
EVELINA PRAINO

IL SOGGETTO DELLA NARRAZIONE PSICHIATRICA

Abstract

In this text I develop a new reflection about the relationship between madness and therapy. According with the tradition of the phenomenological psychiatry and the studies of Michel Foucault, I will discuss the account of madness presupposed by a number of psychiatric theories from the 20th century onwards. I will deal with these theories through the particular conceptual tool of narration. Indeed, no psychiatric approach can elude a serious confrontation with patient's existential narration, for two reasons. First, there is no psychiatric investigation outside the hermeneutics of the subject's lived-experience. Secondly, the written or narrated word, by producing subjectivities, allow for a combination of the existential experience of the healthy individual with the insane. Lastly, accounting for madness as an object recently constituted as a disease and codified by a science that, as a rational framework, remains totally alien from it, clarifies that the discourse on madness is the partial and external report of a lived-experience never compared to self-narration. Thus, madness still upsets our subjectivity about its relation to the world and the other precisely because there has never been a discourse on the concrete possibility of a radical incommunicability between madness and reason. Perhaps, such incommunicability should be only exhibited.

Keywords: Foucault; Madness; Narration; Philosophical *Daseinanalyse*; Therapy

Gerade Tatsachen gibt es nicht, nur Interpretationen¹

1. Introduzione

Qualsiasi riflessione che si ponga l'obiettivo di dire qualcosa su un fenomeno necessita di aderire al presente in cui esso si colloca e di analizzare gli elementi che più caratteristicamente lo radicano alla sua attualità. Come gli innumerevoli studi di Foucault hanno dimostrato², la relazione tra follia e cura non è neutra, ma anzi è l'istituzionalizzazione della psichiatria e della medicina psichiatrica che, a partire dal XIX secolo, pone in essere la follia con i caratteri che oggi le attribuiamo³. Prendere in carico questa relazione e ripensarla ci consentirà di delineare la follia, o il disturbo psichico, a partire dalla relazione che intesse con la cura. Nello specifico, ci proponiamo di indagare la concezione della follia sottesa ad alcune teorie psichiatriche che, elaborate a partire dal XX secolo, si contrappongono tra loro in base ai modelli di riferimento. La pietra di paragone attraverso cui

-
- 1 «Non ci sono fatti, solo interpretazioni». F. NIETZSCHE, *Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden*, a cura di, G. Colli, M. Montinari, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1980, p. 315.
 - 2 M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1963; ID., *Malattia mentale e psicologia*, Raffaello Cortina, Milano 1996; ID., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France, 1973-1974*, Feltrinelli, Milano 2004.
 - 3 Riguardo all'assimilazione dei modelli logici alle condizioni generali di razionalità, il discorso di Melandri sulla tendenza riduzionista dell'epistemologia moderna è particolarmente significativo. Vedi E. MELANDRI, *Note in margine all'«episteme» di Foucault*, in «Lingua e Stile», V, 1, 1970, p. 145 sgg.

confronteremo i vari modelli di cura psichiatrici sarà la narrazione, in primo luogo, per la centralità che essa assume all'interno della prassi curativa psichiatrica. Non c'è infatti alcun modello psichiatrico – incluso quello biologico – che possa prescindere da una presa in carico dell'esistenza narrata dell'individuo malato, non solo perché il potere trasformativo del dialogo terapeutico si attiva esclusivamente a contatto con l'esperienza viva e ferita del paziente⁴, ma anche perché non c'è processo di indagine medica che si collochi al di fuori di un'ermeneutica del vissuto – inevitabilmente soggettivo – del paziente. In secondo luogo, perché la funzione disposizionale della parola (scritta o narrata), producendo soggettività a partire da un parametro (quello della parola, appunto), consente di avvicinare l'esperienza esistenziale dell'individuo malato a quello sano. In altri termini, la parola-dispositivo produce soggettività indipendentemente dal rapporto che i soggetti intrattengono con la ragione e i soggetti – d'altro canto – non si affermano maggiormente in virtù della loro razionalità, ma quanto più si sottraggono alla cattura del dispositivo letterario. In ultima analisi, considerare la follia come un oggetto costituitosi recentemente come malattia e codificato da una scienza che, in quanto discorso razionale, le è estraneo per definizione, mette in luce come il discorso sulla follia sia il resoconto esterno e parziale di un vissuto raramente messo a confronto con l'auto-narrazione⁵; se quindi la follia continua a turbare i sonni vigili della nostra soggettività a proposito del rapporto che intrattiene con il mondo e con ciò che è altro da lei, è forse perché non si è mai dato un discorso che mostrasse la possibilità, oscura e concreta, della radicale incomunicabilità tra follia e ragione e che, in definitiva, si limitasse ad esibirla. Nelle parole di Foucault: «la stessa nozione di “malattia mentale” è l'espressione di questo sforzo [di affrontare la totalità della follia, nda] destinato sin dall'inizio a fallire. Il termine “malattia mentale” non indica altro che la *follia alienata*, alienata in quella psicologia che la follia stessa ha reso possibile»⁶.

2. Il presupposto dell'attualità

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* definisce il disturbo mentale come

una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

4 Vedi E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2010.

5 Un'eccezione è costituita – ad esempio – dall'autobiografia di Herculine Barbin (1874), scoperta per caso da Foucault e dalla sua équipe al Collège de France insieme al trattato di medicina legale di Ambroise Tardieu: in questo caso, la narrazione confessante delinea già chiaramente l'emergere di una nuova soggettività autoriale. FOUCAULT, *Herculine Barbin detta Alexina B. Una strana confessione. Memorie di un ermafrodito presentate da Michel Foucault*, Einaudi, Torino 1979.

