profondamente a modificare a livello collettivo la percezione della sfera intima, sotto l'egida omnicomprensiva della crescita personale. Potenti veicoli di legittimazione sociale e rassicurazione collettiva, i media fornivano alle masse, dando sempre maggiore spazio ai problemi privati dei singoli, una nuova grammatica condivisa del Sé, il cui obbiettivo era divenuto quello di sapersi adeguare ai propri desideri, comprenderli innanzitutto, poi cercare di realizzarli. Questa la cifra comune, i medesimi problemi privati per tutti. Il mercato dell'equilibrio interiore, nelle sue sempre più diversificate e numerose forme, comincia a proliferare¹¹⁵.

Il nuovo uomo psicologico deve e vuole liberarsi dalla filosofia della rinuncia: l'imperativo è quello di disfarsi dai vincoli sociali per riattingere alla propria individualità, autentica, svincolata da norme sociali, familiari, tradizionali. L'interdetto viene assimilato alla repressione. Liberazione, espansione, espressione di sé divengono compiti personali che la società impone ad una maggioranza crescente. Scrive Zaretsky: "Se la fine del diciannovesimo secolo aveva visto il passaggio dall'autodisciplina all'allentamento delle inibizioni, la fine del ventesimo secolo, che ebbe inizio negli anni settanta, assistette al passaggio dall'introspezione, all'espressività, dall'inconscio al surreale, dal pensiero all'azione" (2004, p.353). La nuova regola non regola era disinibirsi, moltiplicare le proprie possibilità.

Con un curioso quanto lampante risultato strettamente connesso ai problemi delle nuove strutture borderline. Il tentativo di vivere di e per se stessi conduceva infine ad una ricerca costante e spasmodica dell'approvazione altrui. Ne abbiamo già osservato i prodromi durante il corso degli anni cinquanta. Già Riesman parlava di Io eterodiretto decentrato e ansioso di conferme e riconoscimenti, continuamente sospinto da desideri mai paghi. Negli anni a seguire: "Mutamenti

¹¹⁵ Qui Ehrenberg fa riferimento alle letture di Rieff (1966) sullo stato terapeutico e lo scacco culturale del Super-Io, a quelle di Sennet sull'individuo intimista ed il trionfo del privato (1974) e a quelle di Castel sulle trasformazioni della psichiatria e della salute mentale (1977, 1981, Castel, F., Castel, Lovell, 1979) nonché a quelle di Lasch (1979, 1984) - autore che a sua volta per altro si basa e si confronta su questi temi con i medesimi autori- e che verranno successivamente esposte più dettagliatamente. L'argomento verrà approfonditamente ripreso da Nikolas Rose (1990, 1996, 2001, 2004, Rabinow, Rose, 2006) nel contesto attuale, come si cercherà di mostrare nel successivo capitolo.

sociali paralleli nella sfera professionale e nella sfera privata tendono ad amplificare questo processo di psicologizzazione della realtà nel quale l'ipertrofia dell'Io emerge sempre più chiaramente come polarità ansiosamente autoaffermativa di un vuoto d'essere e di un indebolimento dell'identità" (Pulcini, 2001, p.159). L'indebolimento dell'identità e del legame sociale si trasforma, a dispetto dei suoi detrattori consapevoli e inconsapevoli, in un indebolimento dell'identità tout court. La capacità etica di autolimitazione entra in crisi a fronte del licitazionismo progressivamente egemone nelle società dei consumi rapidi e individualizzati, prodotte dalla nuova configurazione tardo-capitalistica cui per altro si deve inserire la progressiva crescita degli apparati e dei saperi tecnologici. Il lato d'ombra del desiderio illimitato, generato dal consumismo e dalla preminenza del registro dell'apparenza alimentato dalla spettacolarizzazione in corso ed in costante crescita della società intera, diventa la più inerme impotenza. Incapacità di agire e di reggere alle frustrazioni, totale assenza di autocontrollo. "Le tecniche di miglioramento di sé disinibiscono l'individuo senza però metterlo nelle condizioni di ristrutturarsi [...] ne emerge un nuovo tipo di disperazione che le precedenti generazioni non conoscevano" (Ehrenberg, 1998, pp.168-169). Si tratta appunto delle patologie borderline, in quell'accezione che ha fornito per la prima volta in modo compiuto Kernberg.

Nella descrizione del problema proposta da Kernberg troviamo innanzitutto impiegati linguaggi e segnalati mutamenti concettuali che recano traccia delle trasformazioni che sta subendo la teoria psicoanalitica, riflessi a loro volta delle più ampie trasformazioni socio-economiche di cui si è fatto cenno. La crisi dell'autorità e la crescente importanza del riconoscimento fra pari ed uguali (trascinante seco i problemi della spirale del desiderio mimetico), la spasmodica ricerca di conferme e lo scacco culturale del Super-Io, nonché la psicologizzazione della vita pubblica e la pubblicizzazione della vita privata, la difficoltà di un rapporto tra un registro immaginario ipertrofico dominato dall'apparenza e le circostanze vincolanti di un reale di cui occorre sistematicamente tentare di eludere le costrizioni ed i limiti istituzionali, portarono nel complesso a quella ridefinizione della realtà come insieme di rapporti personali apparentemente liberi e svincolati da ogni realtà e norma sociale che renderà le scienze psichiche ed i loro linguaggi mediatori privilegiati della costruzione della soggettività da una parte, e dall'altra andrà a ridefinirle con quel vocabolario teorico in cui il deficit ha sostituito il conflitto ed in cui l'intersoggettività diviene la protagonista dentro e fuori dal setting, setting mutato in quella che ormai si avvia a divenire appunto una psichiatria dinamica.

Abbiamo visto, nel testo inaugurale di Kernberg sulle strutture borderline, le pulsioni diventare affetti (cioè qualità di esperienze, od emozioni intrinsecamente e necessariamente in relazione agli altri) e gli introietti, vale a dire le rappresentazioni infantili di sé e degli altri, trasformarsi in quelle

sottostrutture dell'Io che poi daranno luogo al Sé (che proprio come insieme delle rappresentazioni di sé e degli altri viene ad essere definito arrivando a diventare il nucleo fondante dell'identità, una volta investito libidicamente secondo la nuova definizione di narcisismo). Sé che ora può frammentarsi stabilmente, vale a dire dare luogo ad una nuova struttura psichica stabilmente instabile, metafora della perenne insicurezza identitaria che abbiamo definito compagna delle pretese di assoluta liberazione psichica. “Se la nevrosi è una patologia dell'identificazione, il caso-limite, o borderline, il caso del soggetto che non ha potuto sviluppare le sue normali relazioni oggettuali, è una patologia dell'identità. In altre parole, il soggetto incontra enormi difficoltà a identificarsi. È, potremmo dire, l'impotente sovrano di se stesso – donde, probabilmente il suo delirio di inferiorità” (Ehrenberg, 1998, pp.17).

Il passaggio del termine borderline da aggettivo a sostantivo, ovvero l'introduzione di un nuovo tipo di struttura psichica patologica è il fondamentale portato di Kernberg, segno tangibile di questa svolta epocale. Svolta epocale su cui le caratteristiche stesse di essa possono dare significative informazioni. Ricordiamo i punti chiave della descrizione di Kernberg.

La debolezza dell'Io che può assumere la duplice forma di eccessiva rigidità o eccessiva frammentazione e che a sua volta determina un'impressionante incapacità di tollerare la frustrazione ed una mancanza di controllo degli impulsi, non ci descrive forse quella difficoltà di costruire un'individualità che si vuole sovrana e autoreferenziale in un mondo in cui i limiti e le difficoltà sono apparentemente spariti o sembrano solamente esterni? Come ho già sottolineato credo sia importante ribadire che in questa lettura di Kernberg l'impulsività è un sintomo che si iscrive ed è frutto del disordine identitario, non è ancora il contrario, ovvero non è ancora l'impulsività a dare luogo alla struttura patologica, come avviene invece nell'attuale discorso psichiatrico. L'impulsività borderline ha qui dunque ancora a che fare con la costruzione soggettiva, costruzione che implica l'integrazione di una mancanza, l'elaborazione di una frustrazione, la messa insieme coerente di una serie eterogenea di elementi interni ed esterni; l'ostacolo principale sarebbe quindi quello di darsi forma e limite, costituendosi come esseri differenziati in un'interdipendenza sempre più vorticoso e complessa e dunque di difficile assimilazione e decodifica. La scissione e lo slittamento al processo primario come difesa dai contenuti scissi, sono il frutto di un mancato riconoscimento, dovuto a fattori interni ed esterni, che impedisce la creazione del Sé e la necessaria autostima. Le strutture borderline così definite sono quadri sintomatici non più legati all'isteria e alla dialettica della proibizione del desiderio e del conflitto e neanche espressi attraverso il valore metaforico del sintomo¹¹⁶, neppure inscrivibili nella basilare distinzione freudiana tra nevrosi e psicosi. Si situano ad un livello “che investe radicalmente la costituzione narcisistica del soggetto” (Recalcati, 2002,

¹¹⁶ Il valore metaforico del sintomo si avrebbe quando esso si presenta come significante di un significato rimosso che prende la parola, la cui cifra enigmatica è da decifrare (si confronti Recalcati, 2002, 2003).

p.10), sono patologie del carattere appunto. Il vuoto domina la struttura psichica, compromessa nelle sue fondamenta da un'incapacità di desiderio e di legame, determinando identificazioni adesive con gli oggetti (spesso si tratta di oggetti simbolicamente morti), oppure apatia, indifferenza, passività (intesa come incapacità di prendere iniziative consapevoli e foriere di cambiamento psichico e non come assenza di attività pratiche, laddove spesso, proprio il fare compulsivo caratterizzava simili pazienti), analfabetismo emozionale e inconsapevolezza, mancanza di significato e di senso del tempo e della storia. Un'estrema fragilità psichica determina atteggiamenti compulsivi o aggressivi o passaggi all'atto. Quei passaggi all'atto che abbiamo visto comparire alla fine degli anni trenta nei testi psicoanalitici intorno a quelli che erano già definiti casi borderline, in un'accezione che designava innanzitutto allora un'impossibilità di classificazione entro le categorie psicopatologiche in uso. Tutti i problemi relazionali delle nuove strutture borderline, l'instabilità affettiva, l'impulsività, l'inaffidabilità sono dovuti al vuoto interiore e all'assenza di autostima, determinati dalla scissione del Sé. Così anche i sintomi quali dipendenze, pulsioni o atti suicidi sono collegabili all'improvviso slittamento al processo primario che è il frutto della frammentazione del Sé, del conseguente vuoto che dà luogo non a sintomi metaforici né a deliri bensì appunto a comportamenti agiti e incontrollati. Sono processi di desimbolizzazione, non si riescono a mediare e mettere insieme le rappresentazioni di sé e degli altri e a dare loro un senso complessivo e coerente. Disturbi della personalità, persone destrutturate dallo smantellamento e dalla parcellizzazione sempre più rapidi della realtà sociale e culturale, potremmo dire con Ehrenberg.

Disturbi che a questo punto, in cui il narcisismo è divenuto una fondamentale dimensione autonoma della psiche, sana e normale così come potenzialmente danneggiata e dannosa, possiamo definire narcisistici nella loro natura costitutiva. È il narcisismo sano che permette, secondo Kernberg, relazioni oggettuali stabili ed un sistema di valori cui riferirsi, laddove la regressione al narcisismo infantile condurrebbe ad un'ideale regolati da valori e problemi infantili o a scelte oggettuali narcisistiche e proiettive. Nei casi più gravi può svilupparsi come abbiamo già scritto, secondo Kernberg un disturbo narcisistico di personalità che appunto produce un carattere narcisistico, trattasi di una struttura psichica borderline mantenuta, protetta e mascherata più o meno bene da quello che lui chiama Sé grandioso.

Proprio le caratteristiche di questo Sé grandioso credo possano essere considerate un filo conduttore del celebre libro di Christopher Lasch *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive* (1979), fungendo da lente di ingrandimento di quella che il sociologo americano riteneva essere una nuova normopatia sociale causata dai cambiamenti del sistema

economico, politico e culturale degli anni sessanta e settanta¹¹⁷. Secondo questo autore infatti: “Ogni epoca sviluppa forme proprie e peculiari di patologia, che manifestano in forma esagerata la sua struttura sociale profonda” (Lasch, 1979, p.55) e proprio le patologie narcisistiche possono contribuire a suo avviso a descrivere efficacemente il narcisismo come un complesso insieme di fenomeni sociali e culturali correlabili al particolare tipo di sviluppo capitalistico che regola il nostro mondo e a cui per altro abbiamo in questa lettura critica già fatto cenno.

A partire da questo presupposto Lasch appunto ritiene possa essere utile una rivalutazione della valenza sociologica della psicoanalisi per descrivere le caratteristiche sociali della civiltà narcisistica che lo circondava, infatti “Con un’analisi approfondita di casi individuali condotta sulla base di accertamenti clinici piuttosto che sulle impressioni che detta il senso comune, la psicoanalisi rivela i meccanismi profondi della società, proprio nell’atto di voltarle le spalle per immergersi nell’inconscio individuale [...]. Gli studi sui disturbi della personalità che si collocano nella zona di confine tra nevrosi e psicosi, benché siano indirizzati agli addetti ai lavori e non abbiano alcuna pretesa di far luce su questioni sociali o culturali, descrivono un tipo di personalità che dovrebbe essere immediatamente riconoscibile, in una forma più attenuata, per gli osservatori del panorama culturale contemporaneo¹¹⁸” (Lasch, 1979, p.51). Il narcisista, preda di una latente insoddisfazione cronica, abile manipolatore in grado di “spremere gli altri come limoni”, avido dell’ammirazione di altri che però disprezza, assetato di nuove esperienze per cercare di riempire il vuoto interno che lo domina e l’ossessionante paura della vecchiaia e della morte¹¹⁹, è null’altro a parere di Lasch che un chiaro prodotto dei mutamenti sociali avvenuti nel corso degli anni sessanta e settanta.

¹¹⁷ Tra i principali scritti di Christopher Lasch (1933-1994) filosofo della storia delle idee, troviamo, oltre al già citato *La cultura del narcisismo*, tradotti ormai anche in italiano: *Rifugio in un mondo senza cuore* (1982) *L’Io minimo* (1984) *Il paradiso in terra* (1992) e *La rivolta delle élites* (1995).

¹¹⁸ Nel paragrafo intitolato “Psicologia e sociologia” Lasch precisa che è a suo parere compito della psicoanalisi occuparsi dell’individuo e non del gruppo sociale, ma che, proprio questo concentrarsi sulla psicologia del singolo, può mettere in luce importanti caratteristiche della struttura psichica collettiva e dunque essere utile al sociologo nel suo tentativo di comprendere i meccanismi sociali. La psicoanalisi potrebbe dunque fornire fondamentali contributi per chiarire il nesso individuo-gruppo sociale.

¹¹⁹ Il problema della paura della vecchiaia e della morte viene nello specifico analizzato da Lasch nelle sue tre componenti: psicologica, biologica e sociale. Dal punto di vista psicologico la posizione di Lasch è conforme a quella di Kernberg, il quale rileva come l’incapacità di venire a patti con la vecchiaia, di accettare che una nuova generazione possieda fonti di appagamento un tempo possedute come la bellezza, o essere in grado di godere della felicità e della realizzazione degli altri è del tutto al di là delle possibilità della personalità narcisista imprigionato dai cancelli dell’autoreferenzialità del suo Sé grandioso; inoltre la mancanza di interesse per il futuro comprometterebbe fatalmente in queste persone il desiderio di avere figli. Per quanto riguarda il punto di vista biologico, era già allora in corso a suo avviso una tendenza medico-sanitaria che confidava nello sviluppo della medicina per risolvere, a lungo termine, ogni problema correlato all’invecchiamento (si può vedere a questo proposito in Bauman, 2000, il capitolo intitolato “medicina, informatica e vita eterna” dove la questione della negazione del limite e della morte da parte della scienza medica odierna è ampiamente argomentata in un contesto anche più recente). Dal punto di vista sociologico, secondo Lasch, era in atto una manipolazione delle persone anziane volta, da un lato a favorire l’accettazione di una ‘seconda età’ che veniva prospettata come una nuova possibilità creativa, dall’altro a far accettare un’esclusione sempre più prematura dal mondo sociale e produttivo. Del resto l’emarginazione degli anziani ed il rifiuto della vecchiaia ha, secondo Lasch, radici sociali molto profonde, nascendo dalla e continuando a incrementare “la lacerazione del senso della continuità storica” (Lasch, 1979, p.232).

L'ancoraggio alla clinica psicoanalitica permette innanzitutto a Lasch di scorgere nel narcisismo, al di là delle manifestazioni arroganti o di megalomania e dell'apparente autoaffermazione prometeica, le radici del patologico ed apparentemente eccessivo amore di sé, in un problema di dipendenza estrema dall'altro per la regolazione della propria autostima, un'incapacità di fidarsi e di rapportarsi a chiunque tale da provocare un profondo senso di vuoto interiore e solitudine, una mancanza di significato da attribuire alla propria stessa esistenza, assai evidente nell'estrema mancanza di senso lineare del tempo e nella superficializzazione della vita affettiva ed emotiva. Questo permette al sociologo americano, paradossalmente, di intendere l'individualismo del narcisista come sintomo della crisi dell'individuo e non come suo incondizionato trionfo. In tale senso secondo lui, a differenza di quanto sostenuto da Sennet¹²⁰, il culto del privato non avrebbe origine dall'affermazione della personalità ma dal suo collasso, dato questo che si accorderebbe con le descrizioni fornite dalla letteratura novecentesca sulla crisi e la morte del soggetto, divenuto costitutivamente disgregato e più che mai sofferente¹²¹. Dunque la società dell'accumulazione flessibile, lungi dal tutelare l'individuo rendendolo libero e padrone di sé, lo renderebbe invece debole e dipendente, laddove il culto dell'egotismo e dell'importanza delle libere scelte personali e dell'autocostruzione indipendente di sé così diffuse nel nostro mondo sembrerebbero proprio fare il contrario¹²².

Nella stessa ottica, "egli critica in una certa misura sia le critiche libertarie, dirette contro la morale sessuale repressiva, l'etica del lavoro, la famiglia autoritaria, sia le analisi di coloro che, con intenti opposti, denunciano la fuga nel privato dell'uomo moderno, in quanto si rivolgono secondo lui contro istituzioni dell'ordine borghese che sono state gravemente indebolite, se non abbattute, nel

¹²⁰ Un confronto col pensiero di Richard Sennet (studioso delle correlazioni tra psicologia e politica, celebre soprattutto per aver scritto *Il declino dell'uomo pubblico* che si occupa di temi analoghi a quelli trattati da Lasch) si trova proprio all'interno del primo capitolo di *La cultura del narcisismo* (Lasch, 1974). Secondo Sennet un fissarsi ossessivo sull'interesse del singolo avrebbe determinato un indebolimento dello spazio pubblico e sociale e una pressoché inesistente partecipazione politica alla vita collettiva. La trasformazione di tutte le categorie politiche in categorie psicologiche avrebbe portato a quella da lui definita "società intimista", assai simile, per non dire sovrapponibile, a quella narcisistica descritta da Lasch. Ma, se per Sennet è appunto l'ideologia del privato e l'affermazione della singola identità come prioritaria rispetto a qualsiasi spazio comune la causa principale del malessere contemporaneo, per Lasch, abbiamo visto, è piuttosto proprio il tracollo dell'identità a peggiorare la situazione.

¹²¹ In un testo successivo, ovvero *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti* (1984), Lasch dedica un intero capitolo alla letteratura e all'arte minimalista che perfettamente incarna secondo lui le problematiche legate ad un Io indebolito ed a malapena vivo, in un'epoca i cui mutamenti lo sorpassano in continuazione, rendendolo impotente.

¹²² La medesima idea viene espressa da Tocqueville in *La democrazia in America* (1835-1840). Per un'ampia trattazione del passaggio dall'homo oeconomicus, prometeico della prima modernità a quello psicologicus o aequalis o democratico ovvero postmoderno, o ancora dall'individualismo utilitaristico o razionale a quello edonistico o narcisistico o espressivo, si veda tra gli altri il già citato *L'individuo senza passioni* (Pulcini, 2001), dove il tema si trova ampiamente argomentato attraverso il pensiero sociologico e filosofico di Tocqueville, Arendt, Sennet, Lasch, Bellah, Riesman, Taylor, Lipovetski tra gli altri.

capitalismo avanzato” (Casalini, 1997, p.138)¹²³. Più precisamente, nei suoi studi sulla personalità narcisistica Lasch non considera la famiglia borghese come responsabile della personalità autoritaria (al contrario dei francofortesi¹²⁴) né come fonte di repressione, bensì quale ulteriore vittima del dissolversi di ogni legame sociale. Essa ha subito, infatti, secondo Lasch, una progressiva espropriazione delle sue funzioni produttive ma anche riproduttive¹²⁵. A suo giudizio, il sistema burocratico-capitalista ha invaso l’intimità familiare (Casalini, 1997, p.139), delegittimando la figura dei genitori e diffondendo la convinzione della loro incapacità di occuparsi dei figli, incoraggiandoli in questo modo a delegare l’educazione ad altre istituzioni (mediche, scolastiche, assistenziali) ed a dipendere da consigli di esperti e specialisti¹²⁶. Ciò ha creato figure genitoriali permissive ma deboli e insicure, tali da diventare, più che delle guide, degli imitatori poco riusciti dei loro figli e ha compromesso i meccanismi di introiezione dell’autorità che dai processi di identificazione psicologica coi genitori provenivano.

Tutto questo, secondo Lasch, avrebbe l’effetto di rendere sempre più arduo, per i bambini, distinguere le proprie fantasie dalla realtà, ed avrebbe prodotto un “Super-Io rigido e punitivo basato in larga misura su raffigurazioni arcaiche dei genitori amalgamate con grandiose rappresentazioni del Sé” (Lasch, 1979, p.200). Le fantasie primitive legate alle autorità parentali, viste come mostri aggressivi e distruttivi, si rifletterebero sulla realtà conducendo i giovani a fuggire da ogni situazione di competizione, tensione o conflitto. Le pulsioni aggressive verrebbero rigorosamente represses e il Super-Io, liberato dalla tirannia di autorità forti, trasformerebbe l’individuo in un essere incapace di emanciparsi e di utilizzare quelle risorse psicologiche che gli consentirebbero di affrontare paure e tensioni provenienti dal mondo esterno e da quello interno: “L’immaginazione, liberata dalle condizioni esterne, è stata esposta più direttamente alla tirannia e alle coazioni delle angosce interne” (Lasch, 1984, p.116)¹²⁷. Questa la sua descrizione delle matrici sociali del Sé grandioso di Kernberg, amalgama patologico eretto a scopo difensivo per proteggere

¹²³ Uno dei punti di riferimento di Lasch invece è proprio il già citato David Riesman e le tesi da lui svolte in *La folla solitaria* (1948) attraverso la sua analisi del carattere sociale americano nella società di massa cui si è fatto precedentemente cenno.

¹²⁴ Le critiche alla Scuola di Francoforte sono tema ricorrente e vengono esplicitamente argomentate da Lasch anche ne *L’io minimo* (in particolare in riferimento a Marcuse e Brown). Diverge il pensiero di Lasch da quello di questi autori anche riguardo appunto il problema dell’istituzione familiare (si veda per una trattazione specifica del problema, se pur non esaustiva, “Famiglia” in Horkheimer, Adorno, 1956, pp.147-166; Marcuse, 1969).

¹²⁵ Tra questi due processi esisterebbe un rapporto di causa-effetto: la socializzazione della produzione (ovvero la separazione dei lavoratori dai mezzi di produzione e la degradazione dell’attività lavorativa che ne è conseguita) ha costituito la necessaria premessa alla socializzazione della riproduzione: il trasferimento alla società di gran parte delle responsabilità educative tradizionalmente affidate ai genitori.

¹²⁶ Lasch rileva sarcasticamente come in un primo tempo il cosiddetto consiglio dell’esperto abbia sollecitato un tipo di educazione permissiva per poi orientarsi su posizioni che rivalutavano la severità dell’educatore per approdare infine ad una sorta di culto dell’autenticità che vorrebbe avere un effetto liberatorio per i figli ma anche per i genitori (di cui l’esponente più celebre è senz’altro il Dottor Spock). In realtà Lasch non smette di ripetere il carattere passivizzante e deleterio del ricorso agli esperti, che non farebbe altro che indebolire il rapporto ed il dialogo, eliminando la ricerca cooperante di una soluzione dei problemi, patologizzandoli.

¹²⁷ Il discorso verrà ripreso ampiamente più avanti quando si parlerà più dettagliatamente di questo testo.

un Io scisso, frammentato, debole, divenuto incapace di simbolizzare, ovvero di dare senso all'esperienza entrando in una relazione significativa con gli altri e il mondo.

Questo punto di vista sull'invasione della famiglia da parte delle istituzioni è tuttavia solo una parte della più vasta analisi che egli svolge sull'intromissione del sociale nel mondo privato operata da quello che lui chiama "Stato terapeutico", il quale avrebbe contribuito ad allentare i legami tra le persone ed il senso di responsabilità reciproca fra individui¹²⁸, considerando questi ultimi malati e bisognosi delle cure degli esperti, privandoli così della loro autonomia e capacità deliberativa. In generale, la riduzione del lavoratore in salariato, privo di conoscenza e di controllo sul processo produttivo, ha rappresentato secondo Lasch il primo passo verso la sua trasformazione in consumatore di beni e di assistenza specialistica in ogni ambito della vita¹²⁹.

Lasch esamina per esempio da questa prospettiva il sistema scolastico, quello ludico-sportivo e quello lavorativo: nel primo il decadimento sarebbe legato al fatto che "la società industriale avanzata [...] ha bisogno di una popolazione inebetita, rassegnata a un lavoro ripetitivo eseguito in maniera scadente" (Lasch, 1979, p.144)¹³⁰, ignara dei suoi diritti e facile al reclutamento. Egli fa notare come, nell'era dell'informazione, la gente sia sempre più disinformata, all'oscuro dei propri diritti e dei meccanismi di funzionamento delle istituzioni, e come i risultati della lunga esposizione giovanile al mondo della scuola, invece di produrre persone colte e preparate, produca piuttosto "diplomati a mala pena in grado di leggere e scrivere e laureati che non riescono a riconoscere una citazione di Shakespeare, dei classici, della Bibbia o un'allusione alla storia del loro paese" (Pazè, 1997, p.153). La democratizzazione dell'istruzione non avrebbe dunque migliorato la qualità della cultura popolare né le cognizioni della gente comune, piuttosto avrebbe a suo giudizio contribuito "al declino del pensiero critico e al decadimento degli standard intellettuali" (Lasch, 1979, p.142)¹³¹. La mercificazione opererebbe capillarmente nel sistema scolastico, e soprattutto nelle università, laddove uno specialismo alimentato da finanziamenti per temi specifici o attuali, e insomma conformi al mondo del lavoro, avrebbe eliminato del tutto la cultura generale con una

¹²⁸ Sul versante morale, la nuova disciplina dello stato terapeutico ha preso il posto della religione, secondo Lasch, sostituendo alla responsabilità individuale fondata sul senso di colpa un'idea di essa fondata sui concetti di salute e malattia mentale, andando in questo modo ad abbattere definitivamente l'idea stessa di responsabilità morale (in proposito si veda anche il già più volte citato Ehrenberg, 1998). In questo modo secondo Lasch l'individuo verrebbe assoggettato a controlli sociali più sottili ed oppressivi di quelli precedenti legati alla morale tradizionale. L'argomento verrà comunque ripreso più estesamente (del resto la letteratura sull'argomento è decisamente troppo ampia per essere discussa in questa sede).

¹²⁹ Nel criticare la scuola, i servizi di assistenza sociale e psichiatrica, i tribunali minorili, in quanto lesivi dell'autonomia personale più di quanto possa esserlo una famiglia autoritaria, Lasch si ricollega, secondo Valentina Pazè (1997), alle posizioni di Ivan Illich sulla medicalizzazione della società e alle analisi del complesso tutelare di Michel Foucault. Per una critica di queste posizioni si veda appunto Pazè, 1997.

¹³⁰ Nel capitolo significativamente intitolato "Scolarizzazione e nuovo analfabetismo" (pp.142-173), l'analisi è svolta ovviamente in modo più completo attraverso vari passaggi e prendendo in esame anche le varie riforme scolastiche che hanno caratterizzato la scuola americana.

¹³¹ Per un'analisi più completa dei rapporti fra cultura di massa e democratizzazione si rimanda nuovamente a Pulcini, 2001.

conseguente impressionante ignoranza fra gli studenti.

Anche nel campo ludico-sportivo, l'espansione degli investimenti avrebbe favorito una vera e propria industria che si comporta secondo le logiche del mercato (tecniche promozionali, gioco, spettacolo) e che svolge il compito, affidatole dalla società, di riempire il tempo libero con l'evasione: "L'origine del deterioramento del gioco è da ricercare nel deterioramento del lavoro, che crea il bisogno e insieme le condizioni della ricreazione commercializzata" (Lasch, 1979, p.140)¹³². Infine, nel mondo del lavoro, osserva Lasch, la divisione tra la fase puramente esecutiva e quella progettuale e direttiva, ha creato un esercito di individui privi di competenza, dominati da un atteggiamento cinico e sarcastico che indicherebbe una volontà di uscire dalla routine nell'illusorio tentativo di compensare la scarsa gratificazione legata ad un lavoro che oggi risulta quasi sempre inferiore alle capacità della gente: "L'industria moderna condanna le persone a lavori che sono un insulto all'intelligenza" (Lasch, 1979, p.111), mentre i mass media diffondono illusioni di una vita brillante e avventurosa che svalutano ancora di più la routine¹³³. La concezione "terapeutica" dell'autorità, che già agiva nello screditare il ruolo della famiglia, ha anche nel mondo del lavoro un analogo effetto: "Salvaguarda il mantenimento di forme gerarchiche di organizzazione travestite da partecipazione, e perpetua una società dominata da élites corporative che si richiamano ad un'ideologia antielitaria" (Lasch, 1979, p.207). L'acquiescenza generalizzata rispetto alla disonestà dilagante in ogni campo lavorativo impedisce di opporsi ad un'autorità che si presenta buona proprio per risultare quasi inattaccabile e, contemporaneamente, crea risentimento verso chi fa carriera, perché si suppone che abbia, meglio di altri, "violato le regole del gioco" (Lasch, 1979, p.207). D'accordo con molti psicoanalisti Lasch crede che vi siano caratteristiche del narcisismo

¹³² Il capitolo di riferimento, intitolato "Il deterioramento dello sport", parte dalle celebri teorizzazioni riguardo al ruolo del gioco nella vita umana ed alla sua progressiva eliminazione ad opera della civiltà esposte da Huizinga e Callois. Rifacendosi soprattutto al primo ed alla sua analisi del processo di secolarizzazione dello sport, Lasch, invece di concentrarsi su una critica all'esasperazione dell'elemento competitivo o al deteriore utilizzo di esso per fini strettamente pedagogici o di progresso sociale, argomenti largamente presenti nella critica sociologica al mondo sportivo, si dedica piuttosto alla degenerazione dell'evento sportivo che si trasforma in spettacolo, perdendo ogni significato profondo e banalizzandosi: "è proprio in questa fase che rituale, dramma e sport degenerano in spettacolo" (Lasch, 1979, p.124).

¹³³ Anche secondo il già citato lavoro di Pulcini (2001), proprio il moltiplicarsi delle possibilità apparenti, creato dall'eccedenza degli stimoli, dal benessere e dai media e che sarebbe andato crescendo fino ad approdare all'oggi, avrebbe portato ad un continuo ricambio delle mete, per nulla "ascetico" (ovvero che esclude ogni esercizio e ogni forma di autodisciplina), caratterizzato da una forte accelerazione del tempo "che crea una discrasia tra l'intensità dei desideri e la debolezza dell'investimento energetico [...] e che porta ad un ambivalente coesistenza della violenza dei desideri con la debolezza dell'io" (Pulcini, 2001, p.135) e dunque ad un credere possibili cose che di fatto non lo sono. Le possibilità illimitate avrebbero indebolito, e la debolezza avrebbe poi precluso ogni grande realizzazione. Questo il meccanismo della paradossale e livellatrice conversione dell'illimitato in limite causata dal democratizzazione di massa in corso degli anni sessanta e settanta, per cui ciascuno può fare quello che vuole, ma in realtà quasi nessuno riesce a fare qualcosa di diverso dagli altri o di eccellente e si approda piuttosto all'uniformità della folla. Questo potrebbe essere messo in relazione ai sintomi impulsivi dei quadri borderline di Kerneberg in una prospettiva socio-culturale. "L'autonomia dell'uomo si è trasformata nella tirannia delle possibilità", scrive incisivamente Hannah Arendt (in Bauman, 2000, p.79). Bauman complessifica il discorso nel contesto attuale nel momento in cui afferma che è proprio, paradossalmente, la possibilità di scelta ad essere il principale fattore stratificante nella nostra società (la quale si accompagna ovviamente a disponibilità di mezzi e di denaro), per cui più essa cresce, più si sale nella scala sociale.

che giovano al successo: il prototipo del manager, infatti, non prevede che si lavori con le cose bensì per manipolare persone; inoltre la competizione è stimolata al massimo a scapito della fedeltà all'azienda o ad altre entità collettive. All'interno delle grandi organizzazioni politiche e commerciali, il risultato e l'impegno contano meno che l'apparenza, lo slancio e il conseguimento del primato, la logica della competizione e della performance superano l'attenzione al compito¹³⁴: "I più recenti manuali per l'uomo di successo [...] sostengono apertamente la necessità di sfruttare e intimidire gli altri [...] e insistono con candore sul fatto che le apparenze -le immagini vincenti- contano più dei risultati, e le attribuzioni più delle realizzazioni" (Lasch, 1979, p.74)¹³⁵. In questo senso, quello che conta non è più il reale successo, ma la sua apparenza comprovata dal riconoscimento altrui¹³⁶. Conseguentemente, anche l'auto-approvazione viene a dipendere dal riconoscimento e dal consenso pubblico, e degli altri si ricerca, prima che la stima, l'ammirazione, più che il rispetto, l'invidia. Anche questo concorre a contribuire alla sempre maggiore spettacolarizzazione della società, per cui contano sempre di più le immagini delle cose piuttosto che le cose in sé, con il loro valore d'uso. La dominanza delle immagini, sostiene Lasch, è dovuta soprattutto al grande sviluppo mediale: i mass media hanno secondo lui creato "l'era della plausibilità" per cui la vera distinzione non è tra vero e falso ma tra credibile o meno.

Tali meccanismi ascrivibili ad una società siffatta, che egli chiama anche "società delle apparenze", nascono del resto dal bisogno di educare le masse a consumi non necessari, a falsi bisogni. Organizzando un mercato di massa il capitalismo avrebbe infatti a suo avviso promosso un atteggiamento consumistico che scoraggia definitivamente l'iniziativa personale e il pensiero indipendente, incoraggiando al contrario un atteggiamento passivo e dipendente da entità esterne.

¹³⁴ Secondo Pulcini, in realtà la competizione aperta e spietata era caratteristica più tipica della modernità che della postmodernità, in cui si sarebbe piuttosto trasformata in una subdola e pervasiva invidia nascosta e sotterranea. Questa autrice afferma che nello scenario attuale, popolato da "vicini senza prossimità", in cui si svolgono interazioni che non implicano legami, l'uguaglianza rende tutti simili senza avvicinare e porta all'instaurarsi di "una spirale emotiva egualitaria e omologante che tende all'impossibile e infinito azzeramento delle differenze" (Pulcini, 2001, pp.144-145), alimentandosi di un illimitato desiderio di livellamento. Il riferimento teorico principale è in questo senso Girard e la sua descrizione della dialettica imitazione-invidia tipica di quello da lui chiamato desiderio mimetico.

¹³⁵ Si può vedere il capitolo dedicato specificatamente a questi cambiamenti, intitolato "Da Horatio Alger all'allegro imbroglione: evoluzione delle modalità di successo", in cui viene descritta la trasformazione dell'ambizione personale in un ideale di effimero successo tale solo grazie a riconoscimenti altrui. L'etica del lavoro, così come ereditata dal protestantesimo e descritta da Weber, in questo senso sarebbe da considerarsi definitivamente scomparsa o come forse direbbe Bauman, "liquefatta" (per una trattazione più ampia sui cambiamenti nel contesto lavorativo, relati alla contrazione del tempo e dello spazio, e più in generale alle condizioni mobili e continuamente mutevoli imposte oggi ad ogni tipo di carriera e più in generale agli individui in ogni sfera di vita, con conseguente prevalenza dell'immagine e della possibilità sul reale, si veda tra gli altri Bauman, 2000a). Come già scritto, l'argomento è inoltre estesamente ripreso anche in Pulcini, 2001.

¹³⁶ Dal momento che il successo non è più legato alle azioni ma all'apparire in pubblico si comprende come anche la politica sia divenuta politica-spettacolo e il valore dell'opinione pubblica sia scaduto dal valutare le cose in sé a considerare solo le immagini: diventa più importante saper controllare le mosse altrui ed apparire più convincenti e credibili che agire nel migliore modo possibile. Lasch argomenta tutto ciò nel capitolo intitolato "La banalità della pseudoconsapevolezza di sé: teatralità della politica e dell'esistenza quotidiana" (1979, pp.86-111), dedicando anche dello spazio all'imperante culto delle celebrità attualmente così importante per una folta schiera di persone.

La pubblicità contribuirebbe massimamente a questa tendenza, rivoluzionando i costumi nel senso di emancipazioni che altro non sono se non la libertà di consumare. “Oggi la pubblicità incoraggia sia gli uomini sia le donne a considerare la creazione di sé come la forma più elevata di creatività [...] la forza lavoro trova espressione nella personalità piuttosto che nella forza o nell’intelligenza [...] e gli individui devono proiettare un’immagine, interpretare un ruolo” (Lasch, 1979, p.107).¹³⁷ Quest’insieme di fattori, cui si aggiunge anche il ricambio velocissimo delle merci, con il quale viene a diminuire sempre più la presenza di un mondo oggettivo stabile, contribuirebbe ad abbattere secondo Lasch i confini tra Io e non-Io, fra mondo interiore e realtà esterna.

