

Breve storia della Psichiatria

I primordi

La *clinica psichiatrica*, uno dei terreni su cui si è sviluppato Freud, è stata un'altra fondamentale *radice* non solo della Psicoanalisi ma di tutta la disciplina psicologica. La modificazione verificatasi in medicina dalla fine del 700 in poi nei confronti della patologia mentale, comunemente chiamata *follia*, ha infatti costituito uno degli elementi di preparazione per lo studio *psicologico* del paziente psichiatrico.



Nella cultura occidentale il concetto di *follia*, un termine onomatopeico che deriva dal latino *folle*, che sta a significare *mantice* o, in senso più ampio, *vuoto*, è stato soggetto a svariati tipi di connotazione. Le prime accezioni semantiche, soprattutto relative alla *classicità greca*, erano di tipo *mistico*, per cui la *follia* rappresentava il più delle volte uno stato di ispirazione e di contatto con il divino. Basti pensare all'*Oracolo di Delfi*, la sacerdotessa di Apollo che cadeva in delirio prima di emettere le sue profezie. Pur rimanendo in un contesto trascendente, il significato concettuale del termine variava diametralmente nel Medioevo, in cui le manifestazioni di *follia* erano per lo più attribuite alla maligna azione del demonio sulla coscienza umana, per cui si trattava di soggetti *posseduti* e da trattare come tali, in casi estremi addirittura mediante *eliminazione fisica*. Nel *Rinascimento* invece, in accordo con lo spirito umanista che pervase tale periodo, il folle era spesso

considerato un *diverso*, un ispirato a valori alternativi rispetto agli altri e pertanto un soggetto degno di rispetto e di interesse. Un libro su questo tema, che chiunque si interessi alle alterazioni psichiche non può non leggere, è il celebre *Elogio della follia*, pubblicato a Parigi nel 1511 dal filosofo umanista *Erasmus da Rotterdam* (1466-1536). Ma, procedendo avanti nel tempo, nella cultura occidentale queste posizioni tornarono a variare radicalmente. Nell'era settecentesca *prepsichiatrica*, in un momento storico in cui i primi vagiti dell'industria cominciavano a modificare le città e la vita degli uomini, i più frequenti sinonimi della cosiddetta *follia* divennero *perversione*, *delinquenza*, *idiozia*, e simili. Il malato di mente andava pertanto contenuto, emarginato, interdetto e per lui raramente esisteva, nella realtà dei fatti, la dignità da riservarsi ad ogni portatore di un'alterazione.

Nuovi spunti su questo tema cominciarono a sorgere, verso la fine del Settecento, sia in Francia, probabilmente in seguito alle nuove idee impostesi con la Rivoluzione, che in Inghilterra, soprattutto per la spinta umanitaria della minoranza *quacchera*. Complice fu di certo anche il contemporaneo progredire delle tecniche di *autopsia*, che cominciarono a mostrare alterazioni anatomo-patologiche nel cervello dei cosiddetti *portatori di follia*. In poche parole, cominciò a farsi sempre più strada l'idea del folle come *malato mentale*. Non che prima non esistesse l'idea della *malattia mentale* ma il concetto era per lo più ignorato, dal punto di vista operativo, nella conduzione delle strutture adibite ad accogliere i portatori di alterazioni psichiche. In Francia, i medici *Jacques René Tenon* prima e *Pierre Jean George Cabanis* poi, cominciarono a porsi il problema del malato psichiatrico in termini più strettamente *medici* e ad adattare in maniera più



