

IL MESSAGGIO FREUDIANO E LA PSICHIATRIA DEL PRESENTE *

Fausto Petrella

Nella ricorrenza nel 1989 del cinquantesimo anniversario della sua morte, Freud è stato oggetto di innumerevoli commemorazioni nelle più diverse sedi. Le celebrazioni di questo tipo consistono spesso in un rituale al quale evidentemente corrisponde un bisogno collettivo; e nel caso di Freud a questo cinquantenario si è dato da più parti l'ampio rilievo richiesto dall'omaggio a una genialità che ha ormai assunto le forme di un mito, dal quale molti oggi si sentono rispecchiati.

Ma al di là del rituale, per lo psichiatra può trattarsi di una circostanza che lo induce a riflettere sul proprio operato professionale e in generale a valutare il peso dell'influenza del pensiero freudiano nel presente quadro complessivo della psichiatria. Su questo tema ho scritto più o meno direttamente sino dall'inizio della mia attività professionale, in quanto psichiatra e psicoanalista militante, e anche come osservatore di mutamenti e trasformazioni della psichiatria, che mi hanno coinvolto, che io stesso ho cercato di promuovere quando mi è stato possibile, e che soprattutto ho sempre tentato di visualizzare in modo consapevole, al di là di parole d'ordine e di mode del momento. Cercherò di essere estremamente sintetico e di raggiungere in breve alcuni nodi essenziali e ancora nevralgici di questo influsso¹. La questione è rilevante, perché, benché Freud abbia potentemente influito globalmente sulla cultura e sull'evoluzione dei costumi del Novecento, ci si dovrebbe attendere che gli apporti maggiori si siano realizzati soprattutto nel quadro della cura della malattia mentale.

* Questo articolo trae origine da un altro in corso di pubblicazione presso il «Bollettino della Sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria».

La psicoanalisi ha avuto importanti sviluppi dopo Freud, che, assieme al suo pensiero, si sono letteralmente infiltrati nel linguaggio e nei modi della psichiatria, spesso perdendo il contatto diretto con il suo poderoso lavoro, con la sua straordinaria ed estesissima opera di fondatore, che prese le mosse dalla patologia psichiatrica per creare un edificio concettuale e metodologico destinato ancora per molto a far parlare di sé, non solo gli psichiatri e gli psicoanalisti, ma anche la cultura, il pensiero filosofico e persino la gente comune, che cerca oggi anche nella psicoanalisi una risposta alle gravi inquietudini del presente.

La psicoanalisi si è innegabilmente sviluppata dal solco dell'alienistica ottocentesca, utilizzando il linguaggio della tradizione psicopatologica e piegandolo alle proprie esigenze metodologiche e cliniche. Tuttavia, nonostante questa comune e riconosciuta origine, attestata dalla rigorosa formazione medico-biologica di Freud, non sono mancati sino dall'inizio diversità metodologiche e, diciamo così, operative e istituzionali tra psichiatria dell'epoca e psicoanalisi. La sofferenza psichica, il dolore morale, la malattia mentale rappresentarono il terreno che permise la nascita della psicoanalisi, l'oggetto più diretto delle sue elaborazioni teoriche e anche l'ambito della sua più legittima applicazione pratica. Benché i materiali di partenza fossero offerti a Freud entro i quadri istituzionali della clinica psichiatrica, alla Salpetrière come a Vienna, da Charcot come da Meynert, Freud non si curò gran che degli apparati istituzionali della psichiatria e della loro connessione con i linguaggi e le pratiche dell'esclusione sociale e dell'emarginazione connessi a questi apparati. Non risulta che le migliaia di ricoverati nello Steinhof, la «città dei pazzi» di Vienna, lo facessero riflettere particolarmente² e sarebbero passati molti anni dopo la sua morte perché il nodo fondamentale dell'internamento dei malati di mente nei manicomi scuotesse veramente la coscienza e le conoscenze degli psichiatri, generando quel movimento di critica dell'apparato istituzionale, dalla quale si è sviluppata una crisi che ha durevolmente segnato disciplina e pratiche della psichiatria. Una crisi che, a testimoniare della sua presenza e consistenza, non trova oggi affatto unanimemente concordî gli psichiatri né sulla sua portata, né sul suo significato, e tanto meno sulle soluzioni.

