

ISSN 2611-6049

# Poi

Points of Interest

---

RIVISTA DI INDAGINE FILOSOFICA E  
DI NUOVE PRATICHE DELLA CONOSCENZA

N. 14, 1/2024

## LE PSICHIATRIE ALTERNATIVE E LA FILOSOFIA

A CENTO ANNI DALLA NASCITA DI  
FRANCO BASAGLIA

A CURA DI FRANCESCO PIRO



*Direttore responsabile*  
Francesco Piro (Università di Salerno)

*Comitato di redazione*

Gianmarco Bisogno, Paolo Castaldo, Raffaele Ciccone, Catherine Fullarton, Germana Giardullo, Alessio Lembo, Fiorenza Manzo, Giuseppe Palermo, Rosamaria Romanelli, Antonio Sordillo, Enrico Volpe

*Comitato scientifico*

Michele Abbate (Università di Salerno), Andreas Arndt (Humboldt-Universität zu Berlin), Andreas Blank (Alpen-Adria-Universität Klagenfurt), Daniela Calabrò (Università di Salerno), Maurizio Cambi (Università di Salerno), Gian Paolo Cammarota (Università degli Studi di Salerno), Santi Di Bella (Università di Palermo), Stefano Di Bella (Università degli Studi di Milano “La Statale”), Francesco Saverio Festa † (Università di Salerno), Salvatore Lavecchia (Università di Udine), Jérôme Lèbre (Université de Strasbourg), Vittorio Morfino (Università di Milano-Bicocca), Rosalia Peluso (Università di Napoli “Federico II”), Ingmar Persson (Göteborgs Universitet), Venanzio Raspa (Università degli Studi di Urbino Carlo Bo), M<sup>a</sup> Concepción Roldán Panadero (Istituto de Filosofía, Madrid), Raffaella Santi (Università degli Studi di Urbino Carlo Bo), Sergio Sorrentino (Università di Salerno), Francesco Toto (Università “Roma Tre”), Angelo Maria Vitale (Pontificia Facoltà Teologica dell’Italia Meridionale)

*P.O.I. – Points of Interest, Rivista di indagine filosofica e di nuove pratiche della conoscenza è una rivista di filosofia open access, pubblicata da Edizioni Stamen. La rivista pubblica numeri monotematici, a cadenza semestrale, il cui corpo scientifico è costituito da contributi relativi al tema in oggetto e da un eventuale contributo extra-tematico che trova posto nella rubrica “Filosofia e...”. Tutti i contributi sono sottoposti a una procedura di double-blind peer review. In linea con l’interesse per le pratiche filosofiche, l’indagine sul tema di ciascun numero (dal n. 2 in poi) viene sistematicamente integrata e arricchita da interviste e testimonianze dirette, nella specifica sezione “Pratiche”.*

*P.O.I. è riconosciuta come rivista scientifica dall’ANVUR (Area 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche).*

ISSN 2611-6049

*Stamen | Pubblicazioni Universitarie*

Piazza Vittime del Fascismo, 17 – 00046 Grottaferrata (Roma)  
www.edizionistamen.net | stamen.press@gmail.com

*P.O.I. Points of Interest*

redazione@poireview.com  
info@poireview.com

## Indice

- IL PUNTO
- 5 Francesco Piro, *Un movimento plurale e ancora significativo*
- CONTRIBUTI
- 18 L. Grisolia, *Verso una psichiatria post-disciplinare. Michel Foucault e il dispositivo psichiatrico contemporaneo*
- 48 G. Viviano, *Dal soggetto neuro al soggetto pulsionale. Quali istituzioni?*
- 76 G. Bergamaschi, *Voices from within and voices from below. What role for anti-psychiatry in times of lived experience movements?*
- 101 A. Drago, *Basaglia's "anti-psychiatry" interpreted through Galtung's definition of a(n inner) conflict*
- 123 G. Pulli, «Non so cosa sia la follia»
- 132 L. Di Adamo, *Franco Basaglia e la filosofia nell'epoca del DSM-5*
- FILOSOFIA E...
- 146 F. Manzo, *Tra bisogno di credere e crisi del credibile: la sottile linea di unione tra 'vero' e 'sacro' nell'opera di Leonardo Sciascia*
- PRATICHE
- 161 G. Bruno, *Il gruppo di ricerca in filosofia antica Arthemis presso l'Università di Salerno. Oltre la storia della filosofia antica*
- RECENSIONI
- 164 Recensione a Lucio Caracciolo, *La pace è finita. Così ricomincia la storia in Europa* (E. Volpe)

# IL PUNTO

## UN MOVIMENTO PLURALE E SIGNIFICATIVO

di Francesco Piro

Il tema della rilevanza filosofica delle psichiatrie alternative (e, in particolare di quella italiana) può ricevere diverse linee di lettura. Lo si può trattare partendo dalla dichiarata origine filosofica di molti degli approcci che ispirano la critica dell'istituzione e delle prassi manicomiali da parte degli psichiatri e che permettono loro di ripensare i rapporti tra il medico e il paziente. Lo si può trattare riconoscendo che filosofica è la questione stessa intorno a che cosa possa significare il binomio malattia/salute nel caso di ciò che continua ad essere chiamato il "mentale" (malattia mentale, salute mentale...). Lo si può infine trattare ponendosi dal punto di vista di una riflessione filosofico-politica sulle ragioni per cui nel corso degli anni '60 e '70 le istituzioni manicomiali divennero il centro di un'accanita discussione pubblica che si estese a temi come la natura della scienza psichiatrica o i diritti dei malati di mente (e di tutti i malati in genere), per poi acquietarsi come se si fosse trattato di una semplice moda, ma lasciando insoddisfazioni profonde e il dubbio se quello che è venuto dopo sia all'altezza di quello che si cercava.

Per affrontare tutti questi temi ci vorrebbe un libro o una serie di libri. Questo numero di P.O.I. si concentra, direi, soprattutto sul rapporto con l'oggi. Protagonista implicito ne è il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, meglio conosciuto come DSM, nelle sue varie edizioni e soprattutto nell'ultima, la quinta. All'ideologia che lo ispira, al modo in cui tale manuale costruisce l'immagine del paziente psichiatrico e il ruolo dello psichiatra diagnosticante, sono dedicati *ex professo* i saggi di Grisolia e di Viviano. Il saggio di Bergamaschi affronta sì il tema dell'antipsichiatria e della sua parabola (in particolare dell'antipsichiatria anglo-americana: Szasz), ma per mostrare come essa abbia contribuito a produrre la mentalità neoliberale e tecnicistica che oggi sarebbe dominante, con una forte critica nei

confronti di quel paradigma. I saggi di Drago, Pulli, Di Adamo, ritornano su Basaglia (e meritoriamente anche su altri psichiatri alternativi italiani), ma proprio per ridarci una prospettiva, delle risorse di senso e delle strategie per affrontare “l’epoca del DSM-5”, come scrive Di Adamo. Ovviamente i due temi si incrociano, ma è sano che dalla prospettiva di una rivista si privilegi l’oggi. Mi limiterò perciò a qualche considerazione introduttiva e integrativa di sapore storico, fruttando un mio piccolo privilegio e cioè quello di essere l’erede della biblioteca personale di uno dei protagonisti, Sergio Piro, privilegio che conto di sfruttare più ampiamente altrove<sup>1</sup>.

In primo luogo, perché parlare di “psichiatrie alternative” (al plurale) e non di “anti-psichiatria”? Non devo soffermarmi molto su questo perché già molti interventi sottolineano che, se per “anti-psichiatria” si intende la teoria che nega l’esistenza della malattia mentale vedendola semplicemente come un costrutto ideologico, si può negare che essa sia stata una durevole presenza nel panorama italiano. Che buona parte dei ricoverati in manicomio fossero effettivamente “devianti sociali” senza nessuna patologia psichica è un fatto semplicemente vero. Ma questo elemento, fondamentale per la decisione di scardinare e distruggere il manicomio, non comporta di per sé la negazione della “malattia mentale”. Il punto centrale fu invece la scelta di considerare *in ogni caso* il paziente o degente come soggetto, come *partner relazionale* con il quale si può intrattenere una relazione diversa da quella di sorveglianza e reclusione. E questa è la scelta che viene di solito giustificata ricorrendo a una filosofia che aiuti a capire che cosa significhi l’essere soggetti.

<sup>1</sup> Per una descrizione più accurata di ciò che essa contiene, rinvio alla breve nota *La biblioteca di casa Piro* che conclude il libro AA. VV., *Sergio Piro. Maestri e allievi*, Napoli, Editoriale scientifica 2014. Ne discuterò ancora nel mio contributo a un libro che potrebbe essere tra quelli che aiutano a capire meglio le varie facce della questione del “dopo Basaglia”: *La sfida del dopo Basaglia. L’enigma della salute mentale tra fenomenologia e psichiatria*, a cura di D. Calabrò, L. Ferrara, F. Piro, Mimesis, in corso di stampa.

Se si guarda al periodo che precede il 1968, ci si accorge che questa decisione nasce da storie simili tra loro<sup>2</sup>. In diversi casi significativi, il giovane psichiatra, che ha una formazione e ambizioni universitarie, viene progressivamente messo a lato dall'istituzione universitaria proprio perché ha interessi che non collimano con l'immagine dello psichiatra come scienziato. A questo punto, sceglie una carriera ritenuta all'epoca poco brillante e poco interessante: quella di medico (o di direttore) di ospedale psichiatrico. È quello che capita notoriamente a Basaglia (che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia)<sup>3</sup>. Ma accade anche a Sergio Piro (che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico Materdomini di Nocera Superiore)<sup>4</sup>. Ed accade anche ad altri meno conosciuti, come Gastone Maccagnani che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico "L. Lolli" di Imola e morirà nel 1969 dopo un duro scontro con l'amministrazione (comunista) della provincia di Bologna che controlla l'ospedale e non vuole esperimenti<sup>5</sup>. Solo per

<sup>2</sup> Il libro migliore su queste vicende, l'unico che guardi con eguale attenzione all'intero panorama nazionale, è quello di V. P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, in particolare pp. 177-292.

<sup>3</sup> Vedi M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001, pp. 9-74. Questa biografia valorizza molto la formazione filosofica di Basaglia.

<sup>4</sup> L'analisi più completa della vita e delle dottrine di Sergio Piro è quella di A. MANCINI, *Le dimensioni dell'accadere. Introduzione a Sergio Piro*, Napoli, ESI 1998. Ma molto materiale integrativo, soprattutto sulla figura politica, si trova nel libro-intervista curato da C. CARRINO, *Quando ho i soldi mi compro un pianoforte. Conversazioni con un protagonista della psichiatria del Novecento*, Napoli, Liguori 2010; nella raccolta di saggi *Sergio Piro. Maestri e allievi*, già citata. Infine, all'interno di uno studio sull'intera vicenda della psichiatria in Campania, T. CAPACCHIONE, *Primavera 180. Le lotte e le esperienze psichiatriche alternative in Campania e nella stampa quotidiana*, Roma, Sensibili alle foglie 2018.

<sup>5</sup> Ricordato da Babini per il suo laboratorio di psicopatologia dell'espressione (fin dal 1954: Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia* cit., p. 166), Maccagnani avrà un conflitto forte con l'amministrazione provinciale di Bologna per la gestione della "comunità terapeutica" che ha creato a Imola, morendo nel

fermarci a questi tre, tutti hanno un carnet di letture filosofiche consistente alle loro spalle e che spiega la loro originalità difficile da accettare: Sartre, ma anche Minkowski e la psichiatria fenomenologica per Basaglia; la filosofia del linguaggio anglosassone e ancora la fenomenologia husserliana per Piro; la psicolinguistica di Jean Bobon, ma poi Husserl, Heidegger, Bingswanger per Maccagnani. E si potrebbe continuare<sup>6</sup>.

Perché quest'apertura al nuovo – tipica di persone che si erano formate nel clima della Liberazione – passa innanzitutto per la filosofia? Che cosa cercavano nella filosofia? La precomprensione oggi divulgata vorrebbe che ne abbiano tratto soltanto una carica empatica ed emotiva che li ha spinti a immedesimarsi (fin troppo) con i loro pazienti. Jervis, che non dà tanto peso alla formazione filosofica di Basaglia, scrive che questo “tipo di orientamento” fu al più uno “strumento di apertura empatica”<sup>7</sup>. In realtà, era in gioco molto di più. Si usava la categoria filosofica di “soggetto” per indicare qualcosa che permette di individuare l'umano *al di là* della distinzione tra “normale” e “patologico”. Certamente, molto di questa innovazione fu dovuta al fatto che la filosofia dell'epoca riconosceva una “alienazione” sociale dominante e coattiva anche in persone “normali”, che avrebbero dovuto ritornare ad

1969. Cfr. A. RICCIARDELLI, *Malati e potere. Un'esperienza di psichiatria alternativa*, Imola, Omnia 1972. Il saggio più completo e informativo è S. GARGANO, *Sergio Piro e Gastone Maccagnani. Due esperienze di psichiatria alternativa nell'Italia degli anni '60*, in *Dal linguaggio schizofrenico alla prassi trasformazionale. Borse di studio Sergio Piro – seconda edizione*, Nocera Inferiore, Edizioni CERPS 2013.

<sup>6</sup> Un altro caso che andrebbe ricordato è quello della collaborazione di filosofi universitari con psichiatri che conducono esperienze “basagliane”. Penso ovviamente a Pier Aldo Rovatti, ma penso anche a Italo Valent (1944-2003), di cui Moretti&Vitali sta pubblicando sei volumi di opere curate dal figlio Graziano. Oltre che con Piro, Italo Valent dialoga con un altro psichiatra basagliano di spessore, Vieri Marzi, che opera in Toscana, prima ad Arezzo e poi a Siena.

<sup>7</sup> G. CORBELLINI, G. JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri 2008, p. 71.

essere soggetti ribellandovisi, così che la prassi psichiatrica nei confronti degli “alienati” psichici poté essere messa in continuità con la prima, cioè configurarsi come “liberazione”. Ma quest’analogia, di per sé impropria, fu capace di sollecitare un interesse nuovo per la *relazione* terapeutica, che ora veniva vista a partire da un’ottica *esigente*, cioè come prassi che sollecita una riconquista di capacità, una soluzione anche di problemi legati alla storia del paziente, che provoca quello che oggi verrebbe chiamato un *empowerment*. Considerato innanzitutto come un membro di classi oppresse (ed effettivamente la popolazione manicomiale era quasi esclusivamente tale), il degente manicomiale fu il portatore della scoperta che non si può migliorare le capacità psichiche senza restituire libertà e capacità di movimento in senso ampio (“Per prima cosa, slegalo!”). Fu a questo punto che lo psichiatra ospedaliero fu forzato a mettere in discussione la relazione stessa che aveva con il paziente. La creazione di una relazione terapeutica “liberante” trovava il suo ostacolo maggiore proprio nell’assenza di potere del degente manicomiale, nel carattere “totale” dell’istituzione, ed ecco perché la questione della resa dei conti con l’istituzione manicomiale divenne cruciale<sup>8</sup>. Si trattava di definire quanto potere si ha e si conquista nella relazione terapeutica.

Si badi: la questione della “soggettività” del sofferente psichico non era posta in termini di un’identificazione neo-romantica della follia con la creatività o con la ribellione. Vi era un discorso molto più sottile sulla capacità degli esseri umani di guadagnare in autonomia e capacità di vivere in modo dignitoso – anche se magari non conforme agli standard sociali – quando le capacità latenti in loro vengono riattivate dal *cambiamento* della situazione di abbandono in cui sono posti. In

<sup>8</sup> Per una lettura del processo che porta a questa enfaticizzazione di momento “rivoluzionario” della nuova psichiatria, si veda il commento di Fabrizio Meroi a un classico come *L’istituzione negata* (a cura di F. Basaglia, Torino, Einaudi 1968): F. MEROI, *Basaglia, l’équipe, la rivoluzione. Una lettura dell’Istituzione negata (1968)* in, *Rivoluzioni. Aspetti del pensiero del Novecento*, a cura di F. Meroi, P. Vanini, Bologna, Il Mulino 2017, pp. 259 sgg.

nessuno degli psichiatri alternativi italiani che conti, la relativizzazione della coppia normale (sano) / deviante (insano) implicò un rovesciamento romantico dei valori tra i due poli. Ma essa implicò senz'altro la dilatazione degli orizzonti complessivi di ciò che classificabile come “umano” e “portatore di diritti”<sup>9</sup>.

Cito un documento di epoca per dare qualche prova. Nel 1963, Maccagnani organizza un “Colloquio internazionale sull'espressione plastica” presso l'Università di Bologna, poi pubblicato nel 1966 con il titolo *Psicopatologia dell'espressione*<sup>10</sup>. Ci sono Jean Bobon e Eugene Minkowski, ci sono filosofi e scienziati (per esempio, c'è Silvio Ceccato), ma ci sono anche un bel po' di psichiatri e in particolare di psichiatri ospedalieri. C'è Basaglia che parla dell'”espressione figurativa malata” alla luce di Minkowski e di Enzo Paci. C'è Antonio Slavich, a Gorizia anche lui, che parla di un'esperienza di canto corale con pazienti dell'ospedale. C'è Piro che si misura con la tesi della “asemanticità” dell'arte figurativa sviluppata dal suo primo amore filosofico, Guido

<sup>9</sup> Lo mostra con chiarezza Piro che, in un articolo per il giornale *Il Mattino* scritto il 15 gennaio 1978 dal titolo *Quando si dice irrecuperabile*, ricorda così una visita a Trieste e definisce il progetto che ispira Basaglia e lui stesso: «Nei viali dell'O.P. di Trieste, oggi per gran parte abbandonato e per altra parte civile casa di ex ricoverati, incontrai un giorno un gruppetto costituito da due mongoloidi, un cerebropatico che trascinava una gamba, uno psicotico cronico. Queste persone erano ben vestite, non puzzavano, passeggiavano e parlottavano tra di loro e ridevano; non vi erano secondini o custodi. Queste persone erano tutte menomate e malate, ma vivevano e la storia della loro vita era differente da quella dei cerebropatici e handicappati che vivono più o meno legati nel loro sudiciume, in uno stato di abbandono privi di ogni piccola luce che li risvegli, di ogni suono familiare, di ogni tocco a loro caro. *Anche un cervello gravemente malato o menomato ha una storia e questa storia può promuovere lo sviluppo di alcune capacità. Il nostro obbligo politico e sociale è quello di promuovere la coscienza nei singoli e nei gruppi al massimo che si può*». Da T. CAPACCHIONE, *Primavera 180*, cit., p. 121, corsivo mio).

<sup>10</sup> *Psicopatologia dell'espressione*. Atti del II colloquio internazionale sull'espressione plastica, Bologna: 3-5 maggio 1963, a cura di G. Maccagnani, M. Gozzano, Editrice Galeati, Imola 1966.

Calogero. Ci sono ben due interventi di Agostino Pirella, allora presso l'ospedale neuropsichiatrico di Mantova, uno teorico ed uno pratico. Di che cosa parlano tutti questi psichiatri ospedalieri? Di quella che oggi si chiamerebbe la *Art Therapy*? No, il loro sguardo è più teorico e discute in genere del ruolo dell'arte nell'esperienza umana e di come essa possa essere strumento di comunicazione. Nessuno di essi attribuisce qualche genialità ai lavori dei pazienti, ma tutti si sforzano di dotarsi degli strumenti teorici per una diagnostica centrata sulla comprensione del "mondo" intenzionale del paziente. Non si tratta di trovare qualcosa da far fare al sofferente psichico, ma del tassello di una *relazione* con lui che si vorrebbe caratterizzata dall'intesa crescente.

Se vi è una ricaduta direttamente operativa è di altro livello e la esprimono con molta chiarezza due jugoslavi, Bohaček e Sartorius, che si domandano se i neurolettici favoriscano o inibiscano l'espressione libera e usano appunto le produzioni artistiche dei pazienti per sincerarsene. Il tema riemerge anche in altri interventi: sono arrivati gli psicofarmaci, c'è il sospetto che possano inibire, insieme con i sintomi, anche le capacità vitali del paziente, occorre capire che effetti hanno e la capacità di espressione artistica può fornire un banco di prova. Questi psichiatri non hanno inibizioni ad usare psicofarmaci, ma non si limitano a leggere il bugiardo, essi cercano di stabilire *in autonomia* che cosa essi facciano di buono o di cattivo. E pertanto debbono avere qualche idea su quella che oggi si chiamerebbe "qualità della vita", partendo dall'unica letteratura che ne parli, che al momento è quella filosofica.