6 FOUCAULT, *Malattia mentale e psicologia*, cit., p. 87.

Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es. politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente⁷.

Il disturbo mentale si delinea come una modificazione significativa della 'griglia' psichica che consente al soggetto di farsi un'idea del mondo e di agire in esso, costituendo relazioni emotive con ciò che lo circonda; l'alterazione psichica è manifestazione a sua volta di un mancato o alterato funzionamento dei processi mentali e psichici dell'individuo. Dalla sfera delle disfunzioni vengono eliminati gli atteggiamenti estremi però comprensibili allo sguardo della socialità circostante, nella misura in cui si attribuisce loro un significato condiviso e le devianze, in quanto non riferibili alla costituzione dell'individuo, ma sintomo piuttosto della problematicità che esso intesse con la società.

In altre parole, il disturbo mentale è un'alterazione della costituzione psichica del soggetto che si manifesta nel momento in cui egli è chiamato a rapportarsi con ciò che gli è esterno; è la normatività sociale a stabilire la presenza di una devianza, come è la medicina a delineare il livello e l'intensità del disturbo rispetto a un parametro esterno al paziente. L'unico parametro valutativo in cui il paziente interviene è il disagio o la disabilità che lo caratterizza in ambito sociale, ossia la sua incapacità di rapportarsi in modo sereno con ciò che lo circonda e l'espressione esteriore del suo disturbo.

Non stupisce che il disagio o la disabilità, ossia la sofferenza più o meno accentuata del paziente per l'assenza di relazione benefica con l'ambiente, diventino sintomi generali tramite i quali accertarsi della presenza della malattia e averne accesso; già in *Malattia mentale e psicologia*, Foucault aveva mostrato come la medicina mentale si fosse servita delle nosografie delle diverse forme di alterazione, quindi della sintomatologia, per costituirsi come scienza. Da notare però come, da un lato, gli elementi definitori della malattia psichiatrica – disfunzione, disagio, disabilità – siano tutte negazioni di attributi e, in quanto tali, siano poco decisivi nel delineare i confini del disturbo in quanto fenomeno, dall'altro come tutta la definizione preveda un'oscillazione narrativo-descrittiva costante tra interno ed esterno alla soggettività: l'alterazione clinica è interna al soggetto, ma è sancita dall'esterno, così come la disfunzione psichica, biologica o evolutiva; il disagio è internamente percepito come la disabilità e si manifesta anche chiaramente a chi è fuori dal soggetto.

A proposito del disagio psichico, l'ex direttrice generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – Margaret Chan – definisce la buona salute, quindi lo stato dell'individuo in assenza di malattia, come ciò che «consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità»⁸. Il confronto delle sue parole con la definizione promossa dal *Manuale diagnostico*

7 APA, DSM-5®, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, p. 22.

8 ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*, 5. Disponibile all'indirizzo <https://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2016/02/who-2013-2020.pdf> (ultimo

fa emergere il disagio come una condizione di insufficienza rispetto ai criteri di uno sviluppo autonomo a partire dall'esperienza quotidiana, di un lavoro e della contribuzione sociale, elementi – sempre esterni al soggetto – in grado di discriminare la follia dalla sanità.

I dati Istat del 2018, partendo da un'analisi concreta del reale, segnalano un'incidenza del livello d'istruzione e dello svantaggio economico sociale – indicatori del grado di sviluppo dell'individuo e della sua relazione con la società – sulla malattia mentale: i disturbi di depressione o ansia cronica grave raddoppiano negli adulti che presentano un basso livello di istruzione e triplicano (16,6% rispetto a 6,3%) tra gli anziani, mentre gli inattivi e i disoccupati tra i 35-64 anni presentano questi disturbi in misura maggiore rispetto ai loro coetanei occupati (10,8% e 8,9% rispetto al 3,5%)⁹.

La lettura degli indicatori dello sviluppo e dell'integrazione dell'individuo, sia come parametri discriminanti della malattia mentale, sia come fattori d'incidenza della stessa mostrano un corto circuito nella delimitazione attuale del fenomeno psichiatrico; anche se in termini mutati, la dialettica tra follia e ragione riproduce antiche dinamiche, in cui il disagio psichiatrico si comprende a patto di ridurlo positivamente a discorso razionale. Come sosteneva Basaglia – neurologo riformatore della disciplina psichiatrica in Italia negli anni Settanta e ispiratore della Legge 180/1978:

In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere, perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato¹⁰.

Nelle società disciplinari e di controllo, non vi è accesso alla follia, se non dal piedistallo della ragione, e la ragione, lungi dall'accettare l'impossibilità di codificare quella che potrebbe essere una semplice condizione umana, le attribuisce significato attraverso la medicalizzazione. La definizione di benessere in termini di assenza del disagio riflette la separazione netta che il sapere opera tra follia e ragione, nonché il predominio ontologico che si attribuisce al regno razionale, in grado di delineare la follia e legiferare su essa. L'eliminazione di questa separazione consentirebbe invece di declinare l'esperienza umana in modalità d'esistenza che intrattengono rapporti originali con la ragione; così, ogni modalità si costituirebbe come una forma di vita variabilmente razionante.

La collocazione di un indice astratto di razionalità e l'assimilazione del concetto a quello di benessere conduce invece a una misurazione quantitativa del razionamento in grado di distinguere nettamente le vite dalle non-vite; la condizione necessaria per tornare all'esistenza è quella di recuperare il proprio stato di benessere, la propria sanità o, nei casi più estremi, rassegnarsi al proprio statuto di malato e paziente.

accesso 11.02.2020).

9 ISTAT, *La salute mentale nelle varie fasi della vita*, 2018, 1. Disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf (ultimo accesso 11.02.2020).