La posizione di Freud verso la psichiatria del suo tempo fu du-

plice: da un lato e sino a un certo punto ne adottò i criteri descrittivo-tassonomici, dall'altro non si nascose che il suo contenuto conoscitivo era piuttosto scarso, se ci si limitava a una posizione osservativa impersonale e condotta *ab exteriori*. Questa posizione soprattutto descrittiva, che si voleva oggettiva, non senza una notevole ingenuità epistemologica, fu invece caratteristica della psichiatria, o almeno di quella parte della psichiatria che fu impersonata emblematicamente da Kraepelin, questo grande coetaneo di Freud (nacquero nello stesso anno) e che aveva già scritto le prime edizioni del suo *Trattato*, mentre Freud si arrovellava ancora nelle spire teoriche del suo *Progetto* e della cosiddetta autoanalisi. La contrapposizione fra Kraepelin e Freud non può essere evitata in una prospettiva storica, e oggi in particolare può avere un grande significato nel qualificare due culture, due diverse idee di 'scienza' e due 'stili' di approccio radicalmente diversi. Fino dall'inizio fu così, anche se Freud non ebbe da polemizzare mai direttamente con Kraepelin, questo campione della tassonomia, gelido e alquanto sprezzante e complessivamente infastidito dalle provocazioni degli psicotici, come attestano chiaramente molti suoi scritti. Chi oggi volesse farsi un'idea degli sviluppi della psichiatria e dei rapporti fra psichiatria e psicoanalisi potrebbe confrontare utilmente le 'lezioni' (questo genere letterario-scientifico rivelatore) di Charcot e di Kraepelin, già così profondamente diverse fra loro, con quelle freudiane: ad esempio le mirabili cinque conferenze alla Clark University di Worcester (Mass.), che introdussero la psicoanalisi negli Stati Uniti e risalgono al 1909, mostrano già a tutto tondo i nessi con la psichiatria dell'epoca, ma anche una diversità radicale nello stile della presentazione clinica e soprattutto nella posizione verso il paziente e in definitiva verso la costituzione stessa dell'oggetto psichiatrico³.

L'esigenza della psichiatria, della quale Kraepelin è solo l'esempio più illustre, di distinguere fra quadri morbosi, individuandone i tratti pertinenti e esclusivi, non nasceva solo sul terreno scientifico della logica nosografica e tassonomica: la posta in gioco era di ordine vitale e sociale insieme, giacché si trattava di stabilire una valutazione predittiva (la prognosi) e contemporaneamente istituire una netta demarcazione fra chi è folle e chi non lo è. Le implicazioni giuridiche e assistenziali, di grande rilevanza nel definire praticamente e la posi-

zione dello psichiatra e quella del malato, furono invece estranee agli interessi della psicoanalisi nascente.

Fu sicuramente anche l'impotenza terapeutica della psichiatria dell'epoca e l'insoddisfacente modello organicistico-costituzionalista a indurre Freud all'invenzione della psicoanalisi. Se dovessi indicare gli elementi più caratteristici di questa invenzione, e che interessano ancora oggi gli psichiatri, come momenti inevitabili dei quali non possono non tenere conto, li sintetizzerei nei seguenti punti. Molte altre considerazioni potrebbero essere aggiunte, ma gli elementi che elencherò mi sembrano particolarmente significativi per lo psichiatra.

1. L'accettazione dei linguaggi descrittivi tradizionali della psichiatria coeva e dell'esigenza chiarificatrice di distinguere quadri morbosi sul piano nosografico, si accompagnò sino dall'inizio della psicoanalisi all'idea che la massa di disagi psichici che chiamiamo malattia mentale costituisse un problema unico e si dovessero quindi elaborare delle forme di comprensione e spiegazione psicologica sullo sfondo di una concezione teorica unitaria, che doveva accompagnare passo passo l'esperienza clinica. Una volta distinte le varie 'malattie', bisognava andare oltre queste distinzioni: questo oltre fu l'elaborazione metapsicologica della psicoanalisi e il suo apparato metaforico-rappresentazionale.

