

contratto e teorie della sovranità possa avere una sua profonda vita.

E che il riferimento ad un contratto politico fra sovrano e popolo quale base dell'autorità papale continuasse a permeare le persuasioni politiche profonde è ben testimoniato ancora nel primo '800: durante la rivoluzione del 1831 fu infatti dichiarata la decadenza di fatto e di diritto del potere temporale dei papi a Bologna sulla base del motivo che i pontefici non avevano rispettato la sovranità del Senato in rappresentanza del popolo e le prerogative della repubblica bolognese stabilite nel contratto con Niccolò V³⁷.

³⁷ «Monitore Bolognese», n. 2, 12 febbraio 1931, p. 2 e n. 4, 19 febbraio 1831, p. 3.

Le forme e le norme. Aspetti della nosografia, della deontologia e della clinica di fine Ottocento.

Roberto Beneduce Fulvio Marone

1. Il tramonto della medicina prescientifica e la regolamentazione dell'esercizio terapeutico.

L'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865) di C. Bernard occupa un posto privilegiato fra i quadri dell'Ottocento allocati nelle sale monumentali delle grandi storie della medicina¹: rappresenta per i più la sconfitta della «ragion pura», della concezione romantica, razionalistica ed idealistica della conoscenza, la disfatta — per dirla con le parole stesse di Claude Bernard — di «platonici ed aristotelici», il passaggio dell'empiria alla scienza, la rottura epistemologica inaugurale alle magnifiche sorti della medicina «positiva», quella «grande riforma della medicina» di cui parla R. Virchow.

È Bernard l'artefice del definitivo *déplacement*:

«Dalla medicina osservativa della prima metà del secolo alla medicina sperimentale del secondo Ottocento. Si tratta di uno «spostamento» triplice, di luogo, di oggetto, di mezzo. Il luogo medica privilegiato passa dalla corsia d'ospedale al gabinetto d'analisi; l'oggetto della ricerca medica dall'uomo malato all'animale da esperimento; il mezzo terapeutico dal preparato galenico, prescritto in base alla pratica empirica, al principio attivo, isolato dalla chimica e clinicamente sperimentato: dalla china al chinino, dall'oppio alla

¹ Cfr. A. PAZZINI, *La medicina nella storia, nell'arte, nel costume*, Padova 1968; L. PREMUDA, *Storia della medicina*, Padova 1960 e Id., *Metodo e conoscenza da Ippocrate ai nostri giorni. Introduzione alla medicina moderna*, Padova 1971.

morfina, inaugurando una linea di sviluppo farmacoterapico che continuerà nel Novecento².

Che poi la «medicina sperimentale» di C. Bernard non si distingua in nulla dalla fisiologia applicata, poco importa ai cantori del progresso scientifico; per questi, la facciata «autentica» di una disciplina è quella a struttura tendenzialmente piramidale, sormontata da un vertice acuminato di ipotesi originali e retta da un'ampia base di conoscenze «fondamentali», sulle quali si esercita il gioco della confutazione; al resto, ossia alla pratica quotidiana che si disinteressa alla grande teoresi, non spetterà, secondo questa linea, null'altro che l'epiteto di «scienza applicata», ossia di «tecnica». In tale prospettiva, però, una disciplina come la medicina finisce per ridursi, comitanamente, ad una serie di saperi ritenuti «di base»: patologia, fisiologia, farmacologia, metodologia chirurgia... E questi, a loro volta, risulteranno ulteriormente passibili di suddivisione: anatomia ed istologia normale e patologica, embriologica, biochimica, chimica fisica, etc. Il sapere del medico, a questo punto viene ad essere null'altro che la somma di frammenti di «scienza dell'invisibile», perdendo di vista proprio ciò che c'è di più evidente, ossia che se esiste un «proprio» della medicina, questo non è altro che il *rapporto medico-paziente*.

D'altra parte, l'esercizio di questo rapporto non è sempre venuto a coincidere, dal punto di vista storico, con il riconoscimento (e con la presunzione) di un sapere medico: per tanti e tanti secoli v'è stata separazione netta ed inconciliabile fra le teorie lungimiranti dei detentori della scienza medica, interessati soprattutto a divinare il decorso delle patologie, e la pratica empirica di chi assisteva materialmente gli ammalati: schiavi, cerusici, frati, barbieri, anime pie. Soltanto sul finire del secolo dei lumi — come afferma M.L. Betri³ — «era giunta a compimento, nel curriculum degli studi medici, una ricongiunzione fra teoria e prassi: il medico-fisico filosofo, di derivazione medioevale, si coniugava al medico-empirico chirurgo nella moderna ed unica figura del medico-chirurgo, formatosi

²G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari 1987, p. 326.

³M. L. BETRI, *La crisi del ruolo medico. I galatei dell'Ottocento*, «Federazione medica», 7, 1987, 685.

contemporaneamente nell'apprendimento della dottrina scientifica e nell'esercizio della pratica ospedaliera».

Il medico che nasce da questo matrimonio è quello che in seguito sarebbe stato denominato G.P., *general practitioner*, o, dalle nostre parti, medico di famiglia: e corrisposto grosso modo alla prima delle tre figure disegnate da Shorter⁴ nella sua brillante ed originale storia della clinica: la figura del *medico tradizionale*. È un personaggio molto poco romantico o invidiabile: spesso in giro da un domicilio all'altro, specie nei paesi di lingua anglosassone, interessato più all'anamnesi (in particolar modo al regime alimentare) che all'esame fisico del paziente (spesso ridotto alla sola indagine del polso e della lingua), uno ad una diagnosi che altro non era se non l'attribuzione di nome al sintomo principale (generalmente: febbre), estremamente uniforme nel prontuario seguito (salasso, vomito procurato, incisione, serviziale). Un clinico ricompensato dai propri pazienti con pochi soldi e con ancor meno stima, insidiato nel proprio status sociale da torme di agguerritissimi «guaritori alternativi», che possiamo grossolanamente raggruppare in tre diverse categorie: i ciarlatani veri e propri; i guaritori tradizionali, portatori di un sapere terapeutico popolare, «mammane», «conciaossa», «catarrattari» o «castraporci», sino al livello più alto dei *savants*: gli aderenti a veri sistemi medici alternativi, come l'omeopatia, la *Christian Science*, il tomsonianesimo, etc. L'insufficiente preparazione del medico tradizionale medico anche rispetto ai canoni scientifici dell'epoca (dovuta al fatto che solo nella seconda metà dell'Ottocento gli studi di medicina furono organizzati in un modo rigoroso e uniforme, che tenesse conto della abilità e teoriche e pratiche) non è che l'altro volto dell'impotenza terapeutica protrattasi fino al XIX secolo: si può ricordare a tale proposito un Consulto (1740) del Morgagni, il celebrato padre dell'anatomia patologica, che indica, per un «forestiero» in preda a «stiramenti convulsivi al collo stravaganti con storcimento a volte di bocca», tra gli altri rimedi «vipera, latte asinino, ed un bocconcino fatto di sùccino e di cranio umano preparato con la polvere di lombrichi terrestri (lavati con vino e fatti seccare con leggero calore)», non trascurando, naturalmente, «l'emissione di sangue dalle vene emorroidarie». Oppure si

⁴E. SHORTER, *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*, 1985 (tr. it.: *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Milano 1986).

può citare dagli *Elementa medicinae* (1780) di J. Brown, allievo di Cullen ed antesignano di quella naturalfilosofica Nuova dottrina medica italiana, eponimicamente da noi detta «bruno-rasori-tommasiniana», che saggiamente consigliava vini, eteri, canfora e docce scozzesi per curare le malattie asteniche (ossia quasi tutte, secondo il suo schematismo nosografico).