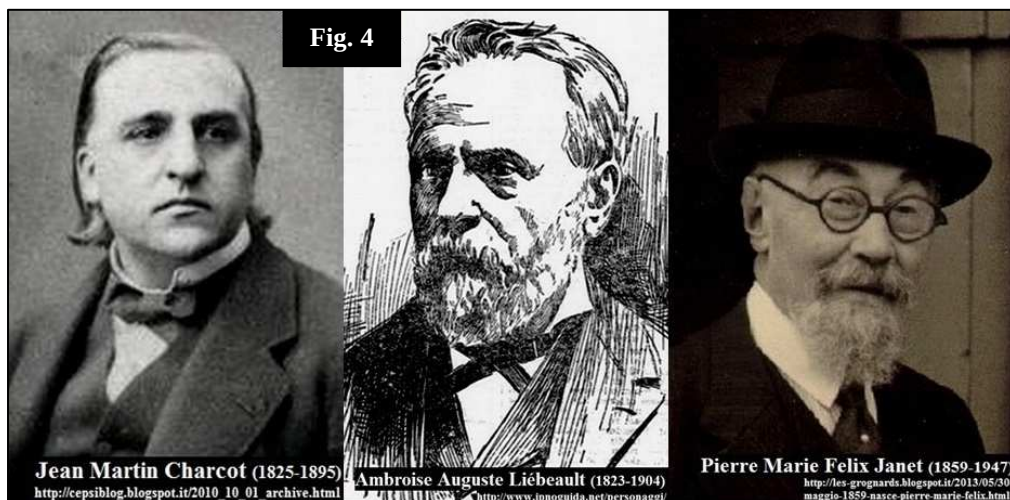
l'applicazione di un regime terapeutico che fu detto *delle tre R*: “Right”, “Respect”, “Responsability”. Si trattava di educarli a svolgere insieme le incombenze della vita quotidiana, a rispettare le regole e ad accudire i più bisognosi. Questa esperienza costituì il primo esempio effettivo di *comunità psichiatrica*.



umana e terapeutica l'istituzione manicomiale. Cabanis, in particolare, stilò nel 1791 il primo progetto per un regolamento del manicomio, con l'abolizione delle misure più estreme, a favore di un maggiore rispetto della vita. Vennero ad esempio sostituite le catene con sistemi di contenimento meno cruenti, tra cui la celebre *camicia di forza*, che nacque proprio in quegli anni; vennero poi abolite le reclusioni forzate in merito a quei pazienti che potevano essere considerati non socialmente pericolosi. Il manicomio venne inoltre regolato da un punto di vista cartaceo-amministrativo, rendendo tra l'altro obbligatorie la registrazione dei pazienti e la scrittura delle cartelle cliniche. Quasi in concomitanza, nella città inglese di York, il commerciante di spezie e filantropo quacchero *William Tuke* ristrutturava completamente il manicomio locale, introducendo tutta una serie di accorgimenti ambientali e relazionali volti al rispetto della dignità dei malati di mente. Questo umanitario personaggio, poi, acquistò assieme alla moglie, e ad un gruppo di volontari, una casa in campagna in cui accolse una trentina di malati, favorendo

Un ulteriore salto qualitativo tornò ad effettuarsi in Francia, quando la struttura sanitaria di *Bicêtre*, situata nel comune di *Le Kremlin-Bicêtre*, divenne nel 1826, a tutti gli effetti, il primo ospedale davvero *psichiatrico*, sotto la direzione del medico *Philippe Pinel* (1745–1826). Si trattò di un'evoluzione non scevra da ombre inquietanti poiché, a lato di una indubitabile modernizzazione delle strutture e di un'umanizzazione di molti procedimenti terapeutici, incombe sui pazienti lo stile spesso costrittivo ed a volte quasi *sciamanico* con cui Pinel esercitava la sua funzione di medico. Egli non esitava a spaventare i malati e ad assumere ruoli di giudice del loro comportamento, dispensando premi e punizioni in maniera non propriamente *canonica*. Questo modello *terapeutico*, fortunatamente, non ebbe niente a che vedere con l'impostazione molto più *medica* degli psichiatri della successiva generazione che, tra l'altro, si impegnarono per la prima volta in un tentativo di classificazione delle patologie e di un loro inquadramento eziopatogenetico. Ciò avvenne soprattutto in Germania, con i grandi nomi di *Wilhelm Griesinger* (1817-1869), studioso ed assertore della patologia mentale come frutto di