Ma in particolare quest’ultimo gruppo di questioni, riguardanti la società dei consumi e le mutazioni antropologiche individuali viene da Lasch ripreso nell’opera *L’Io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un’epoca di turbamenti* (1984), in cui affronta in modo più approfondito la tematica dell’individualismo, precisando che “narcisismo significa perdita dell’individualità, e non certo affermazione di sé, e fa riferimento a un Io minacciato dalla disintegrazione e da un senso di vuoto interiore” (p.37). In virtù dell’insieme di tendenze del mondo sociale sopraelencate, cui egli attribuisce appunto il nome di “cultura del narcisismo”, l’Io di quel tempo, sostiene Lasch, appariva in stato d’assedio, rattrappito e ridotto ad un nucleo di strategie difensive. Gli individui comuni avrebbero cominciato ad adottare nella loro vita quotidiana comportamenti ispirati a quelli tipici delle situazioni limite, nelle quali la meta suprema è la sopravvivenza¹³⁸: apatia emotiva, soppressione della componente non strumentale dei rapporti con gli altri, drastica riduzione della dimensione temporale all’immediato presente. Il che rende impossibile qualsiasi forma di identità che implichi “una storia personale, amici, una famiglia, il senso di appartenenza a un luogo” (Lasch, 1984, p.44)¹³⁹. L’individuo narcisista rifugge il coinvolgimento affettivo, mentre è alla costante

¹³⁷ Tale modo di vedere porta Lasch a sentirsi vicino alla teoria del *performing self* di Goffman volta ad individuare il modello teatrale della vita sociale.

¹³⁸ Secondo Lasch, anche l’impotenza di fronte alla tecnologia ed ai grandi accadimenti storici quali “gli olocausti” dell’ultimo secolo contribuisce ad incrementare tale paralizzante sensazione ed a scoraggiare qualsiasi tipo di azione significativa.

¹³⁹ Nello specifico “sull’erosione della relazione fiduciaria che lega cittadini e istituzioni, ed anche gli individui fra loro”, scrive Carlo Donolo (in La Porta, 1995, p.36), si potrebbe tracciare un calzante paragone, all’interno del panorama intellettuale italiano, con l’ultimo Pasolini (quello delle *Lettere luterane* o degli *Scritti corsari* per esempio). Infatti nonostante le notevoli diversità si potrebbero trovare delle convergenze in particolare in proposito (si confronti per questo La Porta, 1994):

- 1) Il “nemico” è il consumismo e il sistema di informazione ancora prima che il capitalismo.
- 2) Il senso di legame assai debole con la parte migliore della tradizione come fonte di debolezza.
- 3) La difesa della povertà e la condanna del superfluo (una vita piena di beni superflui diventa a sua volta superflua, diceva Pasolini).
- 4) La denuncia del carattere sempre più omologante, appiattito e monotono dell’esistenza, che diventa sempre più dipendente dal mercato dell’intrattenimento e del divertimento.
- 5) La difesa della ragione come strumento di difesa dalla massificazione imperante.
- 6) La polemica contro il ceto intellettuale sempre più sterile e astratto rispetto al corso degli eventi.
- 7) La convivenza di laicismo rigoroso e senso religioso del mistero imperscrutabile dell’esistenza.
- 8) L’attenzione, più che alla qualità della vita, alla sacralità della vita.
- 9) Il nesso fondante tra pratica di vita e sistema di pensiero, tra teoria ed esperienza.

ricerca dell'approvazione altrui e di appagamenti immediati, purché fugaci e non impegnativi; vive nella dimensione temporale del presente, non ha legami o memorie che lo legano al passato, non sente responsabilità per quanto accadrà in futuro. La mentalità del narcisista ricalca quella del sopravvissuto. Del resto la distruzione del legame sociale rende "l'uomo psicologico" (uomo completamente concentrato su di sé e del tutto estraneo allo spazio pubblico) sempre più vulnerabile. Tale vulnerabilità si pone tra l'altro all'origine, secondo Lasch, e come anticipato da Tocqueville¹⁴⁰, di un "dispotismo morbido" esercitato da un "governo mite", ovvero di un "potere politico anonimo e pervasivo che domina invisibilmente attraverso un'amministrazione capillare" (Pulcini, 2001, p.152) e, pur sotto la forma della democrazia, impedisce al cittadino ogni reale controllo e partecipazione alla gestione del governo, di fronte a cui l'individuo si riduce sotto la direzione di uno Stato accentratore e burocratico cui si affida solo per essere singolarmente tutelato assieme alle sue proprietà. Questo costituisce evidentemente un'ulteriore passivizzazione ed indebolimento dell'individuo, il cui giudizio morale e politico ha perduto ogni peso effettivo, riducendosi all'espressione di una mera preferenza personale.

Secondo Lasch "Non ci sono strategie politiche o collettive alla crisi del nostro secolo" (1984, p.63), "le strategie della sopravvivenza quotidiana" (1984, p.63) sono molteplici e vanno dall'attitudine ad osservare ciò che accade all'individuo come se accadesse ad altri¹⁴¹, al sentirsi non più soggetto ma vittima delle circostanze, all'agire con ironico distacco od estremo disimpegno, all'impersonare ruoli, al costituirsi un'identità intercambiabile all'infinito che protegga dal limite di un'identità determinata e stabile poiché "i limiti significano vulnerabilità, mentre chi si propone di sopravvivere vuole diventare invulnerabile" (Lasch, 1984, p.67). "È in questo terreno che si diffonde la mentalità del generale giustificazionismo e della generale deresponsabilizzazione tipica dell'individuo narcisista [...] un individuo che sia MacIntyre sia Lasch identificano col performing self goffmaniano" (Casalini, 1997, p.142).

Del resto, per l'acquisizione di capacità di autocontrollo e autodirezione è fondamentale, secondo questo autore, il momento della distinzione fra Io e non-Io, che si sviluppa attraverso la mediazione dell'esperienza di effettive possibilità di esplorazione del mondo esterno, ma la società consumistica "riduce al nulla queste stesse possibilità, alimentando al contrario la passione del soggetto di divenire oggetto" (Casalini, 1997, p.140). Scrive molto chiaramente Lasch nella prefazione a *L'io minimo*: "le condizioni sociali predominanti, e soprattutto la fantastica produzione

10) Il lamento per la perdita di valori tradizionali quali lo spirito di sacrificio al di là di quello che lo anima.

Riporto quasi per esteso la maggior parte del paragone in quanto la maggior parte degli autori consultati mettono giustamente in rilievo come siano quasi del tutto assenti in Italia scrittori che si occupano di critica sociale, come Lasch o gli altri, perlopiù americani, a cui egli si ispira. In questo senso, la voce di Pasolini mi serve per fare un accenno alla realtà italiana (naturalmente stiamo sempre parlando degli anni settanta al più tardi).

¹⁴⁰ È ripreso attualmente da molti tra cui Arendt, Taylor, si veda per questo Pulcini, 2001, soprattutto pp.148-157.

¹⁴¹ Ricordiamo come la mancanza di empatia sia una tipica caratteristica dei disturbi narcisistici.

in massa di immagini che modellano la nostra percezione del mondo, non solo promuovono una contrazione difensiva dell'io, ma rendono anche confusi i confini tra l'io e l'ambiente circostante. Come ci ricorda il mito greco, è proprio la confusione tra Io e non-Io, e non l'egoismo, che contraddistingue la condizione di Narciso" (1984, p.10).

Il misconoscimento della dialettica separatezza/unicità, la dolorosa e delicata tensione tra limitato e illimitato, finito e infinito, unità e separazione, indeterminato e determinato, indipendenza e dipendenza, sono, come abbiamo visto, i problemi centrali delle strutture borderline divenute frutto di una mancata costruzione individuale. Se l'accettazione della separatezza comporta necessariamente una parallela accettazione – in parte dolorosa- della propria dipendenza intesa come limite costitutivo e fondante, la sua eliminazione comporta un'incapacità di affrontare la sofferenza e l'inconsapevolezza. Mentre nell'Edipo la dipendenza conduce alla formazione del Super-Io e dunque della coscienza morale, l'ideale illusorio di onnipotenza si trasforma nell'ideale dell'Io, il quale può divenire paralizzante istanza regressiva che impedisce di cogliere la differenza tra realtà e illusione¹⁴². Il Sé grandioso, caratterizzato dall'amore di sé patologico, da relazioni oggettuali patologiche e da un Super-Io/ideale dell'Io patologico descrive perfettamente questa incapacità di distanza e dunque di relazione, la quale sarebbe visibile secondo Lasch anche nelle proposte culturali americane a lui contemporanee e che suddivide schematicamente, ne *L'Io minimo*, in tre diversi partiti malati: il partito dell'Ego, il partito del Super-Io ed il partito dell'Es.

In breve, il primo raccoglierebbe la tradizione liberal-borghese in favore della razionalità. L'idea di un individuo autonomo, razionale, libero da istinti e pregiudizi potrebbe anche includere l'illuminismo freudiano di "là dove era l'Es, là sarà l'Io" e tuttavia il pensiero del padre della psicoanalisi abbiamo visto come sia, parimenti e paradossalmente, il de-costruttore di un simile atteggiamento. A questo proposito Lasch, proprio all'interno di questo primo gruppo, individua come specifico bersaglio polemico quella parte della psicoanalisi americana che, a partire da Hartmann, ha trasformato il pensiero di Freud, in origine scettico e per certi aspetti decisamente pessimista, nel culto della salute e della realizzazione personale. Laddove la metafora freudiana dell'uomo in sella che deve tenere sotto controllo la forza del cavallo, superiore alla sua, aveva per il padre della psicoanalisi proprio il senso di sottolineare la dipendenza dell'uomo dalla sua natura e dal mondo esterno: "per Hartmann e i suoi seguaci, questa immagine comunica l'impressione del potere dell'uomo sulla natura" (Lasch, 1984, p.134). A causa del loro eccessivo ottimismo sul valore della ragione, e della tecnologia, la psicologia dell'Io e il liberalismo sarebbero entrambi colpevoli di voler inconsciamente recuperare l'illusione dell'onnipotenza infantile.

Il partito del Super-Io raccoglierebbe invece coloro che criticano l'edonismo ed assimilano

¹⁴² Si pensi alla descrizione di innamoramento e ipnosi svolta da Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921).

narcisismo ed egoismo vedendo la radice di tutti i mali del loro tempo nel decadimento di leggi morali autoritarie.

L'ultimo dei tre invece, quello dell'Es, ma che forse sarebbe più corretto dire del Sé nel momento in cui viene definito anche come quello del narcisismo, è costituito nella sua lettura da quella serie di movimenti (per esempio alcune frange di quello ambientalista e femminista) che tendono a negare la separatezza ed il conflitto tra Io e non Io "sognando una riunione simbiotica con la natura" (Lasch, 1984, p.180). Scrive significativamente Lasch: "il progetto tecnologico di raggiungere l'indipendenza dalla natura incarna il lato solipsistico del narcisismo, proprio come il desiderio di unione mistica ne incarna il lato simbiotico e di annullamento di sé" (1984, p.246).

La soluzione che invece egli proporre consisterebbe appunto nell'idea di relazione: "L'unico modo per uscire dall'impasse del narcisismo è la creazione di oggetti culturali, oggetti transizionali, che restaurino un senso di connessione con la madre e con la Madre natura e nel contempo affermino il nostro dominio sulla natura, senza negare la nostra dipendenza da essa o dalla madre" (Lasch, 1984, p.171). Un'alternativa culturale reale alla società narcisista dovrebbe basarsi sull'idea della relazione e sul senso del limite che congiuntamente dovrebbero permettere il recupero di un senso comune che possa ricostruire il legame sociale, non annullando l'individualità bensì rivalutandola, in quanto l'essenza di quest'ultima "non è la razionalità ma la consapevolezza critica della natura divisa dell'uomo" (Lasch, 1984, p.179)¹⁴³.

Questo è particolarmente significativo a fronte di ciò a cui invece portò il declino della psicoanalisi e le trasformazioni della salute mentale e dei discorsi psichiatrici e psicoterapeutici che divennero egemoni nel corso degli anni ottanta. Infatti come si cercherà di mostrare nel prossimo capitolo, il disagio psichico verrà nei decenni successivi sempre più separato e privato delle sue interrelazioni con il mondo sociale, il che sarà perfettamente visibile anche attraverso lo specifico caso del disturbo borderline, che si trasformerà in una diagnosi categoriale definita e riferentesi alla scienza medica, accantonando quasi completamente la riflessione filosofica ed epistemologica. Si perde così la possibilità di cogliere il significato collettivo e sociale di un disagio che invece la crescente diffusione di questi quadri negli anni sessanta e settanta aveva avuto la virtù di segnalare, nonostante la psicologizzazione e la patologizzazione degli stessi. Il passaggio all'egemonia della psichiatria neokraepeliana (di cui la psicoanalisi in America è in realtà, almeno nelle sue forme più note, un'alleata- e ciò è più che mai visibile all'interno dei disturbi di personalità in quell'ampia letteratura che potremmo raggruppare sotto l'etichetta 'psichiatria dinamica'), accompagnata dalla progressiva importanza delle cure psicofarmacologiche e degli studi neuro scientifici, segnala un

¹⁴³ Alcuni critici hanno sottolineato la debolezza della *pars costruens* nel pensiero di Lasch (si veda per esempio La Porta, 1992, p.29), in cui l'autore si chiede: accertata di comune accordo la necessità di porsi dei limiti, come fondarli legittimamente e consensualmente in un mondo in cui "gli dei hanno abbandonato i cieli?".

ultimo fondamentale mutamento di figurazione del soggetto, visibile in filigrana attraverso un nuovo tipo di paziente borderline impulsivo e instabile in un modo diverso dai precedenti, attualmente parte della più ampia famiglia degli iposerotoninergici, cronici validi-invalidi, continuamente impegnati in una delicata ricerca di equilibrio attraverso un complesso e perenne lavoro di bilanciamento psico-chimico.

Capitolo 3

Il disturbo borderline di personalità nella psichiatria neokraepeliana

Storia del disturbo borderline di personalità dalle origini ad oggi

1- La categoria di disturbo borderline nel DSM

Nel 1980 l'etichetta borderline viene associata ufficialmente, all'interno dell'asse II del DSM-III, ad un disturbo di personalità, descritto attraverso otto criteri con un valore soglia di cinque di essi per poter formulare la diagnosi. Viene dunque definito, come gli altri disturbi di personalità all'interno del manuale, tramite un approccio categoriale (che postula cioè una differenza di tipo qualitativo tra i disturbi), ateorico (che cerca di descrivere i comportamenti e le fenomenologie al di là di qualsivoglia teoria eziologica o della personalità), politetico (che stabilisce un numero limitato di criteri necessari e sufficienti alla diagnosi), e parzialmente dimensionale (per quanto riguarda la definizione trasversale dei tre cluster A, B, C). Il disturbo borderline rimane tutt'oggi presente nella quarta edizione revisionata del manuale, con l'aggiunta formale di un nono criterio, alcuni mutamenti terminologici nella sua descrizione, e un apparato di spiegazione assai più corposo ed articolato. Ma prima di andare a guardare nello specifico alla nascita e all'evoluzione del disturbo borderline, vorrei dare solo alcune specificazioni più generali sul succedersi delle edizioni del DSM.

Per quanto riguarda la seconda edizione, che uscì nel 1968, essa era fortemente modellata su un linguaggio psicoanalitico ed in effetti nella commissione di studiosi che contribuirono a dargli forma compaiono noti psicoanalisti statunitensi che abbiamo già incontrato nella nostra storia: Alexander, Brill, White, Kasanin fra gli altri (APA, 1968, p.III)¹⁴⁴. Il campo patologico vi era suddiviso nelle seguenti sezioni: ritardo mentale, sindromi organiche (psicotiche o non psicotiche), psicosi non attribuibili a condizioni fisiche, nevrosi, disturbi di personalità e altri disturbi mentali non psicotici, disturbi del comportamento dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi transitori situazionali, disturbi psicofisiologici e altre condizioni non specifiche (APA, 1968, p.V)¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Fra i nomi più importanti della commissione che ha diretto i lavori compare anche un personaggio che sarà fondamentale per il proseguo della storia, Robert Spitzer.

¹⁴⁵ Fra i disturbi di personalità non se ne trova ancora nessuno associato all'etichetta borderline. Tra quelle che mi sembrano avere più a che fare con la sintomatologia borderline così come veniva descritta dalla psicoanalisi di quegli anni, troviamo una personalità ciclotimica o affettiva (caratterizzata da sbalzi d'umore non legati alle circostanze ed oscillanti fra la mania e la depressione), una esplosiva (caratterizzata da intensi e non controllabili sentimenti di rabbia e aggressività che si discostano dal comportamento usuale di pazienti pur normalmente più eccitabili della media), una isterica (caratterizzata da eccitabilità, instabilità emotiva, eccessiva reattività, teatralità, nonché seduttività e ricerca manipolativa di attenzioni, egoismo, immaturità, dipendenza e vanità), una schizoide (caratterizzata da chiusura,

Poi, nel corso degli anni settanta, la psichiatria statunitense si allontanò progressivamente da una psicoanalisi che, come abbiamo già detto, cominciava ad essere fortemente in crisi,¹⁴⁶ nonostante la sua popolarità nel mondo sociale che raggiungeva proprio in questi anni soglie apicali, e nonostante la sua significatività in relazione ai movimenti politici e culturali di emancipazione che nello stesso periodo stavano fiorendo. Come scrive Shorter, “Durante gli anni 70’ la psichiatria biologica tornò alla ribalta, togliendo alla psicanalisi il predominio che era riuscita a conquistarsi e reinserendo la psichiatria tra le discipline mediche tradizionali” (1997, p.235). In questo processo, secondo il celebre storico della psichiatria, furono fondamentali gli studi neurobiologici e genetici ed i progressi della psicofarmacologia, e, più in generale, i primi rilevanti progressi di quelle che oggi definiamo neuroscienze¹⁴⁷. Certo è che nel corso degli anni settanta presero sempre più piede nella

eccentricità, mancanza di contatto con il reale, sogno ad occhi aperti ed incapacità di esprimere l’aggressività) e una antisociale (propria di individui in insanabile conflitto con la società di appartenenza, egoisti, impulsivi, irresponsabili e incapaci di senso di colpa).

¹⁴⁶ Basti qui ricordare a titolo esemplificativo che, come ho scritto nel precedente capitolo, nel 1966 il presidente dell’Associazione psicoanalitica americana dovette chiudere per la prima volta un convegno per mancanza di iscritti.

¹⁴⁷ I principali passaggi iniziali in questi ambiti, databili tra gli anni cinquanta e gli anni settanta, ricostruiti da Shorter (1997) sono i seguenti:

-il I congresso internazionale di psichiatria che si svolse a Parigi nel 1950 cui parteciparono diversi rappresentanti delle discipline su cui la psichiatria biologica arriverà a fondarsi. Tra questi Danis Hill, che fu il primo ad applicare l’elettroencefalografia nello studio della schizofrenia.

-Il convegno dal quale ebbe origine la Society of Biological Psychiatry nel 1946. L’organizzatore di questo convegno, Stanley Cobb, può essere considerato secondo Shorter il fondatore della psichiatria biologica negli Stati Uniti. Finanziato dalla Rockefeller foundation, Cobb inventò il primo farmaco efficace per l’epilessia.

-La scoperta nel 1952 ad opera di Betty Twarog della serotonina come neurotrasmettitore ed il successivo accertamento, nel 1953, della sua presenza nel cervello dei mammiferi.

-L’invenzione e la diffusione, tra il 1950 e il 1955, della clorpromazina, primo neurolettico o antipsicotico della storia.

-La scoperta, nei medesimi anni, del litio come cura per la mania (che poi verrà diffuso a partire dagli anni sessanta ed approvato legalmente in America solo nel 1970).

-La somministrazione di reserpina nel contesto di un esperimento animale che diede modo a Brodie nel 1955 di verificare la conseguente scomparsa della serotonina nei loro tessuti, compresi quelli cerebrali. In seguito alla relativa modificazione del comportamento di questi animali, un rapporto tra biochimica e comportamento cominciò ad essere considerato un fatto assodato.

-La scoperta, da parte di Carlsson nel 1957, della dopamina come neurotrasmettitore. Nel 1963 Carlsson scoprì anche che, somministrando degli antipsicotici, il livello di dopamina nel cervello dei topi si modificava. Venne avanzata una prima ipotesi di associazione tra dopamina e schizofrenia, rafforzata dal suo aggravamento a seguito dell’assunzione di amfetamine.

-L’invenzione dell’imipramina come rimedio per la depressione, ad opera di Roland Kuhn per la casa farmaceutica Geigy. La prima somministrazione di essa, che diede risultati sorprendenti, risale al 1955. Nel 1958 la Geigy battezzò l’imipramina (Tofranil), e questo fu il primo tricyclico messo in commercio a cui ne seguirono come noto diversi tipi e marche (nel 1980 i medici americani prescrivevano annualmente più di 10 milioni di ricette di antidepressivi, perlopiù tricyclici).

-Nel 1960 fu verificato che l’imipramina somministrata a pazienti depressi abbassava i loro livelli ematici di serotonina.

-Nel 1963 Carlsson ipotizzò che i tricyclici impedissero ai neuroni di ricaptare la serotonina una volta che essa era stata rilasciata nelle sinapsi. Maggiore la sua quantità nelle sinapsi, minore la depressione. Era così per la prima volta avanzata l’ipotesi serotoninergica della depressione.

-Nel 1960 venne messo in commercio dalla Roche il Librium, la prima benzodiazepina.

-Nel 1963 venne messo in commercio il Diazepam, ovvero il valium, che già nel 1969 era tra i farmaci più venduti in America. Nel 1970 una donna su 5 e un uomo su 13 in America assumevano tranquillanti e sedativi leggeri come le benzodiazepine.

-Nel 1974 Snyder scoprì che alcuni antipsicotici agivano sulla dopamina.

letteratura psichiatrica delle indagini a carattere statistico e psicometrico, nonché un tentativo di operazionalizzazione dei diversi costrutti psicodinamici con l'obiettivo di una maggiore scientificità ancorabile alla biomedicina. In un significativo paragrafo, dal titolo *Cambiamenti interni al costrutto borderline: da organizzazione a sindrome a disturbo*, John Gunderson fa notare come queste tre progressive trasformazioni del costrutto “riflettono le più ampie trasformazioni storiche che hanno interessato la scienza psichiatrica. La psichiatria ha attraversato il paradigma psicoanalitico per giungere a una nuova ‘ri-medicalizzazione’ su basi empiriche e farmacologiche fino all’attuale ricerca di diagnosi psichiatriche, che restituiscano l’idea di una specifica eziologia e di uno specifico trattamento” (Gunderson, 2001, p.6). L’adozione di criteri standardizzati ha portato immediatamente, a suo avviso, ad un auspicabile incremento della diagnosi (un esempio: tra il 1970 e il 1985 secondo una ricerca a Copenaghen l’aumento di essa era cinque volte maggiore) e ad un impressionante aumento delle pubblicazioni in proposito (Gunderson 2001, pp. 6-9). Le pubblicazioni di stampo psicoanalitico e clinico divennero sempre meno, a fronte del crescere degli studi empiricamente fondati. Quei tipi di studi che furono proprio alla base della stesura del DSM-III, fra cui menzionerò ora brevemente quelli che la letteratura psichiatrica stessa ha considerato storicamente fondamentali per dare forma al manuale, sia per i loro risultati che come paradigmi metodologici.

Innanzitutto vi sono due indagini che misero chiaramente in luce per la prima volta quella che in questi anni cominciò ad essere sentita dalla comunità psichiatrica come una problematica cui trovare urgentemente una soluzione: la multiformità e non consensualità dei sistemi diagnostici. Si tratta del US-UK e del IPSS. Il primo, U.S.-U.K. Diagnostic Project (Cooper, et al., 1972), permise di evidenziare chiaramente il problema dell’utilizzo di linguaggi diagnostici differenti in psichiatria, e si pose alla base del successivo tentativo di cercarne di unificarli, dimostrando come la prevalenza della schizofrenia in America Settentrionale rispetto al Regno Unito fosse dovuta non a dati di carattere epidemiologico legati alla reale presenza di differenti sintomi e sindromi, bensì alle differenti procedure di rilevazione utilizzate dagli psichiatri di questi due paesi. Il secondo, International Pilot Study of Schizophrenia (WHO, 1973, 1979), confrontò attraverso procedure standardizzate le diagnosi psichiatriche in nove paesi diversi e giunse al medesimo risultato, ovvero alla constatazione che la diversità nell’epidemiologia era data dalle differenti modalità di diagnosi nei vari Stati (in questo caso risultava per esempio che in Unione Sovietica molti di quei pazienti

-A partire dagli anni ‘70 le tecniche di visualizzazione cerebrale in vivo Tac, Pet e Rm permisero un progresso incredibile delle conoscenze neurofisiologiche e neuroanatomiche. La società delle neuroscienze passò da 250 membri nel 1971 a 11.000 all’inizio degli anni ottanta.

classificati in America come schizofrenici venivano considerati affetti da un disturbo maniaco-depressivo o nevrotico).

Rilevata questa esigenza, negli stessi anni furono svolte altre due ricerche con l'obiettivo di mettere a punto dei criteri specifici per definire più precisamente alcune diagnosi. Esse possono essere considerate le antecedenti di quelli che poi divennero gli obiettivi e la metodologia della task force del DSM-III. La prima, ad opera del St. Luis group¹⁴⁸ (Feighner, et al., 1972), portò, attraverso un'impostazione biologico-nosografica che si proponeva di minimizzare l'influenza delle diverse possibili teorie eziologiche e di definire i sintomi "al più basso livello di inferenza necessaria" (Fissi, 1994, p.68), alla definizione di criteri diagnostici specifici (i celebri *Feighner criteria*) per quindici disturbi psichiatrici. La seconda, a cura di Spitzer, Endicott e Robins (1975), condusse invece alla definizione di criteri (i *Research Diagnostic Criteria*, RDC) per ventitre diversi disturbi.

Nel 1978 fu pubblicato l'ICD-9 che fu accolto negli Stati Uniti con poco entusiasmo perché considerato troppo poco specifico e così nel 1979 ne uscì un'edizione revisionata (ICD-9-CM).

In questo complesso quadro cominciò ad affermarsi un modello di psicopatologia che dava "importanza a ciò che era pubblicamente visibile rispetto a ciò che era inferito privatamente [dai clinici]" (Girolamo, Migone, 1995, pp.43-44), dal quale nacque appunto, per opera di un numeroso gruppo di ricercatori coordinati da Robert Spitzer (che nel 1974 fu appunto nominato *chairman* della task force)¹⁴⁹, la terza edizione del DSM il quale si impose subito all'attenzione internazionale per la sua volontà di unificare la babele dei linguaggi diagnostici fornendo in questo modo una maggiore scientificità medica alla psichiatria.

Ricapitoliamo le principali caratteristiche del manuale così come arrivò a configurarsi nel 1980:

- l'adozione di un approccio definito teorico o descrittivo, ovvero che delimita categorie diagnostiche "privilegiando la descrizione dei sintomi e la configurazione di sindromi specifiche [...] fondate su considerazione attuariali" (Girolamo, Migone, 1995, p.47), laddove l'incertezza riguardo alla possibile eziologia e la variabilità della prognosi non permetteva altri modi di raggiungere un accordo soddisfacente per delimitare le diverse entità morbose. Come sottolineava efficacemente Spitzer nell'introduzione al DSM-III-tr tale approccio, di evidente ispirazione kraepeliana: "è teorico per quanto concerne l'eziologia e i processi fisiopatologici, eccetto per quei disturbi per i quali ciò sia stato stabilito con precisione e quindi incluso nella definizione del

¹⁴⁸ Questo gruppo era composto da un insieme di ricercatori della Washington University di St. Louis, nel Missouri. Essi, caratterizzati nel complesso da un'impostazione biologico-descrittiva, esercitarono successivamente una grossa influenza nella preparazione del DSM-III (cfr. Girolamo, Migone, 1995).

¹⁴⁹ Secondo Wilson (1993), Spitzer selezionò accuratamente i suoi collaboratori, scegliendo persone dalle competenze e dagli orientamenti teorici affini e sovrapponibili ai suoi, ovvero escluse gli psichiatri ad orientamento psicodinamico e si servì perlopiù di ricercatori ad orientamento biomedico.

disturbo [...] il Dsm-III-r può definirsi descrittivo nel senso che le definizioni generalmente si limitano alla descrizione delle caratteristiche cliniche dei disturbi. Le caratteristiche specifiche consistono in segni o sintomi comportamentali facilmente identificabili, come il disorientamento, le alterazioni dell'umore" (in Civita, Cosenza, 1999, p.186). Coerentemente con questo assunto, furono eliminate, già nella terza edizione, la diagnosi di isteria e il concetto di nevrosi, considerate troppo legate ad una precisa eziologia di matrice psicodinamica e venne ampliata l'area dei disturbi dell'umore¹⁵⁰.

- La comparsa di una possibilità diagnostica multiassiale, che secondo i ricercatori doveva permettere di guardare i fenomeni clinici da differenti punti di vista. Nel DSM-III sono stati stabiliti cinque diversi assi: 1) sindromi cliniche 2) Disturbi di personalità e dello sviluppo 3) Disturbi fisici 4) Severità ed eventuali fattori psicosociali scatenanti 5) Livello più alto di funzionamento sociale nel corso dell'anno precedente¹⁵¹.

- Un'ulteriore caratteristica è rappresentata, come si è già scritto, dalla politeticità dei criteri (in realtà nella terza edizione coesistevano ancora criteri monotetici accanto a quelli politetici, ma a partire dalla terza revisione è stato scelto l'uso esclusivo dei secondi), ovvero, per ogni sindrome viene precisato un numero minimo di sintomi necessari per la diagnosi, stabilendo delle soglie quantitative di inclusione ed esclusione. Così, i membri di ciascuna classe diagnostica possono avere in comune molti sintomi ma non necessariamente tutti; al contrario, in un sistema monotetico, le classi differiscono l'una dall'altra a seconda della presenza o meno di una, o di un piccolo gruppo, di variabili, la cui presenza è indispensabile per poter classificare la categoria in oggetto (come le malattie infettive che si differenziano principalmente per l'azione di uno specifico agente batterico o virale). Il sistema politetico consente una certa flessibilità diagnostica, pur rischiando talvolta, per la sua stessa possibilità di mettere insieme elementi eterogenei, di vanificare la diagnosi stessa¹⁵².

- Un'ultima necessaria precisazione è la definizione che veniva data di malattia mentale, per cui ciascun disturbo era concepito come "una sindrome o situazione clinicamente significativa, comportamentale o psicologica, che si verifichi in un individuo, e che sia tipicamente associata con sofferenza (malessere) o con alterazione in una o più funzioni (menomazione). Inoltre, viene

¹⁵⁰ Ribadisco nuovamente il vizio epistemologico sotteso ad un approccio che si vuole ateorico. Questa prima operazione di eliminazione di nevrosi e isteria mi sembra già in sé testimoniarlo. Anche i disturbi dell'umore hanno delle radici storiche collegate a teorie eziologiche, in primis l'idea della psichiatria biologica di corrispondenze neurofisiologiche collegabili ai diversi sintomi.

¹⁵¹ Nell'ultima edizione troviamo: 1) Disturbi clinici. Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica. 2) Disturbi di personalità. Ritardo mentale. 3) Condizioni mediche generali. 4) Problemi psicosociali ed ambientali. 5) Valutazione globale del funzionamento.

¹⁵² Per fare solo un esempio vi sarebbero ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità nel DSM-III (si veda Civita, Cosenza, 1999, pp.193-194, e Girolamo, Migone, 1995, pp.49-50). Su questo comunque tornerò nel successivo paragrafo.

presupposta la presenza di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica ed escluso che il disturbo concerna soltanto la relazione tra l'individuo e la società" (in Migone, 1983, p.67).¹⁵³

Il DSM-III si basava sulle coordinate che ancora informano il DSM-IV-tr, infatti queste basilari scelte strutturali sono state mantenute nelle edizioni successive, pur nel mutare di alcuni criteri e di alcuni raggruppamenti sindromici¹⁵⁴ e nonostante la moltiplicazione esponenziale dei disturbi¹⁵⁵.

¹⁵³ Questa è invece la definizione attuale, che si può trovare nel DSM-IV-Tr: "una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (es. un sintomo algido), a disabilità (es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o un'importante limitazione della libertà. In più questa sindrome o quadro non deve rappresentare semplicemente una risposta attesa o culturalmente sancita ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo. Non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es. politico, religioso o sessuale), né conflitti sorti principalmente tra l'individuo e la società, a meno che la devianza o il conflitto siano il sintomo di una disfunzione dell'individuo, come descritto sopra" (APA, 2000, p.9). Vi è un'altra interessante osservazione, che precede questa definizione, che segnala l'inadeguatezza del termine disturbo mentale nel momento in cui si sarebbe arrivati nel presente a constatare che: "c'è molto di fisico nei disturbi mentali, e molto di mentale nei disturbi fisici" (APA, 2000, p.8).

¹⁵⁴ Per una breve sintesi dei mutamenti avvenuti nelle successive edizioni, ed in particolare nel DSM-IV rimando in particolare a Girolamo e Migone (1995). Mi limito qui a mettere in luce il cambiamento del ruolo direttivo nella task force che è stato assunto da Allen Frances, la nuova metodologia di lavoro (a partire da un comitato di 27 persone fra cui 4 psicologi, vennero costituiti 16 gruppi di lavoro che comprendevano tra i 5 e i 16 membri più 20 advisors; ciascun gruppo svolse una revisione della letteratura tentando di definire ciò che doveva essere modificato e condusse field trials sui rapporti tra ricerca e clinica), l'aggiunta di undici nuovi disturbi ma soprattutto di dieci appendici fra cui mi preme segnalare la seconda. La seconda appendice è dedicata a criteri diagnostici e assi che necessitano di maggiore studio: vengono proposti, tra gli altri, tre nuovi assi, di cui uno dedicato alla valutazione dei meccanismi di difesa, un altro con una scala per la valutazione globale del funzionamento relazionale e un ultimo con una scala per il funzionamento sociale e lavorativo; vengono poi descritti due ulteriori disturbi di personalità, per ora non compresi nel DSM, ovvero la personalità depressiva e quella passivo-aggressiva (negativistica). È interessante rilevare, ai fini di quanto sarà scritto più oltre, che la prima non è stata inserita nel DSM-IV a causa dell'opposizione degli "psichiatri ad orientamento biologico che temevano una eccessiva psicologizzazione dello spettro depressivo; a questo scopo sono stati ampliati i criteri del disturbo distimico in asse I per 'rubare spazio' alla personalità depressiva e rendere inutile la sua presenza nell'Asse II" (Girolamo, Migone, 1995, p.71). Sono stati aggiunti inoltre un ampio numero di specificazioni e sottotipi per ogni disturbo. Sarebbe interessante poter presentare da vicino l'iter di alcune sindromi o la breve vita di altre già scomparse che danno chiaramente conto dei condizionamenti politico-economici sottesi alle scelte clinico-diagnostiche. Essendo impossibile farlo qui per esteso, mi limito ad elencare e a fare solo un breve cenno alle patologie la cui ricostruzione storica mi sembra più interessante, dando una minima bibliografia di riferimento:

1-La formazione ed articolazione della famiglia dei disturbi d'ansia ad opera di Donald Klein, che, sovvenzionato dalla Geigy e dalla Smith Kline & French e membro della task force del DSM per questi disturbi, riuscì ad autonomizzare gli attacchi di panico sulla base dell'idea che potessero essere curati da una nuova benzodiazepina, l'alprazolam, che fu messa in commercio nel 1981 con nome commerciale Xanax (anche se i risultati delle ricerche, condotte da Klerman e finanziate dalla casa farmaceutica stessa con l'obbiettivo di dimostrare che lo Xanax rappresentava una miracolosa cura per il disturbo di panico, non furono mai certi e neppure particolarmente convincenti, secondo una bizzarra logica che vedremo all'opera per la maggior parte dei prodotti psicofarmacologici, tale farmaco rimase ancora, nel corso degli anni novanta, uno tra i più venduti). Si veda Shorter (1997), Healy (1997, pp.191-199).

2-La formazione e l'articolazione della famiglia dei disturbi dissociativi su cui ci sono talmente tanti aspetti che si potrebbero mettere in evidenza -fra i più noti quelli legati alla parabola del disturbo di personalità multipla eliminato nel corrente manuale- che non posso neppure elencarli. Si può vedere Becker (2000), Hacking (1995), Sherril (2001), Tonello (2006), Young (2001) fra gli altri.

3-La parabola del disturbo masochistico di personalità che non è poi mai comparso fra i disturbi DSM ma i cui tentativi di inserimento sono in ogni caso degni di nota (Kirk, Kutchins, 1997).

¹⁵⁵ È interessante credo rilevare che il primo DSM era composto da 482 pagine e 265 diagnosi, il secondo da 92 pagine con 185 diagnosi, il terzo revisionato da 650 pagine e 297 diagnosi, il quarto da 886 pagine e 365 diagnosi ed il quarto revisionato da 992 pagine e 391 diagnosi (Maffei, 2008, p.97).

È dunque nel 1980 che un nuovo tipo di sindrome, il disturbo borderline di personalità, viene delineato e considerato sufficientemente valido ed attendibile da poter prendere posto nel DSM-III¹⁵⁶.