L'inefficacia di gran parte dei presidi terapeutici disponibili (sui quali fra Sette e Ottocento i primi studi statistici accurati cominciavano a far luce) è un «fattotalmente evidente da giustificare l'atteggiamento di contemplazione caratteristico della medicina classica, che spinge le sue propaggini fino al «nihilismo terapeutico» di Skoda, direttore della clinica medica viennese dal 1846 al 1871: giusta l'ippocratico *προγνωστικόν*, virtù maggiore del medico viene stimata la sua capacità di formulare prognosi esatte, prevedendo l'evoluzione di forme patologiche il cui corso è opportuno non alterare. Lasciar libero il campo alla *vis naturae adiuvatrix* significa purgarsi dalla peccaminosa *ybris*, la tracotante sfida nei confronti del limite imposto all'uomo dalla natura; e d'altra parte, al di là del senso filosofico e pio, significa anche attenersi ad un «accorgimento tecnico» che si esprime appunto nel vetusto precetto *primum, non nocere* (di fonte peraltro e di datazione assai incerte). Questo ammonimento come tante altre voci di codici, preghiere, formule, impegni, si diparte dal tronco di quel *Giuramento di Ippocrate* che, generato (o almeno ispirato) dall'ideale elladico di equilibrio, consonanza e concordanza tra il bene ed il bello (*καλὸν καγαθόν*), sembra affondare le sue radici, più che nell'etica, in una sorta di *estetica* medica.

È necessaria una spiegazione: i doveri del medico sono visti, all'interno di questa tradizione, in maniera abbastanza indipendente dal problema della *responsabilità per l'altro* (il paziente), e considerati invece alla luce dell'edificazione dell'immaginario sanitario, secondo una lettura del rapporto clinico-paziente in chiave meramente «tecnica», che riduce l'ammalato a «mezzo» attraverso cui raggiungere il fine della perfezione dell'arte medica. In questa chiave, ad esempio, tutta la vicenda dell'asepsi — specie il caso Semmelweis (1818-65), oggetto della tesi di laurea di Céline — può esser vista come esempio di chiusura di gruppi e collegi medici — alimentata, nel caso specifico, anche da pregiudizi millenari (l'avversione alla teoria del contagio, che fu già della scienza ippocratica) e da fedi più recenti (il localismo ispirato alla

contemporanea *Zellularpathologie* (1858) di R. Virchow), — un'ermetica chiusura assicurata da codici deontologici, leggi sanitarie⁵, galatei medici e convenzioni interne, preoccupati più di organizzare e difendere un corpo professionale dalle critiche del pubblico che di favorire un autentico — ossia *altruistico* — perfezionamento dell'arte: il medico, in mancanza di un'efficacia di cui ancora non disponeva, doveva almeno distinguersi per lo «stile» e la credibilità della sua immagine.

La questione della «responsabilità per l'altro» non poteva non trovare invece ampio spazio all'interno del dibattito giuridico, fra quelle leggi che — mosse anche dall'esigenza di mettere ordine fra i differenti codici esistenti nell'Italia post-unitaria, ma senza conferire un rilievo particolare alla dimensione etica del problema — pur si sforzavano di definire una regolamentazione più rigorosa della pratica medica e, parallelamente, degli studi universitari (si ricordino, a questo proposito, la legge Casati del 1859 e i successivi regolamenti proposti da Casati nel '60, da Bonghi e Coppino nel '75 e nel '76, da Baccelli nell'81, da Boselli nel '90, da Nasi nel 1902). Le discussioni intorno alle responsabilità del medico nel caso di errori professionali derivanti da imperizia, ignoranza o negligenza, nel mostrare linee di tendenza diverse o apertamente contraddittorie, testimoniano delle difficoltà incontrate nel tentativo di codificare una pratica e un sapere tanto controversi come quelli dell'«arte salutare». Così, se il Filippi ricordava che «la scienza medica non è fondata su leggi matematiche, assolute, immutabili», e che pertanto «l'opera di un medico non può valutarsi alla stregua di un criterio assoluto», altri insistevano sulla garanzia offerta dalla presunzione di capacità e di abilità, e dunque sulla responsabilità che derivava anche da «colpa lievissima» per aver questa infranto la buona fede di chi per necessità si era rivolto al medico. L'impegno a definire regole e criteri dell'arte medica mostra un profilo altrettanto controverso allorché si vada a considerare un

⁵A. LONNI, *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, in F. DELLA PERUTA a cura di, *Storia d'Italia Annali 7. Malattia e medicina*, Torino, 1984. Per alcune implicazioni della scuola tra medicina e diritto, v. P. BOZZOLI, *L'esperimento ideale. Giovanni Gandolfi e la medicina forense analitica*, in «Studi storici», 1988. Per ciò che riguarda un'analisi di Virchow «politico» e scienziato e del ruolo che ebbero le metafore nella sua produzione, cfr. R. G. MAZZOLINI, *Stato e organismi, individui e cellule nell'opera di R. Virchow negli anni 1845-1860*, «Annali dell'Istituto Italo-Germanico in Trento», IX, 1983, pp. 153-293.

altro e non meno discusso aspetto. Ci riferiamo al dibattito su quelle «zone» di sapere di difficile discriminazione, nelle quali gli atti terapeutici e la conoscenza che vi presiedeva potevano essere patrimonio anche di non addetti ai lavori, esponendosi così al rischio di contaminazione e di pratiche ciarlatane. È quanto emerge con chiarezza nel dibattito sull'ipnotismo. La trattazione che ne fa Attilio Cevidalli nella omonima voce dell'*Enciclopedia Giuridica, Ipnatismo (Medicina Legale)*, sottolinea infatti non solo che il suo esercizio deve essere riservato esclusivamente ai medici coerentemente a quanto previsto dalla legge del 22 dicembre 1888 (che disciplinava appunto tutte le forme delle possibili pratiche curative), ma anche che — per avere l'ipnotismo «ad un tempo in sé proprietà giovevoli e proprietà malefiche» — dovevano essere vietate quelle manifestazioni pubbliche, quegli spettacoli imperniati per l'appunto su ipnotismo, magnetismo, mesmerismo e simili, che avevano mostrato nel passato recente di poter turbare tanto la tranquillità delle coscienze comuni, soprattutto nei soggetti più deboli.