alterazioni anatomopatologiche del substrato cerebrale; *Emil Kraepelin* (1856-1926), che sistematizzò una classificazione per alcuni versi quasi ancora attuale della patologia psichiatrica grave: le psicosi erano viste come *dementia praecox*, corrispondente in pratica all'attuale schizofrenia, e come *psicosi maniaco-depressiva*, che coincideva con gli attuali disturbi bipolari; *Eugene Bleuler* (1857-1939), tra l'altro maestro di C. G. Jung, grande studioso delle varie possibili forme assunte dalla schizofrenia; *Adolf Meyer* (1866-1950), che si distinse per la particolare attenzione con cui studiò ed individualizzò l'approccio al paziente psichiatrico, considerando in



modo nuovo la sua storia personale quale fonte di informazione per la diagnosi e la terapia. Ma questa fortunata generazione di studiosi non costituì un fenomeno esclusivamente tedesco, in quanto lo sviluppo della psichiatria interessò, per lo più in contempo-

ranea, anche la Francia con la scuola del grande neurologo *Jean Martin Charcot* (1825-1895) alla *Salpêtrière*, clinica parigina per le malattie nervose che fu, tra l'altro, una delle sedi di formazione del giovane Freud. Ad essa si oppose, in una celebre disputa scientifica, la *Scuola di Nancy*, fondata da *Ambroise Auguste Liébeault* (1823-1904), che dissentiva perentoriamente sull'eziopatogenesi dei fenomeni isterici. Fu rilevante, infine, l'opera di *Pierre Marie Felix Janet* (1859-1947), psicologo, filosofo e *psicoterapeuta ante litteram* che si interessò profondamente ai disturbi della personalità, specialmente a quelli su base *dissociativa*.

L'ingresso della Psicoanalisi.

Fu a questo punto che si innestò nel mondo della Psichiatria il contributo prodotto dalla *Psicoanalisi*. Fin qui, infatti, si è rilevata la progressiva acquisizione, da parte del mondo scientifico, di un punto di vista che inquadrava la psicopatologia sostanzialmente come un *non-sense*: le manifestazioni del paziente psichiatrico erano semplicemente concepite come un qualcosa che *manca di logica* e, dunque, come un succedersi di atteggiamenti e comportamenti *anomali* e per lo più privi di significato. O per lo meno, là dove una possibile logica veniva intuita, come maggiormente provarono a fare *Charcot* e *Janet*, non era in effetti indagata con sufficiente insistenza. Fatto sta che, in questa atmosfera di crescente interesse psichiatrico, si formò un personaggio destinato a porre una pietra miliare nel lungo percorso di conoscenza dell'essere umano; un personaggio che avrebbe infine immaginato e teorizzato non già una mancanza di logica nella patologia mentale, ma una serie di precise motivazioni che chiamano in causa le esperienze passate della persona ed il suo *inconscio*. Questo personaggio fu Sigmund Freud.

Il pensiero di Sigmund Freud gettò una nuova luce su quella che, allora, era nient'altro che *malattia mentale* priva di senso. La Psicoanalisi cominciò ad ipotizzare, ed a cercar di rilevare clinicamente, l'idea che nella cosiddetta *malattia mentale* non ci fosse semplicemente un *non-sense*, ovvero un'*impotenza logica* come frutto di alterazioni cerebrali. Era verosimile invece l'esistenza di una ben precisa logica che non obbediva all'analisi della realtà presente e conscia, ma proveniva da elementi del passato presenti nell'*inconscio* ed in grado di influenzare il presente. La teoria di Freud cercava così, per la prima volta, di conferire un *senso alla follia* e di darle la dignità di qualcosa di interpretabile e di indagabile scientificamente.

Manicomio e psicofarmaci.