Perché discuto di questo documento di un lontano passato? Perché non soltanto esso mostra le idee e le convinzioni di partenza di alcuni di coloro che furono tra i protagonisti del cambiamento nella psichiatria italiana. Esso mostra anche la loro curiosa condizione. Proprio perché lo psichiatra è ancora *l'unico* specialista che la società delega al rapporto con la follia, questi psichiatri non possono fare riferimento a steccati disciplinari per stabilire come analizzare o gestire il sofferente psichico, il "malato mentale". Non possono dire che qualcosa è psicologico o antropologico o sociologico e dunque *non* di loro competenza, perché

una distinzione di questo tipo è contraddittoria con la situazione del manicomio dove lo psichiatra decide su *tutto* ciò che riguarda il degente e dunque di tutto deve tener conto nella diagnosi e nella terapia. Ecco perché l'alternativa è secca: o si lascia il degente nella condizione di oggetto da piazzare in qualche posto e tenere sotto controllo o lo si aiuta a ritornare ad essere “soggetto” per quel che può.

Ed è proprio questo l'elemento che viene poi a creare difficoltà nel momento in cui si pone il problema di che cosa viene *dopo* il manicomio. Si è lungamente discusso del drammatico ritardo con cui, dall'abolizione del manicomio nel 1978, si passa a nuovi servizi territoriali. Lo si è imputato alla incapacità o inibizione politica a progettare dei basagliani. Scrive ancora Jervis a proposito di Basaglia: «...né lui né i suoi collaboratori descrivevano come avrebbero dovuto essere i nuovi servizi. Non ho reperito un solo scritto da parte loro che fosse somigliante a un piano o a un programma, per l'assistenza psichiatrica in Italia»<sup>11</sup>. Se Jervis avesse guardato anche un po' più a sud di Trieste, avrebbe forse potuto formulare un'analisi più articolata. La disastrosa Campania produce nel 1983 un piano di servizi psichiatrici piuttosto organico e con una buona ripartizione di funzioni e compiti. Ma l'attuazione di questo piano è lenta e parziale e non solo per il malgoverno e l'inefficienza delle istituzioni locali. Si rivela difficile coordinare ciò che dovrebbe essere principalmente spostato nel territorio e ciò che resta ospedaliero, fare convivere logiche che vanno differenziandosi in modo crescente. L'immissione in ruolo di personale non medico (psicologi, sociologi...) avviene con un ritardo sospetto, le strutture riabilitative e residenziali sul territorio non partono, i servizi territoriali e quelli ospedalieri non si collegano<sup>12</sup>. In breve, la ricchezza di relazioni interne, il dialogo costante, che sarebbero necessari sia tra gli specialisti stessi sia tra istituzioni e territorio per “prendere in carico” effettivamente la sofferenza psichica non si rivela realizzabile nelle ripartizioni di

<sup>11</sup> CORBELLINI-JERVIS, *La razionalità negata*, p. 146.

<sup>12</sup> Per la storia della non-applicazione della legge 1/1983 in Campania, cfr. EAD., *Primavera 180*, cit., pp. 50-63.

competenze istituzionali e professionali che caratterizzano il post-manicomiale. A questo punto, progressivamente si impone la soluzione semplificatoria, che riduce una spesa avvertita come “improduttiva” (in quanto riguarda ceti prevalentemente poveri), privilegiando il momento ambulatoriale e l’uso della farmacopea. Lo psichiatra, che aveva rischiato di divenire solo un polo di un’*équipe* più ampia e policentrica, riprende il ruolo centrale, proprio perché insostituibile di erogatore di farmaci. Arriverà poi il DSM per definire con precisione come fare le diagnosi e tutto sarà concluso. Anche quando si cercherà di costruire servizi che si preoccupino anche del resto (e ci si inizia a rendere conto di questa necessità man mano che emergono nuove e inedite patologie diffuse), anche quando si cercherà di reimmettere qualche aspetto “sociale” nei nuovi servizi, i concetti resteranno ambigui e molto generici (“riabilitazione”, “inclusione”, “qualità della vita”) e ambigui resteranno i compiti, i rapporti con la dimensione medica, i criteri di verifica del lavoro, infine i rapporti da istituire con il famoso “territorio”. Una riflessione più ampia su questi problemi viene inibita o ritenuta programmaticamente insignificante, mentre gli approcci emergenti si presentano come puramente oggettivi e sospettosi di ogni ideologicità in altri approcci. Quanto poco siano non-ideologici non lo discuto, ne discutono già i saggi raccolti in questo numero di P.O.I.

Ma forse, più ancora che di ideologie o di ideologemi, si dovrebbe parlare di *miti*. I miti infatti riescono a resistere e a trasformarsi, a rendersi difficili da riconoscere attraverso nuove vesti, con maggiore abilità degli ideologemi assunti esplicitamente, come ci direbbero Lévi-Strauss e Furio Jesi. Si può ammettere che Jervis abbia ragione e che, nella diffusione di massa del verbo *antipsichiatrico*, vi fosse un mito nascosto, quello della concezione della coscienza come anima che può dirigere il corpo e farlo guarire con i poteri “spirituali” della parola, della convinzione, del sentimento. Vi è però anche un altro mito pernicioso che pervade pesantemente la psichiatria e si spaccia come riconoscimento dell’importanza del corporeo (oggi: del neurologico): quello della normalità come “natura”. Così come c’è un funzionamento “normale” (cioè funzionale alla vita) del polmone, così ci sarebbe anche

un funzionamento “normale” del cervello ed è quello che produce una persona a sua volta “normale” che ama gli spaghetti (se italiano), lavora, rispetta le norme e i semafori, sceglie le donne se uomo e gli uomini se donna, vota FdI o PD o 5S. Se una persona non è fatta così, non *riesce* ad essere fatta così, ci deve essere una malformazione da qualche parte nel cervello, e dunque va medicalizzata. Un giorno forse ci sarà una pillola miracolosa che, una volta somministrata, trasformerà di colpo uno psicotico in un cittadino normale e produttivo, che ama gli spaghetti eccetera. Poiché non c'è, si deve scegliere la terapia che riporti quanto più possibile la persona a qualcosa di simile alla “normalità” almeno nel comportamento. E chiaramente, nel farlo, non dobbiamo tenere conto di quel che pensa o di quel che dice o di quel che vuole perché è *solo* un corpo malato, da esaminare con la debita oggettività e distanza, senza eccedere in “empatia”.

Il primo mito certamente è stato presente nelle ricezioni di massa delle raffinate analisi di Foucault o Goffman o Laing. Oggi è uscito dal dibattito sulla psichiatria, anche se è facile ritrovarlo in altre dimensioni della vita sociale: nelle terapeutiche di stile new age e soprattutto nel populismo “fai da te” in campo medico, emerso con forza negli anni del Covid-19. Il secondo mito ha invece ripreso capacità egemonica e consenso in tutto il dibattito sulla mente e sulla follia. Certamente, lo ha fatto purificandosi dei suoi aspetti più grossolani: alla fin fine, anche il DSM ha recepito il fatto che l'omosessualità non è una patologia. Ma la macchina mitologica – pur funzionando in modo più sottile – continua a restare in piedi. Lo stesso concetto di “salute mentale” non è in fondo che un proclama con cui persone di buone intenzioni cercano di fornirci una possibile purificazione di questo contenuto di fondo. Può darsi che ci riescano, ma io sospetto con Lévi-Strauss che ogni interpretazione razionalizzante di un mito ne sia anche la riproposizione, la disseminazione ulteriore.

Gli psichiatri “alternativi” della metà del secolo XX. furono i primi a combattere frontalmente il mito del cervello normale che produce persone normali. La radicalizzazione progressiva di molti di loro (e del Basaglia degli anni '70 in particolare) è reattiva rispetto alla scoperta

della persistenza e della capacità di riproposizione del mito, scoperta che lo porta a sospettare che la vittoria sia stata provvisoria e fragile. E, infatti, il consenso ottenuto allorché si trattava di eliminare un'istituzione che assomigliava veramente *troppo* a un lager – il manicomio –, si sfalda quando si tratta di passare a una nuova organizzazione della “cura” che salvi e approfondisca le conquiste precedenti e però abbia come attore un'organizzazione strutturata secondo la divisione burocratica del lavoro intellettuale e (più tardi) secondo la logica aziendale dell'efficienza. Ed in effetti ripensare la “cura” su un piano di gestione dei rapporti tra istituzioni e territorio fa emergere problemi ardui anche sotto il profilo teorico<sup>13</sup>. E, ovviamente, vi erano interessi economici e professionali che remavano in una direzione completamente diversa, integrando sempre di più il sapere psichiatrico all'interno del potere economico e non solo economico delle grandi industrie farmaceutiche.

E tuttavia la lotta contro il mito è continuata e continua tuttora. Essa non ha più come protagonisti grandi intellettuali che leggevano opere di filosofia e che si sentivano partecipi di una battaglia dell'umanità contro l'“alienazione”, né organizzazioni politiche e sindacali che facciano loro da sponda, ma gruppi molteplici e differenziati di fruitori dei servizi. Ciò

<sup>13</sup> L'opera matura di Sergio Piro può essere vista come un tentativo di misurarsi con questa nuova problematica. Piro resta fedele all'idea che ci debba essere *un* sapere generale teorico-pratico che presieda alla “cura” in tutti i suoi aspetti ma lo distanzia sempre più dalla psichiatria definendolo come “antropologia trasformativa” (che poi si pluralizza ulteriormente in “antropologie trasformativi”) rivolta a tutti gli operatori del mutamento sociale. Alle filosofie dell'alienazione e della soggettività, riconosciute come obsolete, viene sostituita una concezione ispirata a Lotman del “campo antropico continuo”, costituito di relazioni dinamiche di influenzamento reciproco tra i poli del campo. Infine si caldeggiavano metodologie complesse per l'operatore sociale postulando una voluta contaminazione di metodologie e strategie di intervento (una metodologia “diadromica”, che corre qua e là). L'analisi più sistematica di questo tentativo di teoria generale resta quella, già ricordata, di Antonio Mancini, ma qualche elemento di analisi ulteriore comparirà anche in diversi contributi presenti in CALABRÒ, FERRARA, PIRO (a cura di), *La sfida del dopo Basaglia*, cit.

che tali persone chiedono è di essere aiutate ad affrontare le difficoltà che nascono da ciò che sono, ma anche – e qui siamo ai limiti della contraddizione – di essere riconosciute e ascoltate *proprio per la diversità* di ciò che sono. Né esse criticano le tecnologie in quanto tali ma i loro usi e il loro controllo, magari ne desidererebbero di più capaci di dare chances a chi di potere ne ha poco, di contraddire la natura se intesa come stabilità ed equilibrio, ma di alleviarla se intesa come proliferare di differenze e di novità. Per quanto la filosofia che è alle spalle di queste idee sia certamente molto diversa da quella degli psichiatri formati negli anni '50, è qui che opera ancora lo spirito delle “psichiatrie alternative” italiane del XX. secolo.

# CONTRIBUTI

VERSO UNA PSICHIATRIA  
POST-DISCIPLINARE.  
MICHEL FOUCAULT E IL DISPOSITIVO  
PSICHIATRICO CONTEMPORANEO

di Luigi Grisolia

*Abstract*

From Michel Foucault's investigations of disciplinary psychiatry, three operations can be enucleated: the production of subjectivity by subjecting bodies to "subject-functions"; the individuation of residual subjectivities of disciplinary power through the "absolute diagnosis" that dichotomously divides the population into normal and abnormal; and the confinement of the insane in a naturalistic determinism that places them in a state of non-freedom. Through analysis of the DSM and Research Domain Criteria (RDoC) diagnostic systems and by examining the reflections of Robert Castel, Nikola Rose and Alain Ehrenberg, this paper will attempt to show that contemporary post-disciplinary psychiatry tends to exclude the three operations identified by Foucault. First, the constitution of subjugated individualities gives way to a clinic of data in which subjectivity is fragmented into behavioral traits and biological markers. Second, the new diagnostic systems aim to replace the "absolute diagnosis" with a dimensional assessment that depolarizes the normal-abnormal dichotomy, deploying a process of optimization rather than normalization. Finally, the behaviorist matrix, within which contemporary psychiatry operates, aligns the healthy and the alienated on the same plane of irresponsibility and irrationality.

*Keywords:* Foucault, post-disciplinary psychiatry, subjectivation, normalization, naturalization.

## 1. *Psichiatria disciplinare*

Le indagini di Michel Foucault sulla psichiatria hanno costituito un punto di riferimento fondamentale per le riflessioni delle correnti più radicali di quel movimento, composito e disomogeneo, chiamato “antipsichiatria”<sup>1</sup>. Uno dei principali debiti nei confronti del filosofo riguarda senza dubbio l’aver inquadrato l’oggetto della critica antipsichiatrica entro un preciso dispositivo di cui è possibile ricostruire la genealogia e individuare gli apriori storici: la psichiatria disciplinare, nata verso la fine del XVIII secolo ed entrata in crisi, come vedremo, nell’ultimo ventennio del Novecento.

Stabilire se Foucault avesse già intravisto il tramonto dei sistemi disciplinari non è semplice<sup>2</sup>. Ad ogni modo, anche se, come afferma Deleuze, Foucault ne avesse intuito la «brevità»<sup>3</sup>, difficilmente avrebbe

<sup>1</sup> Cfr. R. CASTEL, *Michel Foucault e le critiche della psichiatria: una lettura soggettiva*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXXIX.3, 2005, pp. 14-16. Come Foucault stesso racconta, la sua tesi di dottorato è servita da «*toolbox* a persone differenti come gli psichiatri dell’antipsichiatria britannica, come Szasz negli Stati Uniti, come i sociologi in Francia». M. FOUCAULT, *Carceri e manicomi nel congegno del potere*, in «L’Avanti», LIII.3, 1974, p. 26.

<sup>2</sup> Sicuramente quando introdusse la nozione di biopolitica, il potere disciplinare continuava a giocare un ruolo centrale. Ne *La volontà di sapere* si afferma che disciplina e biopolitica «non sono antitetiche; costituiscono piuttosto due poli di sviluppo costituito da tutto un fascio intermedio di relazioni». M. FOUCAULT, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano 2013, p. 123. Inoltre, parlando del passaggio dalla società disciplinare a quella del controllo Negri e Hardt affermano che si assiste a «un’intensificazione e generalizzazione dei dispositivi normalizzatori della disciplina». A. NEGRI, M. HARDT, *Impero. Il nuovo ordine della globalizzazione*, Rizzoli, Milano 2001, p. 39. In questo caso, come suggerisce Tarizzo, la differenza «non consisterebbe tanto in una discrepanza qualitativa nei rispettivi *modi operandi*, bensì in una intensificazione quantitativa». D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all’etopolitica: Foucault e noi*, in «Noema», IV. 1, 2013, p. 44.

<sup>3</sup> G. DELEUZE, *Poscritto sulle società di controllo*, in ID., *Pourparler*, Quodlibet, Macerata 1990, p. 234.

potuto cogliere le trasformazioni specifiche del dominio psichiatrico, in quanto le origini di una psichiatria post-disciplinare vanno individuate lungo un arco di tempo, tra la fine degli anni Settanta e oggi, e in uno spazio geografico privilegiato, gli Stati Uniti, tali per cui sarebbe stato difficile per Foucault osservarle.

Ciò che conta in questa sede è che le analisi foucaultiane sul dispositivo psichiatrico si servono principalmente della categoria di potere disciplinare<sup>4</sup>.

Foucault non fornisce una definizione univoca di potere disciplinare o di società disciplinare. Piuttosto descrive una molteplicità di operazioni diversificate che, sviluppandosi in relazione a obiettivi puntuali privi di finalità globale<sup>5</sup> e intrecciandosi fra loro, confluiscono entro la stessa morfogenesi dinamica del potere. Come spiega Vaccaro:

L'impronta disciplinare caratterizza una particolare società al di là delle istituzioni che la sostengono e la rilanciano, ciascuna delle quali ha una storia e una funzione propria non assimilabile all'altra; tuttavia, esse inverano la disciplina quale tratto costitutivo in quanto rispondente con successo ad una

<sup>4</sup>Ciò sembra vero anche quando Foucault parla della psichiatria del proprio tempo. Nel corso al Collège de France sul potere psichiatrico sostiene che il potere disciplinare sia una «modalità del tutto specifica della nostra società». M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973-1974*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 48. Mentre in un'intervista del 1974 sostiene che la psichiatria del tempo era ancora incentrata sull'internamento: cfr. ID., *Follia, una questione di potere*, in *Follia e psichiatria. Detti e Scritti 1957-1984*, Cortina, Milano 2005, p. 78: «La psichiatria è, ancora oggi, la principale forma di intervento sui malati di mente. Milioni di persone sono oggi ancora soggette all'internamento». D'altro canto, in Francia la legge sull'internamento degli alienati del 1838 fu modificata solo nel 1968 e abrogata nel 1990. Durante gli anni Settanta la situazione era quindi in una fase di lento cambiamento, e l'internamento interessava ancora gran parte dei malati mentali. Cfr. R. CASTEL, *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Les éditions de minuits, Paris 1981, pp. 25-75.

<sup>5</sup> M. FOUCAULT, *Follia e psichiatria*, cit. pp. 164-165.

serie eterogenea di istanze di dominio il cui principio identitario è una sola e unica morfologia del sistema di potere<sup>6</sup>.

Partendo da questa assunzione, nel presente paragrafo ci si limiterà ad analizzare il potere disciplinare nell'ambito della psichiatria prendendo in esame tre operazioni descritte da Foucault: soggettivazione, polarizzazione normale-anormale e naturalizzazione della follia. Il paragrafo successivo sarà invece dedicato a mostrare che queste tre operazioni sono state abbandonate dalla psichiatria contemporanea.

### 1.1 *Soggettivazione*

Foucault individua simbolicamente la nascita della psichiatria disciplinare nella scena che vede Giorgio III d'Inghilterra, in preda alla mania, sottoposto a un regime di cure forzate<sup>7</sup>. In questa scena il medico destituisce l'apparato di regalità esercitando un potere che consiste «nell'assumere come bersaglio il corpo e la persona stessa del re spogliato delle sue insegne»<sup>8</sup>. Il corpo regale molteplice e imperituro<sup>9</sup> viene ridotto a una «singolarità somatica»<sup>10</sup>, punto d'appiglio del potere disciplinare, per renderlo «docile e sottomesso»<sup>11</sup> e soggettivarlo.

La soggettivazione è il processo di produzione del soggetto<sup>12</sup> attraverso delle pratiche di assoggettamento; essa «è in quanto tale assoggettamento»<sup>13</sup>. Mentre il potere di sovranità non si esercita mai su corpi

<sup>6</sup> S. VACCARO, *Introduzione*, in M. FOUCAULT, *La società disciplinare*, a cura di S. Vaccaro, Mimesis, Milano 2010, p. 8.

<sup>7</sup> M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, cit. pp. 29-30.

<sup>8</sup> Ivi, p. 32.

<sup>9</sup> Ivi, p. 53.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> Ivi, p. 32.

<sup>12</sup> ID., *Dits et écrits II. 1976-1988*, a cura di D. Defert e F. Ewald, Gallimard, Paris 2001, p. 1525.

<sup>13</sup> M. BRIGAGLIA, *Foucault naturalizzato. Soggetto, assoggettamento, libertà*, «Diritto & questioni pubbliche», XIX.1, 2019, p. 74.

individuali, ma solo su soggetti collettivi «che si collocano, in qualche modo, al di sopra dell'individualità corporea»<sup>14</sup>, nel potere disciplinare la «funzione-soggetto coincide esattamente con la singolarità somatica»<sup>15</sup>.