10 F. BASAGLIA, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 34.

Dimenticare il sapere positivo costituitosi intorno alla follia è il presupposto per interrogare il fenomeno nella sua emergenza e rappresenta, se non una conquista teorica, un principio d'indagine che fa suo il monito di Basaglia: «Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. [...] Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita»¹¹.

3. *Travalicare i confini dell'empirico*

La corrispondenza tra teorie psichiatriche e metodologie di cura si fonda sulla concezione che il sapere psichiatrico ha della malattia mentale in un determinato momento storico e permette una riflessione sullo statuto epistemologico dello stesso sapere psichiatrico. Su questi presupposti, in questa sezione ci occuperemo di confrontare alcuni modelli teorici che – a partire dalla seconda metà dell'Ottocento – hanno elaborato definizioni differenti della malattia psichiatrica; ogni definizione è infatti indicativa di una postura e di un atteggiamento specifico del sapere psichiatrico a contatto con la follia. L'obiettivo consiste nel vagliare se il modello biologico o quello psicologico propongono delle teorie che rimangono necessariamente confinate all'interno dell'esperienza clinica o che sono in grado di delineare la malattia come un'esperienza – anomala – ma primariamente esistenziale. Epistemologicamente, si tratta di comprendere se esiste un dato clinico attendibile che sia in grado di isolare la vita che gli soggiace. In altri termini, è possibile immaginare l'esistenza umana come il prodotto aggregato di istanze, esigenze e sintomatologie peculiari o è necessario circoscriverla al sostrato ontologico che viene caratterizzato individualmente solo quando a emergere primariamente è la malattia?

La psichiatria biologica considera la follia come un disturbo organico. All'interno di questa corrente, Kraepelin – pioniere della psicopatologia descrittiva – sostiene la necessità di analizzare il disturbo mentale per mezzo di classificazioni che permettano di ridurre la psiche alle sue unità più elementari. In questa impostazione teorica, la classificazione sintomatologica continua a essere lo strumento principale per l'identificazione della malattia e, poiché sintomi analoghi appartengono a disturbi differenti, specifica Kraepelin: «solo il quadro complessivo del caso clinico, presente in tutto il suo decorso, dall'inizio alla fine, può fornire la guida per l'analisi clinica e per la valutazione dei fenomeni morbosi»¹².

La sintomatologia è l'indizio della malattia e il primo elemento esteriore che dà l'avvio all'indagine medica, ed è questa – secondo Kraepelin – ad attestare la presenza di un disturbo e la necessità dell'indagine, ma non è sufficiente di per sé per qualificare il disturbo nella sua specificità. A ben vedere quindi, il sintomo è un buon indicatore dello stato di avanzamento del sapere psichiatrico, nella misura in cui è in grado di connettere

11 *Ibidem.*

12 E. KRAEPELIN, *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, Vallardi, Milano 1894, p. 5.

il sintomo a un sistema di classificazione del disturbo, ma non è un indicatore altrettanto attendibile della natura del male, nella misura in cui sintomi simili appaiono in disturbi differenti. In un'ottica organica, Kraepelin sostiene che all'origine del disturbo psichiatrico ci sia il danneggiamento o la distruzione delle cellule della corteccia cerebrale. L'ipotesi, raccolta e supportata dagli studi dei genetisti contemporanei, non è al riparo da problematicità. Se, da un lato, la ricerca delle basi genetiche responsabili di determinate sintomatologie ha permesso un discrimine dei disturbi più stringente rispetto a quanto avveniva in passato, dall'altro, non tutti i disturbi presentano lo stesso rapporto degenerativo delle cellule neuronali¹³. Analizzando i processi neurodegenerativi siamo quindi in grado di distinguere il Parkinson dalla schizofrenia, ma non abbiamo alcun elemento che ci denoti chiaramente la loro appartenenza al regno della follia.

Sempre all'interno della prospettiva organica, Edelman – premio Nobel per la medicina nel 1972 e fautore del riduzionismo biologico – intende il cervello come un insieme integrato di circuiti, non necessariamente sottoposti a linguaggio logico; in questi termini, ciò che risulta danneggiato all'interno del circuito si riproduce sotto forma di un disturbo della mappa psichica unitaria¹⁴. L'alterazione cognitiva, emotiva o comportamentale, causata dal danneggiamento, può essere elaborata dal paziente tramite una razionalizzazione del sintomo che sfocia nella confabulazione, ossia nella produzione spontanea di ricordi falsi. Il meccanismo è caratteristico di diverse sindromi, si presenta infatti nei pazienti amnesici, anosognosici e *split brain*, ma presenta un denominatore comune a tutte le tipologie di confabulazione: l'inconsapevolezza e la genuinità con cui il paziente produce e crede al racconto falso che produce¹⁵.

Analogamente a quanto avveniva all'interno della psicopatologia descrittiva, il rilevamento della confabulazione si costituisce come principio euristico significativo nella misura in cui consente una circoscrizione dei disturbi a cui afferisce, ma non espone le sue specifiche determinazioni individuali, né dà riferimenti riguardo alla sua costituzione ontologica. La descrizione del sintomo, punto di riferimento dell'indagine psicopatologica, è di per sé insufficiente a delineare un profilo psicopatologico: il processo ermeneutico non può provenire dalla sola osservazione medica. Non si tratta di ridimensionare l'importanza del dato clinico, ma di sottolineare come solo la sua collocazione all'interno di un vissuto esistenziale, soggettivamente narrato, può render conto del fenomeno psichico in sé. Se in psichiatria, non c'è «conoscenza [...] che non nasca dalla analisi e dalla descrizione delle esperienze psicopatologiche colte nella loro immediatezza e nella loro spontaneità fenomenologiche, e che non muova dalle regioni vaste e non di rado dilemmatiche [...] dell'ermeneutica»¹⁶, solo tramite l'ascolto dell'esperienza esistenziale, di cui il sintomo fa parte, si può pervenire a un inquadramento, per quanto derivato, del disturbo psichiatrico.