Ma questo punto di vista non ebbe alcuna influenza pratica sulla disciplina psichiatrica i cui specialisti continuarono, fino agli inizi degli Anni Cinquanta, a considerare i loro pazienti semplicemente *macchine rotte* per le quali non c'era una vera e propria cura, ma solo più o meno grossolani presidi per limitare i potenziali danni che essi erano in grado di procurare a se stessi ed agli altri. Lo strumento fondamentale era il *Manicomio*, ovvero un'istituzione perfettamente distinta dal contesto sociale *normale* che segregava i cosiddetti *pazzi*, ribadendone più o meno esplicitamente l'assoluta diversità rispetto ai *sani* e l'incompatibilità nei loro confronti. Le vite di



Fig. 5

chi era *dentro* il Manicomio e di coloro che, invece, ne erano *fuori* non dovevano toccarsi; anzi, la consapevolezza stessa di quanto accadesse lì dentro era per lo più rigettata con orrore da parte dei cosiddetti *sani di mente*. In Italia, il Manicomio fu regolamentato in maniera organica dalla legge n. 36 approvata dal Governo Giolitti il 14 febbraio 1904. In realtà, essa non garantiva sostanzialmente alcun diritto civile al paziente psichiatrico ed ammetteva sistemi di *cura* quantomeno *barbari*; quei sistemi che contribuirono in maniera determinante alla triste fama di cui si tinsero le istituzioni manicomiali.

Nel 1927 il medico austriaco *Julius Wagner-Jauregg* (1857–1940) ottenne il Premio Nobel in Medicina per la sua scoperta che l'inoculazione del *plasmodio della malaria* provocava, insieme alla malattia, il miglioramento di certi sintomi nei pazienti psichiatrici. Nel 1938 il neurologo ucraino *Manfred Sakel* (1900-1957) ebbe una *nomination* per il Nobel in Medicina grazie alle sue ricerche sul *coma insulinico* indotto in pazienti psichiatrici ai fini dell'ottenimento di uno stato mentale *migliore* al risveglio. Sempre nel 1938 lo psichiatra italiano *Ugo Cerletti* (1877–1963) mise a punto l'*elettroshock*, una tecnica di trattamento degli stati depressivi mediante scosse elettriche somministrate sul cranio dei pazienti. Nel 1949 lo psichiatra portoghese *António Egas Moniz* (1874-1955) ottenne anch'egli il Premio Nobel in Medicina, avendo messo a punto la cosiddetta *leucotomia prefrontale*, ovvero



Fig. 6

l'asportazione di parte della sostanza bianca dei lobi frontali in certi pazienti psichiatrici, inaugurando così un criterio di *cura* chirurgica che più avanti sarebbe diventato ancora più distruttivo, prendendo il nome di *lobotomia*.

Questi sistemi di *terapia*, è il caso di dirlo con franchezza, erano assolutamente *barbari* e conobbero una loro prima attenuazione quando, nel corso degli anni 50, alcune fondamentali novità vennero dal fronte *farmacologico*. Intorno al 1952,

il chirurgo francese *Henry Laborit* evidenziò, quasi casualmente, le proprietà antipsicotiche della *Clorpromazina*, un farmaco che divenne quasi subito, ad opera dei neuropsichiatri francesi *Jean Delay* e *Pierre Deniker*, un presidio abituale in patologia psichiatrica, *addolcendo* molto aspetti delle sintomatologie più frequenti, specialmente quelle su base agitata ed aggressiva. Nel 1955, il chimico *Leo Sternbach* scoprì, anche stavolta casualmente, le proprietà del *Clordiazepossido*, inaugurando così l'epoca delle *benzodiazepine*, una classe di farmaci antiansia a tutt'oggi di largo

impiego. Nel 1957, lo psichiatra svizzero *Ronald Kuhn* descrisse in un rapporto scientifico le proprietà antidepressive dell'*Imipramina*, dando il via alla classe degli psicofarmaci *triciclici*, questa volta specifici per i casi di depressione. Ebbene l'avvento di tutti questi farmaci modificò di molto, ed in senso molto più umano, i sistemi di terapia all'interno dei manicomi, e dette l'avvio a tutto un settore della ricerca neuroscientifica volto a proporre molecole con un'azione psicofarmacologica sempre più mirate e documentata. Ma quella degli psicofarmaci non fu l'unica novità ad evidenziarsi in quel *magico* decennio costituito dagli Anni Cinquanta. L'altra novità venne addirittura dalla Filosofia e si chiamava *Esistenzialismo*, esprimendosi inizialmente soprattutto nella figura e nell'opera dello Psichiatra tedesco Karl Jaspers.