Il potere disciplinare ha la capacità di soggettivare i corpi applicandosi ad essi e producendo individui. Il corpo costituisce il supporto a cui il potere si appiglia per farvi aderire la funzione-soggetto grazie alle pratiche di assoggettamento. In questo senso «l'individuo non è altro che il corpo assoggettato»<sup>16</sup>.

La soggettivazione disciplinare riflette il duplice senso che Foucault attribuisce alla nozione di soggetto: «il y a deux sens au mot "sujet": sujet soumis à l'autre par le contrôle et la dépendance, et sujet attaché à sa propre identité par la conscience ou la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère un form de pouvoir qui subjugué et assujettit»<sup>17</sup>. Il soggetto è il corpo assoggettato al potere che lo fa aderire a un'identità individuale in un rapporto di coscienza e conoscenza di sé. Perciò le tecniche di soggettivazione consistono nell'assoggettamento del corpo su cui imprimono una verità soggettiva che fa aderire il sé a sé in un'identità personale.

La soggettivazione è al centro della cura psichiatrica disciplinare:

la guarigione, ormai, coinciderà con il processo di assoggettamento fisico quotidiano, immediato, attuato dentro il manicomio, e che stabilirà come individuo guarito solo l'individuo che sarà portatore, ma anche al contempo ricettore, di una quadruplici realtà, costituita dalla legge dell'altro, dall'identità con sé, dall'inammissibilità del desiderio, dall'inserimento del bisogno in un sistema economico [...]. Il quadruplici sistema di

<sup>14</sup> M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 51.

<sup>15</sup> Ivi, p. 64.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> ID., *Le sujet et le pouvoir*, in *Dits et écrits IV. 1980-1988*, a cura di D. Defert e F. Ewald, Gallimard, Paris 1994, p. 227.

adattamento che ha in sé, in virtù della sua sola messa in atto, il potere di guarire, ricostruisce così l'individuo<sup>18</sup>.

Guarire significa restituire al folle la propria verità di individuo disciplinare inteso come colui che accetta l'autorità dell'altro quale potere che lo precede e lo produce, che accoglie la propria identità biografica, che individua il desiderio folle come malattia e che riconosce la precarietà della realtà che lo obbliga a inserirsi nella catena produttiva.

Per ricomporre l'individualità disintegrata dalla follia la psichiatria disciplinare adotta diverse tattiche. In primo luogo, il corpo del malato viene assoggettato attraverso l'internamento in uno spazio architettonico meticolosamente congegnato. «A far guarire in manicomio è, per l'essenziale, il manicomio stesso»<sup>19</sup>. Ciò avviene «perché si tratta di una macchina panottica»<sup>20</sup> dove il malato è costantemente osservato attraverso un controllo piramidale che procede dall'inserviente al direttore ed è sottoposto a un sistema di «isolamento e individualizzazione»<sup>21</sup>, assicurato dalle celle, che garantisce «la fissazione dell'individuo a se stesso»<sup>22</sup>.

In secondo luogo, c'è «la presa di contatto fra medico e malato»<sup>23</sup> attraverso cui il corpo del folle è collocato in un punto preciso della gerarchia del manicomio. In questo faccia a faccia si instaura uno squilibrio di forze che stabilisce la posizione reciproca dello psichiatra e del malato. L'esercizio alla gerarchia passa anche per un «addestramento ai nomi»<sup>24</sup> delle figure che popolano la realtà manicomiale. L'obiettivo «è costringere il malato a restituire a ciascuno il nome grazie al quale questi trova la propria individualità all'interno della piramide disciplinare del

<sup>18</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 167.

<sup>19</sup> Ivi, p. 102.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Ivi, p. 104.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Ivi, p. 139.

<sup>24</sup> Ivi, p. 143.

manicomio»<sup>25</sup>. L'addestramento alla gerarchia e alla nominazione corrisponde a un addestramento all'individualità.

In terzo luogo, la psichiatria disciplinare deve esercitare il malato all'«enunciato di verità»<sup>26</sup> circa la propria identità: «La cosa veramente necessaria è che il malato si riconosca in una sorta di identità, costituita da un certo numero di episodi della sua esistenza [...]. L'enunciato della verità che risulterà più efficace, insomma, non sarà tanto quello che riguarda le cose, quanto quello che si riferisce al malato stesso»<sup>27</sup>. Al malato viene imposto un preciso *corpus* biografico per restituire l'individualità alla follia. Quando avrà incorporato la propria identità e sarà in grado di rispondere correttamente alla domanda «chi sei?» «potrà prodursi uno dei momenti più fecondi della terapeutica»<sup>28</sup>. Senza l'assunzione della propria soggettività non c'è possibilità di guarigione; «in primo piano è posta la realtà biografica del malato, instaurata una volta e per tutte, e con la quale deve identificarsi se vuole guarire»<sup>29</sup>. Soggettivazione e terapia coincidono.

L'ultima tecnica è quella che ha permesso al potere disciplinare di risolvere «il problema dell'individuo (e non più della specie) nel campo del sapere»<sup>30</sup>: l'esame clinico. La clinica moderna ha garantito «la possibilità per l'individuo di essere oggetto e soggetto della propria conoscenza»<sup>31</sup>, aprendo la strada a una «scienza dell'individuo»<sup>32</sup>. L'esame clinico permette di fare di ciascuno un caso ossia «l'individuo quale lo

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 151.

<sup>27</sup> *Ivi*, p. 153.

<sup>28</sup> *Ivi*, p. 154.

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 156.

<sup>30</sup> *Id.*, *Sorvegliare e punire*, cit. p. 209.

<sup>31</sup> *Id.*, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998, p. 210.

<sup>32</sup> *Ibid.*

possiamo descrivere, misurare, valutare, comparare ad altri e ciò nella sua stessa individualità»<sup>33</sup>.

Nella clinica psichiatrica il medico effettua davanti agli studenti l'anamnesi del caso, facendo raccontare al malato tutta la sua storia o raccontandola al suo posto. Il paziente vede così «scorrere davanti a sé la sua stessa vita»<sup>34</sup>. In questo modo «la legge dell'identità grava sul malato il quale pertanto sarà costretto a riconoscerla in tutto ciò che si dice su di lui, così come in tutta l'anamnesi che si fa della sua vita»<sup>35</sup>.

Attraverso un minuzioso prelievo di informazioni, l'esame restituisce a ciascuna singolarità somatica la propria casistica individuale fabbricando soggetti. Ma affinché ciò sia possibile è necessario che si produca uno scarto differenziale:

L'esame come fissazione nello stesso tempo rituale e "scientifica" delle differenze individuali, come spillatura di ciascuno alla propria individualità [...] mostra bene l'apparizione di una nuova modalità del potere in cui ciascuno riceve come *status* la propria individualità ed in cui è statutariamente legato ai tratti, alle misure, agli scarti, alle "note" che lo caratterizzano e fanno di lui, in ogni modo, un "caso"<sup>36</sup>.

L'esame apre quindi «due possibilità correlative»<sup>37</sup>: da un lato individua ciascuno entro un caso, soggettivandolo; dall'altro costituisce un sistema comparativo che permette «la valutazione degli scarti degli individui gli uni in rapporto agli altri»<sup>38</sup>, determinando una polarizzazione fra normali e anormali.

<sup>33</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit., p. 209.

<sup>34</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit. p. 176.

<sup>35</sup> Ivi, pp. 176-177.

<sup>36</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit. p. 210.

<sup>37</sup> Ivi, p. 208.

<sup>38</sup> *Ibid.*

## 1.2 *Polarizzazione normale-anormale*

I dispositivi disciplinari sono isotopici<sup>39</sup>: ogni elemento occupa un posto ben determinato nello spazio sociale. Caserme, carceri, scuole, industrie sono tutte caratterizzate da una gerarchizzazione che distribuisce gli individui secondo classi ordinate. «Ma isotopia vuol dire soprattutto un'altra cosa, e cioè il fatto che nel sistema disciplinare, il principio di distribuzione e classificazione di tutti gli elementi implica necessariamente qualcosa come un residuo, e dunque che c'è sempre qualcosa che potremmo definire come "l'inclassificabile"»<sup>40</sup>. Classificando e gerarchizzando il potere disciplinare determina una differenziazione fra gli individui producendo degli scarti: l'incapace della classe, l'insubordinato del plotone, l'inoperoso della fabbrica costituiscono il resto dell'operazione di soggettivazione disciplinare. Le tecniche di soggettivazione stabiliscono «la norma come principio di ripartizione»<sup>41</sup> degli individui spingendo ai margini tutti coloro che vi si discostano e provocando una polarizzazione fra normali e anormali.

Questa sorta di difetto strutturale dei sistemi disciplinari rende necessaria l'apparizione di dispositivi supplementari per recuperare questi residui. Così, se da un lato il potere disciplinare ha la proprietà «di produrre anomia»<sup>42</sup>, lasciando ai margini un certo numero di individui, dall'altro lato possiede la proprietà «di essere normalizzatore, di inventare sempre nuovi sistemi di recupero, di ristabilire ogni volta, di nuovo la regola. A caratterizzare il potere disciplinare, insomma, è un perpetuo lavoro della norma all'interno dell'anomia»<sup>43</sup>.

L'esigenza di recuperare gli scarti rafforza il processo di soggettivazione verso il basso. Più la pressione del potere è intensa maggiori saranno gli effetti di individualizzazione. «In un sistema disciplinare il

<sup>39</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit. p. 61.

<sup>40</sup> Ivi, p. 62.

<sup>41</sup> Ivi, p. 64.

<sup>42</sup> Ivi, p. 63.

<sup>43</sup> *Ibid.*

bambino è più individualizzato dell'adulto, il malato più dell'uomo sano, il pazzo e il delinquente più del normale e del non-delinquente»<sup>44</sup>. Foucault parla di un «rovesciamento»<sup>45</sup> dei procedimenti di soggettivazione, per cui la sagoma dell'uomo normale viene ritagliata a partire dalla sua negazione presupponendola. Come già il suo maestro aveva osservato «l'anormale in quanto a-normale, è posteriore alla definizione del normale, ne è la negazione. Ma è l'anteriorità storica del futuro anormale che suscita un'intenzione normativa»<sup>46</sup>; per cui «l'anormale, logicamente secondo, è esistenzialmente primo»<sup>47</sup>. È a partire dall'esistenza anormale che la norma instaura «un ambito di soggettività»<sup>48</sup> entro cui si danno le condizioni di possibilità affinché possano emergere soggetti normali. In questo senso, scrive Macherey, «si può dire che la norma "produca" gli elementi su cui agisce»<sup>49</sup>.

La norma svolge quindi un doppio lavoro: da un lato costruisce soggettività normali contrapponendole a quelle anormali; dall'altro determina un'attività di recupero dell'anormalità. Come spiega Foucault «la norma porta con sé, al tempo stesso, un principio di designazione e un principio di correzione»<sup>50</sup>. La polarizzazione fra normali e anormali non serve a escludere; «al contrario, essa è sempre legata a una tecnica positiva di intervento e di trasformazione, a una sorta di progetto normativo»<sup>51</sup>. Correlativamente alla dicotomia normale-anormale emerge l'operazione di normalizzazione.

<sup>44</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit. p. 211.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1988, pp. 206-207.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> P. MACHEREY, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, Edizioni ETS, Pisa 2011, p. 77.

<sup>49</sup> *Ivi*, p. 75.

<sup>50</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2000, p. 82.

<sup>51</sup> *Ibid.*

Secondo Canguilhem normalizzare significa «imporre un'esigenza a un'esistenza, a un dato la cui varietà e la cui differenza si offrono, al riguardo dell'esigenza, come un indeterminato ostile più ancora che estraneo»<sup>52</sup>. La normalizzazione risponde dunque all'esigenza di produrre soggetti normali imponendo un'esigenza di normalità agli anormali. Più semplicemente «normalizzazione significa produzione di soggettività in conformità con le esigenze di un dato sistema sociale»<sup>53</sup>. Abbiamo quindi di nuovo a che fare con un'operazione di soggettivazione, ma in questo caso con «la funzione di ridurre gli scarti»<sup>54</sup>.

Ovviamente sotto questo aspetto la psichiatria gioca un ruolo di primo piano. Il malato di mente, infatti, «rappresenta il residuo di tutti i residui»<sup>55</sup>. La funzione psichiatrica ha fornito «il discorso e ciò che ha consentito di predisporre tutti gli schemi di individualizzazione, di normalizzazione, di assoggettamento degli individui all'interno dei sistemi disciplinari»<sup>56</sup>.

Operativamente la polarizzazione normale-anormale si riflette nella pratica diagnostica. Secondo Foucault, la psichiatria disciplinare non è interessata a formulare una diagnosi precisa in relazione a segni e sintomi: la nosologia e l'anatomia patologica non svolgono alcun ruolo né dal punto di vista terapeutico né per quanto riguarda la distribuzione dei malati nel manicomio<sup>57</sup>. Lo psichiatra, insomma, non deve stabilire di quale malattia soffra il paziente; l'unica domanda a cui deve rispondere è: «questo individuo è folle oppure no?»<sup>58</sup>.

Il problema non è quindi la diagnosi differenziale, che permette di discriminare una malattia rispetto alle altre, ma quella che Foucault

<sup>52</sup> G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, cit. p. 201.

<sup>53</sup> G. CAMPESI, *Norma, normatività, normalizzazione. Un itinerario teorico tra Canguilhem e Foucault*, in «Sociologia del diritto», 2, 2008, p. 19.

<sup>54</sup> M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire*, cit. p. 196.

<sup>55</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 63.

<sup>56</sup> Ivi, p. 91

<sup>57</sup> Ivi, p. 129.

<sup>58</sup> Ivi, p. 230

chiama «diagnosi assoluta»<sup>59</sup>, che mira semplicemente a stabilire se l'individuo sia sano o folle. «Nell'ordine della malattia mentale il sintomo non viene verificato, esso *marchia*»<sup>60</sup>. Questa operazione veicola la polarizzazione dicotomica fra normalità e anormalità: «la diagnosi di follia viene effettuata, insomma, all'interno di tale ambito binario, entro un campo propriamente duale»<sup>61</sup>. La psichiatria disciplinare opera come una macchina bipolare<sup>62</sup> che, attraverso la diagnosi assoluta, distingue il folle dal sano per internalo e normalizzarlo.

### 1.3 *Naturalizzazione della follia*

La follia secondo Foucault emerge come oggetto dello sguardo medico a partire dal suo inserimento in quel campo complesso e sfaccettato, di natura essenzialmente morale, che era la sragione classica: «la nostra conoscenza scientifica e medica della follia riposa implicitamente sulla precedente formazione di un'esperienza etica della sragione»<sup>63</sup>.

L'apparente neutralità dello psichiatra rispetto al malato di mente «non è raggiunta se non nel proposito iniziale di una condanna»<sup>64</sup> che nel XVII secolo riuniva vagabondi, criminali, libertini, sifilitici, maghi, fattucchiere e omosessuali insieme ai folli in uno spazio percettivo comune. A partire da questa reclusione morale verrà elaborata una reclusione naturalistica in cui il folle sarà privato di ogni responsabilità.

Per compiere questo passaggio la psichiatria ha riunito due esperienze diverse della follia che la medicina classica manteneva distinte: un'esperienza giuridica e un'esperienza sociale.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> ID., *Come conclusione*, in M. Foucault, *Follia e psichiatria*, cit., p. 64.

<sup>61</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 230.

<sup>62</sup> ID., *Come conclusione*, in M. Foucault, *Follia e psichiatria*, cit., p. 63.

<sup>63</sup> ID., *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Milano 2020, p. 176.

<sup>64</sup> *Ivi*, p. 196.

Nel primo caso essa mette in gioco le capacità del soggetto di diritto, e con ciò prepara una psicologia che coinvolgerà, in un'unità indecisa, un'analisi filosofica delle facoltà e un'analisi giuridica della capacità a contrattare e a impegnarsi. Essa si rivolge alle strutture della libertà civile. Nel secondo caso mette in gioco i comportamenti dell'uomo sociale, e prepara così una patologia dualista, in termini di normale e di anormale, di sano e di morboso, che scinde in due domini inconciliabili la semplice formula: *da internare*<sup>65</sup>.

Riunendo queste due esperienze la psichiatria disciplinare ha assunto la facoltà di decidere dell'incapacità giuridica e dell'aberrazione morale facendo coincidere l'uomo giuridicamente incapace con l'uomo socialmente folle.

La diagnosi assoluta non si limita quindi a relegare certi individui ai margini della normalità, ma li confina anche in uno spazio di immaturità di spirito, spossessandoli della propria libertà secondo un doppio movimento: «quello naturale della sua follia, e quello, giuridico, dell'interdizione, che lo fa cadere sotto la potestà di un Altro»<sup>66</sup>.

La conciliazione di queste due esperienze è segnata dall'orrore provato da Pinel vedendo degli *innocenti* in catene. La ragione classica posizionava la sragione nel solco di una scelta fondamentale, in uno spazio di libertà radicale<sup>67</sup> che la psichiatria positivista ha obliato, sostituendolo con la contingenza fatale della malattia nella catena degli eventi naturali.

Così la scomparsa della libertà è diventata l'essenza dell'uomo folle; «lo si libera della sua parentela col delitto e col male, ma per rinchiuderlo nei meccanismi rigorosi di un determinismo: egli è completamente innocente soltanto nell'assoluto di una non-libertà»<sup>68</sup>. La follia alienata nella malattia mentale viene incatenata alla sua verità organica.

L'interrogatorio psichiatrico è il principale strumento attraverso cui si compie quest'operazione di naturalizzazione. Grazie ad esso il medico può restituire gli atti, i vissuti e i desideri del folle alla loro verità naturale,

<sup>65</sup> Ivi, pp. 226-227.

<sup>66</sup> Ivi, p. 230.

<sup>67</sup> Ivi, p. 243.

<sup>68</sup> Ivi, p. 708.

inquadrandoli come sintomi. In tal modo il folle sarà individuato come malato e potrà essere sollevato da ogni responsabilità. In sintesi, scrive Foucault, l'offerta che lo psichiatra pone al folle è: «dammi dei sintomi e ti libererò dalla colpa»<sup>69</sup>.

La naturalizzazione della responsabilità si innesta sulla polarità classica ragione-sragione che opponeva, in una dimensione etica, il buon uso della ragione guidato dal lume naturale a una volontà che concede il proprio assenso all'errore. La psichiatria disciplinare ha naturalizzato questa opposizione appiattendola su quella normale-anormale. Così «la ragione ha cessato di essere un'etica e si è trasformata in una natura»<sup>70</sup>.

Cartesio gioca qui un doppio ruolo. In primo luogo, secondo Foucault<sup>71</sup>, egli ha escluso la follia dal campo della ragione, la quale può ingannarsi sognando o illudendosi per errore dei sensi, ma non può essere folle<sup>72</sup>. In secondo luogo, Cartesio ha conferito alla ragione un valore etico essenziale: «dato che la volontà è più ampia dell'intelletto, io non la trattengo nei medesimi limiti di questo, bensì la estendo anche a quel che non intendo; e poiché rispetto a ciò essa è indifferente, facilmente deflette dal vero e dal buono, ed è così che io mi inganno e pecco»<sup>73</sup>. Inganno e peccato sono entrambi figli di una volontà che si spinge oltre i confini della ragione. Ma questi confini non diminuiscono affatto la libertà, «bensì l'aumentano e rafforzano»<sup>74</sup>. Una volontà smisurata è paradossalmente meno libera, perché più «indifferente»<sup>75</sup>; si tratta di una libertà errante, catatonica, folle.

In sintesi, nell'ottica di Foucault Cartesio oppone un uomo di ragione in grado di fare buon uso della propria volontà a un uomo folle che

<sup>69</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 237.

<sup>70</sup> ID., *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano 1997, p. 100.

<sup>71</sup> ID., *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 113-116.

<sup>72</sup> Cfr. R. DESCARTES, *Meditazioni metafisiche*, Laterza, Roma - Bari 2018, p. 29.

<sup>73</sup> Ivi, p. 95.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*

non è in grado di usarla e che restringe lo spazio della propria libertà. Questa opposizione si gioca ancora all'interno di una scelta originaria, frutto di una volontà infinita<sup>76</sup> che può, peccando ed errando, travalicare i limiti dell'intelletto, perdersi nella sragione e ridurre la propria libertà.