Collocando, ad esempio, la confabulazione all'interno di una cornice dialogica, è pos-

13 V. COSTA, *Teorie della follia e del disturbo psichico*, Morcelliana, Brescia 2017, pp. 26-30.

14 G. EDELMAN, *Seconda natura. Scienza del cervello e conoscenza umana*, Raffaello Cortina, Milano 2007, p. 17.

15 V. CARDELLA, *Le narrazioni impossibili: sogni, confabulazioni e deliri*, in «Rivista italiana di filosofia del linguaggio», 2017, pp. 57-70, p. 62.

16 BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, cit., p. 52.

sibile constatare come il sintomo emerga dalle parole dei pazienti come un modo per attribuire senso o ragione d'esistenza a dei ricordi o degli eventi che nella mente appaiono isolati o incoerenti. Il paziente che, rispondendo a delle domande sul suo stato civile, sostiene di essere sposato da 4 mesi e di avere 4 figli, una volta sollecitato dal medico, sostiene di averli adottati da adulti e prima del matrimonio; rilevando – a contatto con l'alterità – la contraddittorietà delle sue risposte, utilizza la confabulazione per minimizzare o annullare le incongruenze del suo racconto¹⁷. In quest'ottica, la confabulazione corrisponde a una narrazione di sé che ha la funzione di restituire coerenza a un vissuto interrotto e incongruo.

La memoria autobiografica lavora costantemente alla mediazione tra il dato di realtà e l'esigenza di integrità e uniformità dell'Io, motivo per cui l'alterazione della propria narrazione di sé è caratteristica dell'individuo, indipendentemente dalla presenza di un disturbo psichico. Il meccanismo di salvaguardia dell'interiorità è analogo a quanto Freud sostiene avvenga con le rimozioni: il soggetto, per non soccombere all'angoscia esistenziale, tende a rimuovere i contenuti empirici che si dimostrano inconciliabili con la sua visione psichica, al fine di preservare la propria identità e il tessuto di credenze che le restituiscono unità e senso¹⁸. Il racconto che, parametrato a un principio astratto di realtà appare come una narrazione delirante, in accordo con una visione continuista che non separa nettamente la ragione dalla follia, può essere inteso come una auto-narrazione che risponde a un principio altrettanto reale, quello di congruenza del vissuto¹⁹.

Il riferimento alle teorie che interpretano la follia come un disturbo cognitivo comportamentale evidenzia in misura ancora maggiore la necessità clinica di porre in relazione la sintomatologia con il racconto auto-biografico dell'individuo, al fine di restituire alla sindrome un significato che emerge solo all'interno del quadro esistenziale di riferimento. È solo tramite un'analisi del vissuto individuale che si può giungere, come fa Albert Ellis – fondatore della *Ration Emotive Behavior Therapy* – a definire il malessere psichico come derivato da un'irrazionale concezione di sé e del mondo che, imprigionando l'individuo in un insieme di credenze illogiche, gli impediscono di valutare costruttivamente se stesso e gli eventi che gli accadono. Collocare il disturbo psichico al livello della credenza, isolando la follia dal piano degli eventi del mondo per riportarlo a quello della soggettività, rende manifesto come sia epistemologicamente pregiudizievole cercare di definire oggettivamente un fenomeno interno di cui, in quanto sani, non facciamo esperienza e di cui, in quanto dispensatori di cura, partecipiamo solo in maniera derivata.

17 M. MOSCHOVITCH, *Confabulation*, in D. L. SCHACTER, J. T. COYLE, G. D. FISCHBACH *et al.* (a cura di), *Memory distortion: how minds, brains and societies reconstruct the past*, Harvard University Press, Cambridge 1995, pp. 277-8.

18 Per Freud, i contenuti rimossi lasciano traccia di sé nell'inconscio e esigono soddisfazione, motivo per cui emergono al livello conscio sotto forma di sintomi. Vedi S. FREUD, *Le neuropsicosi da difesa. Abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie e ossessioni e di certe psicosi allucinatorie*, Bollati Boringhieri, Torino 1982, pp. 121-8.

19 CARDELLA, *Le narrazioni impossibili: sogni, confabulazioni e deliri*, cit., p. 63.

4. L'emergere della narrazione

Le trasformazioni che investono lo statuto della psichiatria tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento sanciscono una nuova concezione della follia. In linea di continuità con la nostra ipotesi d'indagine, alcune impostazioni teoriche constatano la non assimilabilità del disturbo psichiatrico alle malattie internistiche e indagano la follia come una – tra le tante – forme d'esistenza. In questa prospettiva, il racconto del paziente assume sempre maggiore rilevanza sia per l'interpretazione medica del dato clinico, sia per la collocazione dello stesso all'interno del vissuto originario dal quale proviene.