Quattro studi furono fondamentali nel portare a questa prima versione categoriale del disturbo: quello di Grinker et al. (1968), quello di Kety et al. (1968), quello di Gunderson e Singer (1975), infine quello di Spitzer et al. (1979). Non entrerò troppo nei dettagli, ma credo sia importante cominciare con l'accennare quelle che sono state le novità fondamentali veicolate da ciascuno di essi. Inoltre credo sia innegabile che, al di là delle novità a livello di contenuto che hanno traghettato, essi possano anche essere considerati i primi rappresentanti prototipici di metodi che sono rimasti fondamentali per la ricerca psichiatrica successiva sul disturbo borderline e più in generale sui disturbi di personalità almeno fino agli anni novanta.

Grinker è stato il primo a proporre di guardare al problema in un'ottica descrittiva con un obiettivo di chiara definizione diagnostica, applicando al materiale clinico dei procedimenti statistici, quali l'analisi fattoriale, e cercando di operationalizzare i costrutti dinamici della psicologia dell'Io¹⁵⁷. Nel tentativo di rispondere nel modo più chiaro e scientifico possibile alla domanda clinica: "che cosa vuole dire essere borderline?", arriva a distinguere quattro tipi di pazienti che suddivide in questo modo:

- 1- al confine con le psicosi,
- 2- prototipicamente borderline,
- 3- adattivi, privi di affetto, difesi – "come se",
- 4- al confine con le nevrosi.

Ciascuno dei gruppi viene presentato dapprima fenomenologicamente e poi attraverso uno o più casi specifici. Secondo Grinker, al di là delle diverse teorie metapsicologiche su cui non si può trarre conclusioni, è invece possibile, tramite delle ricerche statistiche, trasformare in ipotesi verificabili sperimentalmente delle dinamiche e dei pattern psichici osservabili nei loro risvolti comportamentali. Il suo studio costituirebbe per esempio una dimostrazione del fatto che con

¹⁵⁶ Un chiara e sintetica spiegazione dei concetti di validità e attendibilità si può trovare in Maffei (2008, pp.91-94).

¹⁵⁷ L'autore polemizza con l'impianto psicoanalitico e le conseguenze sortite dalla sua egemonia nell'ambito della scienza psichiatrica americana, ossia l'averla privata di scientificità dando luogo a "mancanza di cura o addirittura incapacità nell'arte della diagnosi formale" (Grinker, et al., 1968, p.321). Grinker non nega assolutamente la rilevanza e la significatività delle conoscenze psicoanalitiche pregresse, anzi sono proprio tali indagini cliniche a fornirgli il materiale su cui applicherà i relativi procedimenti statistici. Eppure egli polemizza con una psicoanalisi eccessivamente idiosincratica e centrata unilateralmente sul mondo interno e sulle dinamiche familiari, e reclama la possibilità di uno sguardo clinico sul comportamento manifesto quale sorgente importantissima nell'indagine psicopatologica. Egli auspica un'unione tra prospettiva dinamica e descrittiva, e si riferisce, quali possibili modelli, a Glover od Anna Freud. Ritiene il conflitto tra psicoanalisi e ricerca fittizio ed inutile, sulla base dell'idea che il comportamento manifesto possa essere indagato quale espressione obbiettivabile del comportamento dell'Io e delle strutture dinamiche sottostanti. Questo era un presupposto già della psicologia dell'Io degli anni cinquanta e rimane nei suoi aspetti fondamentali vero ancora oggi, come emergerà credo in modo sufficientemente chiaro proprio attraverso questa storia del disturbo borderline.

l'etichetta borderline è possibile designare una sindrome specifica che ha “un considerevole grado di consistenza interna e stabilità e che non può essere considerata uno stato di regressione in risposta ad interne od esterne situazioni di stress. Essa rappresenta una sindrome caratteristica o un arresto di sviluppo delle funzioni dell'Io [...] anche se i suoi sintomi sono instabili, la sindrome invece è un processo che è riconoscibilmente stabile, dando origine alla peculiare espressione stabile instabilità” (Grinker, 1968, p.347). A questo punto secondo l'autore sarebbe importante non chiedersi ulteriormente il perché si ha sempre più a che fare con la sindrome borderline, domanda che non può che portare a fumose risposte sul mutamento delle condizioni sociali, bensì in modo sempre più scrupoloso ed attento che cos'è e come funziona¹⁵⁸.

Questa era la medesima domanda di Gunderson e Singer, i quali si proponevano di fornire attraverso il loro studio “una guida razionale per standardizzare dei criteri clinici per diagnosticare pazienti borderline” (Gunderson, Singer, 1975, p.455). Questi autori si basarono su materiali clinici provenienti da tre fonti: osservazioni comportamentali, formulazioni psicodinamiche e risultati dei test psicologici. Attraverso un sistematico esame della letteratura precedente (proveniente da queste tre diverse prospettive), essi arrivarono ad identificare alcuni criteri che permettevano secondo loro di distinguere il paziente borderline:

- 1- la presenza di affetti intensi,
- 2- una storia di comportamenti impulsivi,
- 3- un buon adattamento sociale apparente,
- 4- brevi esperienze psicotiche,
- 5- buoni risultati nei test psicologici,
- 6- relazioni interpersonali intense, dipendenti, manipolative, instabilmente a cavallo tra iperidealizzazione e svalutazione.

Accanto a questo tipo di letteratura che tentava di circoscrivere nel modo più chiaro possibile una sindrome riconoscibile, disambiguandola dagli slittamenti semantici collegati alla sua storia psichiatrica e psicoanalitica, vennero alla luce dei contributi che tentarono di indagare i rispettivi fattori ereditari e genetici. Il già citato studio di Kety et al. (1968) rappresentò un prototipo inaugurale di quelle che furono le ricerche di taglio genetico-comportamentale sulla diagnosi borderline¹⁵⁹. Semplificando, Kety et al. dimostrarono che, a differenza dei pazienti schizofrenici, i

¹⁵⁸ Questo è nei fatti ciò che la letteratura psichiatrica americana nel suo complesso, come evidente anche dalla storia dei DSM, sceglierà di fare. A questo proposito mi sembra significativa una frase scritta nel 2008: “Questa politica, comunque, ha funzionato perché la letteratura sui disturbi di personalità è cresciuta enormemente negli ultimi venticinque anni, con particolare riferimento al disturbo borderline, che è stato di gran lunga il più studiato” (Maffei, 2008, p.99). È interessante una simile idea quantitativa, cumulativa e progressiva del sapere.

¹⁵⁹ Su questo tipo di ricerche, sempre più diffuse nel campo dei disturbi di personalità, si può trovare una breve e chiara descrizione dello stato dell'arte in Oldham, Skodol e Bender (2005, pp.37-39). Una presentazione della genetica comportamentale più estesa da parte di uno dei suoi fondatori, Rober Plomin, si può trovare in Plomin (1994).

quali avevano una percentuale significativa di parenti schizofrenici, i borderline, nonostante fossero per una rilevante proporzione della letteratura da considerare simil-schizofrenici, non ne avevano per nulla. Ciò comportò definitivamente lo scollamento tra condizione borderline e schizofrenia, spostando la nostra categoria diagnostica nell'ambito dei disturbi affettivi, dell'umore¹⁶⁰.

Il che venne sancito definitivamente attraverso il celebre studio di Spitzer et al. (1979), da cui emergeranno appunto quelli che sono i criteri distinti del disturbo schizotipico e borderline nel DSM-III. Nel primo, che verrà considerato assimilabile allo spettro schizofrenico, si troveranno tutti gli aspetti di eccentricità, rigidità, mancanza di affettività, che per esempio rientravano in alcune celebri descrizioni psicodinamiche di quadri borderline quale quella della Deutsch; nel secondo, che verrà considerato più o meno assimilabile allo spettro dei disturbi dell'umore, verrà dato risalto appunto all'instabilità affettiva e all'impulsività.

Arriviamo così al disturbo borderline di personalità nel DSM-III, i cui criteri erano: difficoltà nel controllo dell'impulsività e della rabbia, affettività disforica, instabilità affettiva, presenza di comportamenti autolesivi, sentimenti cronici di vuoto e noia, modalità di relazioni instabili e intense, intolleranza all'essere soli. Nella successiva edizione del DSM, il DSM-III-R (APA, 1987), il disturbo viene definito come: "una modalità pervasiva di instabilità dell'umore, delle relazioni interpersonali, e dell'immagine di sé, comparsa entro la prima età adulta e presente in vari contesti, come indicato da almeno cinque dei seguenti elementi:

- 1- modalità di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione
- 2- impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, uso di sostanze, rubare nei negozi, guida spericolata, abbuffate
- 3- instabilità affettiva: marcati cambiamenti da umore normale a depressione, irritabilità o ansia, che durano di solito poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni
- 4- rabbia immotivata ed intensa, o mancanza di controllo della rabbia, per esempio frequenti accessi d'ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici
- 5- ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento automutilante

Un'ottima rassegna critica su questo tipo di studi si può invece trovare in Oyama (1998). Ringrazio Telmo Pievani per il suggerimento di questo e di un altro testo (Jablonka, Lamb, 2005) che concettualizza in modo assai più fertile e complesso le teorie sulle componenti genetiche nello sviluppo, permettendo anche di comprendere più da vicino i limiti ed i difetti epistemologici della genetica comportamentale psichiatrica.

¹⁶⁰ Il rapporto con la categoria dei disturbi dell'umore di asse I rimane nella storia del disturbo borderline fondamentale fino ad oggi. Similitudini e comorbilità tra queste entità diagnostiche non hanno mai smesso di essere indagate, semplicemente con un accento che si è progressivamente spostato dalla depressione alle forme più leggere e nuove di quello che oggi si definisce spettro bipolare. Su tutto questo si tornerà ampiamente nel proseguo della tesi.

6- marcati e persistenti disturbi dell'identità manifestati da incertezza riguardo ad almeno due dei seguenti punti: l'immagine di sé, l'identità sessuale, le mete a lungo termine o le scelte di carriera, il tipo di amici desiderati, i valori da adottare

7- sentimenti cronici di vuoto e noia

8- tentativi esagerati di evitare un reale o immaginario abbandono” (DSM-III-r, pp.415-416).

A partire da questa definizione, il disturbo borderline diventerà il più studiato tra i disturbi di personalità e sarà costantemente al centro di dibattiti circa la sua stessa esistenza, a fronte di tentativi periodici di annetterlo ad altri disturbi di asse I con i quali condivide alcune caratteristiche.

Vediamo una raccolta di saggi sul bpd curata da Joel Paris nel 1993 per dare conto delle principali questioni attorno a cui vennero prodotti studi e ricerche a partire dal DSM-III e prima della quarta edizione. I saggi dedicati alle discussioni sulle comorbilità considerate più significative riguardano, nell'ordine: il disturbo depressivo maggiore (Gold, Silk, 1993), lo spettro dei disturbi degli impulsi (Zanarini, 1993), e il disturbo post-traumatico da stress (Perry, Herman, 1993). Questi tre filoni di indagine possono essere collegati a diverse teorie eziologiche e dunque modi di concettualizzare il disturbo e rimangono tutt'ora dei buoni canovacci per delineare gli itinerari di ricerca su di esso, perciò a partire da qui cercherò di seguirne schematicamente le evoluzioni fino ad oggi.

Per quanto riguarda i rapporti con la famiglia dei disturbi dell'umore, bisogna innanzitutto sottolineare l'importanza del distacco del disturbo dalla sindrome schizofrenica che ha portato con sé, in primo luogo, l'idea di una migliore prognosi possibile¹⁶¹ e quindi di una possibile efficacia

¹⁶¹ Sull'evoluzione delle concezioni in merito alla prognosi del disturbo borderline, si può vedere la tesi di dottorato di Fabienne Houdas (1997), dedicata esattamente a questo tema. La riassumo in breve.

Tra gli anni sessanta e gli anni ottanta si potevano trovare solo degli studi a breve termine con pochi soggetti non basati ancora consensualmente sui criteri DSM e quindi non confrontabili. L'autore menziona quello di Hoch (1962) sugli schizofrenici pseudonevrotici che sarebbero da considerare inguaribili, quello di Grinker (1968) che, a sua volta, li considererebbe non guaribili, quello di Werble (1970) che comincerebbe a considerarli non del tutto guaribili, quello di Rifkin (1972) sui Disturbi di carattere emotivamente instabile, che già vedendoli staccati dalla schizofrenia ne denuncia una migliore prognosi con una guarigione che comincia ad entrare nell'orizzonte della cura, quello di Masterson (1980) sugli adolescenti borderline che secondo lui potevano migliorare, quello di Skodol (1983) che sottolineava, a differenza degli schizofrenici e dei nevrotici, l'importanza delle condotte violente nei border, e la conseguente necessità di relazionare la prognosi alla loro gravità (cosa che in parte aveva fatto anche Kernberg parlando però di aggressività intrapsichica), quello di Pope (1983), già basato sul DSM, che considerava il borderline un profilo diagnostico autonomo con una prognosi comparabile a quella della schizofrenia, salvo un miglioramento possibile nei casi di comorbilità con i disturbi affettivi per l'efficacia degli antidepressivi su questi ultimi.

Nel periodo 1985-1990 cominciano a comparire i primi grandi studi basati su maggiori intervalli di tempo. Vengono citati gli studi di: Plakun (1985), che dichiara una migliore prognosi dei bpd rispetto alle considerazioni di tutti gli studi precedenti (a differenza degli schizofrenici, e conformemente ai pazienti affetti da disturbi affettivi, risultava che i borderline potevano guarire); Mc Glashan (1986), che denunciava la possibilità di miglioramenti ma ricadute e peggioramenti verso la cinquantina d'anni; Stone (1987), che descriveva un indubbio miglioramento prognostico escludendo i suicidi, idem per Paris nel medesimo anno.

Negli anni novanta studi sempre più sofisticati avrebbero permesso secondo l'autore di evidenziare i cambiamenti a breve termine più impercettibili in relazione a specifici trattamenti: Kullgren e Armelius (1990), Mehlum (1991), Labonte e Paris (1993), Najavits e Gunderson (1995).

Per quanto riguarda l'attualità e l'immensa mole di studi sempre più focali rispetto alla prognosi in relazione a precise ipotesi farmacoterapiche, a psicoterapie o a tecniche di trattamento, si cercherà di fornire un quadro d'insieme nel prossimo paragrafo.

del trattamento, che potrebbe considerarsi una delle ragioni dell'aumento di studi successivi su questo disturbo. Bisogna ricordare poi che i disturbi dell'umore conobbero nel corso degli anni ottanta una popolarità senza precedenti, che coincideva per altro con la scoperta dei nuovi farmaci ricaptatori della serotonina, il cui prototipo commerciale più noto e discusso fu il Prozac¹⁶². Queste scoperte portarono con sé un ottimismo terapeutico senza precedenti e diedero luogo ad una letteratura sempre più nutrita. Scrive Kroll nel 1988: "Forse l'aspetto che colpisce di più riguardo al disturbo borderline di personalità è il cambiamento che è avvenuto dalla sua iniziale associazione con la schizofrenia fino all'attuale associazione con i disturbi affettivi" (in Becker, 1997, p.45).

Gold e Silk (1993) ricostruiscono i passaggi fondamentali dell'associazione tra bpd e disturbo affettivo maggiore, attraverso le due principali review allora esistenti su questo argomento, ovvero: 1- quella compiuta da Gunderson ed Elliott nel 1985, che identificava tre concettualizzazioni diffuse sul rapporto tra i due disturbi:

a- l'idea, sostenuta da Akiskal (1981) e Liebowitz e Klein (1981), del bpd come secondario alla depressione, vale a dire come patologia ad essa direttamente riconducibile (a questi articoli, per altro presenti o citati nella raccolta storica di Stone, 1986, occorre aggiungere il secondo contributo di Akiskal –Akiskal et al., 1985- a sostegno della medesima tesi, nonché quello di Snyder et al. del 1982; primi contributi fondamentali in questa direzione sono da considerarsi quelli di Klein, 1975, 1977, Stone, 1979 e Pope et al., 1983);

b- l'idea, sostenuta da Kernberg (1975) e Masterson (1976) del bpd quale malattia affettiva conseguente a relazioni infantili fallite, ipersensibilità alla perdita e comportamento impulsivo

c- l'idea che le due sindromi non fossero collegate;

d- l'idea che le cause biologiche o ambientali di entrambe potessero anche essere comuni salvo poi dare origine a due problemi complessi a volte sovrapponibili ma fenomenologicamente distinti.

2- La seconda revisione della letteratura da essi utilizzata risale al 1991 (Gunderson e Philips)¹⁶³ ed arriva alla conclusione, sulla base di un'analisi degli studi fino ad allora svolti su questa tema, della necessità di distinguere questi due disturbi sulle seguenti basi:

a- diversa qualità dell'umore fra i depressi ed i bpd: nei secondi infatti esso avrebbe un carattere reattivo, ovvero condizionato dall'ambiente e dagli avvenimenti, contrariamente ai primi;

b- gli studi sulla familiarità che non mostrerebbero nei fatti tale legame;

¹⁶² Su questo problema esiste un'ampia letteratura, in particolare sull'espansione progressiva dei disturbi dell'umore in concomitanza a precise scoperte psicofarmacologiche (Shorter, 1997; Healy, 1997), e sulla comorbilità con il disturbo borderline come uno degli aspetti di questo più ampio fenomeno (Aronson, 1985, 1989; Becker, 1997; Kroll, 1988, 1993). Si può vedere inoltre, più in generale, il già citato Ehrenberg (1998) sulla formazione della categoria di depressione come disturbo dell'umore, così come l'ottima tesi di dottorato della psicoanalista lacaniana Cinzia Crosali (2009).

¹⁶³ Si veda anche per una più completa esposizione di questa rassegna Maffei, 2008, pp.148-149.

c- la reazione al trattamento farmacologico anti-depressivo, che si presenta molto meno efficace nei pazienti borderline;

d- i marker biologici che sarebbero comuni solo per quanto riguarda la distimia.

Gli autori arrivano infine alla conclusione che magari uno dei sottotipi del disturbo borderline potrebbe essere considerato appartenente allo spettro della malattia affettiva ma non certo il bpd tout court. Ciò nonostante, nel congresso dell'APA del 1990 vi erano ancora diversi partigiani che tentavano di ricondurre il bpd allo spettro affettivo, e, nella discussione che verteva sulle possibili cause biologiche di esso, avevano grande spazio i due fattori della reattività umorale e dell'impulsività (Becker, 1997, pp.62 e sg.). Ed anche se di fatto i due disturbi sono sempre rimasti, e rimangono tutt'ora nella letteratura egemone, distinti e distinguibili, ancora nel 1993 Kroll scriveva: "Le descrizioni della sindrome borderline sono passate, negli ultimi venti anni, da un'enfasi verso i tratti simil-schizofrenici a una sintomatologia affettiva che comporta rabbia, auto-aggressività e tentativi di suicidio, sensazione di vuoto, instabilità emotiva, tra le altre caratteristiche. In accordo con questa visione il bpd è in primo luogo un disordine affettivo atipico i cui tratti principali -instabilità dell'umore e disforia- sono responsabili della maggior parte dei sintomi borderline" (in Becker, 1997, p. 60).

Per quanto riguarda i rapporti con lo spettro impulsivo, secondo l'ipotesi sostenuta da Zanarini nel saggio che abbiamo citato del 1993, non si tratterebbe in realtà di negare la specificità del disturbo, ma semplicemente di riconoscerne una comune tendenza all'azione irriflessa che risulta tratto dominante anche di altri disturbi quali l'abuso di sostanze, il disturbo antisociale o i disturbi alimentari (Zanarini, 1993, p.75). Nel suo saggio Zanarini presenta otto studi sulle numerose comorbilità del bpd che dimostrerebbero nel complesso a suo parere quanto esso non possa essere considerato un disturbo dello spettro schizofrenico. Piuttosto il bpd potrebbe avere qualcosa a che fare con i disturbi affettivi e, a pari merito, anche con quelli impulsivi (pp. 76-81).

Poi presenta gli studi sulla familiarità, a quel tempo in numero di 9. Vi si dimostrerebbe chiaramente a suo avviso l'assenza di legami con la schizofrenia e col disturbo schizotipico, nonché invece un forte legame con i disturbi affettivi che però sarebbe aspecifico perché diffuso in percentuali analoghe anche fra le persone normali e fra gli altri disturbi di personalità, laddove una correlazione significativa sarebbe osservabile solo per i pazienti depressi. A suo avviso, la comorbilità più significativa rimarrebbe comunque quella con l'abuso di sostanze ed i pazienti antisociali, la quale dovrebbe essere basata, con ottime ragioni, su una comune inclinazione ereditaria all'impulsività (p.88). Pur rimanendo il bpd un disturbo a sé, specifico e complesso, tuttavia l'impulsività vi giocherebbe secondo questa autrice un ruolo centrale. A supporto di questa affermazione cita uno studio di Stone del 1990 che testimoniarebbe come la comorbilità con lo

spettro impulsivo sarebbe nel bpd fortemente indicativa dell'outcome della sindrome. Il fatto è che gli studi in questa direzione erano allora nel complesso ancora pochi, e si moltiplicheranno invece, come vedremo, negli anni successivi¹⁶⁴. Ciò che ritroviamo già in letteratura, e che diverrà sempre più importante con il passare degli anni, è appunto l'idea di un'inclinazione ereditaria all'impulsività intesa come tendenza all'azione irriflessa. A quel tempo, vale a dire prima del 1993, gli studi sulla associazione tra bpd e impulsività erano ancora piuttosto esigui¹⁶⁵. Erano tuttavia già comparsi alcuni studi che associavano i livelli di serotonina alle condotte impulsive (Coccaro, 1989, 1992, 1993), ed alcuni modelli neurobiologici di personalità che trattavano la dimensione dell'impulsività come tratto biologico alla base del cluster B (Siever, Davies, 1991)¹⁶⁶.

Infine, a partire dalla fine degli anni ottanta, si possono trovare alcune prime ricerche che hanno sostenuto un'associazione tra abuso o trauma infantile e bpd, in questo caso avvicinando i pazienti borderline a quelli affetti da disturbo post-traumatico da stress (Links, et al., 1988, Herman, et al., 1987, 1989, Westen, et al., 1990, Paris, et al., 1994, Zanarini, Frankenburg, 1997)¹⁶⁷. Durante gli anni novanta si è sviluppata una fiorente letteratura che ha tentato, come è stato per la depressione

¹⁶⁴ Si veda su questo il prossimo paragrafo.

¹⁶⁵ Da una ricerca che ho svolto sulle banche dati PsycINFO e PsycARTICLES, utilizzando i due descrittori *borderline* e *impulsiveness* associati, per il periodo compreso tra il 1970 e il 1993, non sono risultati che undici articoli, il che è indicativo se si confronta questo numero con quello degli articoli trovati attraverso una ricerca, sulle stesse banche dati, dal gennaio 2000 al febbraio 2009 usando l'associazione dei due medesimi descrittori, e cioè 81. Ritorno più da vicino su questi dati. Fra questi primi undici studi ne figurano di provenienti dalla sperimentazione farmacologica. Vi si trovano poi confronti sui livelli di impulsività fra schizofrenici, depressi e bpd, sulla base della comorbidità fino ad allora sotto verifica, e di dedicati allo studio dell'impulsività nei pazienti borderline dove essa è ancora definita come "difetto di funzione dell'ego" (Goldstein, 1981, 1988). Gli ultimi tre studi di questo elenco, che risalgono al 1993, sono nell'ordine significativamente dedicati a: impulsività e stili di coping di bpd con o senza comorbidità di abuso di sostanze (Kruedelbach, et al., 1993); efficacia comparativa di un trattamento con un nuovo ricaptatore selettivo della serotonina, il citalopram, in pazienti psicotici e borderline con cronica incapacità di controllo degli impulsi, aggressività e ansia (Kallioniemi, et al., 1993); impulsività del comportamento sessuale in un gruppo di donne bpd ospedalizzate (Hull, et al., 1993). Un autore che già compare in questo elenco, e che sarà fondamentale nell'evoluzione storica dei trattamenti somatici del disturbo è Paul H. Soloff, che già dagli anni ottanta cominciò ad occuparsi di psicofarmacologia dell'impulsività borderline (Soloff, et al., 1986, 1987).

¹⁶⁶ Questo modello presentato da Siever e Davies nel 1991, basato sul tentativo di associare i singoli tratti di personalità a specifici sistemi neurali, è rimasto, pur avendo conosciuto innovazioni e modifiche, tutt'oggi un riferimento importante per la letteratura sulla neurobiologia dei disturbi di personalità. Si basa sull'identificazione di alcune caratteristiche nucleari dei disturbi di asse I, che sono considerate avere rilevanza per i disturbi di personalità, le quali vengono poi messe in relazione dagli autori con le più recenti acquisizioni della neurobiologia. Tre sono stati i principali focus scelti da questi autori: l'organizzazione cognitivo-percettiva, la dimensione impulsività/aggressività e quella di instabilità affettiva angoscia/inibizione. Torneremo sulle riformulazioni di questo modello e su altri basati su presupposti simili che si sono succeduti nei decenni a venire. Basti qui dare conto delle prime formulazioni di un nuovo settore di ricerca.

¹⁶⁷ L'associazione tra disturbo post-traumatico da stress e disturbo borderline di personalità si gioca appunto sulla comune caratteristica di aver subito un abuso sessuale, o più genericamente un trauma durante l'infanzia. Questa mole di ricerca nel disturbo borderline si connette a varie forme di trattamento e modelli eziologici che si basano su vari tentativi di operazionalizzazione della teoria dell'attaccamento. Ritorniamo brevemente su questo nel prossimo paragrafo. Analisi critiche del rapporto bpd e ptsd sono le già citate (Becker, 2000; Bjorklund, 2006). Sulla questione della medicalizzazione dell'abuso in rapporto a diverse diagnosi psichiatriche, fra cui appunto quelle della famiglia dei disturbi dissociativi, ha svolto numerose ed ottime indagini Ian Hacking. Dell'insieme di tali studi si può trovare un riassunto in Bella (in corso di pubblicazione).

nel corso degli anni ottanta, di annettere il bpd nello spettro dei disturbi dissociativi, o addirittura di identificarlo tout court con il disturbo post-traumatico da stress¹⁶⁸.

Questa letteratura ha prodotto due principali ipotesi che sono state indagate a più riprese nel corso degli anni novanta:

1- quella che concettualizza il bpd come deformazione della personalità causata da prolungate esperienze di abuso infantile, idea che porta con sé una particolare vulnerabilità dei pazienti borderline verso un'aggiuntiva diagnosi di ptsd, soprattutto in risposta ad eventuali avvenimenti stressanti (Gunderson, Sabo, 1993, Kolb, 1989);

2- quella del bpd come forma cronica di ptsd ormai integrato nella struttura di personalità (Herman, 1992, Landecker, 1992).

Proprio questa letteratura si situa all'origine dell'aggiunta di un nono criterio al disturbo borderline nella quarta versione del DSM: "Ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress" (APA, 2000, p.756)¹⁶⁹. Nel DSM-IV sparì inoltre la noia che prima compariva come sintomo insieme al vuoto, nonché le specificazioni che venivano fornite nelle edizioni precedenti nel criterio del disturbo di identità. Cambia inoltre l'ordine di criteri, che nel DSM è un ordine di importanza anche se non supportato dai dati di ricerca (Maffei, 2008, p.106).

Il primo criterio diventa quello sugli sforzi per evitare un immaginario o reale abbandono. Fin dal suo esordio la storia di questo criterio si presenta interessante. Infatti nel DSM-III il suo equivalente era l'incapacità di stare da soli e solo nella successiva edizione è invece stato riformulato quale problema di abbandono. Questo perché vi erano troppe sovrapposizioni tra il disturbo di personalità dipendente, l'istrionico e appunto il bpd, i quali oltretutto si configuravano come disturbi decisamente femminili (Becker, 1997, p.41). È notevole che in tutta l'abbondante letteratura sulle comorbilità del bpd proprio i rapporti con questi due disturbi non siano mai stati presi in considerazione, laddove fenomenologicamente esistono delle innegabili e notevoli somiglianze.

A parte ciò, per quanto riguarda il suo diventare il primo nell'elenco dei sintomi della sindrome borderline, potrei fare un'ipotesi che tuttavia dovrebbe essere verificata. Il fatto è che fin dalla sua comparsa nel 1980, e questo è vero ancora oggi, il bpd è stato il disturbo di personalità in assoluto più studiato. Nonostante la sua matrice psicodinamica infatti, a differenza del disturbo narcisistico, ha saputo nel tempo collegarsi come abbiamo visto in modi abbastanza significativi a campi di ricerca provenienti da nuclei tematici dei disturbi di asse I (umore, impulsività, sintomi dissociativi e cognitivi) i quali avevano ed hanno precise connessioni con la ricerca farmacologica, prestandosi

¹⁶⁸ Così scrive Gunderson: "La questione di una diagnosi differenziale tra BPD e PTSD ha riguardato, negli anni novanta, lo stesso interrogativo di base posto dalla depressione negli anni ottanta, e, attualmente, dal bipolare II: questi sono disturbi realmente separabili?" (Gunderson, 2001, p.33).

¹⁶⁹ Nella versione non revisionata del DSM-IV, il criterio è: "Ideazione paranoide transitoria associata allo stress, o sintomi dissociativi gravi" (in Maffei, 2008, p.105).

ad essere sintomi target per i diversi farmaci¹⁷⁰. Ciò nonostante, esso non è mai riuscito ad essere inglobato del tutto dalle sindromi di asse I, andando a sparire. Anzi, è rimasto focus di ricerca per un nutrito gruppo di psicologi dell'Io e psicoanalisti statunitensi (primo e più noto fra tutti appunto Otto Kernberg), che tuttavia hanno fatto propri i dati di ricerca ed hanno cercato nel tempo di standardizzare ed operazionalizzare i costrutti psicodinamici e psicoterapeutici rendendoli compatibili alle indagini biologiche, statistiche e descrittive e alle esigenze di quantificazione ed uniformità della nuova psichiatria egemone. Così, alcune idee psicodinamiche sono rimaste, e per alcuni aspetti rimangono, fondamentali nella fisionomia del disturbo. Proprio questo insieme di caratteristiche, del resto, lo ha ciclicamente salvato dall'essere assimilato da altri ambiti di ricerca da una parte¹⁷¹, e dall'altra è sempre servito a giustificare la scarsa efficacia delle terapie farmacologiche su tale tipo di pazienti, andando a motivare quella serie di metodi psicoterapeutici basati sull'evidenza che proprio per curare il bpd sono stati ideati e vengono tutt'ora praticati e diffusi, tra cui per esempio: la terapia basata sulla mentalizzazione (Bateman, Fonagy, 2004), quella dialettico-comportamentale di Marsha Linehan (1993), quella focalizzata sul transfert (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999)¹⁷². Mettere al primo posto un criterio quale la paura dell'abbandono significa senza dubbio dare un notevole risalto all'aspetto della fragilità relazionale, ed in effetti il criterio delle relazioni interpersonali instabili si presenta come secondo. Ciò vuol dire permettere al disturbo di mantenere una sua specificità nonostante la trasversalità che caratterizza gli aspetti che lo compongono a fronte dei numerosi attacchi ricevuti.

È proprio questa specificità controversa e multifocale a caratterizzare ancora oggi il disturbo borderline di personalità, che continua ad esercitare un notevole interesse fra gli studiosi, in un crescendo di dati di ricerca e tentativi di ancoraggio alle neuroscienze.

2- La controversa specificità del borderline oggi tra categoria e dimensioni

Alcune premesse metodologiche

¹⁷⁰ Ciò giustifica ampiamente l'affermazione di Kroll, che denuncia la circolarità implicita nella formulazione delle teorie eziologiche del disturbo borderline, il quale diventa specchio dei conflitti professionali su ideologie e modalità di intervento della psichiatria, così come nei singoli casi questa diagnosi si presta spesso ad essere specchio dei conflitti dell'equipe e del terapeuta (Kroll, 1993, p.220).

¹⁷¹ Emblematiche in questo senso sono alcune notazioni di Gunderson su cui tornerò nel prossimo paragrafo. Faccio qui qualche esempio: i problemi di umore tipici del bpd, a differenza di quelli dei disturbi di asse I, sarebbero di natura reattiva (Gunderson, 2001, p.10); l'impulsività aggressiva del bpd, tratto temperamentale comune al disturbo antisociale, sarebbe tuttavia associata innanzitutto al bisogno di relazione, bisogno completamente assente negli antisociali, come dimostrato dal fatto che i pazienti bpd richiederebbero nei reparti, a differenza degli antisociali, degli oggetti transizionali. La differenza non sarebbe per Gunderson irrilevante nel momento in cui i primi sarebbero da considerarsi curabili ed i secondi, cioè gli antisociali, no (Gunderson, 2001, pp.42-45).

¹⁷² Su questo si veda il successivo paragrafo.

Per cercare di cartografare brevemente il presente, arbitrariamente circoscritto ad un periodo che va dal 2000 al 2010, tentando di mettere in luce le maggiori novità ed i focus principali dell'area di ricerca borderline, utilizzerò alcuni testi di riferimento selezionati, che mi permettano di fornire un sensato quadro d'insieme, vista la poderosa mole dei materiali disponibili, affrontando poi più da vicino alcuni dei settori di indagine o prospettive che emergeranno¹⁷³. A differenza di quanto ho fatto nei capitoli precedenti, inserirò delle osservazioni, commenti o ipotesi interpretative, già nella presentazione del materiale psichiatrico, dando in questo modo subito conto di alcune scelte che effettuo di volta in volta. Non ho selezionato per ogni nuova area di studio degli articoli metodologicamente paradigmatici di cui decostruire metodi e assi portanti. Sarebbe stato un lavoro molto interessante ma estremamente lungo e avrebbe necessitato di una tesi a sé. Per esempio, ogni volta che mi sono imbattuta nella crescente mole di citazioni di studi di neuroimaging o sperimentazioni cliniche di stimolazione trans cranica, la tentazione di guardare più da vicino ai meccanismi epistemici, ai linguaggi, alle pratiche di un nuovo universo in fieri, era notevole. E tuttavia, anche solo un'analisi strutturale, formale, contenutistica e metodologica, di questo tipo di ricerche, avrebbe richiesto degli strumenti di lavoro specifici ed un tipo analitico di sguardo che non possono essere compresi nel quadro storico ampio e panoramico di questo progetto.

Ciò che mi interessa è invece cercare di descrivere la polifonia e la multiformità di un paesaggio in rapido mutamento, tentando di far emergere la plurivocità di un nuovo campo linguistico e concettuale condiviso e ricco di reciproci rimandi interni di una ben precisa comunità scientifica, con leggi sue proprie, quale quella che si è venuta a creare intorno al disturbo borderline ed attraverso cui credo sia possibile guardare ad alcuni fenomeni più generali in corso nel campo della salute mentale nelle sue interrelazioni con il mondo socio-culturale. Un criterio metodologico che privilegia l'architettura complessiva rispetto all'analisi dei dettagli.

Esistono specifici studi etnografici e sociologici su vari nuovi tipi di ricerca medica e psichiatrica nel presente, che li analizzano attentamente in microcontesti ad hoc; tornando all'esempio

¹⁷³ Principali riferimenti: le due *Guideline* prodotte dall'APA (APA, 2001, Oldham, 2005), le ipotesi di modifica per il DSM-V pubblicate sul sito dell'APA, i programmi e gli abstract degli interventi al primo congresso internazionale sul disturbo borderline tenutosi dall'1 al 3 luglio 2010 a Berlino ed organizzato dall'International Society for the Study of Personality Disorders, la consultazione, a seconda dell'esigenza, degli articoli del *Journal of Personality Disorders*, prendendo visione degli indici di ogni numero a partire dal 2006. Inoltre ho utilizzato e analizzato i seguenti libri sullo stato attuale dell'arte: Gunderson (2001), Paris (2008) e Maffei (2008). Per quanto riguarda la più vasta area dei disturbi di personalità il testo di riferimento è stato quello di Oldham, Skodol e Bender (2005). Ho inoltre consultato nelle modalità di volta in volta opportune le banche dati di PubMed e PsycINFO e raccolto gli indici, dal 2005 al 2009, delle tre riviste a maggior impact factor del mondo psichiatrico, nell'ordine: *Archives of General Psychiatry*, *Molecular Psychiatry* e *American Journal of Psychiatry*. Naturalmente questa nuova comunità scientifica in costruzione attorno ai disturbi di personalità e nella fattispecie al disturbo borderline, non produce solo discorsi, ma pratiche, associazioni, istituzioni, e molti altri fenomeni di cui sarebbe importante dare conto, in interazione con le teorie. Qualche cenno in questa direzione naturalmente verrà fatto senza tuttavia poter sperare di darne un quadro completo o di comprenderne tutte le interrelazioni e i meccanismi. Di volta in volta cercherò di metter in luce gli aspetti che mi sembrano più rilevanti suggerendo possibili direzioni di ulteriore studio ed approfondimento.

precedente, ho potuto raccogliere materiali molto interessanti sulle pratiche di stimolazione transcranica per pazienti ossessivo-compulsivi che si svolgono a Parigi in un centro di ricerca neurologico-psichiatrico dell'ospedale Salpêtrière¹⁷⁴.

Ho consultato e letto lavori specifici su tematiche focali, quali gli studi cui ho appena fatto cenno, con l'obiettivo tuttavia di cercare di farmi un'idea delle principali coordinate entro cui poter inscrivere il macrofenomeno di riferimento, vale a dire, nel caso esemplificato, alcune importanti caratteristiche e conseguenze dell'uso progressivo delle tecniche di neuroimaging nel campo della salute mentale e della psichiatria, e nella fattispecie, dei disturbi di personalità, del disturbo borderline e della dimensione temperamentale dell'impulsività, nella loro relazione con il più ampio contesto politico, economico e culturale.