Merita di essere riportata per esteso la decisione del Consiglio Superiore di Sanità nel 1886, in seguito agli spettacoli che a Torino e a Milano erano stati tenuti dal Dhont (più noto al grande pubblico come Donato), decisione che viene citata dallo stesso Cevidalli nella voce «Ipnatismo» appena ricordata:

«Il Consiglio Superiore di Sanità, esaminando obiettivamente la questione dell'ipnotismo, e particolarmente quella degli spettacoli che sono dati ultimamente a Torino e a Milano:

afferma che non è più necessario discutere sulla parte scientifica e tecnica del sonnambulismo provocato e delle suggestioni ipnotiche, giacché questi fenomeni fanno parte integrante delle dottrine neuro-patologiche moderne; considerando poi che gli spettacoli di ipnotismo possono produrre una profonda perturbazione nell'impressionabilità del pubblico..., ritenendo per i fatti scientificamente provati ed ufficialmente confermati che l'ipnotizzazione può essere nociva alle persone che vi sono sottoposte, ed insistendo sul fatto che questo danno può essere più grande negli adolescenti, nei nevropatici, negli individui eccitabili o indeboliti da eccessivo lavoro mentale, persone tutte che hanno diritto ad una più grande protezione da parte della società; ed egualmente, per ciò che concerne la questione giuridica, considerando che dal punto di vista della

protezione necessaria della libertà individuale, non si può permettere che la conoscenza umana sia abolita, con pratiche generatrici di fatti psichici morbosi, nelle persone predisposte, come rendere un uomo schiavo della volontà di un altro, senza che egli abbia coscienza dei pericoli ai quali è esposto...;

è di parere che questi spettacoli d'ipnotismo (magnetismo, mesmerismo, fascinazione) devono essere proibiti nelle pubbliche riunioni.

Dietro la preoccupazione del legislatore di prevenire danni alla comunità, si può dunque cogliere anche il tentativo di assicurare un più saldo statuto di legittimità alla professione medica, fornendo insieme una duplice esigenza: «quella della difesa sociale e quella di tutela di una categoria⁶. Ne costituiscono un'eco quelle leggi e quei decreti che, nel tracciare una sempre più netta linea di demarcazione, concedevano solo ai medici il monopolio di operazioni quali l'applicazione di sanguisughe, di bendaggi o di semplici messaggi (cfr. in proposito la voce dell'*Enciclopedia Giuridica Italiana* (Vol. X, parte I e II, pp. 312-340), *Medici (e Chirurghi)*, curata da M. Battista. Come ricorda ancora la Lonni, «la lotta contro gli abusivi era d'altra parte presentata e vissuta come una lotta contro quell'ignoranza e quella superstizione che costituivano l'ideale terreno di azione dei ciarlatani: che questi traessero o meno un vantaggio economico dalle loro professioni era poco rilevante». Proprio in riferimento a tale problema ci sembra utile ricordare per il loro significato due sentenze riportate nella già citata voce dell'*Enciclopedia Giuridica*, l'una del 1898 e l'altra del 1902, relativamente al danno che può derivare alla «pubblica igiene, alla pubblica salute» dall'esercizio abusivo dell'«arte sanitaria» (sentenze senza dubbio posteriori al periodo storico considerato prima ma pur direttamente connesse alle questioni della disciplina della medicina che in quegli anni erano state così a lungo al centro dell'attenzione). Per commettere un tal reato, si fa notare, non è essenziale che sia presente un fine di lucro (che un danno sia stato prodotto, anche in assenza di una «mercede», questo desta preoccupazioni e questo si vuole prevenire), così come non è necessario che siano state messe in opera prestazioni particolari: anche i «semplici consigli, suggerimenti ed indicazioni», scrive il Battista, costituiscono già di per sé un atto illegale, un abuso; e

⁶Cfr. A. LONNI, *op.cit.*

allorquando se ne invochi il possibile carattere innocuo, non si manca di obiettare che il vero problema è il danno *indiretto* che si è in tal modo provocato: «in quanto che la persona così malamente soccorsa omette di ricorrere alla vera scienza medica, che avrebbe potuto suggerirgli più efficaci e sicuri rimedi». Definire il fine di lucro e il danno provocato direttamente da eventuali misure terapeutiche come aspetti non necessari né sufficienti perché una pratica potesse essere caratterizzata come abusiva, ben indica come il nucleo reale sul quale tale dispositivo legislativo finiva per intervenire (pur senza che si producessero generalmente eccessi particolari) era non tanto e non solo l'esercizio della professione medica, riservato d'ora in avanti e senza eccezioni a coloro che possedevano titoli riconosciuti e *curricula* adeguati, quanto piuttosto il *sapere* sul quale quella professione si era costruita e grazie al quale andava progressivamente occupando uno spazio sempre più ampio nell'organizzazione dello Stato: un sapere e la sua *circolazione*, che da questo momento seguirà direzioni e percorsi rigidamente codificati, e che non tollererà — queste almeno le intenzioni — di essere attraversata o aggirata nemmeno da «semplici consigli o suggerimenti». Si tratta in altri termini di impedire che altri che non siano i medici possano operare quegli «atti positivi» che fanno appunto il *proprium* della professione medico-chirurgica, e di impedirlo qualunque ne sia la ragione e «qualunque sia la forma che le pratiche curative possono assumere». Si tratta di sancire il monopolio della «cura». Queste preoccupazioni prendono poi particolare rilievo quando collocate in quegli ambiti da sempre particolarmente ambigui che sono le cure «magnetiche» o l'ipnosi, ambiti contesi in eguale misura in quegli anni da gabinetti medici da un lato e palchi di teatro dall'altro: e senza che la dimensione spettacolare, «meravigliosa» (Gallini) del problema potesse essere indicata come prerogativa discriminante dei secondi a fronte dei primi, ugualmente impregnati di quella

spettacolarità che — benché fastidiosamente — insidiava da presso un discorso che si voleva tutto scientifico⁷.

2. L'affermarsi del «medico moderno»

Il quadro che abbiamo qui sopra delineato relativamente al sapere e alla pratica del medico, viene sovvertito dalle grandi rivoluzioni prima epistemologiche poi tecnologiche del XIX-XX secolo: ed è ben oltre la metà dell'Ottocento che fa il suo ingresso sulla scena quello che Shorter definisce il *medico moderno*. È un medico che si caratterizza per un sapere/potere via via crescente nei confronti della malattia, un sapere/potere infine tale da segnare un'effettiva differenza, un dislivello via via più incolmabile fra clinico e paziente.

Anche qui è necessario puntualizzare: il linguaggio del medico è sempre segnalato per mutevolezza, confusione ed oscurità, «alle quali si imputavano i contrasti tra i medici e i raggiri nei confronti degli ammalati»⁸. Ma erano, appunto, parole vuote, sporadicamente correlate ad oasi di conoscenza anatomica, fisiologia, patologia, disperse in un deserto ove il sapere pratico ed interessante, quello relativo a diagnosi, prognosi, terapia (ossia rispondente alle domande: che cosa ho? quando guarirò? che posso fare?) era equanimente ripartito fra tutti gli attori della scena sanitaria: medici ufficiali, pazienti, guaritori, dilettanti, ciarlatani, curatori tradizionali, maghi e fattucchiere, etc.⁹.