All'intersezione tra organicismo e psicologismo si trova la figura di Ludwig Binswanger – alienista svizzero di fine Ottocento – che, vedendo la psichiatria clinica come un riflesso dell'ideologia filosofica positivista, se ne allontana, dando origine a un metodo d'indagine sperimentale, nota come *Daseinanalyse* o psichiatria fenomenologica. L'analisi *daseinanalitica* non si preoccupa di affermare il suo statuto epistemologico a partire dai settori fenomenici e oggettivi dell'uomo che isola e determina, ma prende in carico l'umano nella sua totalità, contaminandosi epistemologicamente con il sapere antropologico e fenomenologico. Scrive Binswanger:

[...] la *Daseinanalyse* filosofica, come quella empirico-fenomenologica, non vuole e non può schierarsi a favore o contro l'indirizzo psicologico, né a favore o contro l'indirizzo biologico, fisiologico o farmacologico dell'indagine psichiatrica. Il suo compito infatti si trova al di là, o meglio al di qua in quanto esso cerca, primo fra tutti, di definire e conseguire in uno sguardo il fondamento e il terreno della psichiatria come scienza in generale, dal quale a tutti gli specifici metodi di indagine psichiatrici è assegnato il loro legittimo posto, ed essi possono essere determinati con più precisione, nella loro capacità di prestazione e nei loro limiti²⁰.

All'inizio del XX secolo, le scoperte freudiane sull'inconscio avevano già ridimensionato il peso delle teorie biologiche, così come avevano contribuito a inserire la prassi dialogica all'interno della procedura volta alla diagnosi, al trattamento e alla cura del disturbo psichico.

L'uomo automa descritto dalla biologia, pronto a rispondere ricettivamente agli stimoli provenienti dall'esterno, presenta – alla luce degli studi freudiani – un mondo interiore che, quando emerge alla coscienza, si manifesta sottoposto a una logica valoriale che lo orienta in direzione spirituale²¹. L'individuo è rappresentato ed esperito dalla psicoanalisi come soggetto di un processo naturale che si lega indissolubilmente ad altri processi naturali²², ma l'individuazione della pulsione come motore della volontà, consente di interpretare la psiche integrando l'impostazione biologica con quella teleologica.

20 L. BINSWANGER, *La filosofia di Wilhelm Szilasi e la ricerca psichiatrica*, in Id., *Esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologico-psichiatrica*, Quodlibet, Macerata 2006, p. 68.

21 Id., *Psicoanalisi e psichiatria clinica*, in Id., *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, a cura di F. Giacanelli, Feltrinelli, Milano 1970, p. 217.

22 Id., *Alla scoperta di Freud*, in Id., *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Mimesis, Milano-Udine, p. 71.

L'indagine psicoanalitica ristruttura così l'impianto nosografico della psichiatria tradizionale, inserendo la biologia a fondamento del sistema clinico-descrittivo usato fino a quel momento e allargando prospetticamente la visione sull'umano. In un'ottica psicoanalitica, il disturbo non si configura quindi come una mera deviazione rispetto a una categoria descrittivamente individuata, ma testimonia l'estraneità del malato rispetto a un fine vivente. Così, l'intervento psicoanalitico, tramite il dialogo curativo, non mira a riassorbire il malato all'interno di una profilazione descritta come 'normale', ma a ristabilire una collaborazione tra le funzioni parziali del soggetto, affinché si riorientino al fine di una prestazione globale positiva²³.

L'*homo natura* individuato da Freud – indipendentemente dalla sua sanità – è il risultato combinatorio di pulsioni vitali, desideri che richiedono soddisfazione e pressioni sociali. In questo senso, scrive Binswanger:

L'uomo originario di Freud non è l'uomo reale, bensì un'idea [...] faticosamente elaborata attraverso la penetrazione discorsiva della tecnica della natura. Questo uomo primitivo non costituisce l'origine, l'inizio della storia umana, bensì un'esigenza della ricerca scientifica naturalistica²⁴.

Pur correggendo i presupposti organici e biologici da cui partiva la psichiatria tradizionale, Freud non li dismette e, al posto di collocarsi all'interno del vissuto umano per comprenderlo percettivamente e fenomenologicamente, ne isola una parte che, sola, pretende determini esistenzialmente il soggetto. Anziché soffermarsi sulla variabilità delle esistenze e sulle loro trasformazioni, la psicoanalisi si concentra infatti sulla pulsione, sull'invariabile dell'esistenza e prende in carico l'individuo a patto di mutilarlo nella sua integrità, a patto cioè di astrarre, dalla sua esperienza esistenziale ed antropologica, un'idealità biologico-psicologica invariabilmente parziale²⁵.

A metà del XX secolo, mutuando dalla fenomenologia husserliana l'osservazione dei fenomeni di coscienza e la validazione di ciò che si manifesta per mezzo dell'intuizione categoriale²⁶, Binswanger – per mezzo della *Daseinanalyse* – prende in carico fenomenologicamente l'esistenza nella sua totalità di manifestazione; secondo le parole di Foucault:

23 ID., *Psicoanalisi e psichiatria clinica*, cit., p. 222 e sgg.

24 ID., *La concezione freudiana dell'uomo alla luce dell'antropologia*, in ID., *Per un'antropologia fenomenologica*, cit., p. 173.

25 Questa concezione oggettivistica dell'umano si trova riflessa nella sua metodologia. È riferendosi all'osservazione foucaultiana secondo cui nella psicoanalisi la funzione semantica del linguaggio onirico prevale sull'osservazione della sua struttura morfologica e sintattica che Agamben può scrivere: «[nella psicoanalisi] l'analisi della dimensione propriamente immaginaria dell'espressione è interamente omessa». G. AGAMBEN, *Signatura rerum. Sul metodo*, Bollati Boringhieri, Torino 2008, p. 104.