2. La malattia mentale non rappresenta una caduta di senso, e il sapere che la riguarda non può consistere nel dare all'insensatezza uno statuto medico, ma piuttosto la follia va presa invece innanzitutto dal lato del suo senso. A questo non si deve subito rinunciare, come tendevano invece a fare gli psichiatri dell'epoca. Questa istanza del senso come vettore e organizzatore decisivo dell'osservazione fu presente con chiarezza in Freud a partire dalla *Traumdeutung* (1899). Tenere fede all'ipotesi della sensatezza della follia, significava non precipitarsi a respingerla, ma dialogare con essa e individuare quel piano in cui essa fa valere le sue ragioni: ragioni che sono anche le nostre. Il modello psicopatologico per eccellenza diventa per Freud il sogno, questa attività fisiologica normalissima e universale dell'uomo. Il sogno, paradigma di ciò che può apparire insensato e squalificato per il pensiero normale e vigile, mostra invece di possedere una logica affettiva propria e un'organizzazione linguistica specifica. Persino l'amenza di Meynert, esempio di caduta massima del senso, de-

ve essere prospettata alla luce della *Traumdeutung*.

3. A questa impostazione di principio se ne oppose un'altra, e il contrasto fra esse generò una serie ricchissima di nuove impostazioni. Se è vero che anche le estreme manifestazioni delle psicosi hanno un senso, è vero anche che gli psicotici presentano un *muro*. Questo celebre muro apparve a Freud come il prodotto dello psicotico stesso, metafora dell'assetto narcisistico estremo dello schizofrenico, che impedisce di penetrare nel suo mondo. Fu essenziale che l'ostacolo che tutti conosciamo non fosse concepito come un'impossibilità di principio, dovuta a una essenziale eterogeneità o eteronomia, ma proprio come un impedimento trattabile, oltre il quale esisteva pur sempre una forma di organizzazione che poteva essere studiata, intesa e trattata. La malattia mentale in questa prospettiva è l'espressione di un'organizzazione funzionale, che parla a chi sappia ascoltarla, testimonianza di livelli dell'esperienza che al cosiddetto normale sono solo con difficoltà accessibili e tendono a essere marginalizzati rispetto all'esperienza comune. Questa difficoltà di accesso dell'osservatore non è meno problematica da intendere di quanto siano problematiche le manifestazioni in positivo della malattia stessa.

4. L'apparenza indecifrabile del sintomo, sia esso isterico o psicotico, trova i suoi motivi nella storia del paziente, nella sua esperienza passata. La storia del paziente che richiede di essere ricostruita, e la cui importanza determinante va comunque supposta in linea di principio nella determinazione del sintomo e di una certa organizzazione morbosa, interessa le vicissitudini del suo desiderio infantile inconscio. Questa formulazione così ampia ha potuto essere sviluppata successivamente nelle più diverse direzioni. Essa rispetta la complessità vertiginosa dei fattori in gioco nello sviluppo personale dall'infante al soggetto adulto e comunicante, capace di relazione entro il gruppo sociale, di linguaggio e di consapevolezza. Freud ha così mostrato i limiti delle narrazioni biografiche della clinica psichiatrica, e l'insufficienza intrinseca dell'anamnesi tradizionale e dell'apparato osservativo e diagnostico che le corrisponde.

5. Con Freud insomma la prassi medica si arricchisce e si complica, in quanto viene affermandosi la necessità di un'archeologia del soggetto, che fa assumere all'indagine clinica un netto connotato antropologico e psicologico. Non si tratta più di guardare solo nella di-

reazione di un corpo malato o di un cervello alterato, ma di intendere forme di vita infantili obliate, sepolte dall' amnesia infantile, e di giustificare fenomeni evolutivi dinamici, che occorre innanzitutto evidenziare e descrivere. La natura 'archeologica' delle operazioni implicate deve essere intesa in senso non soltanto ricostruttivo, ma come qualcosa di *vivente*, un passato che rivive nell'attualità delle relazioni del soggetto con gli altri e col mondo. La nozione di transfert focalizza questo aspetto nella relazione del paziente con l'analista, ma nello stesso tempo arricchisce il lavoro stesso dello psichiatra di una nuova, irrinunciabile nozione d'ordine metodologico e clinico. Un nuovo spazio funzionale è stato aperto, rispetto al quale lo psichiatra non è situato all'esterno né è un semplice rilevatore estraneo.

6. Tutto ciò significa che non ci si può fermare più all'apparenza clinica, quale si può determinare con un esame di superficie mediante gli strumenti semeiologici tradizionali. In questa prospettiva i sintomi non hanno alcun carattere essenziale e di per sé significativo. Essi non possono a rigore essere mostrati in modo ostensivo a terzi, ad esempio a degli studenti di psichiatria nel corso di una lezione, senza modificare il quadro stesso dell'osservazione, il campo relazionale implicato. È il motivo per cui si dice che osservazione e cura in psicoanalisi tendono a coincidere e per cui non si possono fornire descrizioni degli ammalati senza includere nell'osservazione l'osservatore stesso, le sue finalità, gli elementi qualitativi dell'incontro: tutti elementi che furono ampiamente estranei alla nascita dello sguardo psichiatrico e sui quali Freud ha costretto a riflettere.