⁷Si ricordi solo uno fra i molti casi esemplari dell'epoca: quello di Paolo Conte, dove s'intrecciano discorso medico-scientifico, conflitti religiosi e socio-culturali e preoccupazione legale: connessa quest'ultima alla difficile discriminazione di un comportamento che a taluni sembra proprio di un «delinquente», ad altri proprio di un «neuropatico», ma che tuttavia testimonia di un senso morale «pervertito» in quello che Belfiore non esita a definire il «più grande isterico che sia esistito finora» (G. BELFIORE, *Grande isteria ed ipnotismo. Studio medico-legale su Paolo Conte, imputato di truffa in danno del Dr. Fusco*, Napoli 1889, p. 27). Cfr. su questi problemi anche C. GALLINI, *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Milano 1983).

⁸M. L. BETRI, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale*, in F. DELLA PERUTA, *op.cit.*, p. 212.

⁹Per un'idea generale di quanto indistinti possano essere i limiti tra sapere scientifico, sapere comune e sapere tradizionale, si vedano le interessantissime ricerche di G.E.R. LLOYD sulla medicina nell'antica Grecia: *Magic, Reason ad Experience. Studies in the Origin and Development of Greek Science*, 1979 (tr.it.: *Magia, ragione esperienza. Nascita e forme della*

Inoltre, il *latinorum* era la lingua dotta della medicina togata, mentre «il lessico più comune si spezzettava invece nel dialetto di convenzione municipale e negli idiotismi medici di ogni città d'Italia»¹⁰. A tutto ciò «si venne sostituendo, intorno alla metà dell'Ottocento, la più rigorosa esigenza di una nomenclatura fondata sull'anatomia patologica»¹¹: compendosi così il fato che volle il linguaggio della medicina, più che mezzo di comunicazione, ostacolo alla comunicazione col paziente. Laddove prima esisteva pur sempre un dialogo a più voci intorno alla malattia, a partire dall'esplosione otto-novecentesca di biologia e microbiologia, igiene e dietetica, diagnostica strumentale e farmacoterapia, un dopo l'altro i vari interlocutori disciplinatamente ammutoliscono per ascoltare il monologo dell'unico, fine dicitore rimasto in campo: la medicina tecno/logica, neutra, spassionata, indifferente, impassibile, universale e deterministica. Per comprendere come la clinica di fine secolo risenta delle metamorfosi concettuali e lessicali dell'Ottocento, è opportuno cominciare a distinguere ciò che finora abbiamo tenuto unito. Clinica medica e clinica psichiatrica formano infatti, in questo periodo, una sorta di chiasmo: divise e lontane come sempre erano state — nelle forme e nei modi che tra un attimo vedremo — si precipitano improvvisamente, in uno spazio fuori dal tempo, l'un verso l'altra, per poi ricollocarsi all'identica distanza che sempre hanno tenuta: identica sì, ma scambiate di posto. E, paradossalmente, questa inversione di posizioni si fonda sulla scoperta della medesima identità strutturale all'interno dei due campi, medico e psichiatrico. Procediamo con ordine. Le due grosse rivoluzioni delle rispettive patologie di questo secolo, quella di Rudolf Virchow e di Claude Bernard da una parte, e quella di Sigmund Freud dall'altra, si basano su di una serie di assunti analoghi, che si possono così riassumere: a) la patologia è la chiave per comprendere la fisiologia; b) la

scienza greca, Torino 1982) e *Science, Folklore and Ideology. Studies in the Life Sciences in Ancient Greece*, 1983 (tr. it.: *Scienza, folklore ideologia. Le scienze della vita nella Grecia antica*, Torino, 1987).

¹⁰M. L. BETRI, *op.cit.*, p. 213.

¹¹*Ibidem*.

patologia non è altro che la continuazione della fisiologia sotto altre condizioni¹². La scoperta della continuità di fisiologia e patologia ha però conseguenze profondamente diverse sulla clinica dei due ambiti.

I) In medicina, la precedente presunzione di incommensurabilità fra sano ed ammalato non era mai stata tale da intaccare l'appartenenza di medico e di paziente al medesimo ordine di individui: il genere umano. Se la patologia medica è patologia del corpo, e se d'altra parte ciò che definisce l'essere dell'uomo è pensiero (l'uomo come animale morale), l'intangibilità del pensiero da parte delle patologie organiche — se non per cause meramente «meccaniche» — garantisce il *phibiscian* che il paziente è un altro-uomo. Ed a quest'altro uomo il clinico, prima dell'Ottocento, non ha potuto dar altro che... umanità. In assenza, come s'è già detto, di presidi terapeutici realmente efficaci, l'unica terapia garantita del medico pre-moderno era, letteralmente il rapporto medico-paziente: un conforto «morale», quindi, più che tecnico, che si concretizza nel passaggio della responsabilità della malattia dal paziente al medico. Questo atto non cerca la sua legittimazione nella deontologia, in quei codici, giuramenti o manuali cui già abbiamo fatto cenno: è un puro e semplice effetto del rapporto medico-paziente, che riverbera non dalla teoria ma *direttamente* dalla pratica clinica. Con le scoperte dell'Ottocento, la clinica medica subisce una volta di 180 gradi; la conoscenza delle regolarità non più soltanto statiche (le forme anatomiche) ma anche dinamiche (le leggi fisiologiche) consente di ideare modalità prima soltanto teoriche ed infine pratiche di intervento. La tecnica si incunea così tra medico e paziente, divaricando i due poli

¹²«Le norme si riconoscono dai loro scarti», ha detto Canguilhem, e ancora: «la conoscenza della vita, come quella della società, suppone la priorità dell'infrazione sulla regolarità» (G. CANGUILHEM, *Le normale et le pathologique*, 1966; tr. it.: *Il normale e il patologico*, Rimini 1976). Per ciò che concerne il caso della psichiatria, come si è fatto osservare in particolare da Foucault, bisogna ricordare che l'assunzione della follia e della devianza ad oggetto d'indagine e di controllo ha costituito il presupposto perché si potesse aprire quello spazio epistemologico dentro il quale andrà a situarsi poi la psicologia come studio della norma, di ciò che rappresenta il livello «fisiologico» ed invariante: spazio pensabile solo dopo che norma e devianza erano stati collocati su un comune livello di oggettività, «la deviazione configurandosi anzi come il fondamento e la possibilità della regola e dell'invariante (...), l'*homo psicologicus* come erede diretto dell'*homo mente captus*» (A. FONTANA, *Introduzione* a M. FOUCAULT, *Nascita della clinica*, Torino 1969).

e modificando equilibri secolari: la responsabilità del decorso della patologia passa dal medico al farmaco, ed il clinico, sgravato dagli aspetti non tecnici del rapporto, inizia a dimenticare insieme se stesso ed il paziente, riducendo entrambi ad un complesso di leggi per tutti identiche e tali da non lasciare in alcun punto emergere un lampo di soggettività.