26 A proposito dell'uso dell'intuizione nella psichiatria fenomenologica, scrive Foucault: «L'intuizione coglie in un unico sguardo le totalità essenziali e nel contempo riduce, sino a farla scomparire, quella distanza che ogni conoscenza oggettiva comporta [...]. L'intuizione, balzando all'interno della coscienza morbosa, cerca di vedere il mondo patologico con gli occhi del malato stesso; la verità che cerca non è dell'ordine dell'oggettività, ma dell'intersoggettività». FOUCAULT, *Malattia mentale e psicologia*, cit., p. 52.

il tema della sua [di Binswanger, nda] ricerca è quello del “fatto” umano, se si intende con “fatto” non una certa parte oggettiva di un universo naturale, ma il contenuto reale di un’esistenza che vive, si sperimenta, si riconosce o si perde in un mondo che è insieme la pienezza del suo progetto e l’“elemento” in cui si dà la sua realtà²⁷.

Con la prassi *daseinanalitica* il contenuto dei fenomeni intuiti nella loro mera vitalità va quindi a sostituire quello che nella psicoanalisi era il significato che si interpretava a partire dai fenomeni, una volta oggettualizzati. Se c’è un significato che la psichiatria fenomenologica tende a decifrare, è quello che emerge dall’ordine antropologico e fenomenologico in cui l’individuo si iscrive: in termini foucaultiani, la *Daseinanalyse* è in grado di stabilire un’essenziale distinzione tra la struttura dell’indicazione oggettiva e quella degli atti significativi, instaurando «la maggior distanza possibile tra quanto dipende da una sintomatologia e quanto dipende da una semantica»²⁸.

Il decentramento del ruolo dell’interpretazione nella prassi curativa che caratterizza la *Daseinanalyse* deriva dalla necessità di cogliere i fenomeni nella loro qualità ontica d’apparizione in quanto indicatori di una specifica modalità d’esistenza²⁹; la lettura dei fenomeni psichici attraverso griglie teoriche assunte preliminarmente come veridiche, corrisponderebbe infatti a spogliarli della loro essenza fenomenologica e a porre in secondo piano l’essenza della presenza individuale che si vuole comprendere. In questo senso, la psichiatria fenomenologica si colloca su un piano non ontologico, bensì ontico, nella misura in cui non formula tesi ontologiche che declinino l’essere in termini modali, ma elabora enunciati ontici che riproducono le configurazioni d’esistenza nel loro emergere fattuale.

La *Daseinanalyse* si pone quindi come un’indagine scientifica di carattere antropologico che prende in carico l’essenza dell’individuo nella sua totalità e la sua progettualità, anche quando – come nel caso del disturbo psichico – si presenta come frammentata, incerta o asfittica, arrivando a delineare la patologia psichiatrica come una delle possibili declinazioni dell’esserci umano.

Come abbiamo cercato di evidenziare, alcune teorie psichiatriche ancorate al dato biologico concepiscono la malattia come un’alterazione organica del meccanismo-uomo, altre, specificamente a partire dalle contaminazioni del sapere filosofico a cui assiste il sapere psichiatrico a partire dal XX secolo, si convincono della necessità di integrare il dato clinico con il racconto biografico; in prospettiva psicoanalitica, ciò corrisponde al fatto che lo psichiatra sia chiamato a interpretare il discorso simbolico del paziente veicolandolo in direzione di una significazione univoca e paradigmatica, in una prospettiva fenomenologica invece, ciò corrisponde al fatto che lo psichiatra elabori il discorso

27 FOUCAULT, *Il sogno*, Raffaello Cortina, Milano 2003, p. 3.

28 *Ivi*, p. 22.

29 L’attenzione rivolta ai fenomeni nella loro materialità, piuttosto che alla loro interpretazione, rispecchia una concezione analitica per cui il soggetto, come istanza del vissuto, è prioritario rispetto ai suoi tentativi di ordinarlo. Negli anni in cui si elabora la *Daseinanalyse*, Kafka, ragionando sulla psicologia descrittiva, scrive infatti significativamente: «Il mondo interiore si può solo vivere, non descrivere». F. KAFKA, *Lettera al padre. Gli otto quaderni in ottavo*, Mondadori, Milano 1988, p. 73.

secondo l'ordine valoriale che emerge dalla narrazione stessa, nella convinzione che sia l'espressione di una modalità specifica d'esistenza.

Indipendentemente dalla chiave interpretativa con cui ogni modello terapeutico si fa carico del portato esperienziale raccontato dal paziente, è importante notare come alla valutazione della narrazione auto-biografica come significativa di per sé sia corrisposta, da un lato, la contaminazione epistemologica della psichiatria con altri saperi, dall'altro, l'emergenza del tema del soggetto, per la prima volta, in posizione privilegiata rispetto alla sua patologia.

5. *L'esperienza autoriale*

Nel corso delle precedenti sezioni, ripercorrendo le concezioni della follia che emergevano da determinate teorizzazioni del sapere psichiatrico, si è cercato di cogliere l'evoluzione di quest'ultimo riguardo alla prassi della narrazione autobiografica. Sotto altri riguardi, immaginare la follia come una modalità d'esistenza ci ha parallelamente permesso di interrogarci, da un lato, sulla possibilità di accedere alla soggettività – sana o malata – per mezzo di discorsi, dall'altro sulla possibilità di delineare il soggetto a partire dal discorso non proveniente dall'oggettività dello sguardo medico, ma dalla narrazione di sé.

Nelle impostazioni metodologiche di stampo positivista, è un'astrazione teorica che, distinguendo *a priori* il normale dal folle, stabilisce la veridicità della parola pronunciata; in questa prospettiva, il contenuto narrato è di rilevanza marginale, quello che conta è la sua decifrabilità di significato, la sua aderenza all'ordine del discorso, la legittimità che riceve in virtù della sua ragionevole provenienza, al limite, la possibilità di ricondurre i contenuti meno propri al principio ordinatore di riferimento. In questa prospettiva, sostiene Foucault:

Il medico [...] ascolta la parola altrui, non per prenderla sul serio, non per capire cosa voglia dire, ma per rintracciare attraverso di essa i segni di una malattia seria, cioè di una malattia del corpo, una malattia organica. Il medico ascolta, ma per attraversare la parola dell'altro e raggiungere la verità muta del suo corpo. Il medico non parla, ma agisce, cioè palpa, interviene³⁰.