La naturalizzazione di questa dicotomia da parte della psichiatria disciplinare da un lato ha posto la ragione come essenza del soggetto normale e l'uso del libero arbitrio come sua prerogativa; dall'altro ha ridotto la sragione a natura morbosa del malato di mente il cui sintomo è la perdita della libertà in un determinismo organico.

## 2. *Psichiatria post-disciplinare*

Con l'espressione "psichiatria post-disciplinare" non si intende definire uno specifico modello teorico e clinico, bensì individuare *via negationis* una tendenza generale della psichiatria contemporanea a escludere le operazioni disciplinari individuate da Foucault. Ciò non significa che la psichiatria disciplinare sia oggi scomparsa: diverse pratiche disciplinari continuano a essere attive<sup>77</sup> accanto alle nuove strategie post-disciplinari.

Nel 1980, quattro anni prima della morte di Foucault, l'American Psychiatric Association (APA) pubblicò la terza edizione del DSM. Fu un punto di svolta, in quanto sancì il tramonto della psichiatria psicomica<sup>78</sup>, a cui facevano capo i primi due manuali, e l'affermazione del

<sup>76</sup> Ivi, p. 93: «solo la volontà, o libero arbitrio, constato in me così grande da non poter neppure concepire l'idea di una ancora più grande».

<sup>77</sup> Si pensi ad esempio alle nuove forme di internamento, come i centri residenziali per minori o per tossicomani. Cfr. F. CASTEL, R. CASTE, A. LOVELL, *La società psichiatrica avanzata*, in «Aut Aut», 179-180, 1980, p. 21), alla sanzione di incapacità e alla reclusione di figure pericolose come predatori sessuali e pedofili. Cfr. N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, in «Outlines. Critical Practice Studies», III.1, 2001, p. 8) oppure al T.S.O. in Italia.

<sup>78</sup> A. V. HORWITZ, *DSM. A History of Psychiatric Bible*, Johns Hopkins

modello neo-kraepeliniano, introdotto da un gruppo di ricercatori della Washington University di St. Louis<sup>79</sup>.

Spitzer, presidente della *task force* del DSM-III, si avvicinò a questi ricercatori<sup>80</sup> spinto dal desiderio di rivoluzionare la pratica e il linguaggio della psichiatria. L'idea generale dei neo-kraepeliniani<sup>81</sup> era che la psichiatria fosse una branca della medicina come tutte le altre, per cui doveva adottare metodologie scientifiche e concentrarsi sugli aspetti biologici delle malattie. Inoltre, essi consideravano i disturbi mentali come categorie discrete e ritenevano che patologia e normalità fossero nettamente divise. Perciò attribuivano un ruolo essenziale alla classificazione nosografica e alla stipulazione di criteri diagnostici standardizzati. Integrando questi assunti la pubblicazione del DSM-III innescò un cambio di paradigma promosso dall'APA per risollevare la psichiatria dalla grave crisi di legittimità che stava attraversando<sup>82</sup>.

Fu una rivoluzione. Fino a quel momento, come Foucault aveva sottolineato, le classificazioni diagnostiche non avevano giocato alcun

University Press, Baltimore 2021, p. 61.

<sup>79</sup> J. C. WAKELFIELD, *Klerman's "credo" reconsidered: neo-Kraepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past*, in «World Psychiatry», Vol. XXI.1, 2022, pp. 5-6.

<sup>80</sup> Spitzer rimase estremamente colpito dal primo tentativo dei neo-kraepeliniani di costruire un sistema nosografico attraverso l'uso di criteri operativi standardizzati, i cosiddetti "Feighner Criteria". Cfr. J. P., FEIGHNER, E. ROBINS, S. B., GUZE, E. A., WOODRUFF, G. WINOKUR, R. MUNOZ, *Diagnostic Criteria for Use in Psychiatry*, in «Archives of General Psychiatry», XXVI, 1972, pp. 57-62); successivamente Spitzer costruì insieme a Eli Robins, membro del gruppo di St. Louis, un altro modello nosografico che costituirà la base di partenza del DSM-III. Cfr. R. L., SPITZER, J. ENDICOTT, E. ROBINS, *Research Diagnostic Criteria*, «Archives of General Psychiatry», XXXV, 1978, pp. 773-782).

<sup>81</sup> J. C. WAKELFIELD, *Klerman's "credo" reconsidered*, cit., pp. 4-5.

<sup>82</sup> R. MAYES, A. V. HORWITZ, *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, «Journal of the History of the Behavioral Sciences», XLI.3, 2005, p. 249-258.

ruolo concreto. Il DSM-III invece acquisì una posizione egemonica nella pratica clinica e nell'orientamento della ricerca<sup>83</sup>.

L'impianto del DSM-III è stato mantenuto nelle successive edizioni del manuale sostanzialmente senza variazioni. Solo nel 2009 il National Institute of Mental Health lanciò il progetto chiamato «Research Domain Criteria»<sup>84</sup> (RDoC), tutt'ora in fase di sviluppo, per sostituire il modello del DSM, screditato dalle recenti scoperte biologiche<sup>85</sup>. Lo scopo degli RDoC è «to develop, for research purposes, new ways of classifying mental disorders based on dimensions of observable behavior and neurobiological measures»<sup>86</sup>. La struttura degli RDoC consiste in una matrice costituita da una serie di righe e colonne<sup>87</sup>. Sulle righe sono disposti cinque domini del funzionamento del cervello<sup>88</sup>: sistemi di valenza negativa, sistemi di valenza positiva, sistemi cognitivi, sistemi dei processi sociali e sistemi di attivazione e modulazione. Ciascun dominio si interseca con sette unità di analisi disposte sulle colonne: geni, molecole, cellule, circuiti neurali, fisiologia, comportamento e *self-report*.

Nel 1981 Castel scriveva: «Nous sommes sans doutes arrivés à la fin d'un cycle. Un modèle d'intervention sur les troubles de la psychè, constitué il y a près de deux siècles [...] est en train de perdre la

<sup>83</sup> A. V. HORWITZ, DSM, cit., pp. 83-84.

<sup>84</sup> Cfr. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>, 24/04/2023, 13:20.

<sup>85</sup> A. V. HORWITZ, DSM, cit., pp. 83-84.

<sup>86</sup> B. N. CUTHBERT, T. R. INSEL, *Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC*, in «BMC medicine», Vol. CXXVI.11, p. 4. Anche se per ora il fine dichiarato è la ricerca, l'obiettivo a lungo termine è l'applicazione clinica. Come spiega Demazeux «le but ultime de ce projet financé avec prodigalité par les fonds publics américains est de révolutionner la clinique et la pratique diagnostique en psychiatrie». S. DEMAZEUX, V. PIDOUX, *Le projet RDoC. La classification psychiatrique de demain?*, in «médecine/sciences», XXXI.8-9, pp- 793-794).

<sup>87</sup> Ivi, pp. 794-795.

<sup>88</sup> Ciascun dominio è inoltre diviso in costrutti e sotto-costrutti. Ad esempio, il sistema di valenza negativa comprende paura, ansietà, minaccia prolungata, perdita e frustrazione.

prééminance»<sup>89</sup>. Nei successivi paragrafi si cercherà di esaminare alcuni aspetti del nuovo ciclo, inaugurato dal DSM-III e rilanciato dal progetto RDoC, in cui le tre operazioni disciplinari individuate da Foucault sembrano interrompersi.

## 2.1 *De-soggettivazione*

La principale novità del DSM-III è stata l'introduzione delle definizioni operative<sup>90</sup> in psichiatria. In breve, la definizione operativa di un termine scientifico consiste in una regola volta a stabilire se quel termine può essere applicato a un caso particolare in virtù dei risultati ottenuti attraverso operazioni specifiche<sup>91</sup>. In ambito psichiatrico, a partire dal DSM-III, i termini diagnostici sono definiti operativamente dai criteri che devono essere soddisfatti per effettuare una diagnosi. Ciascun disturbo è definito da un numero minimo di sintomi, da una durata minima e da una serie di altre caratteristiche che il medico deve reperire, attraverso le operazioni diagnostiche, per poter applicare il termine-disturbo al paziente.

Questo approccio innesca un processo di de-soggettivazione, dal momento che l'attenzione si sposta dal soggetto della malattia alla malattia stessa. Nel DSM-III si può leggere: «a common misconception is that a classification of mental disorders classifies individuals, when actually what are being classified are disorders that individuals have»<sup>92</sup>. La psichiatria neo-kraepeliniana non è interessata al soggetto della follia, ma solo a ciò di cui è portatore. Il soggetto rappresenta il veicolo di un'entità patologica intesa come un'esistenza separata e identificabile attraverso i

<sup>89</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 191.

<sup>90</sup> Il concetto di "definizione operativa" è stato proposto per la prima volta in fisica da Percy William Bridgman in un saggio del 1927. Cfr. P. W. BRIDGMAN, *La logica della fisica moderna. Concetto=operazioni*, Bollati Boringhieri, Torino 1997.

<sup>91</sup> C. G. HEMPEL, *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*, The Free Press, New York 1965, p. 123.

<sup>92</sup> APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cit., p. 6.

sintomi. Le operazioni diagnostiche sottraggono il paziente per reperire i sintomi-predicati della sostanza patologica.

Le definizioni operative frammentano il soggetto in una collezione di tratti comportamentali ricondotti al valore di sintomi generali e ricomposti in un'entità patologica esterna al paziente. Non si ha più a che fare con un soggetto schizofrenico, ma con pazienti affetti da schizofrenia, i cui deliri non afferiscono alla globalità di una coscienza folle o di una figura sociale deviante, ma costituiscono il frammento di una categoria nosografica transindividuale. In questo modo si realizza una «cappillare spersonalizzazione dei comportamenti umani che sono svincolati da ogni centro soggettivo di imputabilità, che sono cioè segmentati e misurati nella loro specifica operatività»<sup>93</sup>.

Si passa così da una clinica del soggetto a una clinica dei dati. Come scrive Castel:

Il momento sintetico della diagnosi non è più la relazione concreta con la persona ammalata, ma il rapporto stabilito tra le diverse *expertises* che compongono il suo dossier. In questo, c'è già il passaggio dalla presenza a una memoria dello sguardo, dallo sguardo allo stoccaggio oggettivo dei dati. Crisi della clinica, se si vuole, intesa come crisi della relazione personalizzata tra un professionista e il suo cliente, o piuttosto passaggio da una clinica del soggetto a una clinica epidemiologica<sup>94</sup>.

L'attività dello psichiatra non consiste più nella presa in carico totale di corpi assoggettati; egli si limita a somministrare questionari, raccogliere e confrontare dati, compilare fascicoli e barrare codici diagnostici standardizzati, per prescrivere farmaci o inserire i pazienti in percorsi assistenziali.

<sup>93</sup> D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all'etopolitica*, cit., p. 51.

<sup>94</sup> R. CASTEL, *Dalla pericolosità al rischio*, in «Aut-Aut», CCCLXX, 2016, p. 148.

Questo tipo di clinica, secondo Castel, squalifica l'affrontamento fisico fra soggettività in equilibrio di potere individuato da Foucault<sup>95</sup>. Ciò dipende anche del fenomeno della deistituzionalizzazione iniziato negli anni Settanta, cioè dalla progressiva riduzione dei ricoveri in istituti psichiatrici residenziali secondo misure coercitive di internamento<sup>96</sup>. Fuori dallo spazio manicomiale si sviluppa una clinica dei dati in cui «le vis-à-vis de l'intervention, avant d'être une personne, est un cible abstraite»<sup>97</sup>. L'approccio epidemiologico, potenziato dallo sviluppo dell'informatica, permette di costituire delle banche-dati sui pazienti a cui le strategie terapeutiche sono subordinati, marginalizzando l'intervento diretto dello psichiatra<sup>98</sup>.

Il soggetto disciplinare, oggetto di un costante controllo panottico, è sostituito da quello che Tarizzo chiama «uomo popolazione»<sup>99</sup>, vale a dire un individuo i cui comportamenti diventano visibili solo nella misura in cui vengono considerati come dati aggregati insieme ai comportamenti isolati e segmentati di altre persone e introdotti in macro-modelli interpretativi che non ne possono cogliere la singolarità o la storicità.

La de-soggettivazione è esacerbata dagli RDoC, che mirano a valutare ciascun paziente senza riferimenti a categorie nosografiche prefabbricate<sup>100</sup>. Il paziente viene segmentato lungo la matrice che lo scompone in una serie di domini di funzionamento correlati a una lista di

<sup>95</sup> ID., *La gestion des risques*, cit., p. 143.

<sup>96</sup> Il fenomeno interessa sia la Francia che gli Stati Uniti. Cfr. D. PULCINO, *Istituzioni psichiatriche e riformismo. Sull'attualità di Robert Castel*, in «le metamorfosi del paesaggio sociale», II, 3, 2017, pp. 95-96; R. MAYES, A. V. HORWITZ, *DSM-III and revolution in the classification of mental illness*, cit., pp. 254-255.

<sup>97</sup> Ivi, p. 148.

<sup>98</sup> Ivi, p. 149.

<sup>99</sup> D. TARIZZO, *Biopolitics and the Ideology of 'Mental Health'*, in «Filozofski vestnik», XXXII.2, 2011, p. 137.

<sup>100</sup> B. N. CUTHBERT, T. R. INSEL, *Toward the future of psychiatric diagnosis*, cit., p. 4.

marcatori biologici: per ciascuna dimensione funzionale, come la paura, la soddisfazione o i sistemi cognitivi, vengono analizzati gli elementi genetici, molecolari, neurali, fisiologici e comportamentali<sup>101</sup>. Il soggetto è così fatto letteralmente a brandelli. Modelli come il DSM «già operano, a modo loro, una potente de-personalizzazione degli individui con la tecnica dei questionari [...] e dell'analisi dei dati in modelli»<sup>102</sup>. Tuttavia, «una volta che l'indagine non parte più dai questionari, in cui ancora si imprime una debole presa di parola soggettiva, ma prende le mosse dall'informazione genetica, che estirpa ogni residuo di parola per rifarsi a un codice pre-soggettivo di segnali, la de-personalizzazione dell'uomo popolazionale raggiunge un'acme»<sup>103</sup>.

In conclusione, come osserva Castel, mentre «toutes les grandes technologies disciplinaires classique [...] supposaient, y compris sous leurs formes les plus collectivistes et les plus répressives, ce minimum d'individuation qu'implique la présence physique des intéressés»<sup>104</sup>, le pratiche psichiatriche post-disciplinari hanno come effetto «*la disparition de la notion même de sujet*»<sup>105</sup>.

## 2.2 Depolarizzazione normale-anormale

Secondo l'OMS una persona su quattro soffrirà di un disturbo mentale lungo l'arco della vita<sup>106</sup>. Altre stime parlando addirittura del 50%

<sup>101</sup> Per avere un'idea più precisa del funzionamento di questo complesso sistema si può leggere uno studio in cui la matrice degli RDoC è applicata ai disturbi alimentari: cfr. J. E. WILDES, M. D. MARUCS, *Application of the Research Domain Criteria to Eating Disorders: Emerging Concepts and Research*, in «Curr Psychiatry Rep», XXX.17.

<sup>102</sup> L. BRUSA, D. TARIZZO, *Vite di qualità. Sulla razionalità biopolitica*, in «Filosofia politica», XXIII.3, 2009, p. 410.

<sup>103</sup> *Ibid.*

<sup>104</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 150.

<sup>105</sup> *Ibid.*

<sup>106</sup> [https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2001-the-world-health-](https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2001-the-world-health)

della popolazione<sup>107</sup>. Il vertiginoso aumento delle diagnosi psichiatriche è in parte spiegabile dal fatto che i criteri diagnostici delle diverse versioni del DSM sono diventati sempre più inclusivi<sup>108</sup>. Le diagnosi di disturbi come depressione<sup>109</sup>, PTSD<sup>110</sup>, ADHD<sup>111</sup>, ansia sociale<sup>112</sup>, dipendenza<sup>113</sup> e autismo<sup>114</sup> sono incrementate a causa delle modifiche apportate ai criteri diagnostici che hanno inglobato anche condizioni difettive considerate generalmente non morbose.

Un aspetto fondamentale è che i protagonisti di questo fenomeno non sono tanto gli psichiatri, quanto gruppi organizzati di pazienti<sup>115</sup> che rivendicano le diagnosi per ottenere vantaggi assistenziali o economici oltre che un riconoscimento sociale. Si tratta di una profonda inversione di tendenza. Se attivisti come Szasz<sup>116</sup> e Basaglia<sup>117</sup> denunciavano la stigmatizzazione e la disumanizzazione delle etichette psichiatriche, dalla fine del XX secolo le diagnosi diventano qualcosa di desiderabile. De-stigmatizzazione e medicalizzazione della vita procedono di pari passo. Non a caso le critiche alla psichiatria contemporanea, come

report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people 05/05/2024, 11:20.

<sup>107</sup> N. ROSE, *Our Psychiatric Future*, Polity Press, Cambridge 2019, p. 26.

<sup>108</sup> Per un'analisi dettagliata cfr. A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.

<sup>109</sup> J. C. WAKEFIELD, A. V., HORWITZ, *Psychiatry's Continuing Expansion of Depressive Disorder*, in *Sadness or Depression? International Perspective on the Depression Epidemic and Its Meaning*, a cura di J. C. Wakefield, S. Demazeux, Springer, New York 2016, pp. 173-204.

<sup>110</sup> A. V. HORWITZ, *DSM*, cit., pp. 98-99.

<sup>111</sup> A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale*, cit., p. 163-167.

<sup>112</sup> Ivi, pp. 176-177.

<sup>113</sup> Ivi, pp. 215-219.

<sup>114</sup> A. V. HORWITZ, *DSM*, cit., p. 139.

<sup>115</sup> N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, cit., p. 22.

<sup>116</sup> T. S. SZASZ, *Disumanizzazione dell'uomo*. Ideologia e psichiatria, Feltrinelli, Milano 1974, pp. 197-219.

<sup>117</sup> F. BASAGLIA, F. O. BASAGLIA, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, B.C. Dalait editore, Torino 1971, pp. 15-33.

quelle di Frances<sup>118</sup>, autore del DSM-IV, non sono rivolte alla normalizzazione della follia ma, al contrario, alla patologizzazione della normalità.

La possibilità di allargare e restringere più o meno a piacimento le diagnosi dipende dall'impossibilità di definire oggettivamente la malattia mentale. Dal momento che il concetto di disfunzione conduce a una spiegazione circolare<sup>119</sup>, in cui disfunzione e malattia rimandano l'una all'altra, il DSM si aggrappa al «criterio del danno»<sup>120</sup>, cioè del disagio e della compromissione in ambito lavorativo e sociale. Ciò comporta la riduzione di tutti i disturbi a disforie. Come osserva Benvenuto, per il DSM «non esiste il patologico in sé, esiste solo una sofferenza mentale che marca come patologico un comportamento o modo di essere e di pensare»<sup>121</sup>. In questo modo, qualunque caratteristica negativa potrà potenzialmente costituire un disturbo psichiatrico: ogni tratto caratteriale o comportamentale che arrechi danno agli individui può essere integrato in una categoria diagnostica<sup>122</sup>. Ciò provoca l'aggregazione di normalità e patologia e la depolarizzazione della dicotomia disciplinare.

<sup>118</sup> A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale*, cit.

<sup>119</sup> W. KINGHORN, *The Biopolitics of Defining 'Mental Disorder'*, in *Making the DSM-5. Concepts and Controversies*, a cura di J. Paris, J. Philips, Springer, New York 2013, p. 57.

<sup>120</sup> M. C. AMORETTI, E. LALUMERA, *Il criterio del "danno" nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche*, in «Rivista internazionale di filosofia e psicologia», IX.2, 2018, p. 140.

<sup>121</sup> S. BENVENUTO, *Lo psichiatra e il sesso. Una critica radicale della psichiatria del DSM-5*, Mimesis, Milano 2021, p. 98.