A questo punto la deontologia medica, che abbiamo visto crescere come una sorta di estetica, subisce un'ulteriore metamorfosi e si trasforma in *logica* medica: il tipo di disciplina siglato da codici e regolamenti tende ad esser presentato non già come una *convenzione*, una regola di condotta imposta ai suoi membri da parte di un'associazione professionale, bensì come una *condizione* necessaria per garantire il miglioramento della pratica medica ed il prosieguo del progresso scientifico (come acutamente notava, nel 1883, il dott. L. S. Pilcher in una sua vibrante protesta), risolvendosi infine in medicina legale, ossia in un insieme di leggi, riferite a singoli problemi, e di modelli di pratica medica.

II) Diverso il caso della clinica psichiatrica, per la quale la supposta disomogeneità fra normale ed anormale era stata tale da creare il più profondo fossato tra clinico e paziente: se il pensiero del folle segue leggi completamente aliene alla logica comune, allora — per le stesse ragioni cui più sopra si faceva cenno — non è possibile vedere nel pazzo un altro-uomo. Il folle, secondo questo ragionamento, è radicalmente escluso dal consesso degli umani, e risulta impossibile ogni condivisione di affetti o valori tra clinico e paziente. Questa opposizione, come s'è già detto, viene ribaltata dalla affermazione che il pensiero che presiede alle formazioni patologiche — quali, ad esempio, il delirio, la melanconia, la nevrosi — segue la stessa logica, umano-troppo-umana, di sogno, fantasia, pensiero infantile. Comprendere il folle, a partire da questa constatazione, non è più impresa impossibile; e ciò crea le condizioni perché si venga a delineare uno spazio comune tra psichiatra e paziente, lo spazio di una ragione dai limiti meno angusti¹³. Nella sua

¹³Si rende necessaria a tale riguardo una breve digressione. La frattura che la psichiatria — diversamente dalla psicoanalisi — individua fra il soggetto sano e quello malato, non costituisce nella seconda metà dell'Ottocento una realtà concettuale statica e definita quanto piuttosto l'esito incerto e provvisorio di un dibattito che aveva percorso tutto il secolo e che aveva conosciuto ben altri presupposti. Infatti nei primi anni dell'Ottocento Pinel,

Patologia della mente (1867), il Maudsley osservava (con un pragmatismo tipicamente anglosassone):

«Se lo si spinge (il folle) ad agire come tutti, si può sperare ch'egli sia nella migliore condizione per sentire e pensare come tutti gli altri. Il grande principio in base al quale si deve agire per guarire la follia è lo stesso che bisogna seguire per evitare che una persona diventi folle:

e dopo di lui, persino con maggior vigore, Esquirol, avevano rifiutato e criticato l'approccio che era stato di Cabanis e di altri studiosi dell'epoca: i quali, parallelamente allo sviluppo delle conoscenze dell'anatomia e di quella patologica in particolare, immaginavano d'aver identificato in lesioni cerebrali ed in ogni caso «somatiche» la causa prima della follia e dello sragionare. Accettando per il solo idiotismo un'origine fisica (anche se non unica), contestando i dati degli studi frenologici e della fisiognomica di Lavater, insistendo piuttosto sulla responsabilità patogenetica delle emozioni, degli affetti, delle «passioni», Pinel ed Esquirol affermavano il principio della curabilità del folle e della sostanziale reversibilità della malattia mentale e, ad un tempo, il principio della continuità fra il folle ed il sano: una continuità che se da un lato fondava un trattamento come la «cura morale» degli alienati, dall'altro traeva la sua legittimità teorica anche nell'assenza di lesioni organiche nei tessuti cerebrali dei folli di Bicêtre, o quanto meno nell'assai dubbio loro significato. I successi dell'anatomopatologia e il trionfo del localismo (i cui riflessi saranno evidenti nell'affermarsi della «scuola somatica») segnano un arresto di questa tendenza e contribuiscono in maniera determinante a far dimenticare il trattamento morale quale tecnica di cura (e lasciando che se ne parlasse via via unicamente in riferimento all'orizzonte filantropico dei suoi propugnatori). Cfr. a tale proposito M. GALZIGNA, *Soggetto di passione, soggetto di follia*, in J.E.D. ESQUIROL, *Delle passioni* (a cura di M. GALZIGNA), Padova, 1982 e S. MORAVIA, *Alla ricerca della ragione perduta. Pinel e la nascita della psichiatria moderna*, in P. PINEL, *La mania*, a cura di F. FONTE BASSO e S. MORAVIA, Padova, 1987. Un'idea di *continuum* normale/patologico è comunque rintracciabile anche più tardi, in anni che furono gli stessi della psicoanalisi e persino in coloro che guardavano alla pazzia «esclusivamente qual fisica malattia», come il Maudsley, padre della psichiatria britannica, autore conosciuto anche in Italia e citato da quel Garofalo autore di alcune voci dell'Enciclopedia Giuridica (si veda la nota 19). Scriveva di Maudsley: «Potrebbe parer non difficile il determinare quando la mente di un uomo sia non sana, eppure lo è tanto, quanto folle in altri. Il passar della funzione fisiologica nella patologica è sì impercettibile che in un organo torna impossibile dire ove l'una incominci e finisca l'altra: la malattia non è un'entità nociva che s'impossessi del corpo, donde la si debba cacciare come uno spirito da un indemoniato, ma semplicemente l'azione vitale in condizioni diverse da quelle, che ci accordiamo a chiamare naturali o tipiche. Quel grado di deviazione dalla vita mentale sana, che per comune consenso degli uomini è riguardato come patologico, costituisce la mente malata» (H. MAUDSLEY, *Trattato sulle malattie mentali*. Prima versione italiana sulla 2 ed. inglese, Roma 1890, p. 425)

non lo si deve distinguere dagli altri o separare dai suoi interessi ed attività».

Come abbiamo appena visto per la medicina, la religione del progresso non ammette altri valori: è anche per questo che il caso della clinica psichiatrica si presenta alquanto differente. Pur tenendo in conto lo spessore e la multiformità dei problemi che le discipline dell'anima non cesseranno mai di suscitare, possiamo affermare che la relativamente alta «tensione morale» del rapporto medico-paziente nella psichiatria contemporanea consegna anche all'assenza — facilmente constatabile sul piano storico — di consistenti progressi del sapere psichiatrico (parliamo di «progresso» nel senso di superamento di un paradigma da parte di un altro, frequentemente più nuovo, che riscuote a partire da un dato momento il consenso pressoché unanime da parte della comunità scientifica: quella freudiana, invece, sebbene possa ben dirsi una rivoluzione interna alla psichiatria, non può d'altra parte essere concordemente valutata un «progresso» rispetto a quei saperi psichiatrici, pre-freudiani o non-freudiani, che anche al giorno d'oggi continuano a convivere con pari dignità e credito accanto a quella). In psichiatria, visto che nessuna conoscenza sembra avere uno *status* cognitivo privilegiato, non è indispensabile abbracciare quella scomunica dei giudizi di valore, formulata dal pensiero positivista fin dal suo nascere, che aveva la funzione di salvaguardare la decidibilità, l'operatività e l'efficienza dell'ambito scientifico dall'intrusione di pericolosi elementi di disturbo. In campo psichiatrico *anything goes*, qualsiasi cosa può andar bene, fornire informazioni utili a risolvere i sempre estremamente complicati *puzzles* diagnostico-terapeutici: anche considerazioni etiche, quindi, al di là dei freddi algoritmi della logica. Che le cose stiano così, d'altra parte, se può essere pacifico per la psicoanalisi freudiana, non lo è di certo per i tanti che alla fine dell'Ottocento giocano la carta della medicalizzazione della psichiatria. In quell'epoca, differenze a parte, pronubi clinici illustrissimi quali Griesinger, Duchenne-de-Boulogne, Charcot, Vulpian, Romberg, Erb, Meynert, Kussmaul, Leyden, Westphal, Wernicke, venivano tramandosi le nozze impossibili fra psichiatria e neuro-patologia. Egualmente lontani dal metodo clinico, «induttivo», di una Pinel, o dalla più speculativa e filosofica «fisiologia delle passioni» di un Chiarugi, impegnata in una difficile mediazione tra anima e