7. Per la psicoanalisi il sintomo psichiatrico è considerato un fenomeno innanzitutto espressivo, un *linguaggio* che deve essere ascoltato, inteso e interpretato: esso può trovare un'apertura discorsiva e partecipare al dialogo analitico. Quest'impostazione, già presente negli *Studi sull'isteria* (1892-1895), farà scrivere a Freud nel 1913: «Mentre il linguaggio gestuale dell'isteria coincide grosso modo con il linguaggio ideografico del sogno, delle visioni e così via, particolari formazioni idiomatiche si rilevano nel linguaggio ideativo della nevrosi ossessiva e delle parafrenie (dementia praecox e paranoia), affezioni che in una serie di casi possiamo comprendere e rapportare le une alle altre. Ciò che per esempio un'isterica raffigura con il vomito, si manifesterà nell'ossessivo attraverso scrupolose misure di pro-

tezione contro un'infezione e indurrà il parafrenico a lamentarsi o a sospettare di essere avvelenato»⁴. In questo caso un'unica fantasia inconscia (di ingravidamento) rappresenta un nucleo generativo di strutture psicopatologiche assai dissimili, che vanno intese nelle loro similitudini e differenze, nella loro differenziata storia costitutiva e per gli effetti attuali che producono, innanzitutto entro la relazione clinica.

8. La psicoanalisi ha insomma considerato il quadro morboso come una innegabile realtà, ma la patologia manifesta solo come un punto di partenza, oltre il quale si sarebbe dovuto procedere verso un'organizzazione e una struttura che la 'malattia' sottointende, mascherandola e insieme rivelandola. Da qui scaturisce l'idea che la psicoanalisi «prolungi»⁵ l'osservazione psichiatrica, cosa che, nel momento in cui avvalora una continuità, non deve nascondere una differenza di piani. Abbiamo cioè un'intersezione, che testimonia anche di una divergenza, e di un progressivo cambiamento di terreno. Inoltrandosi nel terreno analitico, le due discipline si allontanano nei metodi e anche nelle finalità. Le indicazioni patogenetiche fornite dall'elaborazione teorica dei dati clinici vanno prospettate nel quadro della relazione analitica e delle operazioni che essa sola consente e entro la quale trovano l'ambito di una loro applicazione corretta. E tuttavia esse hanno avuto un influsso decisivo sulla visione dello psichiatra, dotando la sua semeiologia di una sorta di terza dimensione, che sta sullo sfondo della sua pratica, fornendo se non sempre dei parametri operativi realmente applicabili sino in fondo, almeno un'indicazione alla cautela, un invito alla considerazione della complessità della nostra fragile posizione nell'esistenza.

9. Un motivo di grande interesse per la psichiatria consiste nel rovesciamento attuato da Freud della posizione usuale del clinico come esponente ipersicuro della norma, solidale con il sistema dei poteri costituiti di cui lo psichiatra istituzionale rappresenta anche un esponente amministrativo. Non si tratta più né di reprimere la malattia mentale, né di pensare di curarla allo stesso titolo di una qualsiasi affezione somatica, e ciò senza rinnegare l'indubbia dimensione biologico-somatologica implicata qui come in tutti i fenomeni vitali. Il malato di mente è il fantasma dello psichiatra, un suo doppio perturbante, che richiede di essere fronteggiato, promuove un sentimento di estraneità e un insieme di risposte difensive che influenzano deci-

samente e spesso del tutto inconsapevolmente lo stile degli approcci scientifici e degli apparati istituzionali della psichiatria. Freud ebbe di ciò una visione estremamente precisa, quando nel suo scritto *Das Unermliche* (1919) aveva indicato che nella follia, questa fonte fondamentale di paura e di angoscia del contagio, l'uomo sano «vede l'estrinsecazione di forze che non aveva supposto di trovare nel suo prossimo, ma di cui è in grado di percepire oscuramente la presenza in angoli remoti della propria personalità»⁶. In questo senso la psicoanalisi ha avvertito la psichiatria che occorreva raddrizzare questa immagine rovesciata di sé che la clinica tradizionale costituiva come pura alterità, come oggetto naturale estraneo e incomprensibile. Si tratta di un punto fondamentale, di un tema antropologico, psicologico e insieme metodologico, che era del tutto estraneo alla psicopatologia jaspersiana, e che fu nella sua essenza estraneo persino a Binswanger, nella cui riflessione trovò espressione il maggior grado di consapevolezza raggiunto dalla psicopatologia.