<sup>122</sup> L'esempio più paradigmatico è senza dubbio quello della depressione, i cui criteri si sono allargati al punto da includere, secondo alcune stime, circa un quarto della popolazione. Il DSM-5 ha incluso nella diagnosi anche i casi di depressione successivi alla perdita di una persona cara. Cfr. A. V. HORWITZ, J. C. WAKEFIELD, *La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato la tristezza in depressione*, L'asino d'oro, Roma 2015. La patologizzazione del lutto mostra in modo palese la tendenza della psichiatria a considerare qualunque forma di disagio, anche quelli più comprensibili, come un disturbo. Altri casi esemplari sono l'assimilazione

Correlativamente scompare anche l'operazione di normalizzazione. A partire dall'introduzione di quelle che Castel chiama «*therapie pour les normaux*»<sup>123</sup> si sviluppa l'idea che «*c'est la normalité qui fonctionne désormais comme symptôme*»<sup>124</sup>. La normalizzazione disciplinare sottoponeva i corpi a vincoli normativi imponendo loro dei margini e producendo soggettività limitate, quindi virtualmente difettive. La psichiatria post-disciplinare opera in maniera opposta. Segmentando il soggetto in una serie di tratti comportamentali, potrà individuare quelli deficitari per bersagliarli con farmaci o psicoterapie. I limiti normativi sono abbattuti per consentire lo sviluppo delle prestazioni individuali ed elicitare la spontaneità dei pazienti. Dalla normalizzazione si passa all'«ottimizzazione»<sup>125</sup> che mira a espandere illimitatamente le capacità operative dei comportamenti umani disponendoli non secondo la norma, ma secondo un principio ottimale di efficienza<sup>126</sup>.

Alla patologizzazione dei comportamenti ordinari fa da contraltare la riqualificazione del patologico. Come spiega Ehernberg, emerge un orientamento che mira a trasformare i deficit in risorse per estrarre il «potenziale nascosto»<sup>127</sup> dei malati. Questo nuovo binomio deficit-risorsa inaugura «la possibilità di superare la polarità normale/patologico»<sup>128</sup>; «l'individuo era un malato da guarire, ora è un individuo di cui si deve sviluppare il potenziale»<sup>129</sup>.

Il valore «che l'obbedienza meccanica rappresentava per la disciplina»<sup>130</sup> per la psichiatria post-disciplinare è costituito dall'«essere

della timidezza all'ansia sociale, della golosità all'abboffata compulsiva, della disattenzione all'ADHD, ma gli esempi si potrebbero moltiplicare.

<sup>123</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 165.

<sup>124</sup> *Ibid.*

<sup>125</sup> D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all'etopolitica*, cit., p. 51.

<sup>126</sup> *Ivi*, è. 47.

<sup>127</sup> A. EHRENBURG, *La meccanica delle passioni. Cervello, comportamento, società*, Einaudi, Torino 2019, p. 49.

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> *Ibid.*

<sup>130</sup> *Ivi*, p. 179.

proattivo»<sup>131</sup>: il malato deve trovare grazie alla propria condizione la capacità di costruire una forma di vita ottimale. La figura del folle è così sostituita da quella dell'«handicapace»<sup>132</sup>, che, invece di essere escluso e normalizzato, è invitato allo sviluppo delle proprie capacità. Lo schizofrenico, archetipo del malato di mente, è riposizionato sull'asse del funzionamento «tipico/atipico»<sup>133</sup>, dove la patologia è considerata una «una neurodivergenza»<sup>134</sup>. L'idea è che «udire voci non sia necessariamente un sintomo di psicosi, ma possa essere una capacità diversa»<sup>135</sup>. Non si tratta quindi di soggettivare il folle sottoponendolo a un'ortopedia normalizzante, ma di scomporlo in una serie di tratti valutati in base alle «conseguenze positive o negative sulla persona»<sup>136</sup>, per ottimizzare le prime e minimizzare le seconde.

La nozione di neurodivergenza mette in luce una delle principali trasformazioni della psichiatria post-disciplinare: l'adozione di una concezione dimensionale e gradualista del patologico, che impone di «ridefinire i concetti stessi di “salute” e “malattia” per considerarli non più nei termini di una “norma” rigidamente definita»<sup>137</sup>. La definizione di salute mentale dell'OMS è paradigmatica: «Mental health is more than the absence of mental disorders. It exists on a complex continuum, which is experienced differently from one person to another with varying degrees of difficulty»<sup>138</sup>.

Il DSM non riesce però a integrare questo approccio dal momento che i pazienti rientrano o meno nei criteri diagnostici. L'impianto neo-kraepeliniano mantiene sullo sfondo la diagnosi assoluta che polarizza il normale e il patologico. È questo difetto strutturale che spinge l'APA a

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> Ivi, p. 215.

<sup>133</sup> Ivi, p. 217.

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> Ivi, p. 224.

<sup>136</sup> *Ibid.*

<sup>137</sup> Ivi, p. 171.

<sup>138</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, 08/05, 12:26.

modificare continuamente i criteri diagnostici cercando di renderli sempre più inclusivi.

Gli RDoC, invece, riescono a liberarsi della diagnosi assoluta. Dato che non prendono le mosse da sindromi prestabilite ma configurano una valutazione dimensionale per ciascuna unità di analisi bio-comportamentale, non stabiliscono apriori chi è normale e chi non lo è. Ciascun paziente corrisponde a una specifica configurazione di parametri biologici che si colloca lungo uno spettro dimensionale di variabilità.

Come scrive Rose, nel genoma «the normal is rare»<sup>139</sup>, mentre «variation is the norm»<sup>140</sup>. Questa visione molecolare degli individui «does not seem to operate in terms of the binary of normal and pathological or the mapping of a social judgement of worth onto a medical judgment of morbidity»<sup>141</sup>. Al posto della polarità normale-patologico emerge un continuum di variabilità senza norma<sup>142</sup>, in cui a ciascun individuo è attribuita una misura calibrata della propria sensibilità<sup>143</sup> a particolari condizioni. Di conseguenza, lo sguardo medico si estende «to engage those who are neither phenomenologically nor experientially ill»<sup>144</sup>, per cui tutti sono potenziali malati. A livello dei segmenti biologici non si viola una norma; «what we seem to have here is an error, simply a mistake in a bit of the machinery of the brain and its neurochemistry»<sup>145</sup>. Alla normalizzazione dei soggetti subentra la correzione di errori de-soggettivati<sup>146</sup> e la dicotomia normalità-patologia si depolarizza facendo sfumare l'una nell'altra:

<sup>139</sup> N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, cit., p. 23.

<sup>140</sup> *Ibid.*

<sup>141</sup> *Ibid.*

<sup>142</sup> *Ibid.*

<sup>143</sup> *Ivi*, p. 24.

<sup>144</sup> *Ivi*, p. 25.

<sup>145</sup> *Ivi*, p. 29.

<sup>146</sup> *Ibid.*

Madness, we were once told by sociologists, was a residual category, to be deployed when all other accounts of deviant conduct failed. But no longer; it appears that a lifetime without mental disorder, at least in this expanded definition, and now mapped onto the brain, would be somewhat abnormal or, to put it another way, mental abnormality has practically become normalized, simultaneously a condition to be treated and a mode of existence to be expected<sup>147</sup>.

### 2.3 *Naturalizzazione della libertà*

De-soggettivazione, de-polarizzazione e ottimizzazione implicano la scomparsa del soggetto razionale in grado di fare buon uso della libertà. Se il soggetto è frammentato in una serie di comportamenti slegati da ogni nucleo di responsabilità personale e se ogni comportamento è potenzialmente migliorabile, la distinzione fra una ragione in grado scegliere liberamente e una follia incatenata al proprio determinismo si svuota di senso: dal momento che ogni scelta è correggibile sarà di principio difettiva. Per comprendere a pieno questo slittamento antropologico bisogna spostare l'attenzione dalla psichiatria post-disciplinare alla matrice economicistica<sup>148</sup> entro cui opera.

Secondo la Rational Choice Theory, il soggetto è giudice esclusivo dei propri interessi, mira a massimizzarne la realizzazione ed è orientato dalla propria capacità di calcolo<sup>149</sup>. La teoria enfatizza la facoltà di libera scelta «come se la *perfetta razionalità* fosse quanto meno la norma»<sup>150</sup>. L'uomo normale corrisponde all'*homo oeconomicus* che «non soltanto sa quel che vuole, ma sa anche come ottenerlo»<sup>151</sup>.

<sup>147</sup> ID., *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, «The sociological Review», LVII.2, 2010, p. 79.

<sup>148</sup> D. TARIZZO, *Biopolitics and the ideology of 'mental health'*, cit. p. 136.

<sup>149</sup> S. CARUSO, *Homo oeconomicus. Paradigma, critiche, revisioni*, Firenze University Press, Firenze 2012, p. 11.

<sup>150</sup> Ivi, p. 12.

<sup>151</sup> Ivi, p. 13.

Questo modello finora dominante è stato messo in discussione dal paradigma dell'economia comportamentale. Nel 2001 e nel 2002, il Nobel per l'economia è stato assegnato rispettivamente a George Akerlof e Daniel Kahneman, entrambi intenti a mostrare i limiti della ragione e della volontà degli attori economici<sup>152</sup>. Kahneman in particolare ha introdotto la nozione di *cognitive biases*<sup>153</sup>, un insieme di distorsioni strutturali del ragionamento che impediscono di scegliere in modo ottimale. *L'homo oeconomicus* è soppiantato da un individuo incerto, «segnato dalla confusione tra le sue preferenze e i suoi interessi reali, e i cui sintomi sono gli errori sistematici di giudizio e di scelta»<sup>154</sup>.

La soluzione ai *cognitive biases* è stata fornita dall'idea del *Nudge* di Thaler e Sunstein, secondo cui bisogna suggerire agli individui, attraverso una “spinta gentile”, le scelte ottimali<sup>155</sup>. Il *Nudge* consiste nella programmazione delle situazioni ambientali entro cui si compiono le scelte inserendovi «un *surplus* di motivazione positiva o negativa»<sup>156</sup>.

Questa strategia ha dato vita a un orientamento politico che prende il nome ossimorico di «*libertarian paternalism*»<sup>157</sup>. L'idea è quella di mettere gli individui nella condizione di fare la scelta che essi stessi

<sup>152</sup> Ivi, p. 145.

<sup>153</sup> Cfr. A. TVERSKY, D. KAHNEMAN, *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*, in «Science», Vol. CLXXXV. 4157, 1974, pp. 1124-1131.

<sup>154</sup> A. EHRENBERG, *La meccanica delle passioni*, cit., p. 210.

<sup>155</sup> S. CARUSO, *Homo Oeconomicus*, cit., p. 157.

<sup>156</sup> Ivi, p. 160. Un esempio semplice ma efficace citato da Thaler e Sunstein è quello dell'orinatoio dell'aeroporto di Amsterdam: «Quando all'interno di ogni orinatoio [...] è stato messo un adesivo con l'immagine di una mosca, la quantità di pipì finita sul pavimento, sotto le latrine, è diminuita dell'80%» (ivi, p. 159). Va sottolineato che le strategie di *nudging* sono già ampiamente applicate da governi e imprese. Durante la presidenza di Obama lo stesso Sunstein è stato attivo come consulente dell'Office of Management and Budget; mentre il governo Cameron nel Regno Unito ha costituito un Cabinet Office's of Behavioral Insight Team, rifacendosi esplicitamente alle idee di Thaler (ivi, p. 162).

<sup>157</sup> R. H. THALER, C. R. SUNSTEIN, *Libertarian Paternalism*, in «American economic review», XCIII.2, pp. 175-179.

farebbero se avessero una razionalità perfetta; il *Nudge* «evita di conseguenza il processo decisionale o, perlomeno, lo semplifica più che può, economizzando in tal modo l'appello alla volontà»<sup>158</sup>.

Non si tratta quindi di negare la libertà, né sul piano metafisico né su quello operativo. Gli individui sono considerati liberi di scegliere, anche quando vengono sottoposti alle strategie di *nudging*. Il problema è che, sebbene *possano* scegliere, essi non *sanno* scegliere perché prendono decisioni subottimali che non prenderebbero se «they had complete information, unlimited cognitive abilities, and no lack of willpower»<sup>159</sup>. Il paternalismo libertario presuppone quindi per ciascuna situazione una scelta ottimale che ogni soggetto compierebbe automaticamente se fosse perfettamente razionale, ma che, a causa dei deficit cognitivi e volitivi, non può compiere; «in a fully rational world such design choices would have little effects (at least in high-stakes situations) because agents would simply choose the best of option for them regardless of the default»<sup>160</sup>. In sostanza l'*homo oeconomicus* si sposta dal piano normale al piano normativo<sup>161</sup> secondo la logica dell'ottimizzazione: nessuno è dotato di una piena razionalità ma tutti devono essere sospinti verso una razionalità ottimale.

Il paternalismo libertario mette in pratica, in una versione moderata, l'ideale skinneriano della «tecnologia del comportamento»<sup>162</sup> che «trasferisce sull'ambiente che esercita il controllo ogni funzione che tradizionalmente si attribuiva all'uomo autonomo»<sup>163</sup>. Secondo Skinner l'individuo si comporta in un certo modo per l'effetto dei rinforzi positivi o negativi innescati dalle contingenze ambientali. In questo senso una cultura non differisce dal laboratorio del behaviorista: «entrambe

<sup>158</sup> A. EHRENBERG, *La meccanica delle passioni*, cit., p. 214.

<sup>159</sup> R. H. THALER, C. R. SUNSTEIN, *Libertarian Paternalism*, cit., p. 175.

<sup>160</sup> Ivi, p. 176.

<sup>161</sup> S. CARUSO, *Homo Oeconomicus*, cit., p. 157.

<sup>162</sup> B. F. SKINNER, *Oltre la libertà e la dignità*, Armando Editore, Roma 2023, p.

51.

<sup>163</sup> Ivi, p. 271.

sono insieme di contingenze di rinforzo. Un bambino nasce in una cultura così come un organismo viene collocato nello spazio sperimentale. Progettare una cultura è come progettare un esperimento; si creano le contingenze e si annotano i loro effetti»<sup>164</sup>.

L'impianto comportamentista dell'economia contemporanea naturalizza così l'intero spazio della libertà umana. Non implica un determinismo secco, ma la strutturale incapacità di fare un buono uso della ragione estesa dalla coscienza folle alla totalità degli individui. Se per Cartesio la misura della libertà era data dalla facoltà di sottoporre la volontà al vaglio della ragione, il comportamentismo, escludendo la capacità di scegliere razionalmente, ne restringe considerevolmente l'estensione.

La psichiatria post-disciplinare dispone quindi uno spazio antropologico in cui al soggetto disciplinare – vale a dire normale, razionale, libero e contrapposto dicotomicamente a un soggetto folle da normalizzare – subentra una frammentarietà indivisa di tratti comportamentali, variabilmente difettivi e strutturalmente irrazionali, da sottoporre a un continuo processo di ottimizzazione.

<sup>164</sup> Ivi, p. 220.

# DAL SOGGETTO NEURO AL SOGGETTO PULSIONALE. QUALI ISTITUZIONI?

di Giuseppe Viviano

## *Abstract*

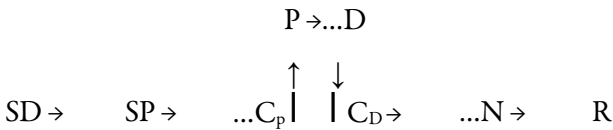
The spirit of time is characterized by a biological reductionism, that is, it tends to reduce the mind to the functioning of the brain: the subject is its brain. So, its behaviors, its thoughts, its actions are the expression of what it really is, a series of neuronal circuits stimulated by the environment. In this cultural context, every discipline is made credible only if it has a label to certify it the “neuro” label. The latter gives an image of science wherever it is placed: neuro-psychology, neuro-sociology, neuro-economics and so on. In other words, neuroscience has become a point of reference for many disciplines and, for many, the validation or falsification of theories. But what becomes of the subject when it is interpreted with such an approach? Nevertheless, in this supposed scientific knowledge, which presents itself as a homogeneous whole, there is - as always - a diversity of paradigms that, summarily, can be circumscribed in two positions, the adaptationist and the extended. If the first is ultradarwinist, because focused only on the activity of genes, the second does not untie natural selection from the historical-cultural context. But the opposition is only apparent. The work, therefore, presents the two neuro paradigms most in vogue today, demonstrating how reductionism becomes inevitable, even for those who tend not to want to confine subjectivity to a link between synapses. Then, every form of deviance becomes something «sick» that must be «adjusted». Institutions can therefore only turn into a hospital-reformatory, where everyone must learn the right way to be in society. On the contrary, with Deleuze, Guattari and the institutional psychotherapy, another way of accommodating the so-called deviance has been created, a way where this is not to be re-educated but to be listened to.

*Keywords:* neuro-reductionism, subject, psychotherapy, psychoanalysis, institutional psychotherapy

1. *Il soggetto neuro*

Il problema mente-corpo è stato affrontato in diversi modi, a seconda delle epoche e delle culture. Seguendo la riflessione di Sandro Nannini, i filosofi della mente possono presentare l'argomento partendo da un esempio molto semplice, un'azione volontaria quale quella di aprire una porta dopo aver sentito suonare il campanello. I filosofi della mente formalizzano la situazione in tal modo:  $EE \rightarrow P (+ M) \rightarrow D \rightarrow A$ , dove  $EE$  è l'evento esterno al soggetto che gli causa una percezione,  $P$ , la quale in base alla sua disposizione mentale,  $M$ , ad esempio aspettare qualcuno, oppure perché l'abitudine ad aprire quando si sente suonare, comporta una decisione,  $D$  ed una azione,  $A$ . Se l'evento esterno e l'azione sono visibili pubblicamente, diverso vale per la percezione, la disposizione mentale e la decisione, i quali – senza introdurre per il momento la logica dell'inconscio – sono reperibili solo a chi li esperisce e resi espliciti grazie all'uso dell'introspezione, e per questo segnalati in grigio.

Ora, siccome il soggetto ha un corpo, la domanda a cui bisogna dare una risposta è: quale rapporto sussiste tra i processi mentali e la bio-chimica del corpo? La risposta ha delle ricadute su diversi piani: antropologico – cos'è un soggetto? – politico – quale tipo di istituzioni creare? – clinico – quale cura prediligere? Per lungo tempo il paradigma dominante è stato quello del dualismo ontologico interazionistico:



In questa formalizzazione  $SD$  rappresenta lo stimolo distale, il suono del campanello per riferirci all'esempio di cui sopra,  $SP$  lo stimolo prossimo, le vibrazioni del timpano,  $C_p$  le connessioni neuronali della percezione  $P$ ,  $C_D$  invece quelli della decisione  $D$ ,  $N$  il funzionamento dei motoneuroni ed infine  $R$ , la risposta. Si noti come, in questa concezione

del rapporto mente-corpo, venga valorizzata la definizione di un soggetto dotato di una volontà slegata dalla mera materialità, capace di prendere delle decisioni senza farsi troppo influenzare dagli eventi: una certa azione è stata compiuta, ma poteva anche non realizzarsi. La volontà è staccata dalla bio-chimica del cervello e, pertanto, aprire una porta non corrisponde soltanto al funzionamento della corteccia cerebrale. In altre parole, precisa Nannini, «il *gap* esistente a livello neurofisiologico è stato colmato sia mediante un intervento della mia mente immateriale sul mio cervello (↓) sia mediante una relazione di “causazione mentale” (→) tra percezione *P* e la decisione *D*; una relazione che [...] è compatibile con la libertà del volere»<sup>1</sup>. La principale critica sollevata verso questa impostazione è quella di violare la chiusura del mondo fisico, per cui nessun evento non fisico può avere effetto su di esso. In che modo la mente, se è immateriale, può avere delle conseguenze sulla materia? La contraddittorietà del dualismo ontologico interazionistico ha portato a diverse soluzioni compatibili con l'ideale di scientificità, influenzando non solo alcuni settori della ricerca accademica, ma anche certi orientamenti politici<sup>2</sup>. O, detto all'inverso, ogni tipo di approccio alla questione è l'espressione di una cultura e di una politica, spesso quella dominante, ma a sua volta le propone e le fortifica, più o meno implicitamente.<sup>3</sup> Da questo punto di vista, il predominio delle neuroscienze cognitive va studiato nella loro epoca, quella del capitalismo neoliberale. La rappresentazione stessa del cervello è cambiata nel tempo e non secondo una visione ingenua del sapere scientifico, il quale si perfezionerebbe con il passare del tempo, con l'accumulazione dei dati. Ben al contrario, lo spirito del tempo incide sul modo in cui si vive e si

<sup>1</sup> S. NANNINI, *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, Laterza, Roma - Bari 2021, p. XI.