Definizione attuale della diagnosi e aspetti clinici fondamentali

È innanzitutto significativo che a partire dal 2001 l'APA abbia prodotto anche per il disturbo borderline le *Guideline* ufficiali per il trattamento, linee guida di cui esiste già una nuova versione aggiornata pubblicata nel 2005. Per altro, a partire dal 2005, sulla prima pagina di quelle del 2001 compare questa dicitura: “queste linee guida non possono più essere considerate correnti”, in virtù appunto delle novità aggiunte in quelle nuove. Do spazio a questa precisazione perché è un'ottima spia di una più generale ottica scientifico-progressiva di accumulazione delle conoscenze verso una verità alle porte, e per alcuni aspetti già disvelata, che caratterizza fortemente la letteratura sul disturbo borderline in questi ultimi dieci anni, come cercherò di mostrare. Un atteggiamento ottimista e trionfale, orientato al futuro che sottolinea la scientificità e la validità comprovata delle proprie acquisizioni, e quando denuncia incertezze lo fa accompagnandole a dichiarazioni di fiducia verso il loro chiarimento futuro. Vi si trovano inoltre curiosamente numerose raccomandazioni anti-riduzioniste, che spingono a ribadire che non basta la lettura di un manuale per formarsi a un metodo di cura, o rispetto al pericolo di usare acriticamente e meccanicamente quanto scritto.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Ringrazio di questi materiali Moutad Baptiste, il quale mi ha permesso di consultare liberamente testi ed articoli su questi temi presso il Cesames, a Parigi, e mi ha segnalato di volta in volta i convegni ed i contributi più interessanti in proposito. Tali convegni, o giornate di studio, seguiti negli ultimi anni, di cui non sono, o non sono ancora usciti, atti o documenti pubblicati, costituiscono in ogni caso una preziosa fonte per la breve riflessione critica che articolerò su questi temi. Per quanto riguarda la pratica della stimolazione transcranica su pazienti ossessivo-compulsivi si veda Moutaud (2008), Castel, P.H. (2008).

¹⁷⁵ Su questo tipo di linguaggio, su cui torneremo pur brevemente nel proseguo del testo, si potrebbero fare diverse osservazioni. La prima è quella delle “to-be-discovered lesions” (Dell'acqua, 2008, p.99), che fondano il modello della ricerca dando luogo ad una situazione paradossale: finché su un'ipotesi non comprovata si strutturano dei modelli di ricerca infatti non esiste alcun problema, almeno teorico (lascio da parte la questione sul tipo di ricerca che potrebbe essere utile ai malati psichiatrici e ai servizi psichiatrici nel concreto delle situazioni territoriali e di vita), ma quando su un insieme di ipotesi non verificate si costruisce l'agire psichiatrico e le indicazioni di trattamento, allora questo diviene ovviamente più problematico. Esemplicativa in questa direzione può essere considerata la dichiarazione di intenti delle *Guideline* del 2001, in cui prima si attesta l'assenza di dati certi, scientifici e comprovati, quali quelli medici, che

Ne fornisco degli esempi. Il primo, in ordine cronologico, dei libri cardine da me usati per descrivere questo insieme di ricerche è quello di John Gunderson (uno dei più considerati ed eminenti studiosi in questo campo): *La personalità borderline. Una guida clinica* (2001). Comincia così: “Nel 1995 ho avanzato la proposta che l’American Psychiatric Association (APA) mettesse a punto dei criteri-guida ufficiali per il trattamento del disturbo borderline di personalità (bpd). La task force dell’APA, sovrintendendo a tali lavori, ha ponderato attentamente i rischi di impostare delle direttive generalmente carenti di un supporto empirico in considerazione dei vantaggi che tali linee-guida consentirebbero nel migliorare gli standard di cura (e nel ridurre l’eventuale responsabilità per professionisti bene intenzionati ma poco informati). Sebbene l’American Psychiatric Association avesse felicemente deciso per la realizzazione delle linee-guida nel 1997, ero già allora così sicuro che una nuova e migliore conoscenza di base fosse disponibile che ho continuato a sviluppare la mia proposta originale fino a dar corpo a quanto scritto in questo libro. Questo libro è il seguito di *Borderline Personality Disorders* pubblicato nel 1984. Entrambi i testi riassumono quanto è, o era, conosciuto -o creduto- al tempo della pubblicazione circa il trattamento di pazienti borderline. Questo libro si differenzia dal precedente in quanto la letteratura trattamentale, le prospettive cliniche e le modalità sono sensibilmente più numerose, dettagliate ed empiricamente corroborate. L’enorme aumento di informazione, competenza e specializzazione è la ragione per cui il libro del 1984, sebbene contenga pochissimi elementi che richiedono una ritrattazione, non possa più costituire un’utile guida per i clinici” (Gunderson, 2001, p.XI)¹⁷⁶.

Nel primo paragrafo del primo capitolo, Gunderson afferma che nella moderna pratica clinica la diagnosi borderline si è rivelata, “senza alcun dubbio, la diagnosi di più frequente e comune

confermino l’esistenza del disturbo borderline, cui fanno seguito appunto le linee guida di un trattamento informato sulla base di un modello biomedico (APA, 2001, p.5). Un’altra caratteristica significativa è l’evidente volontà di dare corpo alla diagnosi ed alla sua diffusione clinica, come dimostrano, fra gli altri numerosi esempi possibili, le invettive sulle sottodiagnosi che riguardano vari contesti, paradigmatica quella di Gunderson (2001, pp.20-21). È del resto evidente la costruzione in corso di una comunità scientifica sul disturbo che vuole porsi come riferimento, e che sta cercando di istituire centri di ricerca e di cura specifici, associazioni ed istituzioni, oltre che un corpo di sapere con i suoi linguaggi, la sua letteratura, i suoi organi di diffusione (si veda per questo l’illuminante appendice di Gunderson, 2001, pp.249-263, che finisce con il paragrafo dal titolo: “Pubblica consapevolezza e promozione”). È interessante notare, infine, come questo linguaggio sia per molti aspetti sorprendentemente simile a quello usato in ambito pubblicitario dalle case farmaceutiche (si veda per questo Rose, 2007 e 2001 e Murray, 2009). Credo sia inoltre importante sottolineare la rilevante retorica sul grande bisogno di assistenza medica, oltre che psichiatrica, richiesto da questi pazienti secondo i sostenitori del disturbo, elemento che viene sottolineato in vista della necessità, per alleggerire la spesa sanitaria pubblica e privata, di dispensare ad essi le cure più appropriate e scientificamente supportate (Gunderson, 2001, p.255).

¹⁷⁶ Anche l’inizio dei ringraziamenti è indicativo: “Essendo presente alla nascita di questa diagnosi, mi son trovato nella posizione ideale per testimoniare e apprezzare l’unione delle forze sempre crescente tra colleghi clinici e scienziati, i cui orientamenti hanno rafforzato e rapidamente aumentato le nostre conoscenze su questi pazienti” (Gunderson, 2001, p.XIII). Un forte accento è dato alla costituzione progressiva di una rete di colleghi che hanno fatto costantemente progredire il campo di studi. La fondazione della International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD) risale al 1987 e da allora si è incontrata ogni due anni ed ha pubblicato il *Journal of Personality Disorders*. Il trattato del 2005 sui disturbi di personalità da me già più volte citato è un ottimo strumento per tracciare la mappa e i confini di questo territorio di ricerca (Oldham, Skodol, Bender, 2005).

impiego” (Gunderson, 2001, p.1), come corroborato dalle ricerche epidemiologiche che dimostrano che i bpd costituiscono “il 2-3% circa della popolazione generale (Swartz et al., 1990, Zimmerman, Coryell, 1989), il 25% del totale dei pazienti in ricovero ospedaliero e il 15% dei pazienti esterni” (Gunderson, 2001, p.1).

L'ultimo, sempre in ordine cronologico, dei libri cardine da me utilizzati, *Treatment of Borderline Personality Disorder. A guide to Evidence-Based Practice* di Joel Paris (2008), a sua volta comincia in questo modo: “Non c'è dubbio che il disturbo borderline di personalità sia una seria malattia mentale” (p.VII) che inoltre, aggiunge, a differenza di ciò che accade per la maggior parte degli altri disturbi di personalità, non si presenta come egosintonica, dal momento che i pazienti borderline cercano di solito terapia e aiuto. Su di esso, continua Paris, c'è una sterminata letteratura nelle due principali banche dati delle scienze psichiche e psichiatriche, PubMed e PsycINFO, che consta più di 3.500 articoli, e, tenendo conto che ne vengono pubblicati mediamente più di 200 l'anno, “solo poche diagnosi hanno una così solida base di ricerca” (Paris, 2008, p.VIII). “Anche se molto riguardo al bpd è ancora sconosciuto, la scienza sta cominciando a svelarne i segreti”, incoraggia, e “il suo trattamento non è facile ma può essere razionale” (Paris, 2008, p.VIII). Il primo capitolo, “Facendo la diagnosi”, inizia così: “Per trattare il bpd devi prima riconoscerlo. Esiste una credenza comune che non si possa diagnosticare un disturbo di personalità in un'ora. Questo non è vero. Bisogna fare le giuste domande e si può essere certi che si otterrà una dettagliata storia di vita” (Paris, 2008, p.3).

Ciò nonostante, prosegue, il bpd non sarebbe ancora sufficientemente preciso.

Inoltre, come tutti i suoi predecessori hanno da sempre lamentato prima di lui, Paris scrive che il nome non sarebbe quello giusto: “nessuno crede più che i pazienti siano al confine con la psicosi. In più borderline non riesce a descrivere le caratteristiche più salienti della sindrome: instabilità dell'umore, impulsività, e relazioni instabili” (Paris, 2008, p.3).

Già nell'introduzione delle linee guida del 2001, compariva una definizione simile: “La caratteristica essenziale del disturbo borderline è un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, degli affetti, dell'immagine di sé così come una marcata impulsività [...] le caratteristiche più rilevanti, centrali del disturbo borderline di personalità possono anche essere concettualizzate come delle dimensioni psicopatologiche (impulsività, instabilità affettiva)” (APA, 2001, p.7)¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Il work group che ha dato origine alle *Guideline* è così composto: John Oldham, Glen O. Gabbard, Marcia Goin, John Gunderson, Paul Soloff, David Spiegel, Michael Stone, Katherine Phillips. Sulle modalità di stesura, che consistono sostanzialmente in attente e plurime revisioni della letteratura, in analisi sistematiche delle banche dati MedLine e PsycINFO, e in gruppi periodici di confronto fra esperti, si veda APA (2001, p.8).

Vi è poi, in tutti e tre i testi che ho già citato, cui va aggiunto un quarto, quello di Cesare Maffei, *Borderline. Struttura, categoria, dimensione* (2008), una descrizione dei nove criteri che lo definiscono nel DSM. Di ognuno di essi viene chiarita l'origine e ricostruito l'insieme di tutti gli studi empirici svolti. Paris, pur riconoscendone alcuni meriti ed utilità, fa una critica al modo di definire il disturbo del DSM, a suo avviso infatti esso non riuscirebbe ad essere del tutto valido in un senso statistico, fallendo nell'identificare un profilo costante del problema. Problema che invece sarebbe possibile descrivere prototipicamente attraverso quello che lui definisce un approccio per domini. I domini da prendere in considerazione sarebbero quattro: impulsività, instabilità affettiva, instabilità relazionale, e cognitività. I sintomi affettivi sarebbero descritti nel DSM-IV nei criteri 6, 7 e 8, i comportamenti impulsivi nel 4 e nel 5, i problemi interpersonali nel 1 e nel 2, i problemi cognitivi nel 9. Solo il criterio 3 (quello sull'identità) secondo lui sarebbe da considerarsi inappropriato e disfunzionale perché non si presenterebbe sufficientemente chiaro ed operazionalizzabile. In accordo con Mary Zanarini, Paris sostiene che più che essere necessitanti alla diagnosi cinque criteri a caso, occorrerebbe piuttosto che fossero presenti per la diagnosi i sintomi di tutti e quattro i domini sopra citati, misurabili anche attraverso scale apposite per ognuno di essi. Per le tre dimensioni dell'impulsività, dell'instabilità affettiva e dei disturbi cognitivi temporanei in reazione allo stress, sarebbe possibile identificare, o cercare di identificare, un pattern neurobiologico sottostante e una cura farmacologica specifica. Queste tre dimensioni sarebbero da considerare all'origine della quarta, cioè l'instabilità delle relazioni, sostiene Paris.

Questa idea di quattro dimensioni patologiche fondamentali alla base del disturbo mi sembra essere oggi quella che condensa il maggiore consenso sulla diagnosi borderline¹⁷⁸. Questi domini provengono dalla ricerca cosiddetta dimensionale, su cui torneremo, in cui sono state identificate appunto queste quattro meta-dimensioni comuni ai diversi modelli di personalità (si veda la tabella riassuntiva in Widiger, Mullins-Sweatt, 2005, p.65, ed il paragrafo "Domini sovraordinati comuni", pp.64-68). Soprattutto dell'impulsività e dell'instabilità affettiva viene sottolineata una forte matrice biologica, come meglio vedremo, e soprattutto queste due dimensioni vengono, come si è già scritto, considerate fondamentali per questo disturbo, ad esse viene accordato il più alto valore patognomonico (Maffei, 2008, p.136). Invece, per quanto riguarda le distorsioni cognitive temporanee e l'instabilità nelle relazioni, le principali direzioni di ricerca vertono sulla teoria dell'attaccamento, in relazione più specificamente ad eventi traumatici od abusi, nel primo caso, e ad uno stile di relazione nel secondo¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Si vedano, per esempio: Oldham (2005, p.9), Widiger e Mullins-Sweatt, (2005, p.73), le già citate *Guideline* (APA, 2001, Oldham, 2005).

¹⁷⁹ È su questi ultimi due che si concentra la ricerca psicoterapeutica di orientamento dinamico (Bateman e Fonagy, Kernberg) e di orientamento cognitivo comportamentale (Linehan).

È interessante, tuttavia, rilevare come i sintomi legati rispettivamente ad ognuno di questi domini, domini che oggi vanno a costituire il disturbo, secondo i suoi sostenitori, abbiano la peculiare caratteristica, come emergerà più chiaramente nel successivo paragrafo sulle comorbilità, di essere considerati nel disturbo borderline di natura reattiva (con la significativa eccezione, su cui mi soffermerò, dell'impulsività, la quale invece viene oggi perlopiù concettualizzata come caratteristica temperamentale con una grossa percentuale di ereditarietà e stabile, il che testimonia l'abbandono della precedente idea dell'acting out come agito in risposta all'incapacità di tollerare una frustrazione per via di una debolezza della struttura di personalità con le relative funzioni egoiche). Il discorso sulle attuali comorbilità del disturbo lo mostra in modo evidente, andrò perciò ora ad illustrarlo nei suoi tratti fondamentali.

Diagnosi differenziale e comorbilità vecchie e nuove

Se si leggono le *Guideline* del 2005, le quali si propongono appunto di aggiungere a quelle del 2001 le principali novità emerse nella letteratura sul disturbo tra il 2001 e il 2005, si notano due importanti novità: la comparsa del deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) come precursore del bpd, e la constatazione che i pazienti borderline potrebbero beneficiare dei farmaci di stabilizzazione dell'umore, motivo per cui "la sovrapposizione tra BPD e Bipolare II potrebbe rivestire un particolare interesse" (Oldham, 2005, p.2). Troviamo un riscontro di questo slittamento anche analizzando in successione il capitolo di Gunderson, "Diagnosi differenziale" (2001, pp.25-46), e poi quello di Paris, "I legami del disturbo borderline" (2008, pp.25-43), ed infine quello di Maffei, "Le codiagnosi di asse I" (2008, pp.142-190).

Il primo, conformemente a quanto già osservato sulle caratteristiche retoriche e strutturali di tale tipo di letteratura, comincia il suo capitolo ribadendo la necessità dell'identificazione del bpd per tre fondamentali motivi:

- 1- ancorare le aspettative del paziente e del clinico circa il decorso, e dunque permettere al secondo di formulare realistiche ipotesi prognostiche, che non sottovalutino la gravità del problema (Gunderson, 2001, p.25);
- 2- stabilire una base da cui partire per strutturare un'alleanza trattamentale¹⁸⁰, che permetta l'iniziale rassicurazione del paziente sul fatto che "i propri problemi sono condivisi da altri e che i loro clinici hanno un vasto corpo di conoscenze cui attingere" (Gunderson, 2001, p.25);

¹⁸⁰ L'assenza del connotato e specifico termine alleanza terapeutica credo possa segnalare una nuova prospettiva che riconcettualizza la psicoterapia come una delle possibili forme di trattamento da integrare nel più ampio progetto di cura. Una forma che, almeno nel suo avvalersi di un campo di conoscenze condiviso quale quello costruitosi attorno al bpd, non è più in prima battuta caratterizzata da un orizzonte di riferimento tradizionalmente psicoanalitico. Questa notazione non è in contrasto con quanto si dirà fra breve nell'osservare la presenza di fenomeni quali le dinamiche

3- aiutare il clinico a comprendere cosa aspettarsi dalla relazione terapeutica, quali meccanismi, quali difese, quali effetti controtrasferali, quali difficoltà (Gunderson, 2001, p.26). Proprio i meccanismi controtrasferali permetterebbero di mettere in evidenza, secondo Gunderson, la centralità nel quadro bpd della paura della solitudine, criterio in grado di differenziarlo dal PTSD, dal disturbo narcisistico di personalità e dai disturbi depressivi. Si tenga conto della formazione originariamente psicodinamica di Gunderson e di quel gruppo di psichiatri che come lui portano con sé lo stesso tipo di matrice, gruppo che, come già messo in evidenza riveste una grande influenza all'interno dal campo di sapere del disturbo borderline. Alla luce di questo dato è possibile comprendere la precisazione formulata da Gunderson nel paragrafo successivo, "Il costrutto in evoluzione: dalla schizofrenia alla depressione, al disturbo post-traumatico da stress", (2001, pp.26-27), in cui dichiara: "il Bpd rimane una delle forme maggiori di disturbi del Sé, insieme con i disturbi di personalità schizoide e antisociale"¹⁸¹. Ognuno di questi disturbi del Sé rappresenta una compromissione così severa da richiedere trattamenti di riabilitazione sociale. La presenza di questi disturbi deve assumere priorità nel programmare il trattamento: la loro presenza complicherà molto, o scavalcherà, gli usuali trattamenti di concorrenti problemi di Asse I o anche medici" (Gundersn, 2001, p.26).

Si tratta della già rilevata notazione sul carattere reattivo di molti dei sintomi bpd sottolineata dai suoi sostenitori. Vediamo più nello specifico il fenomeno in relazione alle diverse diagnosi.

Nel libro di Gunderson troviamo nell'ordine: la depressione, il disturbo bipolare II/personalità ciclotimica, il PTSD, i disturbi dell'alimentazione, l'abuso di sostanze, i disturbi somatoformi/di somatizzazione, il disturbo narcisistico di personalità, il disturbo antisociale.

Nel libro di Paris troviamo invece, nell'ordine: le psicosi, depressione e distimia, spettro bipolare, PTSD, ADHD, e disturbo antisociale.

In quello di Maffei nell'ordine: disturbi dell'umore, uso di sostanze, disturbi dell'alimentazione.

controtrasferali nella descrizione di Gunderson, perché è proprio la psichiatria dinamica a trasformare concetti originariamente psicoanalitici in nuove dinamiche psichiche o relazionali che si associano ai dati empirici provenienti dalle più recenti fonti neuroscientifiche o statistiche e psicometriche sul disturbo.

¹⁸¹ Per altro fra questi disturbi del Sé, come emerge chiaramente dal seguito della pagina, il disturbo borderline dovrebbe essere considerato prioritario, il più importante, sulla base dell'autodistruttività molto grave che lo caratterizzerebbe. È questo un altro fondamentale argomento della retorica alla base del bpd. Anche nel libro di Paris, per esempio, nel momento in cui viene presa in considerazione un'ipotesi dimensionale neurobiologicamente fondata per descrivere la fenomenologia borderline, che arriverebbe ad eliminare la categoria diagnostica con la relativa soglia patologica, egli utilizza proprio la presenza dei sintomi autolesionisti e la loro pericolosità per sottolineare una discontinuità rispetto alla normalità (Paris, 2008). Il ragionamento è questo: è evidente che comportamenti quali tagliarsi, ferirsi, tentare il suicidio, non possono essere inseriti in una dimensione di normalità e neppure trovare una dimensione continuativa dal normale al patologico entro cui essere iscritti, al contrario per esempio di quella impulsività-inibizione. Seguendo questo ragionamento l'autodistruzione sarebbe in sé un fenomeno patologico e non presente in una dimensione di normalità. Il che è l'esatto contrario dell'ipotesi freudiana dell'istinto di morte, per esempio. Credo che questa concezione si situi esattamente entro una cornice valoriale tradizionalmente medica incentrata sul valore della beneficiabilità, intesa come dovere di guarigione e benessere ad ogni costo, la stessa questione oggi alla base dei dibattiti etici sull'eutanasia, ad esempio. Senza addentrarmi in questo continente mi limito qui a questa osservazione che poi verrà contestualizzata meglio più avanti.

Senza specificarne tutti i dettagli, elenco quelle che mi sembrano le notazioni più significative in ciascuno dei tre. Cominciamo dunque con il testo di Gunderson. Per quanto riguarda la depressione mi sembra sufficientemente riassuntiva del problema questa constatazione iniziale: “la maggioranza dei pazienti borderline soddisfano i criteri per i disturbi depressivi - almeno la metà con disturbo depressivo maggiore (MDD), distimia, o entrambi. Eppure, le caratteristiche descrittive dei pazienti in questa condizioni sembrano così diverse -per esempio, malinconici e inibiti i pazienti depressi versus arrabbiati e impulsivi pazienti borderline- che non è chiaro perché il differenziarli dovrebbe porre problemi” (Gunderson, 2001 p.28).

Paris fornisce un quadro maggiormente articolato della questione. Ricostruisce brevemente la storia di questo rapporto a partire dalle prime proposte formulate negli anni 80 da Akiskal sul bpd come variante della depressione o forma di distimia. Questa ipotesi è, anche secondo Paris, da scartare, infatti se è vero che i bpd hanno sintomi depressivi o distimici, fino a volte ad incorrere in una doppia diagnosi, rimane che i sintomi depressivi nei border sono reattivi, invece nei depressi endogeni non sono influenzabili da eventi esterni, come scritto anche da Gunderson. Più precisamente:

1- il loro umore non sarebbe stabilmente depresso ma sarebbe piuttosto una costante l'instabilità affettiva, la quale, più precisamente, oscillerebbe, non tra depressione ed esaltazione, ma tra depressione e rabbia-ansia, con una particolare e rilevante reattività ambientale (Koenisberg, 2002; Henry, 2001);

2- gli antidepressivi sarebbero meno efficaci nei bpd che nei depressi;

3- l'esperienza soggettiva di tristezza intensa si legherebbe nei bpd ad una dipendenza 'appiccicosa' che spesso non si vede nei depressi;

4- se è vero che Akiskal aveva trovato una maggiore frequenza dei disturbi dell'umore nella storia familiare dei bpd, oggi risulta che siano gli abusatori di sostanze e le personalità antisociali ad essere i quadri più comuni negli alberi genealogici dei bpd (White, Gunderson, Zanarini & Hudson, 2003);

5- se è vero che Akiskal aveva trovato il comune marker biologico di una differenza nei movimenti oculari tra il gruppo delle persone normali e quello dei depressi e dei border, Paris afferma che tale differenza si riscontrerebbe nei fatti solo quando i bpd manifesterebbero la soggettiva sensazione di essere depressi (De la Fuente, Bobes, Vizuete & Menlewitz, 2001, Philipsen, 2005).

6- infine l'impulsività e le instabilità relazionali tipiche dei bpd non avrebbero niente a che fare con la depressione.

Per quanto riguarda il bipolare II invece, secondo Gunderson, si tratterebbe di una sovrapposizione fenomenologica tra i due disturbi dovuta ad una comune labilità umorale ed impulsività che si

collegerebbe a un “temperamento sottostante, a una disposizione geneticamente derivata” sottesa ad entrambi (2001, p.31). Salvo poi, essere, a detta di questo autore, psicoanaliticamente distinguibili sulla base della reazione alle interpretazioni in terapia. Infatti i bipolari risulterebbero impermeabili e non turbati dalle interpretazioni, laddove i bpd reagirebbero con l’attacco o con la fuga e comunque con “risposte sempre e chiaramente di tipo emotivo” (2001, p.32). Cita a questo proposito una ricerca del 1994, che avrebbe dimostrato come i bpd ospedalizzati percepissero maggiore ostilità e autonomia negli altri rispetto ai bipolari e ai depressi. Nota infine purtroppo che le ricerche sulla sovrapposizione fenomenologica dei due disturbi sono ancora troppo poche (ne cita una soltanto del 1998 di Zanarini). Come già anticipato, esse andranno in effetti ad aumentare negli anni successivi, come testimoniato dalle *Guideline* del 2005, che segnalano proprio questa nuova sovrapposizione come novità proveniente dalla ricerca. Per quanto riguarda Gunderson, conclude a questo proposito notando che nella pratica clinica, in generale, gli psichiatri preferiscono l’asse I e tendono a diagnosticare bipolare II, laddove gli psicoterapeuti privilegiano l’asse II e tendono a diagnosticare bpd.

Secondo Paris, sette anni dopo, questa associazione diagnostica rappresenterebbe il più recente ed influente tentativo di rimuovere il bpd dalla psichiatria. Il concetto di spettro bipolare sarebbe emerso nell’ultima decade per arrivare a coprire un grosso insieme di sindromi secondo la più recente proposta di Akiskal (Akiskal, 2002). Tramite questo nuovo insieme di studi vengono aggiunti al bipolare I e II anche il III (definito come ipomania indotta da antidepressivi) e il IV (disordine bipolare a ciclo ultrarapido). Secondo questa proposta l’instabilità dell’umore in tutte le sue forme si collocherebbe nello spettro bipolare ed in esso così rientrerebbero i disturbi d’ansia e alimentari, l’abuso di sostanze ed i diversi disturbi di personalità.

Ma, secondo l’autore, il meccanismo biologico alla base dello slittamento dell’umore potrebbe essere completamente diverso nei due casi, perché:

- 1- l’umore avrebbe nei bpd una qualità differente (dall’eutimia alla rabbia e non dalla depressione all’esaltazione, Koenisberg, 2002);
- 2- i suoi slittamenti risponderebbero a circostanze esterne (Henry, 2001);
- 3- i tempi di slittamento sarebbero più veloci, a distanza di ore e non di giorni. Tale assunto potrebbe non eliminare il problema del bipolare IV che descrive l’instabilità affettiva del bpd. Ma se non dimostriamo la sua connessione con la bipolarità dobbiamo lasciare all’instabilità affettiva, secondo Paris, il suo vecchio nome;
- 4- l’eutimia dei bpd non sarebbe descrivibile nei termini dell’ipomania perché “l’essere su” dei border non è mai continuo e completo ma sempre venato di ansia, tristezza e soprattutto rabbia;
- 5- il bipolare non avrebbe remissione con l’età a differenza del bpd;

6- il bipolarismo non si riscontrerebbe nella storia familiare dei bpd;

7- gli stabilizzatori dell'umore non funzionerebbero bene con i pazienti borderline.

Per quanto riguarda il PTSD, molto sinteticamente, Gunderson afferma che, nonostante il trauma, e più precisamente l'abuso sessuale, faccia spesso parte della storia dei pazienti borderline, (quest'ultimo come tratto differenziale rispetto ai traumi fisici che caratterizzerebbero la storia di vita degli antisociali), se la sintomatologia non ruota primariamente attorno ad esso ed alle sue conseguenze, non sarebbe lecito diagnosticare un PTSD, ma occorrerebbe appunto mantenere la diagnosi borderline, fermo restando che essa costituirebbe in sé una suscettibilità allo sviluppo del PTSD quale disturbo aggiuntivo.

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione, la bulimia sarebbe il tipo più comune di disturbo dell'alimentazione concomitante al bpd, per via dell'impulsività che la caratterizza, della dinamica riempirsi-svuotarsi che potrebbe essere considerata specchio delle scissioni interne, e dell'instabilità dell'immagine di Sé che comporta. Secondo Gunderson, laddove l'anoressia non avrebbe niente a che spartire con il bpd, le condotte bulimiche potrebbero risultare invece delle espressioni sintomatiche di un sottostante bpd (Gunderson, 2001, p.36). Per distinguere i due problemi, Gunderson differenzia le storie familiari, quelle dei pazienti borderline più burrascose e difficili, e sottolinea una sensibilità al rifiuto molto più acuta nei bpd, laddove nei disturbi alimentari si tratterebbe di "problematiche narcisistiche di controdipendenza e aspettative di alto rendimento" (Gunderson, 2001, p.37).

Per quanto riguarda l'abuso di sostanze, i borderline sarebbero, secondo una letteratura ormai considerata tradizionalmente attestata, *polysubstance abusers*, secondo la definizione originaria di Nace del 1989. Il clinico dovrebbe, per questi quadri, cercare di capire se è primario l'abuso di sostanze, da cui potrebbe conseguire la fenomenologia borderline, oppure il bpd, che potrebbe causare l'uso di droghe come forma di automedicazione per gli stati disforici¹⁸². Alla luce di ciò è comprensibile "il frequente e quotidiano accesso ai servizi di auto-aiuto degli Alcolisti Anonimi o dei Tossicodipendenti Anonimi", che "soddisfa i bisogni dei pazienti borderline di sostegno, di gestione della crisi, e di una rete, in modi che il sistema della salute mentale raramente può replicare" (Gunderson, 2001, p.38). Sarebbe importante considerare comunque che l'abuso di sostanze peggiorerebbe la prognosi e richiederebbe in ogni caso un trattamento specifico.

¹⁸² Mi sembrano interessanti sia la distinzione, sia il linguaggio usato per tracciarla. Da una parte ciò significa che i consumatori di sostanze primari, per così dire, cercherebbero le droghe per il primario desiderio e bisogno di esse, laddove i borderline le ricercerebbero in virtù della loro infelicità, insoddisfazione, sofferenza. Il che, per altro, viene spiegato come automedicazione di stati emotivi disforici, il che traccia subito una distanza, grazie ad un linguaggio medicalizzato, dall'idea comunemente diffusa che le dipendenze da sostanze siano legate ad una rosa di problemi esistenziali, difficoltà personali ed identitarie, avvenimenti biografici difficili. L'assunto tautologico del ricercare le sostanze spinti dal movente primario di ricercare le sostanze credo sia comprensibile solo alla luce della letteratura in grande crescita sul consumo di sostanze come problema associato all'impulsività temperamentale. Su questo tuttavia torneremo più avanti.

Comunque, un'ipotesi generale considerata ormai valida in letteratura, secondo Maffei, sarebbe quella di un'associazione tra abuso di sostanze, disturbo borderline e disturbo antisociale di personalità, basata su una matrice psicopatologica condivisa costituita dalla disregolazione affettiva e dall'impulsività patologica, corrispondenti alla dimensione temperamentale definita da Cloninger come *novelty seeking* (Maffei, 2008, p.152).

Per quanto riguarda i disturbi somatoformi, metto semplicemente in rilievo come tratti ipocondriaci sarebbero da porre in relazione ai casi borderline come forme di ricerca di attenzione. Viene citata, nuovamente, la rilevante propensione dei bpd a richiedere assistenza in tutte le sue forme, compresa quella di cure mediche oltre che psichiatriche.

Per quanto riguarda le relazioni tra bpd e disturbo narcisistico di personalità, Gunderson rileva che essi si assomigliano per certi aspetti, e tuttavia divergono. La differenza fondamentale sarebbe dovuta all'origine dell'aggressività, che nei bpd sarebbe primaria ovvero costituzionale, mentre nei pazienti narcisistici sarebbe secondaria, ovvero di reazione a questioni/difficoltà ambientali. La distinzione sarebbe importante, perché nel primo caso risulterebbe utile il trattamento farmacologico, e nel secondo no. Inoltre, secondo Gunderson, bisognerebbe domandarsi se le reazioni negative al rifiuto e la pretesa di attenzioni comuni ai due disturbi sarebbero suscitate dalla ferita narcisistica ad un Sé grandioso o alla paura dell'abbandono, dalla fine di un'idealizzazione grandiosa dell'altro o dalla mancanza di cure provenienti dall'altro, sentita come insopportabile.

Occorre riflettere su questo dato in relazione al problema della comorbidità con il disturbo antisociale. Secondo Gunderson, disturbo antisociale e disturbo borderline di personalità sarebbero sovrapponibili rispetto alla condivisione di una comune aggressività ed impulsività causate da una disposizione temperamentale (Siever, Davis, 1991; Widiger, 1994; Paris, 1996; Zanarini, Gunderson, 1997), quella cioè che sarebbe assente nei disturbi narcisistici (come messo in luce dalla differenza tracciata tra questi e i bpd). La differenza tra aspd e bpd starebbe invece nel bisogno di relazione nel bpd versus l'inespressività e l'assenza di rimorso che caratterizza i quadri antisociali, nonostante appunto la comune impulsività e tendenza all'irascibilità di matrice biologica. Viene ipotizzato, dallo stesso Gunderson, che tale differenza sia legata al genere ed alla diversa socializzazione che vivono bambine e bambini. Laddove la prime verrebbero incoraggiate alla relazione, i secondi lo sarebbero all'azione, provocando i due tipi di patologie. Importante la sottolineatura, già menzionata, sul fatto che i border sarebbero soliti richiedere l'oggetto transizionale nei reparti ospedalieri. In ogni caso, conclude Gunderson, sarebbe di estrema importanza riuscire a distinguere i due disturbi, perché: "diagnosticare erroneamente un paziente borderline come affetto da ASPD spesso significa assegnare un paziente, potenzialmente curabile, a un trattamento minimo" (Gunderson, 2001, p.45). È interessante che sia considerato molto

importante differenziarli perché gli aspd sono considerati incurabili, i bpd no. Da questo apparentemente lineare, in realtà estremamente ingarbugliato, insieme di affermazioni, ricaviamo un quadro differenziale che dà luogo a questa situazione: il bpd si distinguerebbe dal disturbo antisociale in virtù di diversi fattori ambientali e di diverse caratteristiche di socializzazione, che andrebbero a modellare nella storia di vita un tratto temperamentale primario di impulsività, che sarebbe attribuibile ad entrambi (abbiamo visto come lo stesso Gunderson ascriva le differenze epidemiologiche, che vedono il bpd come disturbo prototipicamente femminile e l'antisociale prototipicamente maschile, al diktat socio-culturale che per le donne si basa sulla dipendenza e la repressione dell'aggressività e per l'uomo invece sull'autonomia e l'espressione dell'autoassertività e dell'aggressività come normale e lecita se non necessaria). Con la più che problematica, a questo punto, clausola finale, che per la seconda categoria non ci sarebbe cura possibile.

Laddove ciò che i border avrebbero in comune con i narcisisti, sensibilità al rifiuto e problemi relazionali, si differenzia per la matrice biologica dell'impulsività dei bpd, assieme alla loro migliore risposta ai farmaci. Il che mi sembra riflettere, nella maniera più visibile, le radici storiche e culturali della costruzione diagnostica dei rispettivi disturbi. Il narcisismo, infatti, nella sua derivazione psicoanalitica, esclude la considerazione di componenti biologiche e farmacologiche, mentre il bpd, dominio per eccellenza della psichiatria dinamica, riflette un compromesso tra le due correnti. Infatti per il border esiste una componente biologica e una possibilità di cura farmacologica, da unire tuttavia a considerazioni sul mondo relazionale del paziente; invece l'antisociale, associandosi in una maniera diretta alla ricerca neurobiologica su impulsività ed aggressività, e storicamente ancorato agli studi della criminologia lombrosiana ed alla teoria della degenerazione, esclude dal suo orizzonte un discorso psichico sulle caratteristiche del mondo interno e relazionale dei pazienti. Non si capisce poi perché, se le due forme sarebbero le rispettive conseguenze di due differenti tipi di socializzazione a fronte di una stessa primaria caratteristica, gli antisociali non avrebbero diritto ad una cura in quanto considerata per loro impossibile ed inutile¹⁸³.

In ultimo, vediamo l'aggiunta di un nuovo tipo di comorbilità nella letteratura sul disturbo borderline, per altro particolarmente pertinente al focus da me scelto sull'impulsività patologica, ovvero quella con il deficit di attenzione e iperattività. Secondo Paris, esisterebbero tra le due sindromi delle sovrapposizioni dovute alla comune impulsività e tuttavia a suo avviso non tutti i

¹⁸³ Per fare pienamente luce su questo insieme di contraddizioni bisogna ricorrere all'abbondante letteratura socio-costruzionista sul problema della specificità di genere del disturbo borderline (Becker 1997, 2000, Bjorklund 2006, Wirth-Cauchon 2000, 2001) e a quella, ancora più nutrita, sulla medicalizzazione in corso delle condotte criminali legata agli studi sul disturbo antisociale (Nuckolls, 1992, McCallum, 2001).

bpd avrebbero una storia infantile di adhd¹⁸⁴. Per quanto riguarda invece la proposta dell'adhd come precursore del bpd, che per altro vediamo comparire per la prima volta nelle linee guida APA del 2005, si vedano Fossati, et al. (2002), e Philipsen (2008).

Grazie alla discussione di questi tratti comuni tra il bpd e vari altri tipi di disturbi psichiatrici oggi in uso, credo sia emersa un po' più chiaramente l'attuale configurazione del disturbo borderline di personalità come categoria diagnostica. Manca un ultimo elemento di grandissima importanza da discutere in relazione all'attualità: il grande apporto fornito dalla ricerca sui modelli di personalità dimensionali, e la loro sempre maggiore influenza sul discorso psicopatologico e diagnostico.