Nella pratica della medicina clinica, la narrazione del paziente è svalutata in virtù della sua provenienza; la parola infatti o è funzionale al discorso medico o non è parola, poiché illogica, frammentata, sconnessa o – meglio – indecifrabile.

Secondo metodi d'investigazione non biologici, tra cui rientra la *Daseinanalyse*, invece il 'fatto' esperienziale narrato è significativo in sé, in quanto espressione di una modalità esistenziale; il significato infatti coincide con l'emergere narrato della presenza individuale, non con la trama ermeneutica che si costituisce riferendo il visibile (il sin-

30 FOUCAULT, *Il bel rischio*, Cronopio, Napoli 2013, p. 21.

tomo) all'invisibile (la nevrosi). La narrazione biografica, in questo senso, non richiede legittimazione, perché la disciplina psichiatrica non mira ad attestarla su alcun livello di verità, di cui, infatti, non sancisce parametri: la validità delle descrizioni fenomenologiche – sostiene lo psichiatra svizzero Roland Kuhn – non è limitata da un giudizio sul normale e l'anormale.

Portando alle estreme conseguenze questa prospettiva metodologica, in questa sezione considereremo la narrazione non solo come espressione di un'individualità, ma come dispositivo informatore della soggettività stessa³¹. La narrazione circoscrive la parola come 'fatto', la destina alla sua evenemenzialità e delimita i caratteri del soggetto, delineandolo tramite la funzione autoriale. La parola narrata determina la soggettività, ma al tempo stesso, la trasforma, liberando il soggetto da sé: collocandosi infatti 'al di fuori', al limite dell'ordine razionale, lontana dai pulpiti della neutralità, abbandona ogni pretesa di costituirsi come discorso e, così facendo, allontana il soggetto da sé, lo fa scomparire, non per oggettivarlo, ma per abbandonarlo. In termini foucaultiani, la narrazione

non è più discorso e comunicazione di senso, ma distendersi del linguaggio nella sua bruta essenza, pura esteriorità dispiegata; e il soggetto che parla non è più il responsabile del discorso [...], ma piuttosto l'inesistenza nel cui vuoto s'insegue senza tregua l'effondersi indefinito del linguaggio³².

All'interno dell'evento della narrazione quindi, la distinzione tra follia e ragione decade: collocando la sua sovranità nell'«io parlo», la parola dimentica il vincolo del vero e del razionale, travalica i valori e i sistemi rappresentativi che utilizza e prescinde dalla comprensione dei destinatari³³; allo stesso tempo, è l'evento stesso della narrazione che cattura l'uomo e – in quel momento – lo costituisce come soggetto³⁴. In questo senso, gli studi di Foucault sulla follia informano la sua soggettività (di scrittore, intellettuale, attivista, refrattario alle classificazioni aprioristiche etc.) e – come emerge tra le righe di alcune interviste in cui il filosofo si misura autobiograficamente con la prassi scrittoria – egli stesso ne è consapevole:

È stata probabilmente questa svalutazione profonda, funzionale, della parola nella vecchia pratica della medicina clinica che ha pesato a lungo su di me, facendo sì che fino a una decina, dozzina d'anni fa, per me la parola fosse ancora e sempre parola vana³⁵.

31 «Alla crescita sterminata dei dispositivi [...], fa così riscontro una altrettanto sterminata proliferazione di processi di soggettivazione». Cfr. AGAMBEN, *Che cos'è un dispositivo?*, Nottetempo, Milano 2006, p. 23.

32 FOUCAULT, *Il pensiero del fuori*, Se, Milano 1998, p. 13.

33 *Ibidem*.

34 A proposito della relazione tra linguaggio e soggetto, scrive Agamben: «[...] e – perché no – il linguaggio stesso, che è forse il più antico dei dispositivi, in cui migliaia e migliaia di anni fa un primate – probabilmente senza rendersi conto delle conseguenze cui andava incontro – ebbe l'incoscienza di farsi catturare». AGAMBEN, *Che cos'è un dispositivo?*, cit., pp. 21-2.

35 FOUCAULT, *Il bel rischio*, cit., p. 21.

Il discorso della tradizione clinico-psichiatrica caratterizza il Foucault autore tanto che, per un certo tempo, la razionale positività del discorso è riferimento della sua narrazione. Nel corso della conversazione con il critico Claude Belfold, Foucault identifica infatti nell'istituzione psichiatrica, che aveva contribuito a smascherare con i suoi studi, l'interlocutore-interprete dei suoi stessi discorsi:

Certamente c'è un'affinità tra questo tema della scomparsa dell'uomo e che cosa significa per me l'obbligo di scrivere, il lavoro stesso della mia scrittura. So perfettamente che cosa rischio dicendo questo, perché già vedo profilarsi l'ombra grottesca dello psichiatra che troverà in quello che sto dicendo i segni, innanzitutto della mia schizofrenia, e poi del carattere propriamente delirante, quindi non oggettivo, non vero, non razionale, non scientifico, di ciò che ho detto nei miei libri³⁶.

I suoi studi, poi, espressione mirabile di un'esistenza fuori da comune, diventano – in ottica clinica – il prodotto delle sue manie:

Non mi pongo il problema del rapporto opera-malattia, ma quello del rapporto esclusione-inclusione: esclusione dell'individuo, dei suoi gesti, del suo comportamento, del suo carattere, di tutto ciò che egli è, e inclusione, molto rapida e in fin dei conti abbastanza facile, del suo linguaggio. Entro qui in un ambito che lei potrà chiamare come vorrà, quello delle mie ipotesi o delle mie ossessioni³⁷.