<sup>2</sup> Per le conseguenze del comportamentismo sull'organizzazione capitalistica nel XXI secolo si veda S. ZUBOFF, *Il capitalismo della sorveglianza. Il futuro dell'umanità nell'era dei nuovi poteri*, Luiss University Press, Roma 2019.

<sup>3</sup> A. EHRENBERG, *La società del disagio. Il mentale e il sociale*, Einaudi, Torino 2010.

analizza la realtà. Così, verso la metà del XX secolo il cervello cambia, passando da organo reattivo, capace di reagire agli stimoli del mondo, a organo agente, modificatore del mondo e non più sottomesso agli stimoli che riceve. Il primo emerge con l'affermazione del comportamentismo, paradigma nato in una società, quella americana, in cui diverse culture si incontrano per via della grande immigrazione cambiando completamente la geografia del territorio: le zone rurali si urbanizzano, nascono e crescono città e la popolazione si diversifica. La politica necessitava di governare le varie soggettività, le industrie tayloriste di lavoratori senza troppe iniziative personali. Il comportamentismo risponde alle esigenze del suo tempo, diffondendo l'immagine di un soggetto le cui risposte sono prodotte da stimoli. A giusti stimoli seguono giuste risposte, ed ecco che le soggettività si disciplinano. Il secondo cervello, quello agente, emerge invece durante la guerra fredda. Non era narcisisticamente concepibile, per lo spirito capitalistico, accettare l'idea che ogni ambiente potesse formare, al pari degli altri, delle soggettività valide. Il comunismo non può essere uguale al capitalismo. Sicuramente la libertà promulgata dai regimi capitalisti non era qualcosa di poco conto. Il cognitivismo prende il posto del comportamentismo introducendo, tra lo stimolo e la risposta, delle elaborazioni intermedie. Le iniziative personali, caratteristiche di una società libera, fanno ormai la differenza. La nuova figura cerebrale «non ha il modello d'obbedienza disciplinare, con una direzione centrale che distribuisce i suoi ordini come un ingegnere taylorista – questo è il cervello-reattivo. Si innesca da sé in modo proattivo, esso è capace di fare delle ipotesi, di simulare l'azione e di rappresentarsi le conseguenze»<sup>4</sup>. La situazione muta nuovamente a partire dalla fine del XX secolo, con l'affermarsi del neoliberalismo. Una nuova soggettività viene delineata, capace di auto-regolarsi, di auto-migliorarsi. I limiti vanno superati e sono superati grazie alla persistenza e alla volontà. Prende piede la figura del *self-made man*, l'uomo che si fa da sé, con i propri sforzi. Nuova soggettività nuovo cervello, il quale, grazie

<sup>4</sup> ID., *Neurosciences cognitives et idéaux d'autonomie*, in «Revue française de psychanalyse», LXXXV.1, 2021, pp. 99-100.

soprattutto alla plasticità neuronale, può modificarsi, cambiare sé stesso e l'ambiente. La nozione «biologica di plasticità cerebrale si fonda nella rappresentazione collettiva di autonomia, cristallizza la capacità dell'individuo di cambiare da sé, attivando così uno degli ideali più ordinari e valorizzati, consistente nell'affermare che esiste sempre, alloggiati nel profondo di sé, delle risorse per poterne uscire»<sup>5</sup>.

Spirito del tempo e saperi, politica e scienza, sono intrinsecamente connessi. Le neuroscienze cognitive non fanno eccezione. Inoltre, lungi da essere un insieme di conoscenze in armonia tra di loro, vi si ritrovano al loro interno correnti di pensiero che si contraddicono. Nel panorama neurocognitivo sono due le posizioni ad essere in rilievo, ossia quella adattazionista e quella estesa. La prima, orgogliosamente ultradarwinista, riduce la vita tutta al funzionamento dei geni. La vita sarebbe generata dall'evoluzione, intesa come macchina composta da geni che hanno come unico scopo quello di assicurarsi la riproduzione. I vari modelli culturali, i vari modi di vivere il mondo sono ridotti a selezione e replicazione genetica. È quest'ultima, infatti, ad essere il fulcro evolutivo, «non gli organismi, né gli individui, né le popolazioni, né le specie, né gli ecosistemi [...] Un darwinismo caratterizzato quindi da un *riduzionismo genetico* forte, che considera tutti i molteplici e complessi aspetti dell'evoluzione [...] come semplici *epifenomeni* della lotta per la replicazione e trasmissione dei geni»<sup>6</sup>. Tra gli esponenti più importanti figurano Paul e Patricia Churchland. I due, tutt'altro che ingenui, non cadono nella credenza di poter visionare un dato grezzo, spogliato di ogni tipo di interpretazione. Ogni tipologia di osservazione è sempre fatta per il tramite di una teoria, e ciò vale tanto per il mondo esterno quanto per il mondo interno. Partendo da tale presupposto, i coniugi Churchland propongono di abbandonare le vecchie teorie, utilizzate dalla maggioranza dei soggetti nella loro vita quotidiana, vale a dire quelle fondate sul senso comune, definite *folk psychology*, per far subentrare nell'ordi-

<sup>5</sup> Ivi, p. 101.

<sup>6</sup> A. ATTANASIO, *Darwinismo morale. Da Darwin alle neuroscienze*, UTET, Torino 2010, p. IX.

narietà delle esperienze teorie scientificamente dimostrate, di modo da vivere e pensare gli stati mentali e le cose del mondo in un modo completamente nuovo<sup>7</sup>. E quali sarebbero le teorie valide? Quelle convalidate dalle neuroscienze cognitive. Si prenda l'esempio della coscienza. I Churchland dichiarano l'inesistenza di una regione cerebrale circoscritta dove poter situare la coscienza – e lo stesso vale per le rimanenti funzioni psichiche, quali memoria, azione, controllo e via dicendo. Ciononostante esistono delle zone cerebrali essenziali affinché la coscienza possa prodursi. Distinguendo tra essere coscienti di qualcosa in generale e avere coscienza di qualcosa in particolare, cioè i contenuti di coscienza, i due neurofilosofi ricordano che l'essere cosciente dipende anatomicamente da una tripartizione anatomica: il tronco encefalico, il talamo centrale e la corteccia. I vari studi neuroscientifici suggerirebbero che il fascio di neuroni che costituisce il talamo centrale «è controllato dall'attività nel tronco encefalico e a sua volta regola i neuroni corticali perché siano pronti per la coscienza»<sup>8</sup>. Da questo funzionamento di base viene prodotta anche la coscienza di qualcosa in particolare, come «di un bambino che piange o della vista del Monte Baker, il sistema che coinvolge il tronco encefalico, il talamo centrale e lo strato superiore della corteccia deve essere nello stato “on”. [...] Inoltre, specifiche aree del talamo (quelle rispettivamente per il suono e per la vista) devono essere in comunicazione con le aree pertinenti della corteccia»<sup>9</sup>. Se tutti facessero a meno della *folk psychology*, le entità designate come desideri, credenze, passioni sarebbero un ricordo del passato perché sono, secondo i due studiosi, dei concetti inesatti. La critica al senso comune mira in sintesi ad a) revisionare l'ontologia del mentale avendo come centro il paradigma eliminativistico; «b) c'è la possibilità di espandere la nostra capacità introspettiva in accordo con un'ipotesi materialistica sulla natura del

<sup>7</sup> P. M. CHURCHLAND, *Matter and Consciousness: A contemporary Introduction to the Philosophy of Mind*, MIT Press, Cambridge 1988.

<sup>8</sup> P. S. CHURCHLAND, *L'io come cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2014, p. 240.

<sup>9</sup> Ivi, p. 243.

mentale; c) bisogna abbandonare l'epistemologia neo-empirista, insieme all'analogia mente-computer, e sostituirla [...] con una nuova concezione di base, di tipo biologico, delle capacità cognitive umane»<sup>10</sup>.

La seconda posizione neuroscientifica, quella estesa, critica l'impostazione adattazionista, perché si rende conto dell'impossibilità di poter dissociare dall'evoluzione la cultura e la storia. Gli esseri viventi non sono ridotti a trasmettitori di geni, ma ad organismi che sopravvivono tramite le interazioni sociali, le quali sono culturali e forniscono alle diverse generazioni, con modalità relativamente differenti, conoscenze e comportamenti. Per gli estesi l'intreccio tra la cultura e la natura, tra la storia e l'evoluzione non ha «bisogno né di una naturalizzazione della morale, né di una storicizzazione della natura. Pertanto, [gli umani sono] *culturali per natura* (la cultura è un fenomeno naturale emerso pienamente nell'animale umano e abbozzato negli animali non-umani), ma anche *naturali per cultura*»<sup>11</sup>. Antonio Damasio è sicuramente tra i neuroscienziati più famosi. I suoi studi tentano di mostrare quanto siano decisive le emozioni per lo sviluppo del sé, quindi della coscienza. Quest'ultima si svilupperebbe, gradualmente. Infatti, inizialmente esisterebbe solo un proto-sé, non conscio, impegnato a disegnare delle mappe di primo ordine, raffiguranti lo stato dell'organismo. Qui, il soggetto semplicemente è. Saranno le interazioni intrattenute nell'ambiente in cui vive a far emergere il sé-nucleare, un sé istantaneo delineato dall'incontro del corpo con un oggetto, ma col quale riuscirà a conoscere ciò con cui entra in contatto. A questo punto, il soggetto ha anche delle mappe di secondo ordine, le quali raffigurano sia sé stesso sia l'altro. Queste lasciano delle tracce, dalle quali sorge il sé-autobiografico, da cui il soggetto acquisisce una coscienza estesa, capace di far riferimento al passato, al presente e al futuro. La coscienza estesa permette di andare

<sup>10</sup> S. NANNINI, *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, cit. p. 202.

<sup>11</sup> A. ATTANASIO, *Darwinismo morale. Da Darwin alle neuroscienze*, cit., p. XI. [corsivo dell'autore].

oltre il qui ed ora ed il suo segreto «si rivela in questo assetto: i ricordi autobiografici sono *oggetti* e il cervello li tratta come tali, permette a ogni ricordo di essere in relazione con l'organismo descritto per la coscienza nucleare, quindi permette a ogni ricordo di generare un impulso di coscienza nucleare, “un senso di un sé che conosce”»<sup>12</sup>. Tale sviluppo del sé però non è possibile senza l'esperienza delle emozioni, in quanto esse danno la possibilità di intervenire nel modo più ottimale nei vari contesti, favorevoli o sfavorevoli che siano. Le emozioni, infatti, «offrono al cervello e alla mente un mezzo naturale per valutare l'ambiente all'interno e all'esterno dell'organismo e per reagire in modo adattativo»<sup>13</sup>. In questa posizione, quindi, la cultura, la storia, le interazioni sociali hanno un ruolo rilevante, seppur non cruciale, poiché le fondamenta dell'umano continuano ad essere ridotte al bio-chimico. Ancora più esplicitamente, il neuroscienziato chiarisce come le emozioni siano in larga parte innate, mentre «in altri possono necessitare di un poco di aiuto, sotto forma di un'esposizione appropriata all'ambiente, [altrimenti] per quanto “innato”, non sarà attivato»<sup>14</sup>.

In altri termini, sebbene non risulti indifferente la prevalenza di un orientamento rispetto all'altro, le due posizioni conducono verso un neuroriduzionismo, considerando le forti ipotesi di innatismo ed il richiamo al naturalismo per molte – almeno quelle fondamentali – facoltà umane. Tale paradigma neuroscientifico è denominato teoria dell'identità:

$$SD \rightarrow SP \rightarrow ..C_P \rightarrow C_D \rightarrow ..N \rightarrow R$$

Risulta subito chiaro che in questa visione la percezione, P, e la decisione, D, non hanno uno statuto ontologico, perché sono soltanto la traduzione in un altro linguaggio dei loro corrispondenti neuronali, C<sub>P</sub> e

<sup>12</sup> A. DAMASIO, *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000, pp. 238-239.

<sup>13</sup> A. DAMASIO, *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano 2003, pp. 72-73.

<sup>14</sup> Ivi, pp. 63-64.

C<sub>D</sub>. In aggiunta, percorrendo la strada della teoria dell'identità, si arriva con ogni certezza al materialismo eliminativo:

$$SD \rightarrow SP \rightarrow \dots C \dots \rightarrow N \rightarrow R$$

La distinzione tra le due teorie risiede nella constatazione che spesso gli atti mentali non si riescono a ridurre a dei processi cerebrali, a delle sinapsi. Non si riconosce nessun  $C_P$  da poter correlare a  $P$ , come nessun  $C_D$  da correlare a  $D$ .

Ciò che intercorre tra lo stimolo distale  $SD$  e la risposta motoria  $R$  al tempo  $t$  è sì soltanto un insieme di processi cerebrali  $C$  di una certa persona, ma non esiste alcuna corrispondenza biunivoca tra gli elementi  $C$  e gli elementi dell'insieme  $M$  degli stati mentali attribuibili a quella persona al tempo  $t$ . In questa prospettiva la mancata riducibilità di tutti gli atti mentali a processi cerebrali, lungi dall'essere una concessione al dualismo, è dovuta semplicemente al fatto che il linguaggio psicologico [...] è troppo impreciso, grossolano e carico di vecchie credenze religiose o filosofiche per poter essere tradotto senza residui nel linguaggio delle scienze naturali<sup>15</sup>.

Questo è il paradigma dominante a partire dalla fine del XX secolo. Adesso, dal momento che politica e scienza non sono slegati, fosse solo per la semplice condivisione dello spirito del tempo, il panorama presentato permette di delucidare la modalità con cui sono organizzate le istituzioni, siccome ad un'idea di soggetto corrisponde una determinata istituzione, e viceversa.

## 2. Istituzioni educatrici

Dal secondo dopoguerra fino al 1970, grazie anche all'apporto degli studi critici, alla psicoanalisi ed al movimento anti-psichiatrico, la cura

<sup>15</sup> S. NANNINI, *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, cit. pp. XV-XVI.

della sofferenza psichica si incentra sulla relazione, sulla democratizzazione delle istituzioni e sull'emancipazione dei soggetti. L'avvento del neoliberalismo cambia l'ordine delle cose. Esso dà inizio a delle politiche manageriali e le istituzioni lo testimoniano. A partire dal 1980 attraverso la parola d'ordine del rigore vengono attuate delle politiche di austerità con sempre più frequenza. Le varie riforme realizzate mirano a ridurre il più possibile le spese. La società viene normalizzata alla logica della concorrenza e la salute mentale non ne viene esonerata. Che sia nel pubblico o nel privato, i soggetti sono percepiti come dei consumatori, come dei costi da dover gestire. Vanno calcolati i costi dei vari servizi, la loro capacità di produzione, di fare valore. Il calcolo, la tecnica, la quantificazione prendono il posto della relazione, pretendono di misurare e di gestire il tempo trascorso tra il paziente e lo psicoterapeuta. Le pratiche di quest'ultimo devono essere il più possibile di breve durata, mirando meno alla cura e più a dare degli orientamenti, educando a vivere correttamente, insegnando a sfruttare le proprie risorse. I conti devono tornare, nulla deve essere fuori posto, eppure la precarietà contraddistingue la vita quotidiana della maggior parte della popolazione. A questa situazione, la soluzione solitamente proposta ha come significante chiave "riorganizzazione", "razionalizzazione" e quasi mai, se non ingannevolmente, "investimento". Tali interventi non sono semplicemente inadeguati, frutto di incapacità governative, che non sono mai da escludere. Essi sono applicati anche perché i soggetti ridotti ad individui devono riuscire a responsabilizzarsi, vale a dire, in questo contesto, a diventare autonomi, saper contare quasi esclusivamente sulle proprie capacità per migliorarsi continuamente. Chi gode di una buona salute riesce ad essere flessibile o, come ama dire una certa psicologia, resiliente. Da un lato diminuzione degli investimenti pubblici, della tutela dei servizi pubblici, dall'altra parte il potenziamento privato, individuale. I due aspetti hanno in comune la managerizzazione della vita, l'affermazione di dispositivi che implicano figure come quelle del *coaching*, per potersi sviluppare, ma questi «si inseriscono in una società in cui la violenza dei rapporti sociali aumenta. Non rimettendo in discussione i processi di

dominazione in atto, essi banalizzano la violenza e possono trasformarsi in dispositivi di accettazione di questa»<sup>16</sup>.

A partire dalle istituzioni della cosiddetta salute mentale è possibile analizzare l'ordine simbolico neoliberale – le leggi, le norme e le condotte richieste – perché queste riflettono in modo peculiare le tendenze della società in cui sono inserite, il posto assegnato a chi è in una situazione di maggior fragilità, di chi trasgredisce le norme, di chi ha una carriera da deviante. Insomma, lo studio della psicopatologia è lo studio della civilizzazione<sup>17</sup>. Così, la riduzione dei costi comporta anche un cambio di modalità rispetto alla cura, non solo per come affrontare la malattia e la guarigione, ma verso l'intera popolazione, la quale deve restare il più possibile in uno stato di buona salute, cioè capace di poter produrre, lavorare e non gravare eccessivamente in termini economici. L'attenzione è spostata maggiormente sulla salute piuttosto che sulla malattia, su quali possono essere i fattori di rischio. La prevenzione diventa fondamentale, e con essa fa coppia la vendita di farmaci, assunti ormai non solo per la guarigione ma anche per rinforzare il corpo, per non farlo ammalare. Una nuova normalizzazione viene introdotta, la quale incita alla prestazione. È sano chi riesce a stare al passo, chi non eccede nella fragilità. La socializzazione a tali ideali avviene in diverse istituzioni, quali la famiglia, la scuola, le palestre, il luogo di lavoro che diffondono un discorso, ognuno a modo loro, psicologico-motivazionale<sup>18</sup>. L'imprenditore di sé, con il suo cervello plastico e pieno di risorse, capace di superare ogni ostacolo grazie al giusto impegno e alla resilienza, si pensa libero da ogni costrizione – o meglio, in tal modo è narrato nel neoliberalismo – fin quando rispetta le regole economiche del comportamento. La diagnosi ed i vari trattamenti neuropsichiatrici hanno un

<sup>16</sup> M. BELLAHSEN, R. KNAEBEL, *1980-2010, les trente ans qui ont démantelé la psychiatrie française*, in, *La révolte de la psychiatrie. Les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, La Découverte, Paris 2020, p. 33.

<sup>17</sup> M. FOUCAULT, *Malattia mentale e psicologia*, Raffaello Cortina, Milano 1997.

<sup>18</sup> F. CHICCHI, A. SIMONE, *La società della prestazione*, Ediesse, Roma 2017.

ruolo cruciale nella normalizzazione delle soggettività, delle condotte, creando dei modelli e delle norme che stabiliscono cosa sia normale, accettato e cosa, invece, è deviante.

Il principale strumento di controllo dei corpi, in ambito psichiatrico, è senza alcun dubbio il *DSM*, il Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali, una vera bibbia psichiatrica<sup>19</sup>. Il suo obiettivo è quello di creare delle diagnosi affidabili, nel senso di ridurre discordanze di valutazione tra psichiatri. Ma conformità diagnostica non fa rima con validità. In effetti, cosa c'è di diagnosticamente valido nel valutare i "disturbi" di cui un soggetto soffre soffermandosi solo sull'aspetto manifesto senza prendere in considerazione la loro logica? Due soggetti possono presentare entrambi degli stati d'animo associati alla tristezza, ma come differenziare solo sull'apparenza una depressione da una melanconia<sup>20</sup>? Inoltre, il *DSM* vuole presentarsi come a-teorico, nonostante tutta la sua impostazione, il modo di presentare le psicopatologie, entrino in sintonia con le terapie cognitive-comportamentali e, a supporto di queste, con la vendita di psicofarmaci. Il *DSM*, quindi, partecipa fortemente ad una psichiatria di stampo positivista in collaborazione con le aziende farmaceutiche, che spesso sovvenzionano le ricerche del campo

<sup>19</sup> Tale bibbia è fortemente messa in discussione, non solo dai critici del riduzionismo neurologico, ma anche da diversi psichiatri che hanno lavorato alla sua composizione. Su questo argomento si veda A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino 2013. Inoltre, in molti hanno annunciato il suo tramonto, tra cui Thomas R. Insel, il quale collabora ad un progetto denominato RDoC – Research Domain Criteria – che ha come scopo di trovare i substrati neuronali delle varie psicopatologie.