10. La creazione di un nuovo spazio di ascolto per la psichiatria, così come era avvenuto per l'invenzione del setting analitico, richiedeva profonde modificazioni dell'assetto psichiatrico tramandati dai tempi di Pinel. La psicoanalisi ha introdotto in psichiatria l'istanza di un nuovo spazio-tempo della clinica, che comunemente viene chiamato psicoterapia. Ma dedicarsi al riconoscimento del bisogno altrui richiede tempi e spazi di riflessione propri, aprendo la strada a quell'area emergente della formazione degli psichiatri e in genere degli operatori che si occupano della sofferenza psichica. Credo che si debba riconoscere il ruolo cruciale del complesso messaggio freudiano nell'aver indicato la necessità di rimettere le pur necessarie operazioni di oggettivazione dello psichiatra sulle proprie gambe, nella direzione di una relativizzazione, che ha introdotto finalmente ed estesamente la dimensione relazionale come terreno pertinente e necessario della psichiatria. Freud ha così aperto e in parte percorso quella strada metodologica e clinica che tante feconde prospettive ha generato per la psichiatria istituzionale. Non si tratta solo di un apparato di concezioni o nozioni, ma dell'indicazione, sia per la psicoanalisi che per la psichiatria, di un lavoro critico ed emotivo per definizione inesauribile, che cerca ogni volta di articolare nella pratica clinica come nella teoria, lo spazio-tempo dell'incontro con la serie omologa

di eventi che vanno dall'intrapsichico e individuale all'intersoggettivo, collettivo e sociale.

Ho tentato di decantare e concentrare in una sintesi estrema, e che fosse nello stesso tempo espressa in termini abbastanza generali, gli aspetti che ritengo più significativi per la psichiatria odierna, non del pensiero di Freud, ma di ciò che mi sembra soprattutto vivo del suo complesso messaggio scientifico: una voce che non è ancora morta e con la quale è urgente per lo psichiatra d'oggi confrontarsi. Questo confronto, se praticato col dovuto rigore, è ancora in grado di generare una tensione interrogativa sufficiente e il dovuto rispetto: entrambi richiesti dal fatto che lo psichiatra opera con soggetti, con persone.

Note

1. Mi permetto di rinviare per una più estesa trattazione di questi problemi a D. DE MARTIS e F. PETRELLA, *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi. Per un'epistemologia psichiatrica*, Lampugnani Nigri, Milano, 1972 e al mio più recente *Nosologia e psicoanalisi*, in *Trattato di psicoanalisi* (a cura di A. Semi), vol. II, Raffaello Cortina editore, Milano, 1989.

2. Vedi per esempio le testimonianze sullo Steinfeld negli scritti autobiografici di E. Canetti.

3. Le lezioni kraepeliniane vennero tradotte in Italia nel 1905, a cura di Tamburini: E. KRAEPELIN, *Introduzione alla clinica psichiatrica. Trenta lezioni*, SEI, Roma Milano, Napoli. Di CHARCOT sono divenute accessibili in lingua italiana le *Lezioni alla Salpêtrière*, nell'ottima antologia e traduzione di A. Civita, Guerini, Milano, 1989. Per le lezioni freudiane vedi S. Freud, *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909), OSF, VI, p. 129. Sul significato del 'genere' lezione di psichiatria nella organizzazione e trasmissione del sapere psichiatrico cfr. F. PETRELLA (1984), *La lezione di psichiatria. Da Kraepelin a André de Lorde*, in «Gli argonauti», 21, 123.

4. S. FREUD (1913), *L'interesse per la psicoanalisi*, OSF, VII, p. 260.

5. L'idea di un «prolungamento» psicoanalitico della clinica psichiatrica è una costante del modo di concepire il rapporto fra le due discipline, che parte da Freud e si ritrova ancora oggi: vedi ad esempio A. GREEN (1971), «La nosographie psychoanalytique des psychoses», in P. Doucet e C. Laurin (eds), *Problems of psychosis*, Excerpta Medica, Trio, The Hague.

6. S. FREUD (1919), *Il perturbante*, OSF, IX, p. 104.