corpo, questi autori (cui si aggiungerà un folto stuolo di italiani: Morselli, Raggi, Roncoroni, Lussana, Verga, Tamburini, Castiglioni, etc.) provvedono a semplificare di molto il problema, tentando di schiacciare la psichiatria su di una neurologia di là da venire e finendo per fantasticare quella che è stata detta *Gehirnmytologie*. È opportuno, per il nostro tema, citare l'articolo di apertura del primo numero della «Rivista, sperimentale di freniatria e medicina legale» — *Del metodo sperimentale in freniatria e medicina legale. Discorso che potrebbe servire a uso di programma* opera di Carlo Livi — che esplicita l'intenzione di purificare l'oggetto della psichiatria (la definizione e il trattamento delle forme morbose «impropriamente» definite «mentali») dalla

«contaminazione» delle categorie della sfera «etica», per restituirlo al novero delle discipline mediche¹⁴.

3. Descrivere, prescrivere: nosografia psichiatrica ed etica psicoanalitica

Se lo sguardo dei mitoneurologi ricerca la patologia psichiatrica nei solchi, nelle scissure e nelle circonvoluzioni del cervello, il retaggio e la luogotenenza dell'anatomia cinquecentesca si ripropongono nella psichiatria classica anche a livelli più macroscopici (o più astratti); è il caso di quell'atteggiamento fenomenologico, o descrittivo, di cui

¹⁴D'altronde, se si auspicava per la *psichiatria* una purificazione disciplinare che ben la distinguesse da quelle speculazioni etiche, spiritualistiche o psicologistiche che sembravano avere le loro radici in quel suffisso (e che inducevano ad esempio il Maudsley ad aspettarsi nuove conoscenze dallo studio delle *nevrosi* ma non da quello delle *psicosi*), si andava al tempo stesso radicando anche quell'altra anima, quel profilo che fu tipico della psichiatria italiana e che può dirsi «legislativo». Lo testimonia il programma di fondazione della Società di Freniatria, del 1874, al cui interno, accanto all'impegno per «una classificazione uniforme delle malattie mentali» e al «progetto di statistica generale dei pazzi del Regno», spicca una petizione rivolta al Governo, affinché fosse al più presto emanata una legge che «tuteli gli interessi degli alienati»: un'attenzione, questa ai problemi legislativi e sociali, che finiva per approssimare ugualmente il lavoro degli psichiatri a quelle questioni che pure si volevano tener lontane. Per non parlare poi di quell'immagine onnipervasiva della psichiatria che fu talora disegnata in quegli stessi anni, e che si ritrova ad esempio nelle parole del discorso profferito a Torino da Lombroso per l'apertura dell'anno accademico: «Questa scienza, da umile ancella, da Cenerentola delle discipline mediche, si è infiltrata in tanti rami dello scibile, che poche le possono stare l'appresso per abuso d'inframittenza... Essa, novello Prometeo, tenta, infine, strappare un segreto che pareva negato agli uomini, quello della natura del pensiero. Non v'è, dunque, da meravigliarsi se molti, fra i meno arditi studiosi, bisbigliano, ogni tratto: «Guardatevi da questi alienisti che sconfinano e invadono i nostri campi» (C. LOMBROSO, *Le nuove conquiste della psichiatria*, Torino, 1887). Cfr., sulle caratteristiche della psichiatria italiana, i seguenti lavori: E. GIACANELLI, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, Introduzione a K. DORNER, *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari, 1967 e *Id.*, *Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra fra filantropia medica e controllo sociale*, «Rivista sperimentale di freniatria», 104, pp. 915 e sgg., 1980 (supp. IV fasc.); V. BABINI, M. COTTI, E. MINUZ, A. TAGLIAVINI, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, 1983, nonché F. STOK, *La formazione della psichiatria*, il Pensiero Scientifico, Roma, 1981; e ancora: A. GASTON, *Genealogia dell'alienazione*, Milano, 1987. Per i problemi generali della ricerca storiografica in psichiatria cfr. S. PIRO, *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Napoli, 1988.

campione indiscusso è all'epoca il *Lehrbuch der Psychiatrie* (1887, I ed.; 1927 IX ed. postuma) di Emil Kraepelin. Sul suo titanico «progetto di ricerca scientifica per individuare le *forme pure* di malattia mentale, forme eventualmente da inserire in una classificazione nosografica... secondo un ideale di conoscenza che si rifaceva a Linneo»¹⁵, si sono soffermati di recente molti autori¹⁶: particolarmente stimolante è il parallelo Kraepelin/Freud istituito da Gaston, che raccoglie il filo di quella «confusione» di inizio secolo tra lo «psicologismo» dell'uno e dell'altro autore — confusione che induceva Morselli, nel 1908 (nell'introduzione alla III ed. del *Manuale di Psichiatria* di C. Agostini) a parlare di «scuola psico-analitica» a proposito

¹⁵F. MONDELLA, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, «Sanità, scienza e storia», I, 1986, p. 83.