<sup>20</sup> La psicoanalisi, al contrario, è molto attenta nel fare una diagnosi differenziale. In effetti, talvolta c'è bisogno anche di qualche mese per poterne fare una. Nell'esempio della depressione e della melanconia, la distinzione è netta perché se la prima è un sintomo – spesso associato alla nevrosi – la seconda è una struttura psicotica. Da un lato è il mondo ad essersi impoverito, dall'altro, invece, è l'io. Per approfondire, tenendo insieme l'analisi sociologica con quella psicoanalitica, si veda F. LOLLI, *L'ombra della vita. Psicoanalisi della depressione*, Mondadori, Milano 2005.

della salute mentale. Non per caso il Manuale Diagnostico Statistico inizia ad affermarsi a partire dal 1980 negli Stati Uniti. In questi anni vengono tagliati i fondi, sotto il governo Reagan, alla psichiatria comunitaria e, parallelamente,

si attua una riforma dei sistemi assicurativi americani che esclude in psichiatria le cure di lunga durata privilegiando le tecniche mirate al sintomo, che queste tecniche siano chemioterapiche o cognitivo-comportamentali. Il DSM-III dà l'illusione di una possibile valutazione privilegiando l'affidabilità delle diagnosi sulla loro validità. Questa affinità oggettiva tra questa «nuova» psichiatria e i valori sociali e politici dell'economia di mercato ha contribuito alla promozione di questo ordine «neuro economico». La valutazione è la parola d'ordine generale di questa rivoluzione epistemologica e politica della psicologia. La generalizzazione del suo dispositivo riafferma l'interesse come unico principio regolatore delle conoscenze e delle pratiche<sup>21</sup>.

Le politiche economiche neoliberali, e non solo, per potersi esercitare con maggior efficacia riservano un posto rilevante alle malattie psichiatriche e alle loro classificazioni. Infatti, su un asse epidemiologico, servono ad orientare e promuovere determinate politiche della salute, a definire delle priorità, a diffondere certi valori di condotta; su un asse epistemologico, agevolano la distribuzione dei finanziamenti, privilegiando determinati settori e studi – favorire una disciplina, un orientamento e non un altro; su un asse economico, aziende private come le case farmaceutiche aderiscono direttamente a sovvenzionare delle ricerche, influenzando determinate scelte politiche<sup>22</sup>. Il *self-made man*, colui il quale si fa da sé, è continuamente sorvegliato affinché continui ad auto-regolarsi, auto-controllarsi, ad adattarsi alle norme della prestazione, della produttività. Quando però il soggetto non riesce più a reggere il

<sup>21</sup> R. GORI, *Le DSM: un dispositif de normalisation idéologique?*, in «Sciences sociales et santé», XXVIII.1, 2010, p. 114.

<sup>22</sup> P. LANDMAN, *Le DSM et la politique*, in «Figures de la psychanalyse», XXVIII.2, 2014, p. 33.

peso di questi ideali – e succede frequentemente – trova pronta, dopo aver ricevuto la diagnosi, la terapia per rimetterlo in sesto. Quando quest'ultima è ad orientamento cognitivo-comportamentale (TCC) il venir rimesso in sesto si traduce in “essere riportato all'ordine”, nel senso dell'ordine delle cose, vale a dire quelle disposte dagli ideali neoliberali. I comportamenti inadatti sono ricondizionati, rieducati, al fine di essere funzionali, così come il modo di pensare. Rispetto al proprio malessere, il soggetto deve imparare a rafforzare il suo Io, tornare ad auto-gestirsi. Ciò che fa problema, il sintomo, o nella loro definizione, il disturbo, visto in quanto mero impedimento, va sradicato senza chiedersi il perché della sua insorgenza. Il sofferente deve imparare, grazie alle istruzioni dello psicoterapeuta, a reagire diversamente di fronte a quanto gli procura difficoltà. Tuttavia, l'orientamento cognitivo-comportamentale, indicando il sintomo come un disturbo, rimuove ed ignora che il soggetto in terapia è sempre alle prese con un disagio non riducibile alle sue disfunzioni quotidiane. La cura diventa il recupero del senso comune, dell'adattamento alla normalità – ritornare operativo, produttivo. Per raggiungere lo scopo lo psicoterapeuta si pone, con la sua delicatezza, in una posizione autoritaria – è lui che detiene il sapere ed è lui ad indicare la strada, a spiegare cosa si deve fare – stabilendo delle condizioni a cui il paziente deve sottostare. Di conseguenza, ogni qualvolta il percorso psicoterapeutico non arriva a buon fine, la responsabilità ricade tutta sul paziente, il quale non ha eseguito con serietà, con attenzione, quanto gli veniva prescritto. Rinunciando alla nozione dell'inconscio freudiano, non si coglie l'importanza del desiderio del soggetto e della sua partecipazione alla formazione sintomatica. Pertanto, la presunta guarigione alle volte ha un caro prezzo. Sebbene non siano ufficialmente connessi, molti pazienti dopo aver fatto sedute per le loro “paure irrazionali” si ammalano di altro. Non a pochi è capitato di avere degli attacchi cardiaci, al punto che Jean-Claude Maleval consiglia, ironicamente, che

«un esame preli-minare al cuore sarebbe indicato prima di una terapia comportamentale. Del cuore e delle proprie passioni»<sup>23</sup>.

In altre parole le TCC eseguono una psicoterapia autoritaria, attraverso la quale il paziente deve ritornare ad essere conforme alla realtà e per farlo deve svolgere i compiti assegnati dallo psicoterapeuta, rappresentante di un buon adattamento. Quest'ultimo è un educatore, nel senso che spiega in maniera educativa quali sono gli interventi terapeutici da adottare, illustrando le strategie cognitive inadeguate impiegate dal sofferente e come sostituirle. Queste psicoterapie, benché ad alcuni soggetti, coscientemente, possano apportare dei benefici più o meno duraturi, costituiscono un addestramento del corpo, della mente. Anziché emancipare il soggetto,

propongono in effetti un protocollo terapeutico cifrato, una specie di contratto, di progetti vita o di rieducazione del pensiero, al termine del quale, in un numero di sedute ben definite, il paziente, chiaramente informato dal suo terapeuta, dovrebbe imparare [...] se è anoressico a mangiare un po' e in piccole quantità, se è ansioso a gestire la sua angoscia diventando ragionevole, e se è schizofrenico a non essere più folle ed a ragionare correttamente<sup>24</sup>.

All'inverso la psicoanalisi, almeno quella strutturalista fondata sull'insegnamento freudiano-lacanian, constatando che il soggetto è diviso, non è padrone di sé stesso, perché mosso da una logica inconscia, non vede una cattiva volontà nel paziente che non riesce a guarire, ma un messaggio da decifrare nei suoi sintomi. Da un lato, quindi, psicoterapie assoggettanti, che stabiliscono come vivere, dall'altro lato una psicoterapia rispettosa della particolarità del soggetto.

<sup>23</sup> J.-C. MALEVAL, *Étonnantes mystifications de la psychothérapie autoritaire. De la psychothérapie autoritaire*, Navarin, Paris 2012, p. 99.

<sup>24</sup> Ivi, pp. 105-106.

### 3. *Il soggetto pulsionale*

La psicoanalisi delinea tutt' un altro soggetto. Partendo da una posizione materialistica, non cade nel neuroriduzionismo, non trovando nel cervello alcun soggetto. Certo, senza cervello non è possibile vivere ed occasionalmente si può sentir dire da parte di uno psicoanalista ingenuo che «i sintomi del paziente suggeriscono un coinvolgimento del corpo e dei neuroni: necessitano di un aiuto farmacologico», [...] come se invece il semplice dire “buongiorno” del suo paziente non coinvolgesse corpo e neuroni»<sup>25</sup>. Il fulcro della questione è proprio questo, cioè che i neuroni non parlano, tantomeno tacciono. Essi stanno lì, trasmettono impulsi nervosi eccitatori ed inibitori, però nessuno, cercando nel loro funzionamento, troverà le passioni, le idee, i desideri di nessuno<sup>26</sup>. Risulta impossibile ridurre il soggetto alla mera bio-chimica. Senza voler creare una gerarchia tra le specie viventi, l'animale umano si differenzia dagli altri viventi esattamente come ogni specie si differenzia dalle altre. I vegetali, ad esempio, si sviluppano grazie ad un processo endogeno, da elementi interni al loro seme. Hanno un programma genetico, il quale necessita per vivere “solo” di un terreno in cui potersi sviluppare. Non c'è apprendimento. Una pianta non impara da un'altra pianta, poiché le informazioni sono trasmesse geneticamente e non con l'esperienza. Nonostante condividano con i vegetali un processo endogeno, gli animali non sociali, come gli insetti, si differenziano. Anche per loro lo sviluppo viene determinato dal genoma, tuttavia interagiscono tramite degli stimoli, i quali non sono interpretati, perché ad ogni stimolo ricevuto corrisponde una risposta predeterminata. Diversamente ancora per gli animali sociali, come i primati. Essi hanno la necessità di relazionarsi con il proprio simile, giacché lo sviluppo, pur avendo una base biologica, un innatismo, avviene con l'aiuto dell'altro. L'esperienza risulta importante, sia per l'apprendimento – il quale si realizza osservando un adulto

<sup>25</sup> W. PROCACCIO, *Il neurone bugiardo. Perché la psicoanalisi e neuroscienze non hanno quasi nulla da dirsi*, Cronopio, Napoli 2019, p. 21.

<sup>26</sup> Ivi, p. 192.

– sia per l'utilizzo degli strumenti – impiegati solamente per uno scopo presente, senza che vi sia elaborazione dell'utensile. Quest'ultimo processo sembra descrivere anche quello degli animali umani, se non fosse per la differenza che li caratterizza. Ad organizzare le capacità cognitive del soggetto è il linguaggio, la cultura<sup>27</sup>. L'innatismo, il biologico, è organizzato dal linguaggio che tramanda, consciamente ed inconsciamente, esperienze e saperi dell'Altro – scritto con la lettera maiuscola, per indicare quel luogo psichico formato da chi accoglie il soggetto dalla nascita, ossia i genitori, i vari gruppi sociali, la politica di una società e si distingue dall'altro, vale a dire il simile.

La divergenza risulta netta tra le neuroscienze cognitive e lo strutturalismo. Se per le prime il linguaggio è ridotto a comunicazione, a qualcosa che rafforza l'innatismo, per il secondo è quanto invece governa e trasforma il biologico, umanizzandolo. Detto meglio, i cognitivisti sostengono l'ipotesi di un soggetto che si impadronisce del linguaggio per potenziare la comunicazione, per esporre i propri pensieri e adattarsi meglio all'ambiente, mentre l'ipotesi strutturalista afferma che è il soggetto ad essere parlato dal linguaggio e nulla si può pensare ed esperire senza il filtro linguistico. Da questo punto di vista, il soggetto non si adatta all'ambiente, è l'ambiente ad essere adattato. C'è un distacco tra il soggetto e l'ambiente, un distacco generato dalla capacità del linguaggio di negare e di poter parlare di quello che vuole. Esso non ha come referenza degli oggetti reali da dover nominare. Al contrario, grazie alla negazione, la quale non si riduce nel correggere un errore percettivo, il linguaggio crea, trasforma, adatta il mondo.

Tale impostazione permette di continuare l'opera freudiana, chiarendo ulteriormente la logica dell'inconscio e le sue formazioni, ad esempio i sogni, i lapsus, gli atti mancati e la tecnica delle associazioni libere, la quale fa scorrere una catena significativa, cioè la catena associativa da cui si può notare che il significante non è legato obbligatoriamente ad un senso, ad un oggetto. Le parole non sono adattamento, appunto. Allora,

<sup>27</sup> Sull'argomento si veda F. CIMATTI, *Come rendere umano un corpo animale?*, <https://www.youtube.com/watch?v=Zk3bf5YiYdk>, consultato il 11/05/2024.

siccome è il contesto a conferire senso alle cose, le quali in sé non hanno alcun significato, un solo significante,  $S_1$ , non vuol dire mai nulla da solo e necessita almeno di un altro significante,  $S_2$ , per poter sapere cosa vuol dire. Facendo sua tale impostazione, Jacques Lacan può sostenere che l'«inconscio è strutturato come un linguaggio»<sup>28</sup>.

Non è questa una delle caratteristiche dell'inconscio? Di avere un sapere venuto meno alla coscienza? Un sapere rimosso perché inaccettabile per l'Io alle prese con il Super-io? Degli  $S_2$  sono rimossi, posizionati nell'inconscio, il quale si manifesta in modo enigmatico, con le sue formazioni, con i sintomi. E non è sempre lo stesso motivo a condurre un soggetto in analisi, il quale per ritrovare tale sapere si rivolge, sotto transfert, ad un soggetto supposto sapere, l'analista? L'inizio di un'analisi, le sedute preliminari, non sono una formulazione del malessere di un soggetto che deve mettere in questione il proprio sintomo? Continuando a seguire il paradigma strutturalista viene precisata la struttura del soggetto. Non esistendo le cose in sé, dal momento che non è il soggetto ad utilizzare il linguaggio ma quest'ultimo dispone le relazioni tra il soggetto e gli oggetti, tra il soggetto e l'ambiente, si comprende come in principio vi è la relazione, o meglio un rapporto tra il soggetto e l'Altro. Il soggetto sorge dalla struttura significante, da quel posto che l'Altro gli ha riservato. Detto altrimenti, il soggetto sorge dal campo dell'Altro, prende la sua prima identificazione da quest'ultimo. D'altronde già il padre della psicoanalisi aveva localizzato nel processo identificativo «il primo manifestarsi di un legame emotivo con un'altra persona»<sup>29</sup>, chiamato da Lacan significante unario,  $S_1$ , il significante rappresentante il soggetto per un altro significante,  $S_2$ , causando la divisione del soggetto<sup>30</sup>, perché è il primo significante ad essere rimosso e ad instaurare

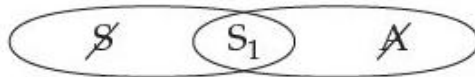
<sup>28</sup> J. LACAN, *La scienza e la verità*, in *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 2002, p. 871.

<sup>29</sup> S. FREUD, *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, in *OSF 9*, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 293.

<sup>30</sup> J. LACAN, *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino 2003, p. 214.

l'inconscio. Più precisamente, il soggetto emerge come scisso, \$, per via del meccanismo dell'alienazione e quello della separazione, costituendo il fenomeno della rimozione originaria, che farà capo a ogni altra rimozione.

Pensando al modo in cui un piccolo d'uomo nasce, si afferra più chiaramente quanto detto. Un bambino, prima di esistere biologicamente, vive nei pensieri di chi lo accudirà, del suo Altro primordiale. Si fantastica sul suo genere, sul suo desiderio, sulle sue passioni, sul suo nome, sul suo lavoro e così via. Egli è già parlato, ha già un ruolo da assumere. Con la nascita biologica, infatti, il suo grido, il suo piangere, espressione dei suoi bisogni, sono significati da quell'Altro che lo accudisce. È il primo di tre tempi, quello dei bisogni. Il pianto, le urla saranno interpretati, dalla madre, dal padre, da chiunque ci sia, e saranno identificati ad un qualcosa: "ha fame" si dirà, "vuole essere pulito", "vuole delle coccole". La risposta dell'Altro trasforma il grido in un appello, in una domanda. La domanda è anticipata dalla risposta, in quanto per la struttura stessa del linguaggio, «il soggetto riceve il suo messaggio dall'altro in forma invertita»<sup>31</sup>. È la logica *dell'après-coup*, del rimodellamento di quanto è già avvenuto. In questo caso, si mostra come si colga il senso, lo si scriva retroattivamente. In questa dinamica, il soggetto percepisce l'Altro come onnipotente, e non per il semplice fatto che, autonomamente, il piccolo animale umano non può provvedere ai suoi bisogni, ma proprio per il rapporto di forza esistente tra il soggetto e il suo Altro, per il potere delle sue risposte di significare, esse, infatti, alienano il soggetto nell'identificazione primaria, detta anche Ideale dell'io.



Un secondo tempo diventa possibile, quello della domanda, dove il soggetto inizia a manipolare l'Altro, a chiamarlo, per soddisfare delle

<sup>31</sup> ID., *Il seminario. Libro III. Le psicosi*, Einaudi, Torino 2010, p. 42.

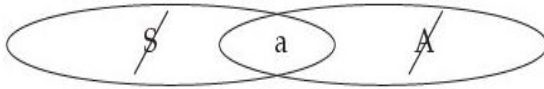
richieste. Preso dal linguaggio, dalla sua articolazione, il bisogno si muta in domanda ed il soggetto viene diviso tra i significanti di questa, da cui la formulazione in algebra lacaniana della pulsione,  $\$ \diamond D$ . In risposta a queste domande, l'Altro non donerà al suo bambino solo del latte, il seno o i suoi sostituti. Donerà, o si spera donerà, parimenti un segno che va ben oltre la mammella. Questo primo dono ricevuto è per il bambino una prova d'amore e, perciò, ogni domanda è fondamentalmente una domanda d'amore, e questa non potrà mai essere soddisfatta dalla semplice materialità degli oggetti. Di conseguenza, ogni domanda implica l'identificazione poiché, tramite il transfert, ripropone le modalità di manipolazione attuate dal nevrotico verso l'Altro. Lo si riscontra nella clinica. Il soggetto si aliena nelle domande poste all'analista, si identifica ad un tratto di quest'ultimo.

L'esperienza analitica ci fa assistere alla genesi dell'oggetto d'amore: tramite le sue domande l'analizzante manovra l'Altro e rinnova, nel transfert non più selvaggio, ma regolato dal dispositivo della cura, le sue bozze dell'identificazione. È ciò che giustifica il termine «nevrosi di transfert». La psicoanalisi, è la costituzione di questa nevrosi, e il suo trattamento. Il transfert va nel senso dell'identificazione. [Sarà il desiderio dell'analista] che funziona come operatore nella cura, [ad andare] nel senso contrario. Esso mira ad una dis-identificazione, mira a decadere, lui l'analista, dalla posizione di Ideale da dove l'ha messo l'analizzante<sup>32</sup>.

Ed ecco il terzo tempo, il passaggio dalla domanda al desiderio. Un passaggio strutturalmente necessario. In effetti, se nel primo tempo c'è un bisogno che chiede soddisfazione ed a questo, come risposta, arriva una interpretazione da parte dell'Altro, quest'ultima non potrà che essere una supposizione di cosa il piccolo chiede. Lo scarto tra il bisogno e la domanda produce il desiderio. Il desiderio è quel resto non soddisfatto dalla domanda, ciò che il signifiante non riesce, non può, significare, denominato a. Il desiderio è un al di là della domanda, è quanto le manca,

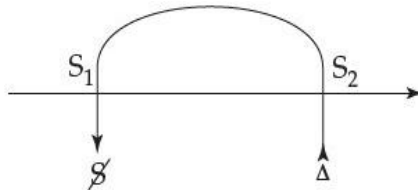
<sup>32</sup> J.-C. RAZAVET, *Du roc de la castration au roc de la structure*, DeBoeck, Louvain-la-Neuve 2016, p. 109.

un impossibile da soddisfare. Per tale ragione, se i primi due tempi alienano il soggetto tra i significanti dell'Altro, il terzo tempo è per contro quello della separazione.