La diagnosi dimensionale della personalità borderline

L'approccio dimensionale ai disturbi di personalità postula l'esistenza di una serie di dimensioni che caratterizzano più in generale la psicologia della personalità, sana o malata. Tali dimensioni rappresenterebbero un continuum quantitativo entro cui ogni singolo può andare a situarsi (Maffei, 2008, pp.195-196). Queste dimensioni, avrebbero il vantaggio, secondo i loro sostenitori, di potersi meglio ancorare ad un substrato neurobiologico e di essere maggiormente stabili nel tempo rispetto alle categorie diagnostiche (Grilo, McGlashan, 2005, p.163). D'altro canto simili modelli, per quanto empiricamente più raffinati e per quanto indicati come possibile soluzione di alcuni dei più rilevanti problemi dei sistemi categoriali, quali per esempio l'eccessiva co-occorrenza diagnostica, l'eterogeneità fra persone con la stessa diagnosi, i confini contraddittori, mutevoli ed in parte arbitrari delle categorie, e la loro incapacità di includere pienamente una serie di quadri diagnostici non prototipici (Widiger, Mullins-Sweatt, 2005, pp. 53-56), presentano a loro volta dei limiti, soprattutto sul versante clinico, perché rendono difficile la distinzione tra normalità e patologia.

Il che mi sembra perfettamente consono alle nuove tendenze delle scienze bio mediche, il cui sguardo non si iscrive più, come è stato fino a pochi decenni fa, entro l'orizzonte della guarigione ma rientra in un nuovo tipo di potere politico ed etico che "non si situa più tra i corni della malattia e della salute, e neppure è focalizzata sulla eliminazione della patologia per proteggere il destino del paese. Piuttosto, si occupa delle nostre crescenti capacità di controllare, gestire, progettare, riplasmare e modulare le stesse capacità vitali degli esseri umani in quanto creature viventi. È, come

¹⁸⁴ Trattandosi forse della più recente novità comparsa in letteratura, ho svolto su questo tema una più approfondita ricerca sulla banca dati Medline con il fine di selezionare gli articoli nei quali i due descrittori, rispettivamente, ADHD e BPD, risultavano associati dalle origini al 2008. Ho trovato un totale di 38 articoli, il primo dei quali risaliva al 1982, e di cui la metà risale all'ultima decade: 19 dei 38 totali. Centrale negli articoli degli ultimi anni, è l'impulsività come mancata capacità di inibizione, caratteristica principale di entrambi, da diversi autori collegata a deficit neurobiologici delle funzioni esecutive (Nigg, et al., 2005, Lampe, et al., 2007, Rush, et al., 2007). Su questo si tornerà in ogni caso più avanti.

suggerisco, una politica della ‘vita stessa’” (Rose, 2007, p.6). In questa nuova forma di politica, Rose identifica cinque percorsi importanti di cambiamento:

1- la **molecolarizzazione**, ovvero uno stile di pensiero che immagina la vita a livello molecolare e dunque la scompone in una serie di entità molecolari che possono essere identificate e manipolate, mobilizzate, ricombinate, con le più varie strategie di intervento e che dunque non risultano “più vincolate dall’apparente normatività di un ordine vitale naturale” (Rose, 2007, p.9).

2- L’**ottimizzazione**, che si lega al nuovo binomio suscettibilità-potenziamento poiché le tecnologie della vita contemporanee, come gli psicofarmaci, gli interventi di chirurgia plastica, o le forme di programmazione genetica prenatale, “non sono più delimitate, se mai lo sono state, dal binomio salute/malattia. Tale binomio resta ma, al di là di esso, oggi, molti interventi cercano di agire sul presente per assicurare il miglior futuro possibile” (Rose, 2007, p.9).

3- La **soggettivazione**, ovvero quel processo per cui anche le decisioni riguardanti la salute e l’ambito somatico rientrano nella formazione del proprio stile di vita e nella costruzione della propria soggettività. Il che dà luogo a ciò cui Rose dà nome di etica somatica vale a dire una nuova etica in cui un posto centrale viene accordato all’esistenza fisica e corporea e alla sua gestione personale e collettiva quale valore.

4- La **competenza somatica**, ovvero quel processo per cui si sono formate, e continuamente si formano, una serie di figure che detengono delle competenze per guidare ed indirizzare in questo tipo di gestione, si pensi anche solo alla discussa branca della bioetica.

5- Le **economie della vitalità**, vale a dire nuovi spazi economici, che potremmo definire anzi bioeconomici, creati da questa nuova forma di biovalore, legata alle nuove speranze di cura ed ottimalità che hanno naturalmente portato al delinearsi di un nuovo complesso campo geopolitico.

Secondo Rose, questo insieme di modificazioni epocali, non per forza caratterizzate da cesure o radicali discontinuità con il passato ma senz’altro per alcuni aspetti nuove, fanno sì che i cittadini delle civiltà liberali avanzate si trovino a vivere quella che lui definisce “una forma di vita emergente” che sarebbe utile ed interessante cercare di comprendere nei suoi principali aspetti.

Mi sembra che il campo della nuova psichiatria dimensionale, compreso quello più specifico legato ai disturbi di personalità, in cui la più grande mole di studi attualmente si condensa intorno al disturbo borderline, possa essere un ottimo specchio per riflettere -ed illuminare- queste trasformazioni, così importanti per la comprensione del nostro presente.

Innanzitutto, nel tentativo di misurare ed identificare, in vista di un’utilità psicopatologica, le dimensioni della personalità normale, si configurano perfettamente come forme di politica della vita in sé, andando a medicalizzare ciò che non è più confinabile alla patologia. Nei principali modelli dimensionali della personalità, di cui uno fra i più noti e citati è quello a cinque fattori di

Costa e McCrae, troviamo dimensioni quali estroversione/introversione, gradevolezza/ostilità, coscienziosità/instabilità emotiva, anticonformismo. La personalità borderline, all'interno dell'altrettanto noto modello dimensionale a sette fattori di Cloninger, viene descritta come "caratterizzata da un modello temperamentale composto da Alta ricerca della novità, articolata nelle facets della Impulsività, Eccitabilità, Ricerca dell'eccesso e Sregolatezza, Alto evitamento del danno, articolato nelle facets dell'Ansia anticipatoria, della Paura dell'incertezza, della Timidezza e della Facile affaticabilità, e infine da Bassa dipendenza dalla ricompensa, articolata nelle facets della Indipendenza, del Distacco, della Indifferenza e della Fredezza. Questa configurazione condurrebbe ad un insieme composto da alta reattività emozionale, con ansia e rabbia, e una irresoluta ambivalenza tra vicinanza ed esitamento nelle situazioni conflittuali con gli altri esseri umani (Cloninger, et al., 1993, Skravic, et al., 1993). Il modello prevede che questa configurazione temperamentale sia associata a gravi problematiche nell'area del carattere, con particolare riferimento all'Autodirezionalità e alla Cooperatività" (Maffei, 2008, p.214).

Da queste descrizioni risulta più che mai evidente come questa visione porti con sé l'impero di uno studio biomedico e statistico anche sulla sfera della cosiddetta normalità, il che come già scritto rientra perfettamente in quell'insieme di problemi posti dalle nuove forme di medicalizzazione in corso, per cui l'orizzonte del potenziamento, di un miglioramento che non si capisce come regolare, sostituisce quello del ripristino di una funzionalità/normalità perduta¹⁸⁵. Livesley, l'attuale editore del Journal of Personality Disorder, ha proposto (2003) di sostituire questo tipo di modello a quello categoriale per descrivere i disturbi di personalità in asse II nel DSM-V, e con lui si sono dichiarati favorevoli a questa soluzione un numeroso gruppo di studiosi del campo (si veda la bibliografia fornita da Oldham, 2005, p.17, e le informazioni fornite da Widiger, Mullins-Sweatt, 2005).

Le proposte di riorganizzazione del campo diagnostico dei disturbi di personalità, le quali danno forma ad un'associata concettualizzazione di malattia e salute mentale (nonché di mentale tout court), proposte per la futura stesura del DSM-V, possono a mio avviso riflettere ed illustrare nei loro componenti principali i cinque percorsi di cambiamento in corso mappati da Rose per descrivere il nuovo spazio della politica della vita.

La prima trasformazione in corso indicata da Rose era definita **molecolarizzazione**.

Al momento, l'ipotesi per il futuro che mi sembra riscuotere i maggiori consensi all'interno del campo psichiatrico che studia i disturbi di personalità, fra cui il più studiato rimane appunto tutt'oggi il bpd, è quella che propone un'integrazione fra modello dimensionale e categoriale, modello che gli studiosi immaginano possa arrivare a permettere, in un prossimo futuro, la costruzione di un modello psicopatologico che unifichi gli attuali assi I e II del DSM attuale sulla

¹⁸⁵ Si veda per questo anche Conrad (2009), Maturo (2009), Rovatti (2008).

base di dimensioni neurobiologiche sottostanti trasversali, le quali darebbero origine, in diverse combinazioni, ai differenti quadri psicopatologici. Questa è l'indicazione di Maffei, nel momento in cui propone di abolire la distinzione tra asse I e asse II perché anche i disturbi di asse I implicherebbero caratteristiche personali stabili nel tempo, e viceversa, anche i disturbi di personalità determinerebbero una patologia che, pur essendo radicata nei tratti di personalità, rappresenterebbe una malattia che non si trova su un piano di continuità con la normalità. Lo stesso viene sostenuto da Paris: "Alcuni disturbi di personalità (in particolare quelli della categoria borderline), anche se presentano una sintomatologia rara nella popolazione generale, si radicano in dimensioni di tratto (Siever, Davis, 1991). Inoltre, marker genetici, neuropsicologici e biologici, non sono associati in modo consistente a nessuna delle categorie dei disturbi del DSM IV-Tr, ma sono in relazione con i tratti (Livesley, 2003). Questi tratti sono più vicini alla base biologica di quanto non lo siano i disturbi, che sono maggiormente connotati da influenze psicosociali. Principi analoghi possono essere applicati a tutte le forme di psicopatologia, compresi i disturbi di asse I, che hanno anch'essi le loro radici nei tratti e nel temperamento" (Paris, 2005, p.184).

Il punto è proprio questo, identificare delle matrici neurobiologiche per tratti specifici. In che modo? Come viene attualmente studiata la neurobiologia del temperamento, entro la quale va ad inserirsi lo studio sull'impulsività borderline, che è stato l'oggetto specifico attraverso cui ho guardato a questo campo? Le principali discipline in questione sembrano essere la "genetica del comportamento, la neuropsicofarmacologia e la genetica molecolare, nonché la psicofisiologia e il neuroimaging" (Coccaro, Siever, 2005, p.239). Di queste cercando di semplificare, la prima indaga le basi genetiche del temperamento, la seconda l'influenza della chimica cerebrale e della regolazione dei diversi neurotrasmettitori sul temperamento, la terza il rapporto tra copie di specifici geni e tratti di personalità, le ultime due la struttura e le funzioni cerebrali nel loro contributo alle diverse funzioni temperamentali. Cito gli esempi portati nel saggio di Coccaro e Siever in merito a ciascuno di questi ambiti. Gli studi neuropsicofarmacologici avrebbero condotto a "comprendere che la serotonina a livello cerebrale, per esempio, è fondamentale nella modulazione del comportamento impulsivo e aggressivo negli individui con disturbo di personalità. Successivamente, gli studi di neuropsicofarmacologia hanno stimolato quelli di genetica molecolare che hanno dimostrato come la presenza di uno specifico gene (per esempio, il gene di un componente del sistema serotoninergico cerebrale) possa influenzare un determinato tratto temperamentale. Per esempio, gli individui che hanno una specifica variante del gene per il trasportatore della serotonina possono essere più ansiosi rispetto agli individui che hanno una forma diversa. Infine, gli studi di psicofisiologia e neuroimaging hanno portato le ricerche a un livello superiore, che integra i geni, la neuropsicofarmacologia, e le reti di neurotrasmissione neurali [...]

in alcuni gruppi di pazienti con disturbi di personalità, le tecniche di neuroimaging hanno mostrato differenze nella dimensione e nella funzione di specifiche strutture cerebrali” (Coccaro, Siever, 2005, pp. 239-240).

Credo sia evidente come lo sguardo di questa nuova comunità scientifica sia, conformemente al più generale quadro tracciato da Rose, uno sguardo non molare, bensì molecolare. Un nuovo linguaggio che inizialmente, nel corso degli anni ottanta, gli psichiatri sentivano il bisogno di dover giustificare e difendere, e che oggi invece risulta evidentemente egemone e trionfale, e che si compone di nuove entità linguistiche e concettuali, di nuovi attori. Rose presenta questi nuovi attori: i cervelli immaginati come organi corporei alla stessa stregua del corpo con le relative regioni e componenti (corteccia prefrontale, lobi temporali, gangli della base, etc); i composti chimici cerebrali (per esempio la serotonina, con i suoi precursori e prodotti, Gaba aceticolina, etc), che vengono pensati come entità note la cui composizione chimica è conosciuta e certa (cosa inimmaginabile prima degli anni cinquanta); le funzioni cerebrali che connettono strutture cellulari ed eventi molecolari (per esempio i meccanismi del funzionamento recettoriale), anch’essi prima oggetti epistemici precari ed oggi processi universalmente riconosciuti; infine i farmaci, cioè composti chimici artificiali la cui struttura molecolare tenta di riprodurre o imitare l’azione dei composti chimici cerebrali naturali (Rose, 2007, p.301). Ci sarebbero da aggiungere i sistemi di modello sperimentali, costituiti dai vari tipi di disegni di ricerca sperimentale (per esempio i modelli animali), le tecniche e le tecnologie investigative, che poi diventano secondo Rose tecnologie di verità (per esempio le tecniche di neuroimaging funzionale e strutturale), le diagnosi, che designano dei gruppi di persone, ed infine i singoli soggetti, resi oggetti ma anche soggetti informati e partecipi del progresso delle conoscenze attuale e atteso nel futuro (si pensi alla volontà scientificamente informativa nei confronti del paziente raccomandata da Gunderson nella struttura del contratto terapeutico già descritta in precedenza). Si vede bene come siano presenti tutti gli oggetti epistemici utilizzati dai modelli temperamentalmente di personalità. Essi creano, a detta di Rose, che riprende il termine da Ian Hacking, un nuovo “stile di pensiero”, il nuovo stile di pensiero della psichiatria biologica, che stabilisce: “non solo che cosa vale come spiegazione, ma anche che cosa bisogna spiegare” (Rose, 2007, pp.303-304)¹⁸⁶.

¹⁸⁶“Uno stile di pensiero è un particolare modo di pensare, di vedere e di praticare. Implica formulazioni possibili e intelligibili unicamente nel quadro di quel modo pensare. I vari elementi-termini, concetti, asserzioni, riferimenti, rapporti-sono organizzati in configurazioni di una certa forma che valgono come argomenti e spiegazioni. I fenomeni sono classificati e assortiti secondo criteri di importanza. Certe cose sono utilizzate come prove e raccolte in certi modi...Uno stile di pensiero implica anche essere membri di una comunità di pensiero in una disciplina o in una sottodisciplina, e una profonda conoscenza dei rapporti di potere e di status che in essa vigono. E naturalmente, uno stile di pensiero in una certa area scientifica comprende inoltre una peculiare maniera di identificare le difficoltà, di esaminare gli argomenti- una modalità di critica, di ricerca degli errori e di correzione.” (Rose, 2007, pp.18-19).

In questo nuovo stile di pensiero molecolarizzato, lo spazio psicologico profondo che si era aperto con la psicoanalisi si è richiuso: “la mente è semplicemente l’attività del cervello, e la patologia mentale è semplicemente la conseguenza comportamentale di un errore o di un’anomalia identificabile, e potenzialmente correggibile, di qualcuno degli aspetti ora considerati del cervello organico. Si tratta di un cambiamento nell’ontologia umana - nel tipo di persone che riteniamo di essere” (Rose, 2007, p.304). Si ricordi la precisazione, che nel DSM-IV revisionato compariva in relazione alla nuova definizione di disturbo di personalità, la quale denunciava come artificiosa la distinzione mente-corpo. Nel momento in cui la mente si identifica con il cervello, ed il cervello con l’organo, certo la dicotomia viene superata ma non grazie ad un’integrazione, bensì ad una *reductio ad unum*. Ciò, a mio avviso, è estremamente visibile nel cosiddetto modello diatesi-stress.

Questo modello rappresenta attualmente un ideale paradigma per comprendere le varie patologie psichiatriche, un modello che potrebbe consentire di descriverle tutte, comprese quelle della personalità, avvalendosi dell’insieme delle ricerche dimensionali e categoriali ed integrandole, dando luogo a categorie psicopatologiche definite e neurobiologicamente fondate. Esso postula l’esistenza di tratti di personalità che costituirebbero la diatesi biologica che potrebbe dare origine, a fronte di eventuali stressors ambientali, alla patologia (Paris, 1996, 1999, 2005). È interessante come, all’interno di questo modello, gli eventi ambientali siano considerati agenti modulatori del temperamento, ed in questo senso, anche se ciò viene teoricamente negato, di ordine secondario. Al di là delle dichiarazioni teoriche, basta guardare all’insieme delle ricerche prodotte sotto l’egida di questo modello per comprendere che i due tipi di cause non vi occupano lo stesso spazio. Non solo, l’egemonia teorica ed epistemologica dei fattori biologici su quelli ambientali o psicologici diviene inconfutabile osservando come all’interno di questa cornice di ricerca anche i secondi arrivino ad essere influenti sul comportamento sintomatico di un individuo grazie ai loro effetti cerebrali. Oltre tutto, essi vengono curiosamente descritti in questo modo. Cito solo dei riferimenti prototipici fra i molti possibili, dal momento che esiste una grande mole di ricerche simili: due studi di Rinne et al. (2000, 2002), volti a dimostrare le conseguenze, a livello neurobiologico, di un abuso infantile in donne borderline.

Un’ulteriore caratteristica del modello diatesi-stress, è che all’interno di esso ogni categoria di disturbo mentale è associata ad un certo tipo di vulnerabilità genetica. Tale vulnerabilità è costituita da determinate varianti temperamentali, che possono o meno diventare disfunzionali o disadattive in relazione a particolari condizioni ambientali. I disturbi si configurerebbero quali amplificazioni patologiche dei tratti. L’idea di vulnerabilità è centrale nel nuovo discorso psicopatologico ed anche, in quello, per l’appunto, dei disturbi di personalità e del bpd. Nella già citata nuova definizione di disturbo di personalità data dal DSM IV-Tr troviamo già la disfunzione di personalità

associata ad un aumento del rischio (nella fattispecie di morte, dolore o disabilità) o ad una limitazione della libertà. Questa idea di vulnerabilità, che nella ricerca dimensionale diverrà genetica, ci permette di considerare il secondo dei processi di trasformazione in corso segnalati da Rose, da lui identificato con il termine **ottimizzazione**, fenomeno per cui le norme vitali cessano di rappresentare un orizzonte normativo per le cure mediche. Proprio i farmaci psichiatrici vi avrebbero, secondo Rose, largamente contribuito nel momento in cui la loro prescrizione, per via di nuovi prodotti dagli effetti collaterali meno rilevanti, ha cominciato, come è tutt'ora, a porsi un secondo possibile obiettivo oltre a quello della cura di stati sintomatici acuti che è ancora inscrivibile in una tradizionale dicotomia salute/malattia, cioè quello di curare le vulnerabilità di tratto, termine che fa parte appunto del linguaggio degli studi dimensionali sulla personalità e non è più inscrivibile nella suddetta dicotomia¹⁸⁷.

La matrice di tale idea è costituita, nel campo dei disturbi di personalità, dagli studi di genetica comportamentale su gemelli omozigoti, dizigoti ed alberi genealogici, la quale è a sua volta attualmente un importante ingrediente del modello diatesi-stress, nel momento in cui appunto cerca di determinare quale proporzione di varianza possa essere attribuita all'ambiente e quale a fattori genetici all'interno dello sviluppo, e dunque cerca di stabilire l'ereditabilità dei tratti di personalità (Cloninger, 2005, Paris, 1999, pp.11-27, Plomin, 1994). Si tratta in realtà della "genetizzazione" di due concetti che hanno una lunga storia, quello di predisposizione e quello di rischio. Il primo era già presente nella psichiatria ottocentesca, entro la cornice della teoria della degenerazione sotto forma di tara ereditaria, concetto che poi approdò tristemente ai progetti eugenetici della prima metà del Novecento. Oggi come allora, l'aver genitori alcolizzati rappresenta un fattore di rischio biologico per l'alcolismo del figlio¹⁸⁸.

Al momento, le indagini sui fattori di rischio nei disturbi di personalità si basano su ricerche fattoriali e probabilistiche, ma il progetto futuro è quello di ancorarle ad un'inconfutabile esattezza molecolare. Ciò sposta, per altro, anche il livello della cura, che non è più necessaria soltanto a fronte di una patologia appunto, ma anche a fronte di un suo rischio. Leggiamo nell'introduzione al manuale che ho usato per la descrizione del campo di studi sui disturbi di personalità: "Il problema di identificare dei veri precursori precoci dei disturbi di personalità, senza correre il rischio di etichettare in modo inappropriato dei sintomi transitori, è centrale per il futuro del nostro lavoro,

¹⁸⁷ Cito pressoché letteralmente un'affermazione proveniente dal saggio sui trattamenti somatici e psicofarmacologici per i disturbi di personalità scritto da Soloff. Tali trattamenti avrebbero a suo avviso appunto due obiettivi: la cura di stati sintomatici acuti e quella delle vulnerabilità di tratto (Soloff, 2005, p.616).

¹⁸⁸ Su questo si può vedere l'interessante libro di Valverde, *Diseases of the will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom* (1998).

che sarà sempre più rivolto alle strategie di prevenzione” (Oldham, Skodol, Bender, 2005, p.XXII)¹⁸⁹.

È in questo quadro che credo si possa inquadrare l’idea di modificazione dell’asse II nel DSM-V. La task force per la riconfigurazione del disturbo di personalità borderline nel DSM-V sta lavorando per dare corpo alla possibilità di delineare tipi prototipici di personalità borderline, che si configurino attraverso un determinato insieme di tratti e che possano essere associati a diversi livelli di disadattamento e disfunzionalità personale e sociale (APA, 2010). Più in generale, nelle ricerche e nei dibattiti per la stesura del DSM-V (Kupfer, et al., 2002), è stata nuovamente messa sul tavolo la questione della liceità di concetti quali disturbo, morbo, malattia, nel campo della psichiatria e della salute mentale. Un nutrito gruppo di autori fa, infatti, a più riprese notare come non siano attualmente noti marker neurobiologici validi per le categorie diagnostiche così come formulate nel DSM-IV e neppure valide correlazioni a sistemi neurobiologici. Tali autori auspicano, invece, l’ancoraggio della psicopatologia alle conoscenze neuroscientifiche sul funzionamento cerebrale, e pertanto incoraggiano la costruzione di un nuovo sistema diagnostico fondato direttamente sugli stati molecolari del cervello. Il linguaggio che si ritrova in questi scritti trova un perfetto riscontro in quello usato nella ricerca neurobiologica e temperamentale sulla personalità.

E qui veniamo al terzo mutamento segnalato da Rose, cioè quello della **soggettivazione** in corso della vita somatica, descritta in termini biologici e genetici. Questa è l’idea dei modelli dimensionali della psicologia/psicopatologia della personalità: quella di superare tale dicotomia artificiale e artificiosa per poter dare forma a profili individuali, idiografici. Come abbiamo visto questa idea è fatta propria dai ricercatori ma considerata problematica dai clinici, in particolare nell’area dei disturbi di personalità, dato che potrebbe condurre al dissolversi della categoria stessa di malattia della personalità. I teorici dei disturbi di personalità sembrano non voler rinunciare a poter tracciare un confine che delimiti l’esistenza stessa dei problemi di cui si occupano almeno fino al momento in cui tutti i disturbi psichiatrici non verranno ridefiniti sulla base di domini temperamentali biologici sottostanti, compresi i disturbi di asse I, e non solo quelli di personalità, ovvero dell’asse II, che storicamente hanno incontrato ed incontrano maggiori difficoltà ad ancorarsi in una maniera diretta ad un substrato biologico e che dunque, come già chiaramente emerso nel precedente paragrafo sulle comorbidità, hanno condotto negli anni e conducono tutt’ora una battaglia per non venirne riassorbiti. Così, Paris propone come abbiamo visto, un modello che vada a ridefinire nel futuro l’intero campo psichiatrico, proposta avanzata anche da Maffei, ma, nell’attesa che ciò

¹⁸⁹ La controparte del problema della vulnerabilità e del rischio genetico può prendere forma attraverso il concetto di potenziamento, altrettanto importante nel panorama della ricerca psichiatrica, si pensi per esempio a tutti i problemi che si potrebbero condensare sotto la dicitura farmacoterapia cosmetica, al caso storico del Prozac, all’uso di stimolanti come potenziatori cognitivi per fare solo degli esempi recentissimi ma già molto studiati.

accada, difende la categoria borderline come categoria indubbiamente patologica sulla base dei sintomi autolesionisti del criterio 5. In ogni caso l'idea stessa di personalità, come emerge da questi studi di matrice neurobiologica, incarna perfettamente il paradigma della soggettività somatica, o, come dice Rose, del Sé neurochimico.

Si pensi alla ridescrizione della personalità malata attraverso alcuni principali domini psicopatologici attualmente identificati, che rappresentano delle dimensioni, e quindi dei continuum che arrivano a comprendere anche lo spettro dei comportamenti cosiddetti normali, di cui gli studiosi pensano si possa arrivare a definire chiaramente nel futuro i corrispondenti meccanismi neurobiologici: quelli della cognizione, dell'impulsività e della disregolazione dell'umore, come ho già scritto (Oldham, Skodol, Bender, 2005, p.XXII). Secondo Paris, nel disturbo borderline di personalità sarebbero questi tre domini patologici a determinare l'origine del quarto, quello dei problemi relazionali. Come ho già sottolineato, nella descrizione del più generale modello diatesi-stress ci troviamo di fronte ad una dichiarazione di multicausalità fittizia, infatti i problemi sociali e relazionali arrivano ad avere determinati correlati neurobiologici, che ne rappresentano le cause e le origini, se pure in modo meno evidente di quanto può emergere attraverso un'analisi attenta alle dimensioni sociali di sindromi quali per esempio l'ADHD. Nell'ADHD infatti, disturbo da tempo oggetto di un'approfondita ricerca critica, l'insieme dei comportamenti sintomatici, che riguardano la relazione del bambino con i contesti di cui è parte, in primo luogo quello scolastico, vengono descritti a livello cerebrale, e dunque come bisognosi di una specifica cura farmacologica. Cura farmacologica la cui diffusione commerciale ha tra l'altro raggiunto proporzioni talmente impressionanti da non poter passare inosservata, tanto più che tale prescrizione farmacologica ha provocato nel tempo l'accumularsi di una serie di evidenze che ne hanno denunciato effetti collaterali non indifferenti. Nei disturbi di personalità, invece, per esempio nel borderline, la problematicità appare assai meno visibile, e forse per questo non è stata oggetto di analisi critiche altrettanto numerose. Infatti, nel momento in cui, come abbiamo già scritto, esiste nella letteratura sul bpd un livello delle relazioni interpersonali e dei meccanismi psicodinamici che gli autori sembrano non aver abbandonato del tutto, tale sottesa epistemologia rimane più facilmente nascosta. Tutti gli autori che ho utilizzato sul disturbo borderline non presuppongono in modo diretto una dinamica causativa e dunque gerarchica fra il livello degli avvenimenti sociali e personali e quello biologico-genetico, e magari rimangono nelle loro spiegazioni maggiormente ancorati ad un impianto psicologico. Ciononostante, nel dare delle indicazioni di trattamento privilegiano innanzitutto l'urgente necessità di una trattazione farmacologica primaria dei sintomi associati ai primi due domini disfunzionali (vale a dire impulsività ed instabilità umorale), e solo in un secondo momento si occupano della presa in carico degli altri tipi di problemi, magari attraverso

un'ottica psicoterapica. In questo modo, confermano lo stesso tipo sotteso di concettualizzazione del disturbo (anche senza dichiararlo in un modo esplicito, come fa Paris), quella di una sua formulazione semi-dimensionale che accorda una preminenza alle spiegazioni biologiche, trasformando il carattere in un'entità condizionata primariamente dalla struttura molecolare del sistema cerebrale del singolo. I trattamenti farmacologici indicati per il bpd denunciano lo stesso paradosso, tentando di condurre ad un riequilibrio molecolare del Sé che ci riporta alle problematiche messe in luce attraverso il discorso sulle comorbidità, nel momento in cui il bpd non vuole smettere di configurarsi quale disturbo del Sé, né abbandonare del tutto e definitivamente le sue radici storiche. Il paradosso è dato dal fatto che i suoi sintomi possono essere associati da una parte ai relativi domini neurobiologici comuni a tutti i disturbi psichiatrici, e da questo punto di vista si offrono quali possibili target farmacologici delle tre grandi famiglie degli antidepressivi di vecchia e nuova generazione, dei neurolettici e degli ansiolitici. Dall'altra, nel momento in cui esso non si riduce a questo ma si presenta come disturbo del Sé, arriva a distinguersi dagli altri disturbi di asse I proprio in virtù della non efficacia dei farmaci, del loro non essere sufficienti alla cura se non accompagnati da trattamenti psicoterapici. Il che però reinscrive tutto il linguaggio delle psicoterapie nel nuovo orizzonte biomedico. Faccio un esempio: "Alcune anomalie cerebrali individuate nei pazienti borderline corrispondono all'incapacità di rappresentazione di stati del Sé come disfunzione chiave. Alcuni riscontri empirici indicano il ruolo decisivo che la corteccia cingolata anteriore svolge nella mentalizzazione del Sé, quanto meno nell'ambito degli stati emotivi" (Fonagy, Bateman, 2005, p.301). Questo tipo di operazione riesce ad includere psichiatri di matrice dinamica all'interno di quello che Rose definisce il gruppo degli attuali detentori e produttori **di competenza somatica**. Esperti che non apparecchiavano più dall'alto precise strategie di gestione della popolazione, ma che agiscono in forme di consulenza private ed individuali calibrate sul singolo individuo e finalizzate a potenziarne la capacità decisionale e di scelta in vista di una migliore qualità di vita, ottica che si sposa molto meglio con l'orizzonte culturale delle psicoterapie e delle varie forme di counseling psicologico che con le caratteristiche nomotetiche della tradizionale scienza psichiatrica. Il che è interessante perché ribalta alcune apparenti conseguenze scontate della soggettività divenuta somatica. L'ancoraggio alla biologia viene infatti comunemente associato, di primo acchito, ad un'ottica determinista. Si pensi appunto ai paradigmi degenerativi descritti nel primo capitolo della tesi e poi rivoluzionati dal comportamentismo e dalla psicoanalisi, che, riaprendosi alle influenze ambientali, hanno definitivamente fatto tramontare una serie di pratiche (si pensi alle case di cura vitalizie per idioti morali) e di discorsi (per esempio appunto dichiarando fallito il modello frenologico e lombrosiano). In questo nuovo quadro invece il riferimento al biologico si configura piuttosto come matrice di un ethos "di speranza, anticipazione

e aspettativa” (Rose, 2007, p.39). Questo ethos di speranza è più che riconoscibile nel linguaggio della letteratura attuale sul disturbo borderline che ho descritto nel paragrafo precedente e che ho già indicato come curiosamente simile a quello della pubblicità delle case farmaceutiche. È interessante che lo stesso paradigma neuropsicofarmacologico nel suo insieme non può essere letto in questa chiave come tradizionalmente normalizzatore, nel senso che a questa parola hanno dato Foucault e Canguilhem. Al contrario, come Rose fa notare, l’effetto del farmaco sarebbe quello di permettere l’emergenza dell’unicità individuale nascosta ed impedita, prima, dal sintomo. Secondo Rose, il farmaco non verrebbe somministrato ed utilizzato in un’ottica di gestione e controllo della popolazione (tipica delle classiche forme di sapere medico così chiaramente emerse nelle analisi di Foucault e Canguilhem) attraverso la disciplina imposta ai corpi dei singoli, bensì sulla base di un’ideale di autonomia e unicità personale del singolo individuo. Individuo che, grazie all’effetto del farmaco, sul soma, nella fattispecie sui meccanismi neurali, può ritrovare quell’equilibrio che può finalmente permettergli di nuovo di essere veramente se stesso, autenticamente, superando quei deficit che gli impedivano alcune possibilità nella sua autorealizzazione. Ho già scritto nell’introduzione su questa nuova forma di biopolitica, che Rose definisce etopolitica in virtù delle sue attuali caratteristiche: “Nella politica attuale, l’ethos dell’esistenza umana -sentimenti, natura morale, o credenza guida di persone, gruppi o istituzioni- fornisce il medium nel cui quadro l’autogoverno degli individui autonomi può connettersi con gli imperativi del buon governo. Se la disciplina individualizza e normalizza, e la biopolitica collettivizza e socializza, l’etopolitica si preoccupa delle tecniche del sé in virtù del quale gli esseri umani dovrebbero giudicarsi e agire su se stessi per rendersi migliori di quanto non siano” (Rose, 2007, p.40). Ciò è evidente sia nel linguaggio e nelle forme comunicative della pubblicità delle case psicofarmaceutiche (Murray, 2009), che nelle modalità di indicazione di trattamento psicofarmacologico. È evidente, altresì, nell’idea già esposta, nel caso del disturbo borderline, di intervenire in prima istanza con il farmaco su quei sintomi che non permettono la psicoterapia, che è poi un’analisi di quel Sé autentico che i comportamenti distruttivi o più francamente patologici nasconderebbero secondo questa visione del problema.

Il che si sposa a sua volta perfettamente con quelle che sono le esigenze e le dichiarazioni dei nuovi gruppi di pazienti e delle famiglie di pazienti, definiti gruppi biosociali (Rabinow, 2001). Cioè con le strategie, gli obiettivi, i linguaggi e le pratiche di quelle nuove forme di biosocialità che hanno giocato e giocano un ruolo così cruciale nella ridefinizione attuale di molti disturbi psichiatrici, e che possono rivestire una parte chiave nella costituzione di quelle che Rose chiama **nuove economie vitali**.

Si può tracciare una mappatura di queste interrelazioni attraverso la descrizione degli emergenti sistemi di economia morale della speranza, che sono anche sistemi economici nel senso più tradizionale, perché la speranza nei confronti dell'innovazione che potrà curare o guarire stimola i circuiti di investimento: “Quindi l'ethos della speranza collega molti e diversi attori: gli effettivi o potenziali sofferenti che sperano nella guarigione, gli scienziati e i ricercatori i quali sperano in una scoperta significativa che dia lustro al loro nome e faccia progredire la loro carriera, i medici e coloro che lavorano nell'assistenza sanitaria i quali sperano in una terapia che li aiuti a curare i loro pazienti, le compagnie biotech le quali sperano in un prodotto che generi profitto, i governi i quali sperano in sviluppi industriali e commerciali che generino impiego e stimolino l'attività economica e la competitività internazionale” (Rose, 2007, p.39).

Se si prende l'ultimo capitolo del libro sulla personalità di John Gunderson (2001), dal significativo titolo “Uno sguardo al futuro”, ne troviamo una perfetta cartografia. Egli auspica, infatti, una collaborazione tra gruppi ed associazioni di pazienti e famiglie borderline che possano animare il dibattito pubblico ed incrementare l'attenzione collettiva e mediatica al disturbo, in modo che esso possa ricevere quei finanziamenti necessari a far sì che nuove ricerche possano essere condotte, sulla cui base i clinici possano progettare trattamenti e sulla quale servizi specializzati possano riuscire ad organizzarsi e a rendersi concreti, permettendo una formazione condivisa degli operatori sociali e del personale medico sulla base in un unico, scientifico, comprovato, riconosciuto, e soprattutto desiderato da tutti gli attori sociali, corpus di sapere (Gunderson, 2001, pp.247-263). Il capitolo termina proprio con il ringraziamento ad un'anonima fondazione svizzera che con una generosa donazione ha permesso il finanziamento di quattro centri di ricerca comprensivi di tutte le tecnologie necessarie allo studio di questa patologia. È noto che l'attuale ricerca neuroscientifica, soprattutto per quanto riguarda le tecniche di genetica molecolare, ma non solo, richiede finanziamenti cospicui, che ormai neppure gli stati nazionali possono permettersi di prendere in carico (Rose, *Power in Therapy*, e 2007, p.342). A patire da qui è comprensibile la denuncia di Gunderson della mancanza di strutture specialistiche del tipo da lui auspicato all'interno dei servizi pubblici. E tuttavia l'opzione del finanziamento privato della ricerca, che nel caso della nuova psichiatria biologica proviene come noto dalle grandi multinazionali farmaceutiche, pone una serie di conflitti di interesse la cui rilevanza etico-politica ha già creato diversi casi che talvolta diventano veri e propri scandali¹⁹⁰. Al di là degli esempi più estremi, mi sembrano in ogni caso rilevabili, nell'organizzazione e nel linguaggio stesso dell'intero impianto dell'attuale psichiatria biologica una serie di paradossi problematici. Il caso del disturbo borderline è anche in questo senso particolarmente calzante, se guardiamo per esempio alle indicazioni di trattamento farmacologico

¹⁹⁰ Si confronti quale possibile esempio il già citato caso nella nota 11 del presente capitolo del rapporto problematico fra Donald Klein, Xanax e articolazione della famiglia dei disturbi d'ansia.

ad esso associate, che vertono soprattutto, in prima istanza, sulla dimensione dell'impulsività e su quella dell'instabilità umorale.

La terapia farmacologica per i bpd, fortemente consigliata almeno come parte di una cura più complessa, per quanto si possa ritrovare codificata in varie indicazioni e metodiche trattamentali definite, che si presentano nella loro struttura come provenienti da una ricerca empirica comprovata (si confrontino a questo proposito le schede tratte dall'ultima versione delle *Guideline* scannerizzate a fine capitolo – Figura 1), in realtà non dispone attualmente di alcuna giustificazione empirica realmente confermata (Gunderson, 2001, p.112 e Soloff, 2005, p.616). Le indicazioni farmacologiche fornite dalle linee guida per il bpd riguardano i sintomi target relativi ai due domini dell'impulsività aggressiva e della disregolazione affettiva.