A proposito della relazione che si istituisce tra narrazione e processo di soggettivazione nel momento in cui la parola prende luogo, è di particolare rilevanza il breve scritto *La vita degli uomini infami* che, concepito originariamente come prefazione a un'antologia di documenti d'archivio che non vedrà mai la luce, viene pubblicato in veste di articolo nel 1977 per *Les cahiers du chemin* per poi confluire, nel 1994, nei *Dits et écrits*. Nel corso delle sue visite agli archivi della Bastiglia e dell'Hôpital Général, Foucault si imbatte in una serie di documenti manoscritti di polizia e *lettres de chachet* risalenti al 1660-1760 da cui emergono le descrizioni lapidarie, e vivide insieme, di esistenze condannate all'infamia, in virtù della loro condotta socialmente inaccettabile.

Il termine infame è, in questo senso, etimologicamente rivelatore: da un lato, il vocabolo indica l'uomo che, macchiatosi di una colpa indelebile, compromette irrimediabilmente la sua fama, dall'altro, la sua composizione dai termini latini 'in' e 'fama', calco dal greco *pheme*, voce, indica la relazione che l'individuo intesse con il parlare. L'infame è quindi l'uomo dalla fama compromessa, ma anche l'uomo senza voce, senza racconto³⁸.

Tralasciando il fatto che – quasi per ironia della sorte – solo parte di quei documenti verranno pubblicati, ciò che emerge dalla lettura delle *Vite* è che le narrazioni documen-

36 *Ivi*, p. 60.

37 *Ivi*, p. 44.

38 Vedi F. CALZOLAIO, *Tra gioco d'archivio e riflessione sul potere: le 'vite infami' e Michel Foucault*, in «Materiali foucaultiani». Disponibile all'indirizzo <http://www.materialifoucaultiani.org/it/component/content/article/207.html> (ultimo accesso 18.02.2020).

tarie non testimoniano il minimo interesse per le esistenze degli individui che descrivono poiché, valutandole difettose rispetto ai parametri della normalità, della giustizia, del decoro e dell'accettabilità sociale, le de-classificano al rango di episodi delittuosi compiuti da soggettività malate, depravate, incomprensibili. È come se l'ordine del discorso frammentasse il campo esistenziale, tracciando una linea di riferibilità: è narrabile ciò che si colloca al di sopra della linea – le nefandezze degli uomini infami – è senza voce tutto ciò che si colloca al di sotto, le loro individualità.

Scrivono Agamben: «Dov'è Mathurin Milan? Dov'è Jean-Antoine Touzard? Non nelle laconiche note che ne registrano la presenza nell'archivio dell'infamia»³⁹. E, in effetti, di Jean Antoine Touzard non conosciamo nulla, se non le sue colpe: «Francescano apostata, sedizioso, capace dei peggiori crimini, sodomita, ateo, se lo si può essere; è un vero mostro d'abominio che sarebbe più conveniente soffocare che lasciar libero»⁴⁰.

Non stupisce che le parole riportate da coloro che Agamben definisce 'gli anonimi scribi'⁴¹, non testimonino alcuna presenza, né delineino alcun soggetto: in assenza di una narrazione di sé, questi individui sono stati relegati al discorso di funzionari che, non volendo conoscere le loro vite, né rappresentarle, si sono limitati a stigmatizzarle, marchiandole d'infamia⁴². In assenza di un'auto-narrazione, queste descrizioni hanno costituito delle soggettività che, ridotte alla sclerotizzazione, hanno ristabilito il funzionamento del potere: le descrizioni tipizzanti hanno una sola funzione, confermare la razionalità e la legittimità del sapere che le emette. Essendo passati «al di sotto di qualunque discorso»⁴³ i soggetti infami sono spariti senza lasciare alcuna traccia, né testimonianza di sé; nel momento in cui sono entrati in contatto con il potere, sono stati parte di un discorso che, in quanto soggettività malate, ha permesso loro di sopravvivere all'oblio del tempo.

Se è però vero che il soggetto è lo spazio vuoto lasciato dalla sua narrazione⁴⁴ e che la scrittura alfabetica è la sola ad aver generato l'illusione di aver catturato la voce e di averla compresa⁴⁵, il soggetto nasce nel momento in cui si separa dalla narrazione di sé⁴⁶: non c'è quindi soggetto più reale di quello non-narrato dai dossier amministrativi di cui si compone *la vita degli uomini infami* e ogni soggetto, folle o di ragione, non può che sperare di apparire nel momento in cui a tacere sarà la sua parola.

39 AGAMBEN, *Profanazioni*, Nottetempo, Milano 2005, p. 74.

40 FOUCAULT, *La vita degli uomini infami*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 9.

41 AGAMBEN, *Profanazioni*, cit., p.73.

42 *Ibidem*.

43 FOUCAULT, *La vita degli uomini infami*, cit., p. 22.

44 FOUCAULT, *Il pensiero del fuori*, cit., p. 17.

45 AGAMBEN, *Che cos'è la filosofia*, Quodlibet, Macerata 2016, p. 36.

46 Detto altrimenti, la voce dell'uomo non risiede nel linguaggio. Sulla separazione radicale che intercorre tra discorso e parola, tra linguaggio e voce e sull'esperienza dell'essere nella voce come pura intenzione significativa, si veda: AGAMBEN, *Il linguaggio e la morte. Un seminario sul luogo della negatività*, Einaudi, Torino 1982, pp. 71-81.