¹⁶F. M. FERRO e M. C. TONNINI, *Le ceneri di Kraepelin*, «Il piccolo Hans», 55, 1987, pp. 97-116; F. MONDELLA, *op.cit.*, E. STOK, *Kraepelin in Italia*, «Il piccolo Hans», 46, 1985, pp. 89-108.

della nosografia kraepeliniana¹⁷. In queste note, ci limitiamo a sottolineare velocemente ciò che invece distingue il

¹⁷A. GASTON, *Genealogia dell'alienazione*, Milano, 1987, pp. 56-61 e 181 in particolare. A questa confusione contribuì probabilmente anche un tratto che fu proprio della ricezione in Italia dell'opera kraepeliniana: e cioè la sempre sottolineata scarsa attenzione dell'autore tedesco per i contributi dell'anatomia patologica, che lo facevano percepire *tout court* come interno o comunque più prossimo all'area psicologica. Ben esprimono questa percezione le parole di commento che Tamburini premette all'edizione italiana del *Kompendium kraepeliniano (Prefazione a Introduzione alla clinica psichiatrica. Trenta lezioni del Dott. Emilio Kraepelin, Milano 1905)*, commento nel quale l'autorevole psichiatra italiano, se da un lato riconosceva i meriti dell'opera di Kraepelin nel ritrarre «nuovi quadri nosografici pieni di verità e vivezza», come pure la «finezza di cesello» nella descrizione dei singoli casi o «la nitidezza ed acume» della diagnosi differenziale, dall'altro non mancava di rimproverargli d'aver «lasciato da parte quasi del tutto il copioso bagaglio anatomico, patologico e sperimentale che nel lavoro fervidissimo e instancato dei cultori degli studi neurologici e psichiatrici si era andato accumulando (p.V.)». (Per ciò che riguarda lo psicologismo di Kraepelin, cfr. anche P. BERCHERIE, *Les fondaments de la clinique*. Vol. 1. *Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, 1980, p. 140). A quel «copioso bagaglio» si rivolsero spesso, con un atteggiamento che oscillava fra il dichiarato scetticismo ed una fiducia moderata, quei medici legali e quegli psichiatri forensi che speravano di trovarvi, come nelle misure craniometriche, segni più tangibili ed oggettivi di quella tanto discussa e controversa nozione di «non imputabilità» del folle. Nella voce *Alienazione* della *Enciclopedia Giuridica Italiana* (1892, Vol 1, Parte II, sez. I e sez. II, pp. 1192 e ss.), il Garofalo, nel prendere distanza da quell'approccio che in Francia era stato propugnato dal Despine e che considerava ogni comportamento criminale come un'espressione di «follia morale non patologica» (ossia senza genesi lesionale o organica), faceva riferimento all'orientamento organicista e ne riportava le conclusioni: «Il sistema di Despine è oggi abbandonato; la scuola somatica non può ammettere una forma di pazzia senza un *substratum* fisico; la parola *follia non patologica* implica una contraddizione, perché la pazzia non è che una contraddizione». Una malattia, certo, ma in ogni caso *sui generis*, che obbligava il Garofalo ad attenuare le implicazioni (e le promesse) dello statuto «fisico» della follia. Come si legge infatti nelle conclusioni: «Benché teoricamente, si sappia che l'alienazione è prodotta da alterazioni anatomiche del cervello, pure gli strumenti che finora possiede la scienza non sono riusciti sempre a scoprire i segni della malattia nell'organo che ne è affetto; e dopo aver citato il parere dell'illustre Krafft-Ebing, aggiungeva: «Si può concludere che il concorso dell'esame cadaverico alla diagnosi dell'alienazione può essere utile, come segno ausiliario, ma per sé solo è insufficiente e non vale a legittimare alcun giudizio sulla esistenza della malattia mentale»: conclusione moderata, coerente con l'atteggiamento prevalente in quegli anni negli ambienti medico-legali come in quelli psichiatrici (si confronti su ciò anche il Maudsley studioso dei rapporti fra criminalità e follia, che qui ricordiamo nell'edizione francese del 1888 (*Le crime et la folie*, Paris; si confronti in particolare il secondo capitolo, *La zone mitoyenne*).

tentativo kraepeliniano, cioè «la scelta di restare in posizione di osservatore neutrale, non coinvolto»¹⁸; un metodo «rivolto a cogliere i segni esteriori piuttosto che i sintomi che dipendono dalla descrizione dello stato interiore del paziente... spesso trattato come oggetto»¹⁹; un relativo disinteresse per il contenuto delle comunicazioni e dei comportamenti del paziente rispetto alla loro forma, al contorno, alla cadenza ed all'unità del flusso vitale.

La psichiatria classica, che ha nell'opera di Kraepelin la sua ultima, grande epifania, è *scienza dell'universale* ambientata e teorizzata nei luoghi del grande internamento, impegnata a raccogliere il numero più alto di pazienti onde poter meglio evidenziare ciò che tra essi permane di *identico* (di fisso, quindi, di permanente, di *statico* di sempre riconoscibile). Ma è la psichiatria dinamica a mostrare che per *comprendere* non basta più *guardare*. Se il pensiero psichiatrico di tendenza organicista si ostina a disegnare profili neurologici per le malattie mentali, con Freud viene alla luce l'immagine di una malattia mentale protei/forme, che si caratterizza per l'assenza di un'identità anatomopatologica. Mentre lo stile kraepeliniano rappresenta la fenomenica psichica nella sua *evidenza*, abbozzando quadri sincronici e diacronici che si vorrebbero netti e tagliati (e perciò l'incompletezza, la presenza di forme miste ed intermedie, le definizioni insoddisfacenti significano sempre il fallimento di una nosografia), lo stile freudiano non si accosta alla psicopatologia dei margini, ma punta al suo stesso centro, scegliendo di affrontare direttamente (senza, cioè, la mediazione tranquillizzante del *dato* nella sua duplice versione comportamentale o anatomopatologica) l'*essenza* dello psichismo, giungendo ad utilizzare senza eccessivi problemi definizioni nosografiche diverse per lo stesso caso (quello di Schreber, ad esempio): lasciando cioè esaurire nelle sue pretese il «nome» della malattia a vantaggio di ciò che in essa esprime lo psichismo.

Quest'ultimo, privato di tutti quei fenomeni di contorno che hanno, tra l'altro la funzione di *contenerlo* si presenta qual'esso è per sua natura, privo di apparenza, privo di presenza, privo di identità, *forma informe* o meglio, assimilabile ad una figura che non ha la forma e la necessità della *legge* naturale, ma soltanto la costanza e l'intermittente della *norma* morale. Perciò la psichiatria dinamica —

¹⁸F. M. FERRO - M. C. TONNINI, *op.cit.*, p. 106.

¹⁹F. MONDELLA, *op. cit.*, p. 92.

lasciate alle sue spalle le *formes naturelles* (Falret) della malattia mentale — non può che essere disciplina dell'individuale, più clinica che nosografica, volta ad evidenziare le regole private degli individui²⁰, quelle leggi di cosmì singolari che aspirano a diventare, senza mai poterlo essere, norme universali. Esso tenta di cogliere il fluire dello psichismo singolo, ma è costretta ad ammettere di non poterlo mai dedurre per mezzo di concetti determinati; sembra pertanto incapace di organizzare un consenso stabile attorno alle sue tesi, e nondimeno ricerca la discussione e