Per il primo dominio sono indicati i ricaptatori selettivi della serotonina, se inefficaci, basse dosi di neurolettici, se inefficaci, neurolettici atipici. Per il secondo i ricaptatori della serotonina possono accompagnarsi ad altri tipi di antidepressivi, e se inefficaci essere sostituiti dagli inibitori delle monoamino-ossidasi (con un'eventuale associazione di ansiolitici), e se neanche questi si dimostrassero efficaci si dovrebbe passare al litio o ad altri stabilizzatori dell'umore. Vediamo come la parte della protagonista sia giocata dalla serotonina (Coccaro, Siever, 2005, p.248 e sg.). Tuttavia i trattamenti farmacologici che vengono indicati per il disturbo sono ancora legalmente *off label*, ovvero non ancora ufficialmente autorizzati dagli organismi competenti (Soloff, 2005, p.616), pur essendo considerati importanti, anzi irrinunciabili, nel trattamento di questi pazienti. E nonostante si possano trovare diverse indicazioni che mettono in guardia, a fronte della eventuale inefficacia, dal mettere in atto una lunga serie di tentativi e sostituzioni, le stesse Guidelines nei fatti adottano questo schema di procedimento terapeutico. Ottimo esempio di come un modello di ricerca basato sulle *to be discovered lesions* venga a tradursi in una guida diretta dell'agire psichiatrico che poi invece ha a che fare con persone, territori, relazioni personali e politiche.

Gli spazi manicomiali di internamento normalizzavano e disciplinavano, come abbiamo visto nel primo capitolo, tramite pratiche e saperi, corpi, relazioni, tecniche e realtà di cura. Da esse e ad esse si collegava il discorso diagnostico di allora nella sua operazione di naturalizzazione della sofferenza. Che cancellava, nel suo istituirsi categoriale e nomotetico, la storia del singolo, come emerso dalle analisi delle cartelle cliniche nel manicomio di San Servolo, nel momento in cui per esempio venivano fornite le dimensioni antropometriche dei cervelli dei folli morali. Ma questi folli morali, la loro stessa identificazione e le cure ad essi fornite, avevano permesso il configurarsi delle dinamiche d'internamento, condizionandole, modificandole, e, nei casi migliori, penso a Samuele Mendel, rideclinandole nella propria vicenda biografica.

Ed ora? Ora abbiamo un nuovo oggetto-interlocutore che si presenta nelle fattezze di un cliente, che avanza richieste e desidera informazioni, che ha il potere della scelta d'acquisto e solo in questa qualità influisce sulla produzione dell'offerta di cura, ma che comunque appartiene al versante di un deficit, di un disfunzionamento, che nel suo non essere necessariamente una malattia, può arrivare a riguardare un numero sempre maggiore di persone e a comprendere un numero sempre più esteso di condotte, che vengono naturalizzate e medicalizzate in un modo del tutto nuovo. Si tratta dei circuiti emergenti di biovalore che capitalizzano le nuove forme di identità somatica, e curano le loro possibili disfunzioni sulla base di un nuovo ideale di salute ridefinita in termini di fitness.

Il sogno dei nuovi sistemi psichiatrici dimensionali, lo abbiamo descritto, è di basarsi direttamente sui meccanismi di funzionamento cerebrale, in modo che poi ciascun paziente, e ciascuna persona, possa scegliere il tipo di cure psicofarmacologiche necessarie a mantenere una sua propria qualità di vita ottimale. Un nuovo concetto di *impairment* è sempre più importante e diffuso, e sarà anche l'idea che permetterà di tracciare i confini del patologico nel futuro DSM-V¹⁹¹.

Il nuovo paradigma della soggettività patologica credo possa essere considerato, in questo nuovo panorama, il paziente che presenta delle disfunzioni neurobiologiche nell'autoregolazione.

È in questa cornice che occorre inscrivere, a mio avviso, la crescente importanza e l'imponente aumento di studi sull'impulsività come dimensione transnosografica che unifica il cluster B dei disturbi di personalità, ma che riguarda anche, trasversalmente, uno spettro sempre più ampio di patologie, fra cui le varie forme di abuso di sostanze e di addiction, le patologie da discontrollo degli impulsi (per esempio le tradizionali cleptomania, piromania e gioco d'azzardo patologico), i disturbi dell'alimentazione, ed un'area in progressivo ampliamento quale quella dello spettro bipolare e quella del gruppo dei deficit da attenzione e comportamento dirompente. Questo insieme di sindromi occupa 186 pagine delle 736 complessive che costituiscono l'insieme dei disturbi descritti dal DSM-IV-Tr, il che corrisponde ad una percentuale di circa il 25%, e tutto questo prendendo in considerazione soltanto una delle due forme principali dell'impulsività: quella pura per deficit costante dell'inibizione comportamentale, motoria, non pianificata, attentiva e cognitiva¹⁹².

“Il modello transnosografico richiede per principio che esista un legame tra una caratteristica biologica variabile e un'espressione clinica che può riguardare trasversalmente diverse diagnosi, allora l'analisi fattoriale dei sintomi acquista una grande importanza nel contesto, poiché nel creare una dimensione clinica presente nelle diverse patologie (anedonia, impulsività, ricerca di

¹⁹¹ Si veda la pagina del sito dell'APA sulla proposta di revisione dei disturbi di personalità: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>

¹⁹² Dunque senza contare l'altra, ovvero la forma “serotoninergica” dello spettro dei disturbi ansioso-depressivi, che agiscono per ‘estenuazione-esaurimento’ dell'inibizione (Mouchabac, 2000).

sensazioni), si rende disponibile l'ipotesi di un meccanismo patologico che sembra importante nella genesi dei disturbi mentali" (Mouchabac, 2000, p.66). L'impulsività viene definita da Barratt (1993), uno degli autori più importanti nello studio di essa, come dimensione che comprende:

- a- una diminuita sensibilità alle conseguenze negative dei propri comportamenti,
- b- una rapida, non pianificata, reazione agli stimoli prima di aver processato in modo completo le informazioni necessarie,
- c- una mancanza di considerazione delle conseguenze a lungo termine delle proprie azioni.

Scrive Maffei "Una revisione della letteratura sul disturbo borderline di personalità (Skodol, Siever, et al., 2002) ha sottolineato che l'aggressività impulsiva è una caratteristica fondamentale del disturbo medesimo e ha affermato che essa può essere rilevata attraverso i criteri del DSM, ovvero utilizzando strumenti standardizzati quali la Barratt Impulsiveness Scale-11 (bis-11) (Barratt, Stanford, 1995) o le sottoscale *assault* e *irritability* del Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) (Buss, Durkee, 1957), dal momento che entrambe risultano correlate con una ridotta responsività del sistema serotoninergico" (Maffei, 2008, p.157).

Tuttavia, aggiunge Maffei, successive ricerche hanno dimostrato che l'impulsività aggressiva rappresenta a sua volta un costrutto eterogeneo che andrebbe più dettagliatamente circoscritto. Uno studio di Fossati et al. (2004) avrebbe dimostrato, per esempio, una comune dimensione di "impulsività motoria" o "agire senza pensare", descritta utilizzando una delle sottodefinitzioni di Barratt, tra pazienti antisociali e pazienti borderline, laddove tuttavia una forma più diretta di aggressività sarebbe risultata caratteristica solo degli antisociali. Un altro studio di Fossati et al. 2007, teso a verificare se l'impulsività e l'aggressività si distribuissero trasversalmente nel cluster B dell'asse II, avrebbe dimostrato l'esistenza di una latente dimensione comune ai disturbi di questo gruppo, centrata sull' "impulsività-compulsività, come poli opposti della perdita di controllo-eccesso di controllo" (Maffei, 2008, p.159).

Questo "si accorderebbe con l'ipotesi secondo cui alla base della predisposizione ad agire in maniera incontrollata vi siano fattori biologici temperamentali, come sostenuto da Cloninger con particolare riferimento alla dimensione temperamentale di novelty seeking, e che comunque vi sia un fondamento genetico. A sostegno di questa tesi, come peraltro già ricordato, vi sono i risultati di ricerche che hanno dimostrato un'associazione tra l'impulsività e la disfunzionalità del sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico" (Maffei, 2008, p.161).

Secondo Maffei, infine, gli studi di brain imaging, soprattutto di tipo funzionale¹⁹³, avrebbero permesso recentemente di evidenziare nel disturbo borderline problemi a livello delle funzioni esecutive, ovvero a livello delle funzioni di controllo ed autoregolazione. In questo senso il focus si

¹⁹³ Un critica all'attuale uso delle tecniche di neuroimaging nella ricerca psichiatrica si può trovare in Rose, S. (2005, pp. 335-345).

è spostato sulle capacità attentive, di controllo volontario, di programmazione e pianificazione e ciò spiega la nuova comorbilità con l'ADHD¹⁹⁴. A questo proposito si possono guardare da vicino gli studi su questa tema fino ad oggi esistenti, descritti da Maffei (2008, pp.180-193), Coccaro e Siever (2005, pp.252-255), e Nahas, Molnar e George (2005, pp.1019-1021).

Vorrei riportare per intero, a titolo di esempio, soltanto uno fra questi studi, quello svolto da Posner (2002)¹⁹⁵. In questo articolo, Posner si propone di testare l'ipotesi che i pazienti borderline abbiano una disfunzione biologica di uno specifico circuito neurale associato all'autoregolazione (*self-regulation*). Deficit che non sarebbe direttamente collegabile ai loro problemi interpersonali, che sono piuttosto visti quali frutto della loro scarsa abilità di gestire affetti negativi e della bassa capacità di controllo. Utilizza per il suo esperimento un compito di natura puramente cognitiva, che sottopone a tre gruppi di soggetti: il primo composto da 39 bpd (di cui 38 donne e 1 maschio), di cui 18 non sottoposti a cure e 21 invece sotto cura, il secondo composto da un gruppo di 22 persone selezionate sulla base dei risultati da essi ottenuti mediante un questionario sul temperamento che li avrebbe caratterizzati come individui con forti affetti negativi e basso controllo, ed un terzo gruppo di controllo costituito da 30 persone. A questi tre gruppi ha somministrato tre diversi tipi di compito: nel primo, teso a verificare l'allerta dell'attenzione non orientata, venivano presentati ai soggetti stimoli senza nessuna indicazione orientativa, nel secondo, teso a verificare le capacità di attenzione orientata, venivano loro presentati stimoli con un indizio riguardo dove sarebbero apparsi, e nel terzo, teso a verificare le capacità di attenzione di fronte a situazioni conflittuali, venivano loro presentati stimoli target circondati da distrattori incongruenti.

Questo terzo tipo di compito viene considerato dall'autore, sulla base di studi precedenti di neuroimaging (Luu, Posner, 2003, Fan, et al., 2003), in relazione al circuito del giro cingolato anteriore (più precisamente al cingolo dorsale-anteriore e alla corteccia prefrontale laterale). Sono proprio i risultati dei tempi di reazione a questo terzo compito, che coinvolgerebbe secondo Posner un network attenzionale coinvolto nella risoluzione dei conflitti, a mostrare una differenza tra il gruppo dei bpd e quello di controllo. Differenza sufficientemente significativa a suo avviso per corroborare l'ipotesi di partenza, secondo cui i border, anche per via degli abusi subiti durante la loro infanzia (nel gruppo border complessivo della clinica da cui ha tratto il campione le percentuali di abuso erano rispettivamente del 78% per l'abuso psicologico, del 38% per l'abuso fisico e del

¹⁹⁴ Si veda in proposito la bibliografia già citata nel paragrafo sulle comorbilità. È incredibile come la nutrita mole di studi sociologici, filosofici e antropologici, tesi a decostruire l'ADHD, non riesca a trovare spazio ed ascolto all'interno della comunità psichiatrica. Le critiche a questa sindrome, in relazione alle politiche farmaceutiche legate alla vendita del Ritalin, dell'Adderall e dello Strattera, oltre che ai metodi di raccolta dei dati, ai tipi di studi ed alle relative teorie, si sono accumulate nel tempo ed ormai costituiscono quasi una letteratura a sé (si veda per esempio Conrad 2006, Gatti, 2003, Rose, S. 2005, pp.319-331).

¹⁹⁵ Anche per la significatività della figura di Michael Posner in questo campo, cioè quello della neurobiologia della *self-regulation*.

28% per l'abuso sessuale), mostrerebbero un deficit del giro cingolato anteriore, corrispondente neurobiologico dei network attenzionali coinvolti nella risoluzione dei conflitti.

Circuito che si svilupperebbe, secondo altri studi da lui svolti, tra i 2 e i 7 anni. Considerando che studi sullo sviluppo del controllo volontario e del network attenzionale legato alla risoluzione dei conflitti avrebbero dimostrato, secondo Posner, una sostanziale ereditarietà, e che l'empatia risulta una qualità fortemente correlata con il controllo volontario, ne deduce che la mancanza di empatia potrebbe contribuire a produrre il genere di difficoltà con le relazioni interpersonali che caratterizzano i profili temperamentali dei bpd. In uno studio, allora non ancora pubblicato, di Ellis et al. veniva dimostrato, secondo Posner, come un deficit sia di controllo volontario che di sistema attenzionale legato ai conflitti nei bambini aiutava nella previsione di un esito antisociale in adolescenza. L'autore considera inoltre uno studio che dimostra come in bambini ed adulti con lesioni di aree frontali mediali, incluso il cingolato dorsale anteriore, si produce la tendenza verso relazioni interpersonali povere e più in generale verso il comportamento antisociale. In accordo con la sua influenza sull'empatia, il controllo volontario potrebbe dunque a sua volta giocare un ruolo nello sviluppo della coscienza: "queste scoperte rendono plausibile che le caratteristiche temperamentali dei pazienti bpd li predispongano alle difficoltà nella socializzazione" (Posner, 2002, p.16369).

Tornando dall'esempio singolo all'insieme entro il quale può essere inserito, si può sinteticamente affermare che l'impulsività viene riconcettualizzata da questo nuovo insieme di studi come "un deficit di inibizione comportamentale che va ad interferire sul funzionamento normale delle funzioni esecutive per produrre dei sintomi nel dominio della disregolazione" (Mouchabac, 2000, p.75).

A partire da questo è altresì comprensibile la sostituzione, nel thesaurus della banca dati Pyscinfo, del descrittore *impulsiveness*, cioè impulsività, che era in uso a partire dal 1973, con il descrittore *behavioral disinhibition*, avvenuta nel luglio del 2008. A questo sarebbero collegati descrittori quali *impulse control disorders* e *self-control* (si vedano per questo le immagini allegate a fine capitolo – Figura 2).

Le funzioni esecutive sarebbero, secondo questo paradigma, le responsabili "delle funzioni mentali che il soggetto compie in funzione dell'autoregolazione: nell'intervallo che intercorre fra uno stimolo e la risposta comportamentale deve essere innanzitutto inibita la risposta immediata e grazie a ciò possono essere attivate le operazioni che costituiscono appunto le funzioni esecutive" (Maffei, 2008, p.191). La mancata inibizione della risposta sarebbe in questo quadro il sintomo per eccellenza dei disordini esecutivi, e la causa del fallimento di comportamenti finalizzati e dunque di

quell'adattamento all'ambiente vantaggioso per il soggetto, tipico e primario prodotto dei processi di autoregolazione. Sarebbero le funzioni esecutive a permettere all'uomo di:

- a- generare azioni finalizzate,
- b- creare un'organizzazione di eventualità comportamentali entro cui scegliere le risposte adatte a una determinata situazione,
- c- accedere all'uso delle regole e della pianificazione,
- d- differire la gratificazione,
- e- fissarsi degli obiettivi e proiettarsi nel futuro.

Sarebbero sempre le funzioni esecutive a permettere una separazione fra contenuti mentali e componenti affettive, garantendo risposte appropriate ad obiettivi e contesti, volontarie e consapevoli. E le loro disfunzioni a generare risposte automatiche, incontrollate, impulsive e disfunzionali¹⁹⁶. E tali funzioni sarebbero collegate, in primo luogo, alla corteccia prefrontale (Nahas, Molnar, George, 2005, p.1019)¹⁹⁷. Troviamo qui dunque un modello neurobiologico dell'autoregolazione in cui le condotte impulsive, o meglio le condotte di disinibizione comportamentale, motoria o attenzionale, vengono concettualizzate come deficit di controllo delle funzioni superiori, correlate a diverse ipotesi di strutture cerebrali dal volume o dal metabolismo ridotto.

La re-iscrizione di tutto questo tipo di letteratura sui corrispondenti neurobiologici dell'impulsività, a livello dei circuiti serotoninergici, ridefinita quale disinibizione comportamentale, per mezzo soprattutto degli studi di neuroimaging funzionale, all'interno di una teoria che lega i meccanismi dell'autoregolazione alle funzioni esecutive, localizzate in primo luogo nella corteccia pre-frontale, assume nel quadro socio-culturale entro cui l'attuale letteratura psichiatrica va a collocarsi, una significatività che ritengo di estrema rilevanza.

¹⁹⁶ Berrios dedica un articolo (Berrios, Gili, 1995) a tentare di tracciare una storia concettuale dei disturbi della volontà. A suo avviso, valori comuni, che includono concetti semi-esplicativi come "impulso", "motivazione" o lobo frontale "esecutivo", non sono concettualmente migliori della vecchia nozione di volontà, né le sono superiori come variabili in correlazione per gli studi neuro-biologici. La nozione neuropsicologica così di moda di "lobo frontale esecutivo" non sarebbe immune infatti dalle stesse obiezioni concettuali (regressione *ad infinitum*) che una volta erano considerate fatali per il concetto di volontà. Berrios si augura ed auspica perciò che il corrente interesse per un "approccio modulare" ai sintomi ed alle funzioni mentali incoraggi i ricercatori a studiare piuttosto la psicologia dell'azione. Suggestisce dunque di adottare di nuovo la volontà, aggiornata secondo il lavoro moderno della filosofia dell'azione, come categoria di ricerca della psichiatria in corso. Di fatto secondo lui anche se la volontà non gioca più un ruolo in psichiatria e psicologia, circa cent'anni fa essa era invece un importante concetto descrittivo ed esplicativo, e solo alla fine del diciannovesimo secolo venne presa di mira a causa dell'imporsi dei paradigmi della psicoanalisi e del comportamentismo, tanto che, alla fine della prima guerra mondiale, non era più un concetto di moda nonostante non fosse stato mai invalidato da un punto di vista empirico od oggettivo. Si veda anche, per una critica di un paradigma della funzione esecutiva associato ad una teoria neurobiologica della coscienza, a partire da un'analisi critica del caso di Elliot di Antonio Damasio: Bella, Barbieri, in corso di pubblicazione.

¹⁹⁷ Non entrando nello specifico degli studi cui faccio riferimento, sto naturalmente facendo delle semplificazioni per certi aspetti assolutamente imprecise. Ma, lo ribadisco, il fine di questa brevissima esposizione non è certo dare conto dei dettagli dello stato attuale della ricerca quanto un'idea di massima della sua direzione e delle sue tendenze.

In effetti è attorno a questo paradigma che mi sembrano radunati i principali attuali rappresentanti di quello che Alain Ehrenberg chiama “paradigma forte delle neuroscienze” (Ehrenberg, 2004, p.132), che sta tentando di costruire una neurobiologia del soggetto umano, attraverso una filosofia molecolare che collega il sé al cervello, se ad esso viene sovrapposto secondo lo stile di pensiero che dà forma alle attuali identità somatiche. Fra questi Erik Kandel, Gerald Edelman, Michael Posner, Antonio Damasio. Tale paradigma nasce dalla riunificazione, a partire dagli anni novanta del Novecento, della neurologia, della psicopatologia e della psichiatria, che alla fine dell’Ottocento si erano separate grazie alla comparsa dell’idea di una distinzione tra disturbo lesionale e disturbo funzionale, e si propone di comprendere i meccanismi cellulari e molecolari che danno origine ai diversi disturbi mentali, nel tentativo di costruire una possibile neurobiologia della coscienza.

Il ponte fra disturbo lesionale e funzionale sarebbe ora possibile grazie ai progressi della biologia molecolare e delle tecniche di neuroimaging. Spesso le battaglie sulla verità scientifica si combattono a livello dell’esattezza o meno delle scoperte prodotte da queste tecniche, che Rose ha chiamato appunto nuove tecnologie di verità. “Tuttavia, fatti, osservazioni e spiegazioni possono essere candidati alla verità -o alla falsità- solo se essa sia potenzialmente dimostrabile attraverso uno di questi mezzi candidati” (Rose, 2007, p. 303). Lo sguardo sul cervello, sul Sé e sulla vita mediato da queste nuove evidenze scientifiche, i modi di-mostrarlo, non mi sembrano in sé scientificamente più validi dei tipi di osservazione scientifica che li hanno preceduti, nel momento in cui, come evidente nell’analisi dell’articolo di Posner, utilizzano un insieme di dati per convalidare, o anche solo cercare di verificare, ipotesi che saltano a volte indebitamente dalla descrizione di meccanismi molecolari a fenomeni di natura ineludibilmente psicologica e dunque sociale, quali “comportamento antisociale”, “empatia”, “controllo volontario”, “abuso psicologico”, “autocontrollo” o “coscienza”, anche se un’epoca etopolitica come quella attuale favorisce ed incoraggia questo errore epistemologico.

Riporto a questo proposito un significativo esempio di mancata riflessione epistemologica. Si tratta della breve presentazione di un caso clinico di una paziente borderline sottoposta a stimolazione transcranica magnetica, che si conclude con queste parole: “sebbene alla fine del trattamento i suoi punteggi fossero ancora marcatamente elevati, sia lei che il padre erano convinti del fatto che la TMS avesse avuto un grande effetto calmante, e pertanto il suo miglioramento era molto più evidenziabile mediante le valutazioni soggettive che mediante quelle oggettive” (Nahas et al. 2005, p.1027). Il gioco di prestigio per cui, in questo caso, delle sensazioni soggettive, incerte e singolari, funzionano quale efficace prova di una verità scientifica, è spiegabile a mio avviso solamente attraverso la diffusione ormai invisibile di una nuova metafisica.

In un passo de *L'errore di Cartesio*, Damasio descrive una nuova tecnica di visualizzazione cerebrale, *brainvox*, che permetterebbe di vedere “un’immagine del cervello che non differisce da quella che si vedrebbe sul tavolo autoptico: una meraviglia strana ed inquietante. Che cosa avrebbe fatto -si chiede il neuroscienziato- il principe Amleto, se avesse potuto contemplare le sue tre libbre di cervello meditabondo ed esitante, e non soltanto il teschio passatogli dal becchino?” (Damasio, 1994, pp.57-58). Hanna Damasio ha usato questa tecnica per visualizzare il celebre cervello di Phineas Gage, più di 100 anni dopo il decesso di questo primo paziente frontale con tipici sintomi di disinibizione e discontrollo delle funzioni esecutive. Considero questa immagine come una metafora, paradigmatica e per alcuni aspetti illuminante.

In un caso citato da Rose, una paziente, che non voleva assumere nuovamente il Prozac, viene convinta dal suo terapeuta a riprenderlo grazie ad un esame neuroradiologico del suo sistema limbico profondo, che mostrava una maggiore attività in quell’area del cervello. Fu questa immagine a convincere la donna a riprendere il Prozac. Una simile rappresentazione, decodificabile attraverso i nuovi linguaggi della biopsichiatria molecolare, potrebbe essere considerata a mio avviso un equivalente simbolico delle fotografie raccolte al manicomio di San Servolo, che confrontavano i malati e i guariti e che costituivano le prove più lampanti dei successi della psichiatria in erba. I crani del gabinetto di antropologia, e le misure craniometriche delle cartelle ivi raccolte possono, credo, aiutare ad articolare una risposta alla domanda di Antonio Damasio su Amleto. Formulando un invito, in questo particolare caso, a pensare ai comportamenti detti impulsivi dall’egemonia di quelli che Bateson chiamava principi dormitivi, tautologici ed inutili, al di fuori delle coordinate di un’ottica riduzionista che si illude di poter arrivare a controllare, pianificare o gestire volontariamente l’intera vita. Bateson riteneva che l’istinto dovesse essere annoverato fra questi principi esplicativi in realtà inspiegabili, per definizione non sottoponibili ad indagine scientifica. Cosa direbbe dell’attuale disinibizione comportamentale? Come commenterebbe il motto della casa farmaceutica Pfizer “La vita è il lavoro della nostra vita” all’interno dell’emergente forma di biocapitalismo che non aggrega più parti di persone in vista di un obiettivo¹⁹⁸ ma sequenze gnomiche molecolari in vista di scopi personalizzati e guadagni? Forse non commenterebbe né giudicherebbe, solo comincerebbe a dedicarsi a quell’insieme di ricerche etnografiche, psicologiche, sociologiche, etologiche o biologiche che era solito incrociare

¹⁹⁸ Secondo Bateson la forma del sistema capitalistico a lui contemporaneo, era da considerarsi responsabile di gravi errori epistemologici quali la distinzione mente-corpo, a loro volta alla base della maggior parte dei problemi sociali e personali allora diffusi, quali, nella sua lettura interdisciplinare, la crisi ecologica o i comportamenti schizofrenici. Dando una preminenza ingiustificata ed arbitraria alla finalità cosciente, l’uomo occidentale aveva secondo Bateson la difuzionale abitudine di isolare e reificare i fenomeni, vale a dire di privarli delle caratteristiche che li connotavano come sistemi viventi. Torno alla frase da cui sono partita da lui scritta nel 1968: “Il capitalismo ha generato e genera sempre di più entità automassimizzanti, quali compagnie commerciali, sindacati o partiti politici, i quali nella realtà biologica non sono persone, né aggregati di persone intere ma aggregati di parti di persone associate in vista di un fine” (Bateson, 1972, p. 486).

per mappare nuovi territori, nella lucida consapevolezza dell'arbitrarietà di questa operazione cartografica, del suo situarsi sempre e necessariamente, ad un livello che non poteva pretendere di descrivere fedelmente la realtà né di esaurirla.

Nel cerebralizzare la mente non credo affatto si sia superato l'errore di Cartesio, si è piuttosto materializzata un'anima in fin di vita. Nel 1972, Gregory Bateson formulava delle critiche al pensiero psicologico occidentale divenute celebri, e ne reclamava urgentemente un profondo mutamento di prospettiva: "Di solito gli psicologi si esprimono come se le astrazioni di certe relazioni (dipendenza, ostilità, amore, etc) fossero oggetti reali che devono essere descritti o espressi dai messaggi. Ma questa è un'epistemologia che procede alla rovescia. In realtà sono i messaggi che costituiscono la relazione e le parole come dipendenza sono solo descrizioni verbalmente codificate di modelli immanenti nella combinazione dei messaggi scambiati. Come abbiamo sottolineato non ci sono oggetti nella mente" (Bateson, 1972, p.258). A dispetto di una forma sociale e culturale di individualismo che, a partire dagli albori della modernità, ha separato progressivamente l'io dal contesto, il corpo dalla mente, microcosmo e macrocosmo, coscienza e incoscio, dando corpo ad un'idea di autoregolazione ed autonomia che escludeva programmaticamente l'interdipendenza e le sue conseguenze, (e che nel tempo ha generato e curato folli morali e idioti degenerati, strutture limite e personalità "come se", disturbi borderline e pazienti iposerotoninergici, con danni prefrontali o a rischio genetico di comportamento antisociale), si potrebbe piuttosto pensare che, quello che conta, almeno nel campo delle relazioni terapeutiche, ovvero di cura "sia sistemicamente, l'insieme di relazioni tra individuo, famiglia, reti amicali, società, weltanschauung singole e collettive, ambiente naturale, e insomma la struttura di un'organizzazione complessiva che, a sua volta, ridefinisce continuamente la propria autonomia e quella delle singole parti (Inglese, 2000, p.236).

Figura 1. Schede tratte dall'ultima versione delle *Guideline* 2001 (American Psychiatric Association)

“Algorithm based on clinical judgment that uses evidence currently in the literature, following the format of the International Psychopharmacology Algorithm Project. The first step in the algorithm is generally supported by the best empirical evidence. Recommendations may not be applicable to all patients or take individual needs into account. The empirical research studies on which these recommendations are based may be ‘first trials’ involving previously untreated patients and may not take into account previous patient nonresponse to one, two, or even three levels of the algorithm (i.e., patients who, by definition, have more refractory disorders). There are no empirical trials of the complete algorithm.”

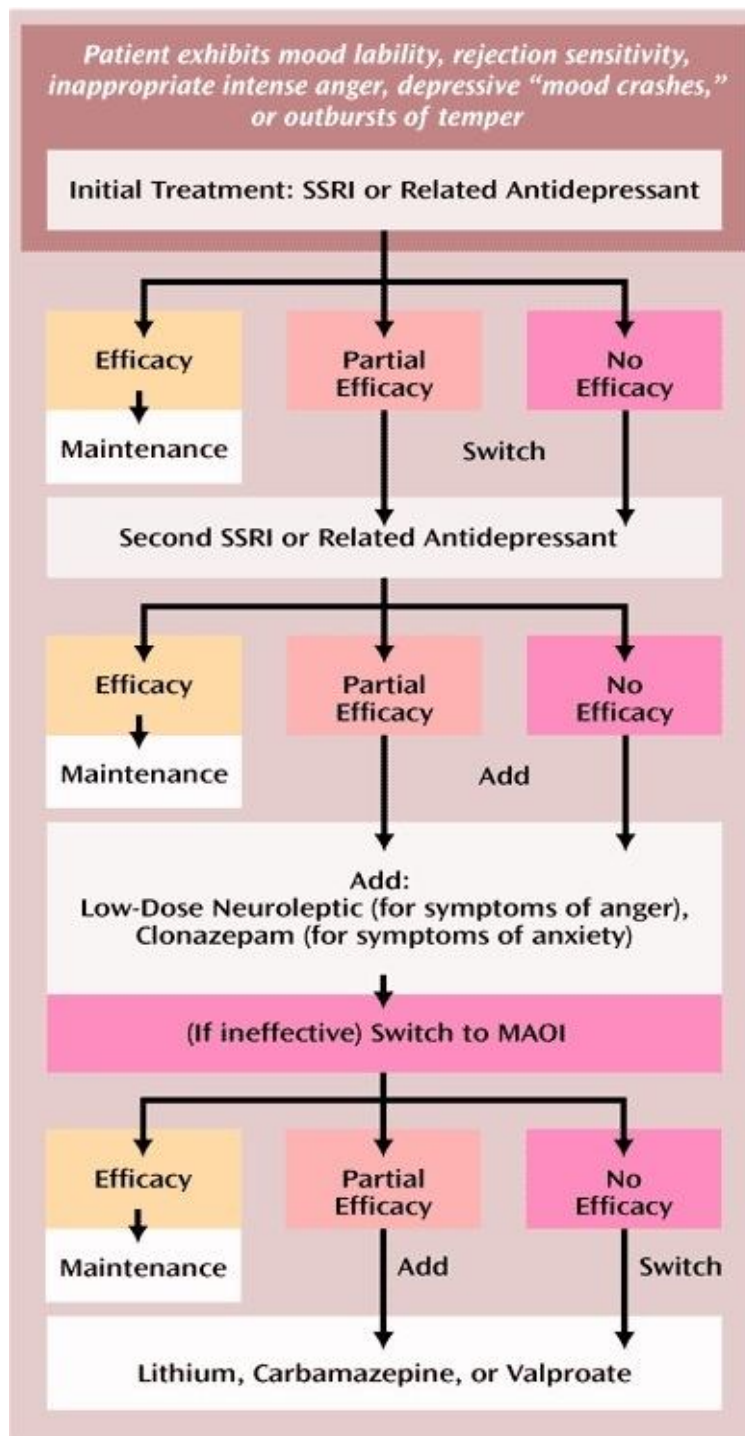


Figura 1a. Psychopharmacological Treatment of Affective Dysregulation Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

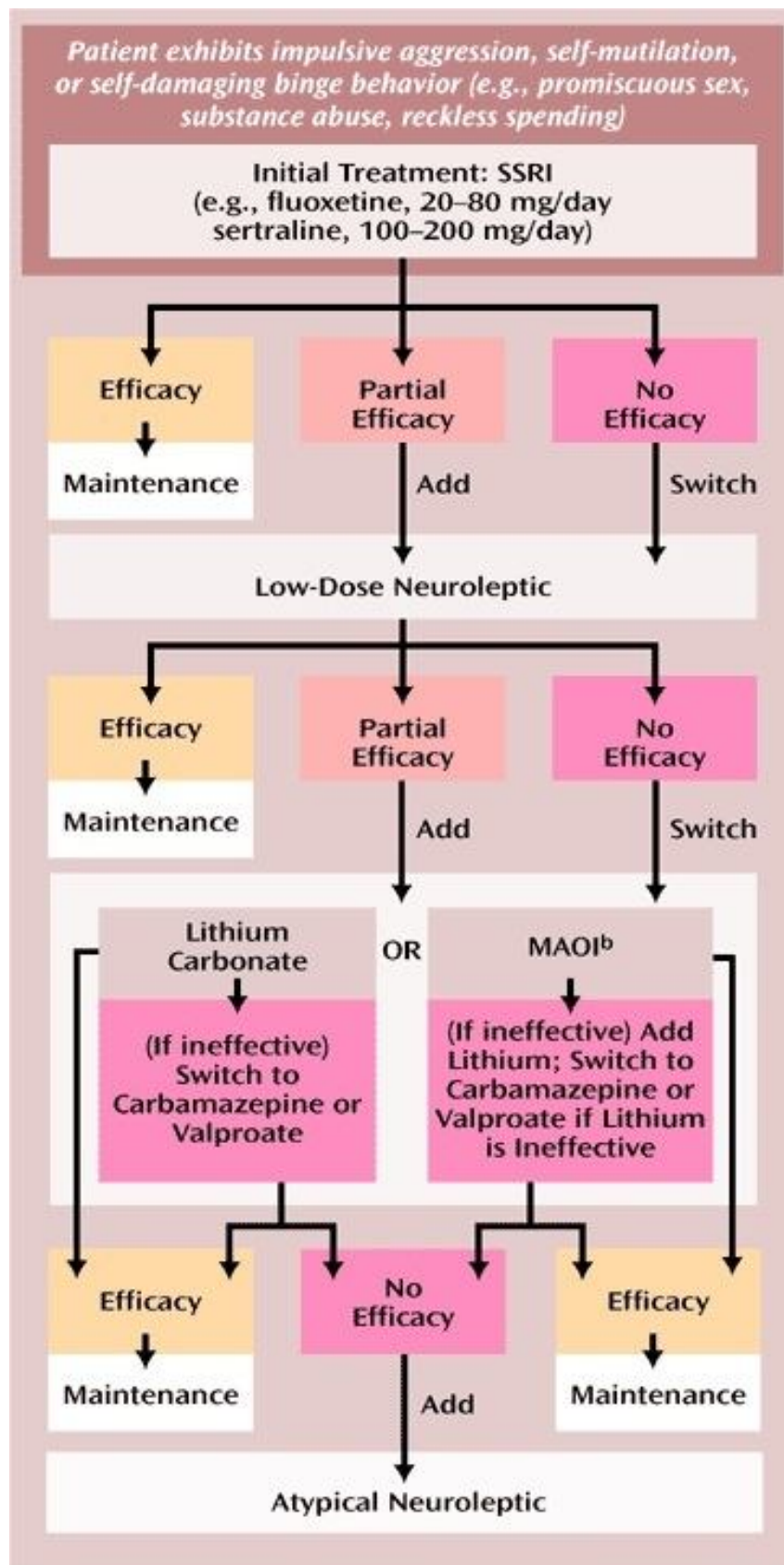


Figure 1b. Psychopharmacological Treatment of Impulsive-Behavioral Dyscontrol Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

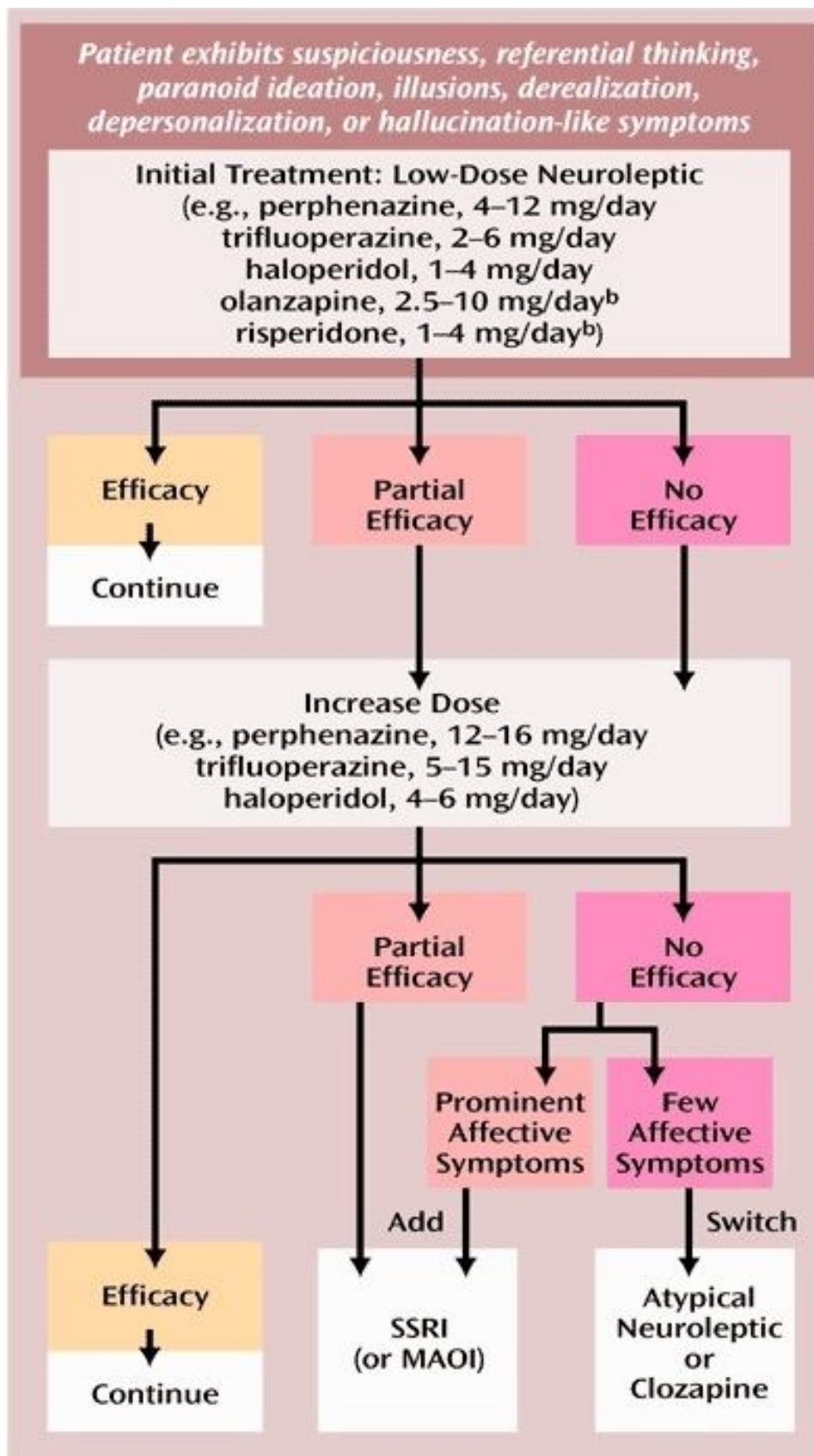


Figure 1c. Psychopharmacological Treatment of Cognitive-Perceptual Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder

Figura 2a. Scheda descrittore *impulsiveness* – Thesaurus PsycINFO

Select Display: Alphabetical Index Hierarchy Rotated Index

PsycINFO Thesaurus (English)

[Clear Marked Terms](#) | [Add to Marked Terms](#)

New Search Using Marked Terms

Use AND to narrow
 Use OR to broaden
 Explode to include all narrower terms

Impulsiveness (1973)

Broader Terms

[Cognitive Style](#) [+]
Preferred or habitual style of learning or thinking.