L'ingresso dell'Esistenzialismo.

Anche Jaspers, come Freud, cominciò ad orientare il suo pensiero osservando particolari casi clinici, ma non interpretò la patologia psichiatrica tanto sotto il profilo delle cause che la



producono, quanto sotto quello delle finalità da essa sottese. Egli pensò proprio da *grande clinico*, individuando relazioni del tutto nuove tra i sintomi ed il contesto esistenziale di chi li produce. Molto del suo approccio innovativo risultava evidente già agli esordi della sua pratica psichiatrica, nella tesi universitaria del 1909 *Heimweh und Verbrechen*, un titolo che può essere tradotto in italiano come *I delitti della nostalgia*. Qui Jaspers descriveva alcuni casi psichiatrici che aveva avuto modo di esaminare a fondo. Si trattava di donne accomunate da un tremendo fattore: ciascuna di esse aveva ucciso il bambino di cui si occupava come baby-sitter. Questo infanticidio, ovviamente, le aveva consegnate alla clinica psichiatrica, che aveva proceduto con le sue modalità standard, cioè con diagnosi puramente descrittive di funzioni psichiche alterate e tutte le manovre di reclusione e contenimento che venivano normalmente riservate a questi casi. Ma Jaspers non si accontentò di questa diagnosi che le considerava semplicemente *macchine rotte o gravemente difettose* ed effettuò un'indagine approfondita sulla loro esistenza. Si rese così consapevole che tutte queste donne venivano da realtà rurali più o meno indigenti

e si erano trasferite in città mettendosi al servizio di agiate famiglie alto-borghesi per poter guadagnare qualche soldo in più e procurare una vita più dignitosa alle loro famiglie, che erano rimaste in campagna. Per far questo, avevano dunque dovuto abbandonare i loro figli ed i loro cari, infliggendosi il dolore di passare lunghissimi periodi senza poterli incontrare. Ecco che questi elementi di vita gettavano una luce del tutto diversa sui loro efferati delitti, che Jaspers chiamò *delitti della nostalgia*. Se, da una parte, rimaneva indiscutibile la responsabilità individuale dei crimini, che venivano comunque ascritti alla volontà di chi li aveva compiuti, dall'altra parte non si poteva ignorare una società discriminante e sperequativa, tale da generare situazioni profondamente ingiuste e fonte di dolore. Questo elemento sociale, che rendeva quei comportamenti delittuosi non dei fatti leggibili soltanto in base ad una patologia individuale ma dei *fenomeni* inscindibili dal particolare *essere-nel-mondo* delle donne che li avevano commessi, costituiva un fondamentale fattore di differenziazione della teoria di Jaspers da quella di Freud. Rispetto alla teoria freudiana, infatti, i *delitti della nostalgia* non potevano esser considerati una pura e semplice conseguenza di pulsioni inconse che avevano scavalcato le inadeguate o insufficienti difese dell'*Io*. Qui non si

poteva, *sic et simpliciter*, chiamare in causa una componente biologica esasperata tale da esprimersi in maniera distruttiva dopo aver vinto la sua battaglia contro quella razionale. Qui era invece la persona nella sua interezza ad aver concepito una progettualità terribile come risposta alla sua esistenza, alla sua storia di vita. Il sintomo psichiatrico, in altre parole, veniva per la prima volta considerato come la sintesi di una vicenda esistenziale. Esso costituiva il riflesso di una visione del mondo obbediente ad una logica maturata nel corso di una vita. Jaspers, analizzando questi casi, comprese che solo conoscendo la storia del paziente, la sua visione del mondo, la sua logica esistenziale, era davvero possibile comprenderne il comportamento.