²⁰La preoccupazione della psicoanalisi per il territorio dell'*individuale* non può non evocare altre coeve e decisive trasformazioni sociali e culturali. Sullo sfondo del dibattito sulla *dégénérescence* (Morel), sull'evoluzionismo, sul ricapitolazionismo (Haeckel), andava emergendo la diffusa preoccupazione per i «guasti» prodotti dalla civilizzazione e dall'istruzione, apprensione che si esprime con toni pressoché omogenei negli scritti di medici, psichiatri e giuristi dell'epoca. Grazie alle nuove verità della statistica, che autori avvertiti non esitavano a definire «un'arma a doppio taglio» (E. MORSELLI, *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata*, Milano 1879, p. 47), è possibile leggere ed «interpretare» i mutamenti di costume ed i nuovi problemi possono essere connessi e spiegati secondo leggi semplici ed autoevidenti: «La costanza delle cifre e la regolarità dell'aumento progressivo dei suicidi, da quando si incominciarono a raccogliere statistiche ad oggi, è tale e tanta... da non potersi altrimenti spiegare, se non come effetto di quella influenza universale e complessa, cui diamo nome di *incivilimento*» (E. MORSELLI, *op.cit.*, pp. 51-52). Alle stesse conclusioni perviene Féré, medico nel celebre ospedale di Bicêtre: «Il est certain que la criminalité et la folie augmentent parallèlement à la civilisation» (Ch. FÉRÉ, *Dégénérescence et criminalité. Essai physiologique*, Paris 1888, p. 87). Di fronte alle nuove difficoltà, l'idea dell'*homme moyen*, sorta di misura dell'esistenza al cui affermarsi contribuì in modo decisivo proprio il successo della statistica, offriva spiegazioni circolari delle anomalie comportamentali, e adombrava al tempo stesso la presenza rassicurante di una norma sancita dalla neutrale matematica. Nell'opinione di Garofalo, ripresa dal già citato Féré, il crimine non consisteva in altro che in «une action nuisible qui viole le *sentiment moyen de pitié et de probité*» (corsivo nostro). Istanze etiche e normative trovano per altro espressioni originali non solo nel linguaggio della psicoanalisi o del diritto, ma soprattutto in quel filone che si rifà all'opera di Descuret e che traccia i parametri per una fisiologia delle passioni nella quale ogni eccesso, ogni pensabile eccesso, trovano una collocazione, una cifra, una diagnosi, una cura. Passioni della mente («fanatismo sociale», «mania per lo studio», «nostalgia», etc.) ma anche del corpo: di un corpo che proprio in quegli anni riceve un'attenzione particolare, trova una nuova estetica, viene definito da una diversa tipologia (J. LÉONARD, *Archives du corps, la santé au XIX siècle*, Ovest France, 1986, pp. 34-36). Sono gli anni in cui la forza-lavoro del corpo viene razionalizzata e controllata, gli anni del magnetismo, degli spettacoli sulla «morte apparente»: tempi nei quali «... il corpo vive forse sulle scene dei teatri magnetici ed illusionisti i primi ed ultimi anni del suo protagonismo» (C. GALLINI, *op.cit.*, p. 123 e Id., *I territori del meraviglioso*, in R. BENEDEUCE, a cura di, *Linguaggio ragione follia*, Napoli 1989).

l'altrui assenso. Non può far altro, perciò, che pensare il proprio oggetto «come se»: prendendo le mosse da un dato singolare, da un caso inatteso (com'è ogni paziente, per chi abbia orecchie per ascoltare la sua storia), giudicare senza regola per stabilire la regola (e pensiamo innanzitutto ai casi clinici freudiani). Ma proprio perché sembra operare *praticamente* con una mediazione concettuale estremamente ridotta, lo psichiatra dinamico non può rivendicare per le sue diagnosi e le sue interpretazioni alcuna universalità, e la sua aspirazione all'intersoggettività rischia sempre di restare insoddisfatta; lo psichiatra dinamico, incapace di dimostrare le sue ipotesi e le sue teorie (per nulla *evidenti* così come invece appaiono le forme della psichiatria classica), fa parte di una *comunità ideale* composta da un numero indefinito e mutevole di membri. Perciò il linguaggio freudiano si adegua al suo oggetto, ed al contrario di quello (almeno nelle intenzioni) *esatto* della nosografia classica, mostra di non avere «alcun rigore — e alcuna costante — nella sua terminologia»²¹, ed è anche per questo che la psicoanalisi ha sempre mostrato scarso interesse per la nosografia ed una spiccata attenzione per il «dover-essere» (*Wo es war, soll ich werden*). Nata negli studi privati ad opera di uno sparuto gruppo di clinici, essa si colloca all'interno di un quadro in cui le considerazioni normative sono molto più importanti di quelle nosografiche.

Mentre la diagnosi psichiatrica si situa classicamente — in quanto atto inserito nella tradizione scientifica occidentale — in uno spazio pubblico, proponendo l'eterno problema dell'accordo tra il particolare (il caso clinico) e l'universale (la categoria diagnostica), la relazione psicoanalitica non propone alcun adeguamento a leggi esterne, ma sottopone le varie clausole del contratto ad un accordo tra analista ed analizzante che si pone sullo scenario classico della logica dello «scambio», ove ciascuna regola avrà soltanto questi come giudici insindacabili. Nessun problema di «normalità», allora, per la norma analitica, né dal punto di vista terapeutico né di conseguenza (ricordiamo che la teoria psicanalitica è una *conseguenza* e una *esplicitazione* di quella pratica, la *talking cure* che Freud già adoperava agli inizi degli anni '90) dal punto di vista dell'inquadramento diagnostico. Ma l'etica freudiana, infine, non deve esser ricercata tanto nella deontologia «positiva» della psicanalisi (la sua *Grundregel*, le regole di astinenza cui debbono

²¹M. RANCHETTI, *Freud: affetti*, «Il piccolo Hans», 55, 1987, p. 117.

sottostare pazienti ed analisti - esplicitate da Freud, per esempio, nelle obiezioni che egli pose alle «innovazioni tecniche» di Sandor Ferenczi), ma nel taglio singolare che assume la logica analitica: oggetto dell'indagine psicanalitica non è la realtà della ragion pubblica (di cui la follia è solo l'inverso speculare, una sorta di insidioso e costante «banco di prova»), bensì la verità del desiderio individuale: i cui linguaggi, le cui scene, sono quelli delle stanze dove si recita la vita privata, dove si afferma quel «sentimento dell'identità personale»²² che fa da sfondo al progetto di un'etica del soggetto, un'etica indubbiamente *individuale*, il cui progetto si esprime non senza conflitti e strappi e che da taluni viene indicato persino come una delle cause principali dei nuovi profili assunti dalle «pazzie» e dalle «delinquenze»²³.

Il rapporto del singolo col proprio desiderio è il metro per misurare la strada dell'analisi, l'unico sul quale possano regolarsi attori e registri del teatro del sogno: ed è anche, in conclusione, il campione per valutare la distanza fra i problemi nosografici, deontologici e clinici del nostro secolo e quelli dell'arco di tempo che abbiamo appena sfiorato.

²²A. CORBIN, *Dietro le quinte*, in P. ARIÈS - G. DUBY, *Histoire de la vie privée. IV. De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris (tr. it.: *Storia della vita privata. L'Ottocento*, Bari).

²³S. VENTURI, *Le pazzie dell'uomo sociale*, Milano-Palermo 1901.

Heautontimorumenos

«Tu es iudex; nequid accusandus sis uide»
(Terenzio, *Heautontimorumenos*, II, 3, 352)

In questa rubrica la rivista ospita autorecensioni di autori che, con disponibilità e senso critico, accettano di cimentarsi nell'insolito ruolo di 'punitori di se stessi'.