Related Terms

[Attention Deficit Disorder](#) [+]
A disorder characterized by persistent developmentally inappropriate inattention and impulsivity.

[Attention Deficit Disorder with Hyperactivity](#)
A behavior disorder in which the essential features are signs of developmentally inappropriate inattention, impulsivity, and hyperactivity. Use both ATTENTION DEFICIT DISORDER and HYPERKINESIS to access references prior to 2001. In May 2006, this term replaced the discontinued term MINIMAL BRAIN DISORDERS. MINIMAL BRAIN DISORDERS was removed from all records containing it and replaced with ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY, its postable counterpart.

[Behavioral Disinhibition](#)
The inability or unwillingness to control behavioral impulses, often as a result of alcohol use, drug use, or brain damage. This term was introduced in July 2008. Relevant records were re-indexed with this term. The posting note reflects the number of records that were re-indexed.

[Conceptual Tempo](#)
The dimension of cognitive style often measured by response latency or the time required to solve a problem.

[Impulse Control Disorders](#) [+]
Mental disorders characterized by an intense need to gratify one's immediate desires and failure to resist the impulse or temptation.

[Kleptomania](#)

[Pathological Gambling](#)

[Pyromania](#)

[Reflectiveness](#)
Use IMPULSIVENESS to access references from 1985-1996.

Previous Term: [Impulse Control Disorders](#) [+]
Next Term: [In Vitro Fertilization](#)

Figura 2b. Scheda descrittore *Behavioral Disinhibition* – Thesaurus PsycINFO

Search the Thesaurus [Help & Support](#)

History/Combine Searches | Command Search | **Thesaurus** | Indexes

Select Thesaurus: [Change Databases](#)

Browse Thesaurus for:

Select Display: Alphabetical Index Hierarchy Rotated Index

PsycINFO Thesaurus (English)

[Clear Marked Terms](#) | [Add to Marked Terms](#)

Behavioral Disinhibition (2008)
The inability or unwillingness to control behavioral impulses, often as a result of alcohol use, drug use, or brain damage. This term was introduced in July 2008. Relevant records were re-indexed with this term. The posting note reflects the number of records that were re-indexed.

Broader Terms

[Personality Processes](#) [+]
Conceptually broad term referring to the interaction among personality structures (e.g., ego, id) or pattern of characteristic tendencies, often but not exclusively from a psychoanalytic perspective. Use a more specific term if possible.

Related Terms

[Impulse Control Disorders](#) [+]
Mental disorders characterized by an intense need to gratify one's immediate desires and failure to resist the impulse or temptation.

[Impulsiveness](#)

[Inhibition \(Personality\)](#)

[Risk Taking](#) [+]

[Self Control](#)
The ability to repress or the practice of repressing one's behavior, impulsive reactions, emotions, or desires.

Previous Term: [Behavioral Contrast](#)

Next Term: [Behavioral Ecology](#)

New Search Using Marked Terms

Use AND to narrow
 Use OR to broaden
 Explode to include all narrower terms

Conclusione

Problematizzare l'autonomia

Questa è la tragedia della mente moderna che ha risolto l'enigma dell'universo ma solo per sostituirlo con l'enigma di se stessa.

Alexandre Koyré

Quando ho cominciato questa ricerca, l'idea che la storia della patologia borderline potesse essere un buon modo per approfondire il problema moderno della costruzione di una possibile soggettività autonoma, in quell'ottica interdisciplinare che ho descritto nell'introduzione come antropologia filosofica, era solo un'ipotesi.

Inizialmente, due significativi saggi mi avevano fornito degli interessanti suggerimenti in questa direzione.

Il primo, dal titolo *Libertà ed esperienza borderline* (Alford, 2003), era uno studio qualitativo sulla concezione di libertà nel contesto presente, che reclamava un bisogno urgente e attuale di una più raffinata psicologia morale della libertà¹⁹⁹. L'autore aveva condotto un'intervista in profondità a 52 diversi informatori sulla loro esperienza di libertà ed aveva rilevato una svalutazione di essa relativa al denaro e al potere: il modo in cui i soggetti intervistati concettualizzavano la libertà aveva secondo lui una qualità borderline - un termine che si riferisce al disturbo borderline di personalità, ma che viene in questo articolo inteso come un costrutto culturale simile a quello di narcisismo nell'opera di Lasch, quindi non applicato come diagnosi all'intera popolazione ma usato per definire un fenomeno socio-culturale.

Secondo gli intervistati, ad essere importante non era il poter fare ciò che si sarebbe voluto in teoria (che secondo molti era possibile almeno nei limiti della legalità), ma l'aver i mezzi materiali per farlo. Ne emergeva, secondo Alford, un individualismo ingenuo, caratterizzato da una separazione enorme tra un desiderio interno di libertà illimitata, del tutto priva di vincoli, ed una completa impossibilità di realizzarla nella realtà, abbastanza frustrante. Si trattava di un'idea di libertà come "lasciare tutto, tagliare, uscire dalla porta e non tornare più indietro" (Alford, 2003, p.166). Un desiderio di non dover possedere documenti, di non chiedere permessi a nessuno, in cui lo stesso dover chiedere qualcosa a qualcuno era sentito come una limitazione.

¹⁹⁹ Il punto di vista di un sociologo, che incrociava psicologia clinica e filosofia morale, era per me, psicologa collaboratrice con una cattedra di filosofia morale e pratiche filosofiche, particolarmente interessante.

Una libertà personale totale e concreta oppure inesistente, un pensiero tutto-niente che Alford definisce appunto borderline con riferimento a Otto Kernberg, connotato da un'incapacità immaginativa, da una difficoltà di mettere insieme esterno ed interno, fantastico e reale. Una concezione di libertà appiattita sull'aver o non avere, nella realtà, potere e denaro, che riduce tutte le espressioni simboliche di essa, quelle di parola, di stampa o di credo religioso per esempio, ad irreali od inutili.

Lo specifico della condizione borderline diventa, in questa chiave, la mancanza di abilità transizionali. Questa assenza di collegamento tra libertà della propria immaginazione e libertà della vita di tutti i giorni, tra immaginazione e pratica, tra mente e mondo, è forse la maggiore schiavitù nell'attualità, commenta Alford, inquadrando la questione all'interno di quel processo che Weber ha chiamato razionalizzazione. Il problema non sarebbe tout court un impoverimento, o un'assenza di immaginazione, ma la perdita dell'idea che la propria immaginazione possa avere degli effetti sul mondo reale. Una concezione di autonomia che costituirebbe a suo avviso un vero e proprio fraintendimento dell'autocrazia dell'antica filosofia greca, autocrazia intesa come possibilità di instaurare un rapporto fra sé e sé compatibile all'interdipendenza, cercando un modo equilibrato e felice di riuscire in questa difficile e paziente tessitura esistenziale e quotidiana di una rete che riesca a comporre ed unire virtuosamente ciascuno agli altri.

Nel secondo, dal titolo *Borderline: malattia sociale?* (Correale, Vigorelli, 2007)²⁰⁰, era citata questa idea di Martha Nussbaum: “uno dei compiti della filosofia è di estrarre dalle teorie alcuni concetti generatori, concetti chiave, idee guida vive, che non siano però idee chiuse ma idee aperte, che possano dilatare il discorso, allargarsi nella mente e produrre altre idee di conseguenza [...] ma implicano anche alcune concezioni cliniche” (p.5). In questo saggio, gli autori cercavano di fare un'operazione del genere proprio con la sindrome borderline, scegliendo per descriverla tre concetti generatori che sapessero connettere fecondamente realtà clinica e realtà sociale, nel tentativo di arricchire entrambe²⁰¹. Tre concetti che andavano, nel loro insieme, a sottolineare la necessità di

²⁰⁰ Si tratta della trascrizione di un intervento di due attuali psicoanalisti italiani, Marta Vigorelli e Antonello Correale, da loro tenuto in una giornata di studio dal titolo: “Il disagio della civiltà oggi, psicoanalisi, società, nuove patologie” (2007). Avevo allora già svolto la mia tesi di laurea sul tema del narcisismo in psicoanalisi, come etichetta trasversale per il nuovo tipo di psicopatologie più diffuse nel mondo contemporaneo, cercando di guardare al fenomeno mettendo insieme diversi punti di vista disciplinari, e le idee da questi autori presentate in tale contributo erano molto vicine alla convinzione che avevo maturato circa la necessità di incrociare clinica e filosofia per approcciarsi significativamente al disagio psichico nel contesto attuale.

²⁰¹ Il primo concetto descritto è quello di nudità, intesa come condizione dell'essere sempre esposti, senza alcuna mediazione, senza filtri, a tutti gli stimoli interni ed esterni, alle proprie emozioni, agli altri, al mondo. L'impulsività tossicomana di questi pazienti diviene in questa prospettiva una conseguenza dell'intolleranza e dell'insostenibilità di questo sentirsi nudi, fragili, esposti, la quale avrebbe la caratteristica di suscitare emozioni controtrasferali connotate da una qualità peculiare di ambivalenza. Tale modalità tossicomana potrebbe anche essere pensata, secondo gli autori, in relazione alla collettività, come connessa alla “mancanza di meccanismi assimilativi della cultura” (Correale, Vigorelli, 2007, p.6).

uno spazio di elaborazione dell'esperienza, uno spazio transizionale che permettesse di riavvicinare la psiche e il mondo per ridare senso ai vissuti singoli e collettivi, e non incorrere in una qualità di esperienza individuale e sociale di tipo borderline, appunto.

Entrambi questi saggi mi sembra condividano un medesimo presupposto: l'importanza di ripensare all'autonomia individuale, nel contesto attuale, denaturalizzandola e declinandola in relazione al problema del legame sociale nel tentativo di ricucire scissioni, intra e inter-psichiche. Operazione filosofica svolta, a mio avviso, magistralmente da Michel Foucault (1981-1982, 1982-1983, 1983, 1988), Pierre Hadot (1995, 2002) e Martha Nussbaum (1996) in relazione alla filosofia antica come terapia del sé, da Cornelius Castoriadis, non a caso psicoanalista, filosofo ed economista, in relazione alla cura psicoanalitica (1975, 1986, 1990), e da Gregory Bateson (1972, 1979, 1991), il cui pensiero ha dato origine alla psicoterapia sistemica²⁰².

Mi sembra, a lavoro concluso, che la ricerca svolta sia effettivamente riuscita a dare un contributo in questa direzione. Infatti, le forme assunte nel tempo dalla sindrome borderline mi pare si siano davvero configurate come ottimi specchi per riflettere i diversi problemi ed ostacoli che il compito dell'autoregolazione individuale ha posto nelle diverse fasi storico-sociali.

Le ricapitolo molto brevemente.

Nella prima parte dell'Ottocento, il folle morale ha incarnato i lati d'ombra dell'Io prometeico del nuovo capitalismo, la prima possibile deriva della legittimità accordata a desideri e sentimenti privati, il pericolo di un progresso emancipativo eccessivo che sfocia in un incontrollabile anarchia mettendo in pericolo il patto sociale e il singolo ad un tempo. Nella seconda parte del secolo, invece, l'idiota morale ha assunto l'aspetto di colui che non si controlla per mancanza di capacità ed attività, colui che ai tempi del progresso non è riuscito ad adattarsi, e rimane confinato in una stolidità immobilità, che lo confina all'emarginazione sociale, nell'impossibilità di una relazione tra esigenze e comportamenti personali ed esigenze e comportamenti adeguati al contesto socio-culturale.

Il secondo concetto presentato è quello di uno sradicamento che diventa sradicante, di Simone Weil, a sua volta declinato a livello clinico-fenomenologico nel singolo caso come passionalità consumatoria o iperattaccamento concreto passionale a fronte di un mancato radicamento esistenziale, e poi allargato al contesto più ampio, e dunque collegato alle attuali difficoltà di trasmissione intergenerazionale e di crisi della legittimità dei riferimenti educativi e di reti sociali significative e strutturanti.

Il terzo, di nuovo tratto dalla filosofia di Martha Nussbaum, è quello di *flourishing*, fiorire. L'idea ad esso associata sarebbe quella di avvicinarsi all'altro nella relazione di cura come ci si avvicinerebbe ad una pianta, che deve essere curata nel rispetto delle leggi sue proprie, autonome, leggi che la caratterizzano nella sua modalità specifica di essere vivente. Leggi che andrebbero in primo luogo osservate, decodificate e comprese, in quanto diverse dalla propria, per poter poi essere rispettate nel dare alla pianta il giusto nutrimento, l'acqua, la luce. Anche questa idea sarebbe da declinare in ambito clinico, sociale, educativo e politico, in relazione alla carenza di uno spazio di elaborazione tra bisogni e loro soddisfacimento, desideri personali e loro immediata ed irriflessa soddisfazione.

²⁰² Questi autori sono stati fondamentali nella mia formazione teorica e clinica, e credo possano essere considerati centrali per una riflessione critica sull'autoregolazione nel mondo contemporaneo che sappia legarsi all'universo delle relazioni di cura.

Nella prima metà del Novecento poi, con lo sviluppo del sistema fordista e dell'etica razionalistica borghese della nuova società di massa, compare un Io disadattato, che a partire dagli anni sessanta e settanta, con la transizione al regime di accumulazione flessibile, si trova di fronte agli imperativi di un nuovo licitazionismo, il quale nella sua volontà di liberare il Sé, di pensarlo nella sua natura autentica come libero ed unico, lo espone ad una crescente insicurezza identitaria, lo frammenta. È l'organizzazione di personalità borderline, che diviene una nuova struttura psichica molto diffusa di stabile-instabilità, proprio come stabilmente instabile si presenta la nuova organizzazione produttiva del capitalismo globale.

Infine, questo Sé che perde la sua coesione si avvia oggi ad essere concettualizzato, nel mondo delle scienze psichiche così come nel senso comune, quale prodotto della chimica cerebrale. Il profilo borderline attuale mi sembra perfettamente rispecchiare le più recenti trasformazioni del biocapitalismo globale, come prototipo di un individuo dall'umore (e non più dal sentimento) instabile, caratterizzato da un'impulsività intesa come mancanza di controllo, legata perlopiù al sistema serotonergico ed ai circuiti cerebrali delle funzioni esecutive. A questo individuo si richiede e si offre, allo stesso tempo, la possibilità di un consapevole ed autonomo monitoraggio del proprio comportamento, della propria mente e del proprio corpo, nel tentativo di mantenere una qualità di vita ed una funzionalità intesi come irrinunciabile benessere individuale completamente decontestualizzato.

Come già più volte precisato, non voglio postulare alcuna relazione di causalità diretta tra fenomeni appartenenti a diversi piani, né usare i linguaggi collegati all'uno per concettualizzare l'altro, solo mostrare un simbolico parallelo che dia conto della significatività delle possibili interrelazioni tra i diversi campi di sapere e livelli di realtà²⁰³. Nonché cercare di far emergere in quale modo le scienze psichiche abbiano giocato fin dalla loro nascita, e giochino ancora, un ruolo importante nel fondare e modellare il Sé moderno, tramite la creazione di un composito insieme di pratiche, discorsi e tecniche, in rapporto costante e ineludibile con i contesti storici cui appartengono (dei quali possono essere considerate, contemporaneamente, una parte istituita ed una istituente). Tramite la creazione delle tecnologie del Sé, come le definì Michel Foucault. È il problema dell'effetto autoriflessivo dei saperi, delle categorie e delle classificazioni nelle scienze umane, indagato magistralmente da Ian Hacking e Nikolas Rose.

Una testimonianza conclusiva, in questo senso, potrebbe essere tratta da un invito ad una possibile rilettura, in una chiave socio-costruzionista, di tre caratteristiche della diffusione epidemiologica e dello specifico tipo di decorso del disturbo borderline di personalità, messe in luce dall'attuale ricerca psichiatrica.

²⁰³ Si veda per questo l'introduzione dove vengono forniti anche i necessari riferimenti bibliografici.

La prima: esso riguarderebbe perlopiù le donne, in una proporzione, secondo l'attuale DSM, del 75% (APA, 2000, p.754).

La seconda: esso conoscerebbe una naturale remissione nel corso della vita dell'individuo con il progredire dell'età, dopo aver toccato un picco di "instabilità cronica nella prima età adulta, con episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo ed elevati livelli di uso di strutture sanitarie o per la salute mentale" (APA, 2000, p.754).

La terza: esso sarebbe prevalente nel Nord America, e comunque attestato più frequentemente in contesti urbani e quasi del tutto assente in società cosiddette tradizionali (Paris, 1996, pp.113-114).

Le tre riletture, cui vorrei brevemente fare cenno, consentono di dare un senso a questi dati, proprio nell'ottica di intendere questo disturbo come problema della costituzione di una soggettività autonoma nel presente.

Sulla prima sono state proposte delle riflessioni ed un insieme di ipotesi da alcune studiose in un'ottica di genere, che hanno riformulato il problema connettendo la fenomenologia borderline alle caratteristiche della socializzazione femminile in un quadro simbolico di riferimento radicato in un passato patriarcale (Becker, 1997, 2000, Bjorklund, 2006, Wirth-Cauchon, 2000, 2001). Dana Becker sostiene che l'autoaffermazione femminile, in un mondo in cui vige un'idea autoreferenziale di autonomia ed indipendenza investita di forte valore sociale, sarebbe caratterizzata da una faticosa ambivalenza. Secondo questa autrice mettere a fuoco il problema della dipendenza sarebbe importantissimo per comprendere il disturbo borderline, a dispetto del fatto che le comorbidità con il disturbo istrionico e dipendente non vengano quasi mai discusse nell'ambito della letteratura psichiatrica odierna, come si è sottolineato anche nel presente lavoro (Becker, 1997, p.123). Se è vero, infatti, che nonostante il tipo di carattere che culturalmente connota la socializzazione femminile, non tutte le donne diventano dipendenti, è altrettanto vero che il ruolo delle donne implicherebbe, coerentemente alle aspettative sociali, il vivere in funzione di qualcun altro e non di sé, l'importanza del riconoscimento e dell'approvazione nella sfera intima affettiva, così come della capacità di accudire e supportare; infine si legherebbe alla passività e alla pazienza più che all'idea di un'assertività indipendente ed attiva. Sarebbero queste le fonti principali dell'autostima femminile. Il che comporterebbe, di conseguenza, maggiori ambivalenze e difficoltà nella propria costruzione identitaria, sia per quelle donne che tentassero di uniformarsi ad un ruolo sociale in ogni caso svalorizzato e svalorizzante nel suo legarsi alla dipendenza, sia per quelle che tentassero di evaderlo in controtendenza con le aspettative culturali. In questa chiave il disturbo borderline non potrebbe essere considerato una malattia. Piuttosto un aggregato di sintomi che avrebbe a che fare con la particolare educazione alla dipendenza e all'inibizione della rabbia che vivono le donne nel contesto odierno (Becker, 1997, p.119).

Per le altre due caratteristiche vorrei proporre due possibili ipotesi di lavoro.

La prima ispirata ad una ricerca, condotta da Fabio Madeddu, sulle attuali difficoltà di una fase di tarda adolescenza-giovane adultità che fatica a chiudersi (Madeddu, 2007). L'idea sarebbe quella di rileggere queste crisi, diffuse fra i giovani adulti, attraverso una ricostruzione storica dei problemi di costituzione identitaria, tramite l'evoluzione del *Bildungsroman*, o romanzo di formazione²⁰⁴. Utilizzando la storia di questo tipo di romanzo, in cui, attraverso il racconto della crescita di una "persona normale", si intrecciano fenomeni individuali e sociali, psichici e collettivi, l'autore ricostruisce il cambiamento progressivo dei percorsi formativi, cercando tramite esso di illuminare alcuni punti nodali del passato, che possano aiutare a rendere comprensibile il presente di una "formazione impossibile". È questo che il romanzo di formazione sembra voler descrivere, la progressiva difficoltà della costituzione di una soggettività autonoma a partire dall'avvento della modernità. Motivo per cui potrebbe aiutare a tracciare una genesi delle difficoltà attuali del giovane adulto contemporaneo, dandogli un contesto ed una provenienza²⁰⁵. E forse potrebbe permettere di reinterpretare il picco delle crisi borderline in questa fase della vita e la loro progressiva e naturale scomparsa con il passare degli anni²⁰⁶.

La seconda proposta sarebbe quella di rileggere l'assenza del disturbo borderline nelle società che vengono definite tradizionali attraverso l'indagine antropologica di Louis Dumont (1977), che ha messo a confronto società olistiche ed individualistiche, gerarchiche ed egualitarie, per sottolineare le problematiche legate al concetto di autonomia personale all'interno di quella che lui chiama ideologia moderna (Dumont, 1977, pp.23 e sg.).

Quanto qui solo accennato, credo sia tuttavia sufficiente per segnalare la problematicità epistemologica relata al considerare il disturbo borderline soltanto secondo coordinate biomediche.

²⁰⁴ Seguendo la preziosa indicazione di De Certeau: "La letteratura costituisce il discorso teorico dei processi storici: essa crea infatti quel non-luogo in cui le operazioni effettive di una società hanno accesso a una formalizzazione. Lungi dal considerare la letteratura come 'espressione' di un referente, bisognerebbe invece riconoscere in essa l'analogo di ciò che la matematica è per le scienze esatte: un discorso 'logico' della storia, la 'finzione' che la rende pensabile" (1987, p.99).

²⁰⁵ Per poter fare questo esso non deve essere utilizzato in modo tradizionalmente psicoanalitico, come mezzo per analizzare la personalità dell'autore o come studio dei meccanismi creativi e di scrittura, e neppure deve trasformarsi in studio asettico del linguaggio. Nel romanzo si dovrebbe cercare di scorgere, piuttosto, l'azione di un elemento che è strutturalmente e necessariamente assente nel mito e nella fiaba, cioè la sovradeterminazione sociale. Infatti il *Bildungsroman* è una forma storicamente contagiata, con l'attenzione rivolta all'incontro tra paesaggi invariati e contesti che mutano, al crocevia di quei problemi, psichici e storico-sociali, che possono emergere tramite racconti che narrano storie di giovani di diverse epoche, che vanno più o meno faticosamente verso l'età adulta.

²⁰⁶ Non può essere casuale che questo tipo di romanzo sia stato definito "forma simbolica" della modernità e del mutamento della condizione giovanile. Il romanzo di formazione, la cui comparsa può essere significativamente fatta risalire al 1789, "separando il destino del singolo dalle grandi ondate collettive" (Moretti, 1999, p.XII), viene considerato un rappresentante di un fondamentale nuovo "pezzo di libertà dei moderni" (Moretti, 1999, p.XII). Esso ha infatti, per la prima volta, descritto l'apprendistato non più come prevedibile cammino al mestiere del padre, ma come incerta esplorazione dello spazio sociale che determina la centralità e l'ampliarsi di due elementi tipicamente moderni: mobilità e interiorità. Inutile precisare quanto entrambi divennero sempre più importanti nella realtà successiva, cominciando a proiettarsi, come fece la rivoluzione, verso un futuro imprevedibile, che non troverà più nel passato la propria fonte di legittimità. La dimensione "storico-diacronica" dell'esistenza ne viene radicalmente trasformata.

In un saggio sull'impulsività aggressiva come dimensione patologica di personalità, ho trovato, fra brevi casi che erano presentati per illustrare pazienti aggressivo-impulsivi ricondotti al cluster B, questo esempio clinico:

“Saddam Hussein, narcisistico ex dittatore in Iraq, presentava aspetti di narcisismo maligno e psicopatia. Bullo e violento durante l'adolescenza, salì al potere grazie a omicidi, torture e intimidazione ai danni dei suoi oppositori politici. Megalomane, tappezzò il paese di riproduzioni giganti della sua immagine e di monumenti autocelebrativi, alimentò il suo regno del terrore promuovendo una sorta di culto della sua persona” (Stone, 2005, p.782).

A fronte di quanto riportato, vorrei concludere con queste significative considerazioni di Alain Ehrenberg, sul fatto che oggi: “non solo nessuna malattia ma nessuna situazione sociale problematica può essere considerata o affrontata senza prendere in considerazione la sofferenza psichica. Qui è la novità: questa preoccupazione per i disturbi di massa della soggettività individuale. Questi permeano oggi l'insieme della vita sociale, e si tengono in bilico tra disagio e patologia, cattiva condotta e devianza. Ma di quale soggettività parliamo? [...] La mia ipotesi può essere formulata come segue: la coppia sofferenza psichica-salute mentale si è imposta nel nostro vocabolario nella misura in cui i valori della proprietà di sé e della scelta della propria vita, della realizzazione personale (quasi diritto dell'uomo) e dell'iniziativa individuale si ancorano nell'opinione. È l'ideale di autonomia che si traduce nella vita quotidiana di ciascuno. Io considero questa coppia come l'espressione pubblica delle tensioni di un tipo di individuo a cui si domanda certo sempre della disciplina e dell'obbedienza, ma soprattutto dell'autonomia, la capacità di decidere ed agire a partire da sé. Se è vero che l'autonomia, ‘il fatto di agire da sé’ è una caratteristica universale dell'azione umana, su un piano sociologico si potrebbe dire che la norma sociale odierna spinge ad adottare una disciplina dell'autonomia (comprese le professioni operaie e gli impiegati). L'obbedienza meccanica (‘i corpi docili’ descritti da Foucault) non sono evidentemente scomparsi, ma sono stati inglobati nell'iniziativa. Altrimenti detto, quello che noi chiamiamo individualismo oggi riguarda i cambiamenti dei nostri modi di agire e di giustificare le nostre azioni. L'allargamento dei confini del sé si è accompagnato all'aumento parallelo della responsabilità e dell'insicurezza personale” (Ehrenberg, 2004a, p.135).

In questa ottica, l'interiorità non è un reale confine della psiche, né l'orizzonte dei suoi disagi, perché: “istanza radicale di singolarità, la psiche, si socializza assumendo forma individuale” (Ciaramelli, 2005, p.234).

Bibliografia

A.A.V.V., *La Psiche nell'Epoca della Tecnica, Atti del XIII Convegno Nazionale CIPA*, La biblioteca di Vivarium, Milano, 2007.

A.A.V.V., “La medicalizzazione della vita”, *aut aut*, 340, ottobre-dicembre 2008.

Akiskal, H.S., “Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the ‘borderline’ realm”, pp.25-46, in *Psychiatric clinics of North America*, 4(1), 1981.

Akiskal, H.S., “Classification, Diagnosis and boundaries of bipolar disorders”, pp.1-52, in Maj, M., Akiskal, H.S., Lopez-Ibor, J.J., Sartorius, N., (2002), (a cura di), *Bipolar Disorder*, John Wiley & Sons, London.

Akiskal, H.S., et al., “The nosologic status of borderline personality. Clinical and polysomnographic study”, pp.192-198, in *American Journal of Psychiatry*, 142(2), 1985.

Alford, F.C., “Freedom and Borderline Experience”, pp.151-173, in *Political Psychology*, vol.24, No.1, 2003.

Allbright, T.D., Jessel, T.M., Kandel, E.R., Posner, M.I., “Neural Science: A Century of Progress and the Mysteries that Remain”, in *Cell*, vol.100, in *Neuron*, vol 25, Feb. 2000.

American Psychiatric Association, (1952), *DSM I: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*, APA, Washington D.C.

American Psychiatric Association, (1968), *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington D.C.

American Psychiatric Association, (1980), *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington D.C.

American Psychiatric Association, (1987), *DSM-III-R: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1993.

American Psychiatric Association, (1994), *DSM-IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996.

American Psychiatric Association, (2000), *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 2001.

American Psychiatric Association, “Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder”, pp.1-52, in *American Journal of Psychiatry*, 158(10 Suppl), Oct. 2001.

American Psychiatric Association, (2010), “Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria”, <http://www.dsm5.org/proposedrevisions/Pages/Default.aspx>.

Ammaniti, M., (a cura di), (1989), *La nascita del sé*, Edizioni Laterza, Bari.

Anderson, B., (1991), *Comunità immaginate. Origini e fortuna dei nazionalismi*, 1991, Manifestolibri, Roma, 1996.

Anderson, V.V., “A Classification of Borderline Cases Amongst Offenders”, pp.689-695, in *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology*, vol.6, No.5, Jan.1916.

Appadurai, A., (1996), *Modernità in polvere*, Meltemi Editore, 2001.

Arnold, T., (1806), *Observation on The Nature, Kind, Causes and Prevention of Insanity*, No.I, Phillips, London.

Aronson, T.A., “Historical Perspective on The Borderline Concept: A Review and Critique”, pp.209-222, in *Psychiatry*, vol.48, No.3, August 1985.

Aronson, T.A., “A Critical Review of Psychotherapeutic Treatments of The Borderline Personality. Historical Trends and Future Directions”, pp.511-528, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.177, No.9, 1989.

Augé, M., (1986), *Un etnologo nel metrò*, Elèuthera, Milano, 2005.

- Augé, M., (1992), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano, 1996.
- Augstein, H.F., “J. C. Prichard’s Concept of Moral Insanity - a Medical Theory of the Corruption of Human Nature”, pp.311-343, in *Medical History*, No.40, 1996.
- Baldessarini, R.J., “Frequency of Diagnosis of Schizophrenia Versus Affective Disorders from 1944 to 1968”, pp.759-763, in *The American Journal of Psychiatry*, Vol.127, No.6, December, 1970.
- Balsamo, M., “Spettri. L’identità, fra psicoanalisi e antropologia”, pp.55-78, in *Psiche*, 1, 2002, Nuove identità.
- Baranger, W., “Il narcisismo nell’opera di Freud”, pp.101-122, in Sandler, J., Spector Person, E., Fonagy, P., (a cura di), (1991), *Studi critici su Introduzione al narcisismo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Barbetta, P., (a cura di), (2003), *Le radici culturali della diagnosi*, Meltemi, Roma.
- Barbetta, P., (2007), *Figure della relazione. Digressione intorno al doppio legame*, Edizioni ETS, Pisa.
- Barbetta, P., (2008), *Lo schizofrenico della famiglia*, Meltemi editore, Roma.
- Barbetta, P., Capararo, M., Pievani, T., (a cura di), (2004), *Sotto il velo della normalità. Per una teoria alternativa dei sistemi della mente*, Meltemi, Roma.
- Barr, M., “Moral paranoia”, pp.522-531, *Proceedings of the Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-Minded Persons*, 20, 1895.
- Barratt, E.S., “Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data”, pp.39-56, in McCowan, W.G., Johnson, J.L., Shure, M.B., (1993), *The Impulsive Client: Theory, Research and Treatment*, American Psychological Association, Washington, DC.

- Bateman, A., Fonagy, P., (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Bateson, G., (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.
- Bateson, G., (1979), *Mente e natura*, Adelphi, Milano, 1984.
- Bateson, G., (1991), *Una sacra unità*, Adelphi, Milano, 1997.
- Bateson, G., Bateson, M.C., (1987), *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano, 1989.
- Bauman, Z., (1999), *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2000.
- Bauman, Z., (2000), *Il disagio della postmodernità*, Bruno Mondadori, Milano, 2002.
- Bauman, Z., (2000a), *Modernità liquida*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2005.
- Bauman, Z., (2003), *Intervista sull'identità*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- Beck, U., (1994, 1996, 1997), *I rischi della libertà*, il Mulino, Bologna, 2000.
- Becker, D., (1997), *Through The Looking Glass. Women and Borderline Personality Disorder*, WestviewPress, Colorado.
- Becker, D., “When She Was Bad: Borderline Personality Disorder in a Post-traumatic Age”, pp.422-432, in *American Journal of Orthopsychiatry*, vol.70, No.4, Ottobre 2000.
- Belhomme, J.E., (1824-1843), *Essai sur l'idiotie, propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degree d'intelligence*, Librairie de Germer-Baillière, Paris.
- Bella, A., (2005), *Narcisismo: Disturbo di personalità, patologia identitaria o malattia mentale transitoria?*, Tesi di Laurea, Prof. Madeddu e Madera, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Facoltà di Psicologia.

Bella, A., “Dalla prefettura di polizia al dipartimento di filosofia: Ian Hacking e il bambino abusato”, in *Paradigmi: rivista di clinica e filosofia*, in corso di pubblicazione.

Bella, A., Casonato, M., “Introduzione. La riscrittura delle persone”, pp.7-27, in Hacking, I., (2008), *Plasmare le persone. Corso al Collège de France (2004-2005)*, Edizioni Quattro Venti, Urbino.

Bellino, S., Rinaldi, C., Bozzatello, P., Bogetto, F., “Impulsività e aggressività nel disturbo borderline di personalità: un’indagine clinica”, pp. 161-169, in *Giorn Ital Psicopat*, 14, 2008.

Benasayag, M., Schmit, G., (2003), *L’epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2004.

Berrios, G.E., “The Psychopathology of Affectivity: Conceptual and Historical Aspects”, pp.745-758, in *Psychological Medicine*, No.15, 1985.

Berrios, G.E., “European Views on Personality Disorders: A Conceptual History”, pp.14-30, in *Comprehensive Psychiatry*, vol.34, No.1, January/February, 1993.

Berrios, G.E., “J.C. Pritchard and the concept of moral insanity”, pp.111-126, in *History of Psychiatry*, 1999.

Berrios, G.E., Gili, M., “Will and its disorders: a conceptual history”, pp.87-104, in *History of Psychiatry*, No.VI, 1995.

Bion, W.R., (1992), *Cogitations*, Armando, Roma, 1996.

Bjorklund, P., “No man’s land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder”, pp.3-23, in *Issues in Mental Health Nursing*, vol.27, No.3, 2006.

Bodei, R., (2002), *Destini personali. L’età della colonizzazione delle coscienze*, Feltrinelli, Milano.

Bonfigli, C., “Sull’argomento della così detta pazzia morale”, pp.41-88 e 227-272, in *RSF*, No.5, 1879.

- Bonvecchiato, E., (1883), *Il senso morale e la follia morale*, Drucker e Tedeschi, Padova.
- Bourneville, D.M., (1891), *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, E. Lecrosnier et Babé Editeurs, Paris.
- Caillé, A., (1988), *Critica della ragione utilitaria*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Caillé, A., (1988a), *Il Terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.
- Canguilhem, G., (1956), "Qu'est-ce que la psychologie?", pp.374-375, in *Etudes d'histoire de la philosophie des sciences*, Vrin, Paris, 1968.
- Canguilhem, G., (1966), *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998.
- Casalini, B., "Christopher Lasch: dall'individuo narcisista al cittadino democratico", pp.137-150, in *Teoria Politica*, 2, 1997.
- Cassirer, E., (1944), *Saggio sull'uomo*, Armando editore, Roma, 1971.
- Castel, F., Castel, R., Lovell, A., (1979), *La société psychiatrique avancée. Le modele américain*, Editions Grasset et Fasquelle, Paris.
- Castel, P.H., "De la névrose obsessionnelle aux TOC : remarques sur le passage du paradigme psychanalytique au paradigme cognitivo-comportementaliste", pp.186-202, in Champion, F., (2008), (a cura di), *Psychothérapie et Société*, Armand Colin, Paris.
- Castel, R., (1977), *L'Ordre psychiatrique*, Editions de Minuit, Paris.
- Castel, R., (1981), *La Gestion des risques*, Editions de Minuit, Paris.
- Castoriadis, C., (1975,1986,1990), *L'enigma del soggetto. L'immaginario e le istituzioni*, Edizioni Dedalo, Bari, 1998.

Chasseguet-Smirgel, J., (1975), *L'ideale dell'Io. Saggio psicoanalitico sulla malattia d'idealità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.

Ciaramelli, F., (2000), *La distruzione del desiderio. Il narcisismo nell'epoca del consumo di massa*, Edizioni Dedalo, Bari.

Ciaramelli, F., "L'immaginario sociale tra legalità e trasgressione", pp.231-247, in *Psiche*, 1, 2005.