Si ricorderà che, questa, fu la linea seguita dal grande psichiatra italiano *Franco Basaglia* (1924-1980), ovvero colui che, nel 1978, ottenne lo smantellamento in Italia dei manicomi mediante la famosa legge 180 per la riforma psichiatrica. È suggestivo, a questo punto, riportare un dialogo dalla fiction sulla vita di Basaglia dal titolo *C'era una volta la città dei matti*, mandata in onda da RAI 1 nel 2010 per la regia di *Marco Turco*. Questo dialogo permette di comprendere molto bene la diversità dell'atteggiamento esistenzialista verso il paziente psichiatrico, rispetto a quello *medico tradizionale*. La scena si svolge in una stanza del manicomio di Gorizia in cui, poco dopo l'arrivo di Basaglia, l'equipe medica sta discutendo circa le linee di trattamento da seguire con i pazienti.

Moglie di Franco Basaglia: «Noi abbiamo tolto le contenzioni... ma la camicia di forza ce l'hanno dentro!»

Primario psichiatra in carica: «Non è il manicomio... è la malattia mentale il mostro! Ma cosa vi credete che siete i primi a provare angoscia? Io sono qui da trent'anni... volevo curare, volevo



fare il medico, volevo aiutare gli altri a stare meglio ma... la malattia mentale non è come le altre! Non c'è una cura e si può solo aiutarli a dare meno danno a se stessi ed agli altri!»

1° Assistente: «Aiutarli come... legandoli ed isolandoli in un camerino?»

2° Assistente: «No, somministriamo l'elettroshock!»

3° Assistente: «Continuiamo a mandarli in coma con l'insulina, no?»

Primario psichiatra in carica: «Conoscete altre terapie? Ah, già... - ride - Le assemblee! Mi dispiace, stiamo parlando di anime vuote!»

Franco Basaglia, fino a questo punto in attento ascolto, si alza e prende la parola: «Allora... ha ragione il Dottor Pinto! - guarda il 1° Assistente - Si certo, noi non li picchiamo... non li leghiamo... al massimo somministriamo loro qualche fiala quando sono in crisi.

Diciamo così, siamo dei buoni carcerieri, ma... sempre carcerieri! Ecco però - *si rivolge al Primario in carica* - per il semplice fatto che né io né lei siamo riusciti ad entrarci in contatto, questo non significa che siano anime vuote! Vede, io penso che lei non sia colpevole perché lega, perché dà le scosse... Io penso che lei sia colpevole perché ha ucciso quell'angoscia che provava all'inizio! Ed è proprio questo speciale sentimento d'angoscia che prova il dottor Guido - *guarda il 2° assistente* - e che proviamo tutti noi, che forse è l'unica cosa che ci può permettere di entrare in contatto non con la follia... ma con delle persone che la follia ci nasconde!»

Primario psichiatra in carica: «Questa è filosofia... bellissima ma... filosofia!»

Franco Basaglia: «No, no, al contrario... è una roba molto concreta!»

Basaglia costituì subito, sul territorio italiano, la più autorevole e significativa dissidenza nei confronti del pensiero scientifico dominante, improntato ad una epistemologia positivista ed empirista. Lui cominciò a togliere camicie di forza e contenzioni varie, lui cominciò a restituire ai pazienti psichiatrici gli oggetti personali che venivano loro tolti all'atto del ricovero, lui cominciò a riunirli in assemblee e farli esprimere creando gli spazi adatti allo scopo; lui, infine, aprì le porte dei

manicomi con una sicurezza che oggi appare forse un po’ eccessiva ma che impose al grande pubblico i problemi dei cosiddetti *malati di mente*, restituendo ad essi considerazione e dignità.

Una buona fonte di conoscenza del pensiero di Franco Basaglia, è rappresentata dai due volumi *Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all’esperienza di Gorizia*, cui ha fatto seguito *Scritti II, 1968-1980. Dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica*, entrambi pubblicati dalla Einaudi rispettivamente nel 1981 e nel 1982. Per chi sia invece interessato alla *biografia* di Franco Basaglia ed alle importanti vicende del suo tempo, si segnala il libro di Oreste Pivetta dal titolo *Franco Basaglia, il dottore dei matti. La biografia*, pubblicata dalla Dalai nel 2012.