Civita A., Cosenza, D., (a cura di), (1999), *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano.

Clarkin, J.F., Lenzenweger, M.F., (1996), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F., (1999), *Psicoterapia delle personalità borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

Cloninger, C.R., "Genetica", pp.219-237, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Coccaro, E.F., "Central serotonin and impulsive aggression", pp.52-62, in *British Journal of Psychiatry*, 155, 1989.

Coccaro, E.F., "Impulsive aggression and central serotonergic system function in humans: an example of a dimensional brain-behavior relationship", pp.3-12, in *Int Clin Psychopharmacol*, 7, 1992.

Coccaro, E.F., "Psychopharmacologic studies in patients with personality disorder: Review and perspective", pp.181-192, in *Journal of Personality Disorders*, Spring Suppl., 1993.

Coccaro, E.F., Siever, L.J., "Neurobiologia", pp.239-264, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Cohen, S., "The Mental Hygiene Movement, The development of Personality and the School: The Medicalization of American Education", pp.123-149, in *History of Education Quarterly*, vol.23, No.2, Summer 1983.

Conrad, P., (2006), *Identifying Hyperactive Children*, Ashgate publishing, Aldershot.

Conrad, P., "Le mutevoli spinte della medicalizzazione", pp.36-55, in Maturò, A., Conrad, P., (a cura di), "La medicalizzazione della vita", *Salute e Società*, Anno VIII, n.2/2009.

Contardi, R., Gaburri, E., (a cura di), (1999), *Enigmi della cultura e disagio nella civiltà*, Bollati Boringhieri, Torino.

Cooper, J.E., et al, (1972), *Psychiatric Diagnosis in New York and London*, Maudsley Monograph 20, Oxford, Oxford University Press.

Correale, A., Vigorelli, M., (2007), "Borderline: malattia sociale?", pp.5-22, in Foresti, G., (a cura di), *Il disagio della civiltà oggi. I quaderni di psiche e ricerca. Atti degli incontri scientifici (Bergamo, 2007-2008)*, Tecnograph, Bergamo, 2008.

Cosenza, D., Recalcati, M., Villa, A., (a cura di), (2006), *Civiltà e disagio*, Bruno Mondadori, Milano.

Crosali Corvi, C., (2009), *Depression: affect central de la modernité*, Tesi di dottorato in Psicoanalisi e Psicologia Clinica, Prof. Pierres-Gilles Guéguen e Prof. Pietro Barbetta, Université de Paris 8 e Università degli studi di Bergamo.

Cushman, P., "Why the Self Is Empty. Toward a Historically Situated Psychology", pp.599-611, in *American Psychologist*, vol.45, no.5, Maggio 1993.

Cushman, P., (1995), *Constructing the Self, Constructing America. A Cultural History of Psychotherapy*, Da Capo Press, Cambridge.

De Certeau, M., (1987), *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

Dell'Acqua, P., "Il miraggio del farmaco", pp.93-104, in A.A.V.V., "La medicalizzazione della vita", *aut aut*, 340, ottobre-dicembre 2008.

Dain, N., Carlson, T.E., "Moral Insanity in the United States 1835-1866", pp.795-801, in *American Journal of Psychiatry*, March, 1962.

Damasio, A.R., (1994), *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano, 1995.

Debord, G., (1967), *La Société du spectacle*, Buchet-Chastelm, Paris.

Debord, G., (1988-1971), *Commentari sulla società dello spettacolo e La società dello spettacolo*, SugarCo Edizioni, Milano, 1990.

Dellavalle, S., (a cura di), (2003), *L'urgenza ecologica. Percorso di lettura attraverso le proposte dell'etica ambientalista*, Baldini Castaldi Dalai editore, Milano.

Deutsch, H., (1942), "Alcune forme di disturbi emozionali e le loro relazioni con la schizofrenia", pp.74-91, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Dörner, K., (1969), *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari, 1975.

Douglas, M., Isherwood, B., (1979), *Il mondo delle cose*, il Mulino, Bologna, 1984.

Dumont, L., (1977), *Homo aequalis, I. Genesi e trionfo dell'ideologia economica*, Adelphi, Milano, 1984.

Duruz, N., (1985), *I concetti di narcisismo, io e sé nella psicoanalisi e nella psicologia*, Astrolabio, Roma, 1987.

Ehrenberg, A., (1998), *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Giulio Einaudi editore, Torino, 1999.

Ehrenberg, A., "Le sujet cerebral", pp.130-155, in *Esprit*, Novembre, 2004.

Ehrenberg, A., (2004a), "Les changement de la relation normal-patologique. Á propos de la souffrance psychique et de la santé mentale", pp.133-156, in *Esprit*, Maggio, 2004.

Ehrenberg, A., Lovell, A.M., *La maladie mentale en mutation. Psychiatry et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

Erikson, H.E., (1956), "The Problem of Ego Identity", pp.229-242, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Fan, J., et al., "Cognitive and Brain Consequences of Conflict", pp.42-57, in *NeuroImage*, 18, 2003.

Fee, D., (a cura di), (2000), *Pathology and the postmodern*, SAGE Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Feighner, J.P., et al., "Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research", pp.57-63, in *Archives of General Psychiatry*, Vol.26, Jan.1972.

Fine, R., (1989), *Current and historical perspectives on the borderline patient*, Bruner/Mazel, New York.

Fiorino, V., (2002), *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio Editori, Venezia.

Fiorino, V., "Le rappresentazioni della follia: ninfomani e asceti, indemoniate e malinconiche", pp.81-87, in Iaria, A., Losavio, T., Martelli, P., (2003), *L'ospedale S. Maria della pietà di Roma - L'archivio storico secc. XVI-XX*, Provincia di Roma-Presidenza, Ministero per i Beni e le Attività culturali, Azienda sanitaria locale Roma E, Centro studi e ricerche S. Maria della Pietà Ass. ONLUS, edizioni Dedalo, Bari, Vol. III "L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla chiusura".

Fissi, S., "I DSM tra iperkraepelinismo diagnostico ed ecumenismo linguistico in psichiatria", in *Psicoterapia e Scienze Umane*, Anno XXVIII, n.2, 1994.

Fonagy, P., Bateman, A.W., “Teoria dell’attaccamento e modello del disturbo borderline di personalità basato sulla mentalizzazione”, pp.289-323, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Fossati, A., et al., “History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study”, pp.369-377, in *Compr. Psychiatry*, 43, 2002.

Fossati, et al., “Predicting borderline and antisocial personality disorder features in non-clinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness”, pp.161-170, in *Psychiatry Research*, 125, 2004.

Fossati, et al., “Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders”, pp.157-167, in *Psychiatry Research*, 149, 2007.

Foucault, M., (1966), *Le parole e le cose. Un’archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano, 1978.

Foucault, M., (1969), *L’archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*, BUR Saggi, Bergamo, 2005.

Foucault, M., (a cura di), (1973), *Io, Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello ... Un caso di parricidio nel XIX secolo*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1976.

Foucault, M., (1973-1974), *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France*, Feltrinelli, Milano, 2004.

Foucault, M., (1974-1975), *Gli anormali. Corso al Collège de France*, Feltrinelli, Milano, 2000.

Foucault, M., (1981-1982), *L’ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France*, Feltrinelli, Milano, 2004.

Foucault, M., (1982-1983), *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano, 2008.

- Foucault, M., (1983), *Discorso e verità nella Grecia antica*, Donzelli Editore, Roma, 1996.
- Foucault, M., (1988), *Tecnologie del Sé*, pp.11-47, in Martin, L., Gutman, H., Hutton, P., (a cura di) (1988), *Un seminario con Michel Foucault. Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Freud, S., (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- Freud, S., (1913), *Totem e Tabù*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1989.
- Freud, S., (1914), *Introduzione al narcisismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Freud, S., (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in Freud, S., *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Freud, S., (1922), *L'Io e l'Es*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- Freud, S., (1927), *Il disagio della civiltà*, in Freud, S., *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Gaines, A.D., "From DSM-I to III-R; Voices of Self, Mastery and the Other: a Cultural Constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification", pp.3-24, in *Soc. Sci. Med.*, Vol.35, No.1, 1992.
- Galli, G., (1991), "Introduzione", pp.5-29, in Weber, M., (1905), *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*, RCS Libri, Milano, 1991.
- Galzigna, M., "La voce dei soggetti", pp.75-93, in Galzigna, M., Terzian, H., (a cura di), (1980), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio Editori, Venezia.
- Galzigna, M., (1980a), "Soggetti e dispositivo nell'archivio della follia", pp.53-72, in Galzigna, M., Terzian, H., (a cura di), (1980), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio Editori, Venezia.

Galzigna, M., (1988), *La malattia morale. alle origini della psichiatria moderna.*, Marsilio Editori, Venezia.

Galzigna, M., Terzian, H., (a cura di), (1980), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio Editori, Venezia.

Gatti, S., “La costruzione sociale della diagnosi di disturbo dell’attenzione e iperattività”, pp.121-149, in Barbetta, P., Benini, P., Naclerio, R., (2003), *Diagnosi della diagnosi*, Guerini, Milano.

Giacanelli, F., “Appunti per una storia della psichiatria in Italia”, pp.V-XXXII, in Dörner, K., (1969), *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari, 1975.

Giacanelli, F., “La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi”, pp.33-48, in Iaria, A., Losavio, T., Martelli, P., (2003), *L'ospedale S. Maria della pietà di Roma - L'archivio storico secc. XVI-XX*, Provincia di Roma - Presidenza, Ministero per i Beni e le Attività culturali, Azienda sanitaria locale Roma E, Centro studi e ricerche S. Maria della Pietà Ass. ONLUS, edizioni Dedalo, Bari, Vol. III "L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla chiusura”.

Giddens, A., (1992), *La trasformazione dell'intimità*, il Mulino, Bologna, 1995.

Girolamo, G.de, Migone, P., “Il DSM-IV e il problema della diagnosi in psichiatria”, pp.41-80, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, anno XXIX, n.1, 1995.

Gold, J.L., Silk, K.R., “L’interfaccia fra disturbo borderline di personalità e disturbo affettivo maggiore”, pp.45-73, in Paris, J., (a cura di), (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina Editore, Milano, 1995.

Goldstein, W.N., “A study of impulse control in the borderline patient”, pp.81-87, in *Psichiatria Clinica*, vol.14(2), 1981.

Goldstein, W.N., “The depressive impulse-ridden character and the core borderline personality”, pp.28-39, in *American Journal of Psychotherapy*, vol.42(1), Jan. 1988.

Gorz, A., (2008), *Ecologica*, Jaca Book, Milano, 2009.

Grilo, C.M., McGlashan, T.H., “Decorso e outcome dei disturbi di personalità”, pp.159-179, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Grinker, R.R., et al., (1968) “The Grinker Study”, pp.320-356, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Grinker, R.R., et al., (1968a), *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions*, Basic Books, New York.

Grmek, M.D., “Importanza degli archivi ospedalieri alla luce dei nuovi orientamenti della storiografia”, pp.13-16, in Galzigna, M., Terzian, H., (a cura di), (1980), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio Editori, Venezia.

Guarnieri, P., (1991), *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Leo S. Olschki Editore, Firenze.

Guarnieri, P., “Per la storia della psichiatria: alcune riflessioni”, pp.53-61, in Iaria, A., Losavio, T., Martelli, P., (2003), *L'ospedale S. Maria della pietà di Roma - L'archivio storico secc. XVI-XX*, Provincia di Roma - Presidenza, Ministero per i Beni e le Attività culturali, Azienda sanitaria locale Roma E, Centro studi e ricerche S. Maria della Pietà Ass. ONLUS, edizioni Dedalo, Bari, Vol. III "L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla chiusura”.

Guarnieri, R., (1999), “Revue Francaise de Psychanalyse”, pp.215-230, in *Psiche*, 1, 2002, Nuove identità.

Gunderson, J.G., (2001), *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

Gunderson, J.G., Sabo, A.N., “The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD”, pp.19-27, in *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993.

Gunderson, J.G., Singer, M.T., (1975), “Defining Borderline Patients: An Overview”, pp.453- 474, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Hacking, I., (1994), *Il caso domato*, Il Saggiatore, Milano, 1997.

Hacking, I., (1995), *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, Feltrinelli, Milano, 1996.

Hacking, I., (1998), *I viaggiatori folli*, Carocci, Roma, 2004.

Hacking, I., (1999), *The social construction of what?*, Cambridge (Mass); London, Harvard University press.

Hacking, I., (2008), *Plasmare le persone. Corso al Collège de France (2004-2005)*, Edizioni Quattro Venti, Urbino.

Hadot, P., (1995), *Che cos'è la filosofia antica?*, Einaudi, Torino, 1998.

Hadot, P., (2002), *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino, 2005.

Harvey, D., (1990), *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente*, Il Saggiatore, Milano, 1993.

Healy, D., (1997), *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Cambridge and London.

Heim, A., Western, D., “Teorie della personalità e dei disturbi di personalità”, pp.25-52, in Oldham, M.J., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Herman, J.L., (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.

Herman, J.L., et al., "Traumatic origins of borderline personality disorders", in Kolb, B.A. van der, (a cura di), (1987), *Psychological trauma*, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Herman, J.L., et al., "Childhood trauma in borderline personality disorders", pp.490-495, in *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989.

Hoch, P., Polatin, P., (1949), "Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia", pp.119-147, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Horkheimer, M., Adorno, T.W., (1956), *Lezioni di sociologia*, Einaudi, Torino, 1966.

Houdas, F., (1997), *L'evolution du sujet presentant un trouble de la personnalite borderline*, Tesi di dottorato, Prof. Quentin Debray, Università Pierre et Marie Curie (Paris VI), Faculte del Medicine Pitie-Salpetriere.

Hughes, C.H., (1884), "Moral (affective) insanity - Psychosensory Insanity", pp.17-31, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Hull, J.W., "Borderline personality disorder and impulsive sexual behaviour", pp.1000-1002, in *Hospital & Community Psychiatry*, vol.44(10), Oct. 1993.

Inglese, S., "Ecologia e patologia della mente nella ricerca di Gregory Bateson", in Deriu, M., (a cura di), (2000), *Gregory Bateson*, Bruno Mondadori, Milano.

Jablonka, E., Lamb, M.J., (2005), *L'evoluzione in quattro dimensioni*, Utet, Torino, 2007.

Jaffé, A., (a cura di), (1961), *Ricordi, sogni, riflessioni di C. G. Jung*, Rizzoli, 1978.

Jonas, H., (1979), *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino, 1990.

Kaes, R., “Il gruppo e il lavoro del preconscious in un mondo in crisi”, pp.94-115, in Contardi, R., Gaburri, E., (a cura di), (1999), *Enigmi della cultura e disagio nella civiltà*, Bollati Boringhieri, Torino.

Kaes, R., “La costruzione identità in correlazione all’alterità e alla differenza”, pp.185-195, in *Psiche*, 1, 2002, Nuove identità.

Kallioniemi, H., et al., “Citalopram, a specific inhibitor of serotonin re-uptake in treatment of psychotic and borderline patients”, pp.79-84, in *Nordic Journal of Psychiatry*, vol.47(suppl.28), 1993.

Kasper, J., “Scrittura, rappresentazione, transfert. Che cosa vuol dire leggere delle cartelle cliniche”, pp.61-74, in Panattoni, R., (a cura di), (2009), *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano.

Kerlin, I., “Juvenile insanity”, pp.86-94, Proceedings of the Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-Minded Persons, 1879.

Kerlin, I., “Moral Imbecility”, pp.395-404, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, No.14, 1887.

Kernberg, O.F., (1967), “La sindrome”, pp.27-68, in Kernberg, O.F., (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

Kernberg, O.F., (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York.

Kernberg, O.F. (1998), “Narcisismo patologico e disturbo narcisistico di personalità: Background teorico e classificazione diagnostica”, pp.35-51, in Ronningstam, E.F., (a cura di), (1998), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

Kernberg, P., (1998), “Aspetti evolutivi del narcisismo normale e patologico”, pp.91-104, in Ronningstam, E.F., (a cura di), (1998), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

Kety, S.S., et al., (1968), "The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics", pp.357-384, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Kirk, S.A., Kutchins, H., (1997), *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma, 2003.

Kitching, J., "Lecture on Moral Insanity", pp.334-336, in *British Medical Journal*, 25, April, 1857.

Kitching, J., (1857a), "Lecture on Moral Insanity", pp.453-456, in *British Medical Journal*, 30, May, 1857.

Klein, D., "Psychopharmacology and the borderline patients", pp.74-92, in Mack, J.E., (a cura di), (1975), *Borderline States in Psychiatry*, Grune&Stratton, New York.

Klein, D., "Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders", pp.365-384, in Hartocollis, P., (a cura di), (1977), *Borderline Personality Disorders: the Concept, the Syndrome, the Patient*, International University Press, New York.

Kliblansky, R., Panofsky, E., Saxl, F., (1923), *Saturno e la melanconia*, Einaudi, Torino, 1983.

Knight, R.P., (1953), "Stati borderline", pp.119-135, in *Psicoterapia e scienze umane*, n.1, 1999.

Kohut, H., (1978), *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

Kohut, H., (1985), *Potere coraggio e narcisismo. Psicologia e scienze umane*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1986.

Kolb, L.C., "Chronic post-traumatic stress disorder: Implications of recent epidemiological and neuropsychological studies", pp.821-824, in *Psychological Medicine*, 19, 1989.

Kroll, J., (1988), *The Challenge of the Borderline Patient: Competency in Diagnosis and Treatment*, Norton, New York.

Kroll, J., “Teorie eziologiche del disturbo borderline di personalità: una rassegna critica”, pp.219-232, in Paris, J., (a cura di), (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina Editore, Milano, 1995.

Kruedelbach, N., et al., “Impulsivity, coping styles, and triggers for carving in substance abusers with borderline personality disorder”, pp.214-222, in *Journal of Personality Disorders*, vol.7(3), 1993.

Kupfer, D.J., et al., (2002), *A Research Agenda for DSM-V*, American Psychiatric Association, Washington, DC.

La Barbera, D., Guarneri, M., Ferraro, L., (a cura di), (2009), *Il disagio psichico nella postmodernità*, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma.

La Porta, F., “Il populismo americano. Il vero cielo di Christopher Lasch”, pp.27-30, in *Linea d'ombra*, 71, 1992.

La Porta, F., “Christopher Lasch e gli inganni del progresso”, *Linea d'ombra*, 92, 1994.

La Porta, F., (a cura di), “Idee per il nuovo millennio. Un omaggio a Christopher Lasch”, pp.24-30, *Linea d'ombra*, 106, 1995.

Lakoff, A., (2005), *La raison pharmaceutique*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2008.

Lampe, K., et al., “Neuropsychological and behavioural disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder”, pp.1717-1729, in *Psychol. Med*, 37(12), Dec. 2007.

Landecker, H., “The role of childhood sexual trauma in the etiology of Borderline Personality Disorder: Considerations for diagnosis and treatment”, pp.234-242, in *Psychotherapy*, 29, 1992.

Laplanche, J., Pontalis, J.B., (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Bari, 2000.

Laqueur, T.W., (2003), *Sesso solitario. Storia culturale della masturbazione*, Gruppo Editoriale il Saggiatore, Milano, 2007.

Lasch, C., (1979), *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*, Bompiani, Milano, 1981.

Lasch, C., (1984), *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano, 1985.

Latouche, S., (1989), *L'occidentalizzazione del mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Latouche, S., (2004), *Come sopravvivere allo sviluppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.

Latouche, S., "Abbondanza frugale", pp.11-12, in *Il Manifesto*, 17 settembre 2010.

Levin, R. "Review of: Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border", pp.291-296, in *Psychoanalytic Psychology*, vol.7, No.2, Spring 1990.

Liebowitz, M., Klein, D., "Interrelationship of hysteroid dysphoric and borderline personality", pp.67-88, in *Psychiatric clinics of North America*, 4, 1981.

Linehan, M.M., (1993), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

Lingiardi, V., (2004), *La personalità e i suoi disturbi*, Gruppo editoriale il Saggiatore, Milano.

Lingiardi, V., Madeddu, F., (2002), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Links, P.S., et al., "Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study", pp.336-340, in *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 1988.

Lipovetsky, G., (1993), *L'era del vuoto. Saggi sull'individualismo contemporaneo*, Luni Editrice, Milano, 1995.

Livesley, W.J., “Diagnostic dilemmas in the classification of personality disorder”, pp.153-189, in Phillips, K., First, M., Pincus, H.A., (a cura di), (2003), *Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

Little, M., (1966), “Transference in Borderline States”, pp.476-485, in *The International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.47, Part 4, 1966.

Luu, P., Posner, M.I., “Anterior cingulate cortex regulation of sympathetic activity”, pp.2119-2120, in *Brain*, 126, 2003.

Madeddu, F., “Wilhelm, Lucien, Frederic e gli altri. I compagni di viaggio dei giovani adulti”, pp.95-110, in *Rivista di Psicologia Analitica*, 76, 2007.

Madera, R., (1998), *Carl Gustav Jung. Biografia e teoria*, Bruno Mondadori, Milano.

Madera, R., (1999), *L'animale visionario. Elogio del radicalismo*, Gruppo editoriale il Saggiatore, Milano.

Madera, R., “Quando l'oscurità dell'anima vuol essere pensata”, pp.99-107, in *Rivista di psicologia analitica*, nuova serie n.17, 69/2004.

Madera, R., (2005), “Un'etica che sa dell'anima e del mondo per l'era planetaria”, pp.9-22, in Neumann, E., (1948), *Psicologia del profondo e nuova etica*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2005.

Madera, R., (in corso di pubblicazione), *Il codice genetico della civiltà dell'accumulazione nelle scoperte di Marx*.

Madera, R., Tarca, L.V., (2003), *La filosofia come stile di vita*, Bruno Mondadori, Milano.

Maffei, C., (2008), *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*, Raffaello Cortina editore, Milano.

Mahler, M.S., (1971), “A Study of the Separation-Individuation Process”, pp.433-452, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Marcuse, H., (1955), *Eros e civiltà*, Einaudi, Torino, 1967.

Marcuse, H., (1964), *L'uomo a una dimensione*, Einaudi, Torino, 1991.

Marcuse, H., (1969), *L'autorità e la famiglia*, Einaudi, Torino, 1970.

Masterson, J., (1976), *Psychotherapy of the borderline adult*, Brunner/Mazel, New York.

Maturo, A., "I mutevoli confini della medicalizzazione", pp.17-35, in Maturo, A., Conrad, P., (a cura di), "La medicalizzazione della vita", *Salute e Società*, Anno VIII, n.2/2009.

Maturo, A., Conrad, P., (a cura di), "La medicalizzazione della vita", *Salute e Società*, Anno VIII, n.2/2009.

Maudsley, H., (1875), *La responsabilità nelle malattie mentali*, Fratelli Du Molard, Milano.

McCallum, D., (2001), *Personality and Dangerousness: Genealogies of Antisocial Personality Disorder*, Cambridge University Press, New York.

McFarland, A., "Debate on moral insanity", pp.63-106, in *American Journal of Insanity*, 1863.

Meneguz, G., (2005), *Psicoanalisi ed etica. Appunti di critica storico-sociale*, Bollati Boringhieri, Torino.

Meyerson, I., (1948), *Psicologia storica*, Nistri-Lischi, Pisa, 1989.

Migone, P., "La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III", pp.56-90, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, Anno XVII, n.4, 1983.

Mitchell, S.A., (1993), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

Moretti, F., (1999), *Il romanzo di formazione*, Einaudi, Torino.

Mouchabac, S.S.E., (2000), *Impulsivité et approche dimensionnelle de la personnalité: étude clinico-experimentale en population general*, Tesi di dottorato, Prof. Maurice Ferreri, Università Denis Diderot (Paris VII), Faculte de Medicine Xavier Bichat.

Moutaud, B., “C’est un problème neurologique ou psychiatrique?”, pp.175-214, in Missa, J.N., (2008), (a cura di), *Les cahiers du centre georges-canguilhem, n.2 – Les maladies mentales*, Presses Universitaires de France, Paris.

Murray, J., “La pubblicità per i farmaci con obbligo di prescrizione in un contesto globale: un confronto tra la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti”, pp.202-221, in Maturo, A., Conrad, P., (a cura di), “La medicalizzazione della vita”, *Salute e Società*, Anno VIII, n.2/2009.

Nahas, Z., Molnar, C., George, M.S., “Imaging cerebrale”, pp.1005-1032, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Nemiah, J., “Prefazione”, pp.1-5, in Ronningstam, E.F., (a cura di), (1998), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

Neumann, E., (1948), *Psicologia del profondo e nuova etica*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2005.

Nigg, J.T., et al., “Causal heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder. Do we need neuropsychologically impaired subtypes?”, pp.1224-1230, in *Biol. Psychiatry*, 57, 2005.

Nussbaum, M., (1996), *Terapia del desiderio*, Vita e Pensiero, Milano, 1998.

Nuckolls, C.W., “Toward a Cultural History of the Personality Disorders”, pp.37-47, in *Soc. Sci. Med.*, Vol.35, No.1, 1992.

Oldham, J.M., (2005), *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*, APA, Arlington,VA.

Oldham, J.M., “Disturbi di personalità”, pp.3-23, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Oyama, S., (1998), *L'occhio dell'evoluzione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004.

Paoletta, F., “ Lo sguardo sui corpi”, pp.120-131, in Panattoni, R., (a cura di), (2009), *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano.

Paris, J., (a cura di), (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina Editore, Milano, 1995.

Paris, J., (1996), *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

Paris, J., (1999), *Nature and Nurture in Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, DC.

Paris, J., “Una prospettiva attuale per l'integrazione dei disturbi di personalità”, pp.183-197, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Paris, J., (2008), *Treatment of Borderline Personality Disorder. A guide to Evidence-Based Practice*, The Guilford Press, New York.

Paris, J., et al., “Risk factors for borderline personality in male outpatients”, pp.375-380, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 1994.

Pazè, V., “Christopher Lasch, teorico della democrazia radicale”, pp.151-171, in *Teoria Politica*, 2, 1997.

Perry, C.J., Herman, J., “I trauma e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità”, in Paris, J., (a cura di), (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina Editore, Milano, 1995.

Pezzella, M., “L’eccezione e la norma: forme della società dello spettacolo”, pp.11-34, in *I Fogli di ORISS*, dicembre, n.17-18, 2002.

Philipsen, A., et al. “Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder”, pp. 118-23, in *Br J Psychiatry*, 192, 2008.

Plomin, R., (1994), *Natura ed esperienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

Pope, H., et al., “The validity of the DSM-III borderline personality disorder”, pp.23-30, in *Archives of General Psychiatry*, 40, 1983.

Porter, R., (1987), *Storia sociale della follia*, Garzanti Editore, Milano, 1991.

Posner, M.I., et al., “Attentional mechanisms of borderline personality disorder”, pp.16366-16370, in *PNAS*, vol. 99 no. 25, December 10, 2002.

Prichard, J.C., (1833), “Insanity”, pp.10-32, 847-75, in Forbes, J., Tweedie, A., Conolly, J., (a cura di), *The cyclopaedia of practical medicine*, 4 vols, London, Sherwood, Gilbert, Piper, vol. 2, 1833-35.

Prichard, J.C., (1835), *A Treatise on Insanity*, Shenvood Gilbert and Piper, London.

Prichard, J.C., (1835a), “Moral Insanity”, pp.117-126, in *History of Psychiatry*, vol.10, No.117, 1999.

Pulcini, E., (2001), *L’individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.

Rabinow, P., “Artifices et Lumières: de la sociobiologie à la biosocialité”, in Ehrenberg, A., Lovell, A.M., *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

Rabinow, P., Rose, N., “Biopower today”, pp.195-217, in *BioSocieties*, vol.1, No.2, Giugno, 2006.

Rado, S., (1953), “Dynamics and Classification of Disorderd Behavior”, pp.243-262, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Rafter, N., (1997), *Creating Born Criminal*, University of Illinois Press, Champaign III.

Rafter, N., “The Unrepetant Horse-Slasher: Moral Insanity and the Origins of Criminological Thought”, pp.979-1008, in *Criminology*, vol.42, No.4, 2004.

Recalcati, M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi*, FrancoAngeli, Milano.

Recalcati, M., (a cura di), (2003), *Introduzione alla psicoanalisi contemporanea*, Bruno Mondadori, Milano.

Recalcati, M., “La personalità borderline e la nuova clinica”, pp.1-32, in Cosenza, D., Recalcati, M., Villa, A., (a cura di), (2006), *Civiltà e disagio*, Bruno Mondadori, Milano.

Revel, J., (2002), *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris.

Rieff, P., (1966), *The Triumph of the Therapeutic*, New York, Harper & Row.

Riesman, D., (1948, 1961), *La folla solitaria*, Il Mulino, Bologna, 1999.

Rinke, H., Hunt, A., “From Sinners to Degenerates: The Medicalization of Morality in the 19th Century”, pp.59-88, in *History of the human sciences*, vol.15, No.1, 2002.

Rinne, T., et al., “Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients”, pp.548–556, in *Biological Psychiatry*, 47, 2000.

Rinne, T., et al., “Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse”, pp. 1102-1112, in *Biol Psychiatry*, 52(11), 2002.

- Ronningstam, E.F., (a cura di), (1998), *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Rose, N., “Power in Therapy: Techne and Ethos”, Academy for the Study of the Psychoanalytic Arts.
- Rose, N., (1990), *Governing the soul: the shaping of the private self*, Routledge, London.
- Rose, N., (1996), *Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood*, University Press, Cambridge.
- Rose, N., “The Politics of Life Itself”, pp.1-30, in *Theory Culture & Society*, vol.18, No.1, 2001.
- Rose, N., “Becoming Neurochemical Selves”, pp.89-128, in Stehr, N., (a cura di), (2004), *Biotechnology, Commerce And Civil Society*, Transaction Publishers, Somerset.
- Rose, N., (2007), *La politica della vita*, Einaudi, Torino, 2008.
- Rose, S., (2005), *Il cervello del ventesimo secolo*, Codice edizioni, Torino, 2005.
- Rosse, I.C., “Clinical Evidences of Borderland Insanity”, pp.669-683, in *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol.15(10), Oct. 1890.
- Rossi, P., (2001), *Bambini, sogni, furori. Tre lezioni di storia delle idee*, Feltrinelli, Milano.
- Rovatti, P.A., “Note sulla medicalizzazione della vita”, pp.3-13, in *Aut Aut*, Vol. 340, 2008.
- Rush, B., (1839), *An inquiry into the influence of physical causes upon the moral faculty*, Haswell, Barrington.
- Rush, N., et al., “Corpus callosum abnormalities in women with borderline personality disorder and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder”, pp.417-422, in *J Psychiatry Neurosci*, 32(6), Nov. 2007.

Sachs, W., (1999), *Ambiente e giustizia sociale. I limiti della globalizzazione*, Editori Riuniti, Roma, 2002.

Salsano, A., (2008), *Il dono nel mondo dell'utile*, Bollati Boringhieri, Torino.

Sassanelli, G., (1998), *Narcisismo. Condizione umana o disturbo della personalità?*, Borla, Roma.

Schmideberg, M., (1947), "Il trattamento di psicopatici e pazienti borderline", pp.92-118, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Scull, A., (1981), *Madhouses, Mad-doctors, and Madmen: The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*, University of Pennsylvania Press, London.

Scull, A., (1989), *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, University of California Press, Berkeley.

Séguin, E., (1846), *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, J. B. Baillière, Paris.

Sen, A., (1993), *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*, Marsilio, Padova, 1998.

Sennett, R., (1974), *Il declino dell'uomo pubblico*, Bruno Mondadori, Milano, 2006.

Sherril, M., "Le trouble de la personnalité multiple: vérités et mensonges du sujet", in Eherenberg A., Lovell A.M., *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

Shiva, V., (1988), *Sopravvivere allo sviluppo*, Petrini editore, Torino, 1990.

Shiva, V., (1993), *Monocolture della mente*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Shorter, E., (1997), *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al prozac*, Masson, Milano, 2000.

Showalter, E., (1985), *The female malady: women, madness, and English culture, 1830–1980*, Pantheon Books, New York.

Siever, L.J., Davis, K.L., “A psychobiological perspective on the personality disorders”, pp.1647-1658, in *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991.

Skodol, A.E., “Manifestazioni, diagnosi clinica e comorbidità”, pp.119 e sg., in Oldham, M.J., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Skodol, A.E., Siever, W.J., et al., “The borderline diagnosis II: biology, genetics and clinical course”, pp.951-963, in *Biological Psychiatry*, 51, 2002.

Snyder, S., et al., “Identifying the depressive border of the Borderline Personality Disorder”, pp.1621-1623, in *American Journal of Psichiatria*, 139, 1982.

Sollier, P., (1891), *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Felix Alcan, Paris.

Soloff, P.H., “Trattamenti somatici”, pp.613-643, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Soloff, P.H., et al., “Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo”, pp.691-697, in *Archives of General Psychiatry*, 43, 1986.

Soloff, P.H., et al., “Behavioral dyscontrol in borderline patients treated with amitriptyline”, pp.177-181, in *Psychopharmacol Bull.*, 23(1), 1987.

Spitzer, R.L., et al., (1979), “Crossing the Border Into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia: The Development of Criteria”, pp.527-548, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E., “Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III”, pp.1187-1192, in *The American Journal of Psychiatry*, 132, 1975.

Stern, A., (1938), "Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses", pp.54-73, in Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Stone, M., "Contemporary shift of the borderline concept from a sub-schizophrenic disorder to a subaffective disorder", pp.577-594, in *Psychiatric clinics of North America*, 2, 1979.

Stone, M., (a cura di), (1986), *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*, New York University Press, New York and London.

Stone, M., "La violenza", pp.765-791, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Strzyz, K., (1978), *Narcisismo e socializzazione. Trasformazione sociale e mutamento dei dati caratteriali*, Feltrinelli, Milano, 1981.

Swain, G., (1994), *Dialogue avec l'insensé*, Gallimard, Paris.

Tallacchini, M., (a cura di), (1998), *Etiche della terra. Antologia di filosofia dell'ambiente*, Vita e Pensiero, Milano.

Terzian, H., "La formazione d'un archivio dell'emarginazione e della follia. Prospettiva di ricerca e riflessioni", pp.17-52, in Galzigna, M., Terzian, H., (a cura di), (1980), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio Editori, Venezia.

Timsit, M., (1971), "Les "états-limites", évolution des concepts", pp.679-724, in *L'évolution psychiatrique*, Tome XXXVI, Fascicule IV, Octobre-Décembre, Année 1971.

Tonello, F., (2006), *La fabbrica dei mostri. Un caso di panico morale negli Stati Uniti*, Feltrinelli, Milano.

Toqueville, A.de, (1835-1840), *La democrazia in America*, Rizzoli, Milano, 1992.

- Touraine, A., (1992), *Critica della modernità*, Il Saggiatore, Milano, 1997.
- Tramma, S., (2005), *Educazione e modernità*, Carocci editore, Roma.
- Tuke, D.H., “Moral or Emotional Insanity. Paper presented at July 1884 meeting of British Medical Association”, pp.174-190, in *Journal of Mental Science*, 31, 1885.
- Vaillant, G.E., (1963), “The natural History of the Remitting Schizophrenias”, pp.367-376, in *The American Journal of Psychiatry*, Vol.120, No.4, October, 1963.
- Valtellina, E., (in corso di pubblicazione), “L’avventura delle differenze”.
- Valverde, M., *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- Vegetti Finzi, S., (1986), *Storia della psicoanalisi. Appunti, opere, teorie*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Verga, G.B., “Contributo allo studio della pazzia morale o ragionante”, pp.161-169, in *AIMN*, No.XVII, 1880.
- Vigna, C., (1883), *Del padre Prosdocimo dottor Salerio. Discorso letto nella seduta del R. Istituto veneto di scienze, lettere ed arti il 27 novembre 1882*, Venezia, Tipografia di G. Antonelli.
- Voisin, F., (1843), *De l'idiotie chez les enfants*, J.B. Baillière, Paris.
- Voisin, F., (1843a), *De l'idiotie chez les parents*, J.B. Baillière, Paris.
- Weber, M., (1905), *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*, RCS Libri, Milano, 1991.
- Westen, D., et al., “Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorders”, pp.55-66, in *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 1990.

Widiger, T.A., Mullins-Sweatt, S.N., “Modelli categoriali e modelli dimensionali dei disturbi di personalità”, pp.53-80, in Oldham, J.M., Skodol, E.A., Bender, D.S., (a cura di), (2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Wilson, M., “DSM-III and the transformation of American psychiatry: a hystory”, pp.399-410, in *American Journal Psychiatry*, 150, 1993.

Wirth-Cauchon, J., “A Dangerous Symbolic Mobility: Narratives of Borderline Personality Disorder”, pp.141-162, in Fee, D., (a cura di), (2000), *Patohology and the Postmodern. Mental illness as discourse and experience*, Sage Publications, London.

Wirth-Cauchon, J., (2001), *Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London.

World Health Organization, (1973), “Report of the International Pilot Study of Schizophrenia”, WHO, Ginevra.

World Health Organization, (1979), “Schizophrenia: an International Follow-up Study”, Wiley, Chichester, New York.

Young, A., “Nos névroses traumatiques ont-elles un avenir?” in Ehrenberg, A., Lovell, A.M., *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris, 2001.

Zanarini, M.C., “Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi”, pp.75-92, in Paris, J., (a cura di), (1993), *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina Editore, Milano, 1995.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., “Pathways to the development of borderline personality disorder”, pp.93-104, in *Journal of Personality Disorders*, 11, 1997.

Zaretsky, E., (2004), *I misteri dell'anima. Una storia sociale culturale della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano, 2006.

Zetzel, E.R., "Current Concepts of Transference", pp.369-375, in *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 1956.

Zoja, L., (2003), *Storia dell'arroganza. Psicologia e limiti della sviluppo*, Moretti & Vitali, Bergamo.