L'Altro è mancante,  $\mathbb{A}$ , e ad ogni modo le sue risposte non possono mai pienamente soddisfare il soggetto, per quanto ci voglia provare. Pertanto, in un'ottica edipica, se con l'alienazione il soggetto è preso dall'Altro come se ogni cosa potesse essere sopperita, si arriva alla constatazione che questa soddisfazione piena non avviene. La mancanza nell'Altro permette al soggetto di potersi staccare. Così, l'Altro e il soggetto non formano un tutto, non si chiudono su sé stessi. Ognuno avrà il suo desiderio da seguire. Tra i due c'è insomma un terzo, il desiderio. “Cosa desidera l'Altro?” si chiederà il bambino. “Perché non è sempre qui con me?”. Questo terzo, nella forma edipica, è detto da Lacan Nome del Padre. È la sua presenza, o assenza, a determinare la struttura del soggetto: nevrotico o perverso, qualora fosse operativo, psicotico se è inattivo, se è, in termini lacaniani, forcluso.

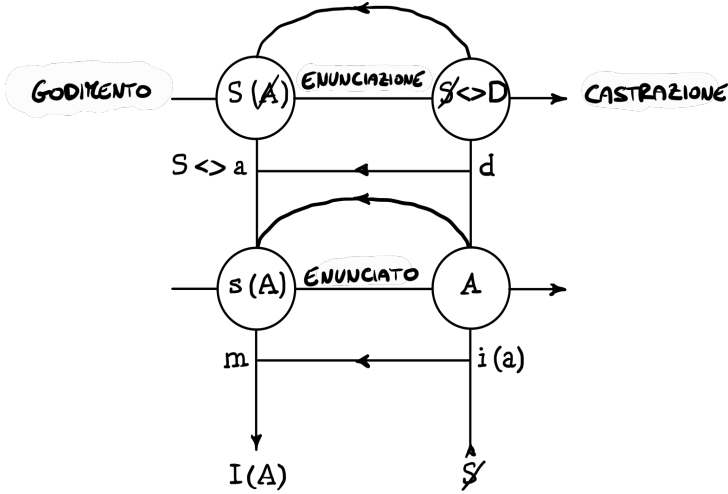
Quanto esposto permette di introdurre alla struttura dell'animale parlante e, in quanto tale, alla sua logica dell'*après-coup*, utilizzando il grafo del desiderio. In principio, nel tempo del bisogno, si costituisce il soggetto  $\$$  con la trasformazione del suo grido  $S_1$  in domanda  $S_2$ .



33

<sup>33</sup> I grafi lacaniani sono presi dallo studio citato di Razavet.

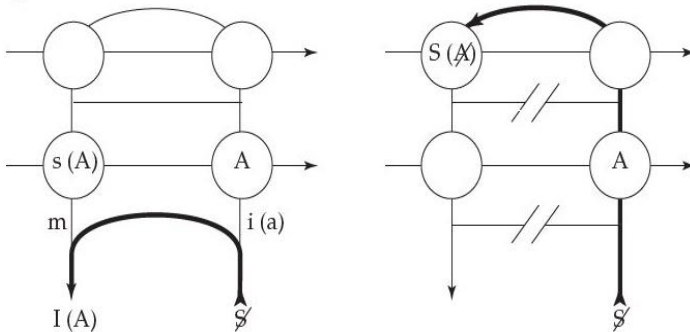
Dal momento in cui avviene questo passaggio logico – logico perché il soggetto è barrato fin da sempre, è messo fin dalla sua nascita nel campo dell'Altro – il soggetto si rivolgerà all'Altro, a colui il quale detiene il sapere,  $S_2$ . A partire da tale presupposto si ottiene la struttura nella sua interezza.



Nel primo livello, la dicitura  $s(A)$  indica l'effetto di significazione ottenuto dall'enunciato riferito all'Altro, mentre  $I(A)$  è l'Ideale dell'io, che si forma dall'Ideale dell'Altro, producendo anche l'identificazione primaria. Il secondo livello prende atto del funzionamento dell'enunciazione, di quello che viene detto tra i significanti dell'enunciato, cioè dell'inconscio. Le due catene, enunciazione ed enunciato, sono collegate tra di loro da quattro punti, detti punti del capitone, l'operazione che blocca la significazione, fermando il significante su un significato. Nell'impossibilità di poter presentare nella sua interezza il grafo, ai fini del lavoro è importante porre l'attenzione su  $S(\bar{A})$ , sul significante della mancanza nell'Altro. Esso, situato nel posto analogo a  $s(A)$  ma nella catena inconscia, riguarda l'effetto di significazione dell'enunciazione. È l'ultimo senso, l'ultima parola a cui mira la fine dell'analisi. Tuttavia

l'ultima parola, il senso finale non esiste: non esiste un meta linguaggio, non esiste l'Altro dell'Altro, non esiste una scatola che contiene tutte le scatole, perché rimarrebbe essa stessa fuori. L'Altro per l'appunto è mancante, è barrato, ha l'inconscio come il resto degli animali del linguaggio. Il soggetto entra in analisi, quindi, con una domanda di guarigione, cercando un sapere,  $S_2$ , per curarsi e però ne esce con un significante fuori senso. Dopo tutto l'ordine di senso ed i cambiamenti rispetto al sintomo, alla sofferenza,  $S_1$  non si articolano mai del tutto a  $S_2$ . Il soggetto è mobilitato da «una ricerca di senso, la quale alla lunga diventa sorgente di godimento. (Il *godimento* [godere del senso], detto anche *godimento del bla-bla*). L'atto dell'analista consiste nel fare un taglio nel godi-senso, col fine di isolare qualche significante asemantico ( $S_1$ ), determinante nella vita del soggetto»<sup>34</sup>. La cura mira dunque al significante della mancanza nell'Altro, al significante che indica questa assenza.

Tale introduzione, seppur per nulla esaustiva, permette perlomeno di comprendere la differenza della cura psicoanalitica rispetto alle psicoterapie autoritarie. Queste ultime mirano a normalizzare il soggetto, a renderlo conforme agli Ideali della società, che sono ideali dell'Altro. L'analisi, d'altro canto, mira al desiderio del soggetto, alla sua verità, disidentificandolo da I (A).



<sup>34</sup> ID., *Du roc de la castration au roc de la structure*, cit. p. 117.

Se il soggetto non risponde ai valori neo-liberali, se non per identificazione, quali istituzioni si possono creare a partire dalla psicoanalisi strutturalista?

#### 4. *Istituzioni del divenire minoritario*

Il soggetto non è un'isola, non è ridotto ad un individuo, un cervello che elabora in modo più o meno correttamente una realtà già data. Egli si crea dall'Altro, vive con gli altri, ha degli ideali, ai quali può essere assoggettato. A sua volta la psicoanalisi, in quanto cura del soggetto, è legata intimamente alla dimensione sociale, alle questioni politiche. Non a caso la prima generazione di psicoanalisti, soprattutto tra il 1920 e il 1930, aveva a cuore il tema dell'emancipazione. Freud stesso aveva fin da subito fatto presente ai suoi colleghi dei problemi posti dalle differenze di classe, proponendo di creare un "sanatorio psicoanalitico" per tutti coloro i quali necessitavano di soffermarsi, al fine di curarsi, fuori dalla loro città per lunghi periodi<sup>35</sup>. La prima clinica sarebbe dovuta esistere nell'Ungheria rivoluzionaria, a Budapest. Se il progetto ungherese è tramontato, inizialmente, sul nascere a causa del fallimento della rivoluzione, esso ha visto la luce altrove, come nel caso del Polyclinico di Berlino. La scelta del nome esplicita l'orientamento della clinica: la "i" richiama la città, l'aiuto a chi non può permetterselo. Da lì ne seguirono tanti altri. Ne sono un esempio l'ambulatorio di Vienna nel 1922, la clinica di Londra nel 1926 e finalmente a Budapest nel 1931. L'appello fatto dal padre della psicoanalisi ebbe un'eco in tutta l'Europa e diversi progetti furono attuati, tra Parigi, Roma, Mosca<sup>36</sup>. Bisogna tenere in considerazione che buona «parte degli analisti di allora erano impegnati nei movimenti politici di sinistra. Ernst Simmel presiede la società dei medici socialisti. Più radicale, Hélène Deutsch è vicina a Rosa

<sup>35</sup> M. M. RICAUD, *La Policlinique de Berlin (1920-1933): une «organisation nouvelle»*, in «Le Coq-Héron», CCI.2, 2010.

<sup>36</sup> Per una storia politica dettagliata della psicoanalisi si veda F. GABARRON-GARCIA, *Histoire populaire de la psychanalyse*, La Fabrique, Paris 2021.

Luxembourg. La concezione social-democratica nella quale si situava Freud si iscriveva in larga parte nell’eredità del marxismo»<sup>37</sup>. Le domande poste dalla prima generazione di psicoanalisti sono analoghe a quelle su cui hanno lavorato, anni dopo, Gilles Deleuze e Félix Guattari. Queste possono essere ricapitolate in tre quesiti: 1) dato per assodato che l’inconscio è la politica, come formalizzarla nella teoria e nella psicoanalisi? 2) come introdurre la psicoanalisi nei gruppi militanti rivoluzionari? 3) Come formare dei gruppi terapeutici capaci di esercitare pressione sui gruppi politici, psichiatrici e degli psicoanalisti conservatori? Per rispondere adeguatamente bisognerebbe scrivere un libro e, non essendo questo il caso, è possibile quantomeno indicare la strada percorsa dai due studiosi. Tramite una lettura non edipica, non normalizzante, di Freud e Lacan, un principio teorico riscontrabile nella pratica è che tutti i soggetti sono dei gruppuscoli: l’analisi deve produrre una nuova soggettività, la quale non si lascia rinchiudere in «un Io, o peggio un Super-io, ma che si estende su più gruppi nello stesso tempo, divisibili, moltiplicabili, comunicanti e sempre revocabili»<sup>38</sup>. L’importanza data ai gruppi è effettivamente un quarto quesito da aggiungere ai tre sopra citati, probabilmente quello fondamentale: com’è possibile che l’animale parlante si ritrova ripetutamente a combattere, consciamente o inconsciamente, per stare in uno stato di servitù? Anche qui l’attenzione è posta sull’emancipazione, sulla liberazione del desiderio e sulla realizzazione di istituzioni che non tendano a bloccare il desiderio. La risposta non può cadere nell’ingenua argomentazione per la quale la moltitudine cade sotto un regime fascista per puro inganno. Non può esserci imbroglio perché non sussiste dicotomia tra il desiderio ed il sociale, tra la clinica e la politica. Tenendo insieme Marx e Freud si scopre «il modo in cui la produzione sociale e i rapporti di produzione sono un’istituzione del desiderio, e come affetti e pulsioni fanno parte

<sup>37</sup> ID., *L’héritage politique de la psychanalyse. Pour une clinique du réel*, La Lenteur, Paris 2018, p. 18.

<sup>38</sup> G. DELEUZE, *Tre problemi di gruppo*, in, *Psicoanalisi e Trasversalità. Saggi di analisi istituzionale*, Orthotes, Napoli - Salerno 2024, p. 7.

dell'infrastruttura stessa. Poiché *ne fanno parte, vi sono presenti in tutti i modi* creando nelle forme economiche tanto la loro propria repressione quanto i mezzi per rompere tale repressione»<sup>39</sup>. E come vengono create tali forme economiche? Se vi è identità di natura tra produzione di desiderio e produzione del sociale, vi è però una differenza di regime, due modi diversi di articolarsi: per un verso un polo schizofrenico-nomade, il quale non crea blocchi, ma lascia scorrere la produzione, per un altro verso un polo paranoico-dispotico, che invece punta a presentarsi come presupposto della produzione, decreta il modo in cui si deve desiderare, il modo in cui il sociale deve organizzarsi.<sup>40</sup> Da questa piccola premessa si comprende l'accento posto verso i gruppi, in quanto anch'essi strutturalmente non possono che funzionare secondo i due poli descritti, formando da un lato dei gruppi soggetto, i quali creandosi delle leggi dall'interno tendono a scongiurare ogni forma di gerarchia, si confrontano con il nonsenso senza cadere nell'angoscia; dall'altro lato dei gruppi assoggettati, che ricevendo le leggi dall'esterno sono caratterizzati da una organizzazione piramidale utilizzata per evitare l'angoscia del nonsenso. Anche qui, per la stessa ragione strutturale, le due modalità di funzionamento sono presenti in ogni gruppo in misure diverse<sup>41</sup>.

Si noti come le declinazioni del gruppo rispecchiano le due soluzioni di cura: nella forma in assoggettamento si è conformi ad un I(A), viceversa nella forma soggetto si tende ad un S (~~A~~). Il punto diventa allora capire in che modo rompere le identificazioni ricevute dall'Altro, come non essere più assoggettati ai suoi comandamenti, alle sue norme, tenendo a mente che una società senza norme è impraticabile, una società senza l'Altro è impossibile. Va ripensato il rapporto \$-A, attraverso una politica fondata non più sull'identificazione di una massa, I (A), ma sul

<sup>39</sup> G. DELEUZE, F. GUATTARI, *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino 2002, p. 69 [corsivo dell'autore].

<sup>40</sup> I. KRTOLICA, *Gilles Deleuze Félix Guattari. Une philosophie des devenirs-révolutionnaires*, Édition Amsterdam, Paris 2024, p. 49.

<sup>41</sup> F. GUATTARI, *Introduzione alla psicoterapia istituzionale*, in, *Psicoanalisi e Trasversalità. Saggi di analisi istituzionale*, cit., p. 60.

S ( $\mathbb{A}$ ), cioè sul divenire minoritario. I minoritari sono, infatti, un gruppo dominato, sottomesso dalla maggioranza, dalla norma, di un determinato I (A). Essi, i minoritari, sono solitamente messi ai margini, esclusi o inseriti in un processo di assimilazione ad una cultura: in entrambe le politiche rimangono assoggettati ad un Ideale dell'Altro. Il divenire minoritario è invece il processo tramite il quale una minoranza si svincola dalla norma dominante e, di conseguenza, dal suo stato di sottomissione. Una cura analitica degna di tale nome esplicita come ciò riguarda strutturalmente tutti e non solo chi è in una posizione di minoranza, perché essendo la norma un ideale, al quale nessuno corrisponde perfettamente, chiunque è potenzialmente minoritario. Tutti sono in un modo o nell'altro devianti dal modello<sup>42</sup>. Tale processo però non si genera spontaneamente, come per magia. In analisi il soggetto può collocarsi in S ( $\mathbb{A}$ ) grazie all'atto analitico, sperando un senso di solitudine del tutto distinta dalle «sue manifestazioni patetiche: l'isolamento, il godimento autoerotico, il delirio egoico, gli alibi narcisistici dell'identità, l'impotenza di uscire da sé stessi, l'oscenità dell'autostima...»<sup>43</sup>. La solitudine in questione, ha a che fare con la destituzione dell'Altro, della sua imposizione del sapere come si deve vivere, di come si deve essere conformi. La solitudine è l'emancipazione, la liberazione, la separazione delle identificazioni opprimenti e pertanto instaura «una distanza inedita, una prospettiva in “anamorfosi” su ciò che costituisce il proprio fantasma [il modo in cui il soggetto interpreta la realtà], sempre impregnato del potere costituente delle figure dell'Altro»<sup>44</sup>. Il corrispettivo politico dell'atto analitico è dunque una sospensione dell'istituito, del consueto. L'Altro ed il sapere che vuole imporre sono bucati, mancanti e in quanto tale una politica minoritaria mira alla disfatta di I (A). Il divenire minoritario è una «politica dell'insurrezione e dello scioglimento perché dell'insurrezione: le due cose vanno insieme. Si insorge contro il legame

<sup>42</sup> Ivi, p. 109.

<sup>43</sup> J. ALEMÁN, *Solitudine: Comune. Per una sinistra lacaniana*, Mimesis, Milano - Udine 2017, p. 25.

<sup>44</sup> Ivi, p. 32.

sociale, si insorge per scioglierlo, per disincollarsi, per riaffermare la singolarità del desiderio contro le morali conformiste e i comandi superegoici»<sup>45</sup>. Questa è la posta in gioco di una istituzione fondata sul desiderio e non sull'educazione alla normalizzazione. Una società in cui ognuno gode a suo modo, vive il suo desiderio. Una società non più chiusa in un ideale che vuole fare massa, alienata in un Altro, ma fondata sul comune della differenza. D'altronde non è la differenza, non è il perverso polimorfo ad accomunare ogni soggetto? Insomma, dalla massa al comune.

<sup>45</sup> B. MORONCINI, *Lacan politico*, Cronopio, Napoli 2014, pp. 66-67.

# VOICES FROM WITHIN AND VOICES FROM BELOW. WHAT ROLE FOR ANTI-PSYCHIATRY IN TIMES OF LIVED EXPERIENCE MOVEMENTS?

di Giulia Bergamaschi

## *Abstract*

While anti-psychiatry historically advocated for patient participation in shaping psychiatric knowledge, contemporary movements and associations comprising psychiatrized individuals are increasingly critiquing anti-psychiatry. What are the reasons for this upheaval? To understand it, we will analyze how the anti-psychiatric approach, made famous in the world especially by the provocative positions of the U.S.-based Hungarian psychiatrist Thomas Szasz, has collided with the situated knowledge of psychiatrized people. After a general illustration of these movements, we will look at the critique of anti-psychiatry brought forth by Robert Chapman, prominent philosopher and activist of the Neurodiversity Movement, who analyzes the anti-psychiatric approach, criticizing what he sees as reactionary and outdated aspects, which end up maintaining the status quo rather than challenging it. Keeping the broader anti-psychiatric thought in the background, I will mainly use Franco Basaglia's thought to shore up Chapman's reflection and bring the two positions into dialogue. I will analyze the complicated relation that these movements have with the construct of psychiatric diagnosis, oscillating between the rejection of diagnostic essentialism on the one hand and the needs for somatic recognition and identification on the other, which risk moving essentialism to a different plane rather than eliminating it. This oscillation shows how Basaglia's and the anti-psychiatric legacy can still be crucial in bringing the needs of today's society into dialogue with the struggles of yesterday, this will allow us to understand what did not work about the anti-psychiatric movement and what we can hold onto today to achieve, over time, a more just psychiatric knowledge, capable of thinking against itself and never submitting to its own tools.

*Keywords:* Anty-psychiatry; Franco Basaglia; Lived Experience Movements; Thomas Szasz; Robert Chapman.

Non esiste libertà se non nel legame che  
ci aiuta a lottare contro ciò che ci divide<sup>1</sup>.

Franca Ongaro Basaglia

### 1. *Emerging voices and their discontents*

«I argue that anti-psychiatry is part of the problem, not the solution»<sup>2</sup>; with these words, Robert Chapman introduces the relationship he sees between anti-psychiatry and the current state of psychiatry. Chapman is an autistic philosopher and activist, particularly well known and appreciated by people engaged in the field of mental health and neurodivergence. The excerpt is from a book published in 2023 that contains a tight critique of anti-psychiatry, a summary of an analysis the philosopher has been pursuing for several years through interviews and blogposts. In this criticism Chapman is not alone. In another already influential book, *Health Communism*, artists and disability activists Beatrice Adler-Bolton and Artie Vierkant write: «The anti-psychiatric project was influential, but failed to deliver on any of its promised goals to patients»<sup>3</sup>.

Over the past three decades, there has been a clear shift towards prioritizing firsthand experiences among psychiatry's service users. This trend has been propelled by various forces, including initiatives within the profession, research communities, and online movements comprised of individuals who have personally engaged with psychiatry. The term “psychiatrized people” encompasses all those who have undergone psychological and psychiatric treatment, diagnosis, and care. Today, these communities are increasingly integrating into the social fabric, contributing to the creation of new knowledge about their own

<sup>1</sup> «There is no freedom except in the bond that helps us struggle against what divides us», my translation.

<sup>2</sup> R. CHAPMAN, *The Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism*, Pluto Press, London 2023, p. 18.

<sup>3</sup> B. ADLER-BOLTON, A. VIERKANT, *Health Communism*, Verso, London - New York 2022, p. 65.

experiences. In academic circles, the emergence of Mad studies, a branch of the broader Mad Movement, reflects a growing effort to develop alternative understandings and forms of care rooted in the experiences of individuals with lived experiences of mental conditions. One of the most influential movements shaping discourse around lived experiences is the Neurodiversity Movement. Emerging in the 1990s from early support and advocacy networks formed by autistic individuals, this movement advocates for the acceptance and celebration of neurological differences. Together, these movements represent a significant shift towards centering the voices and experiences of those directly impacted by psychiatry, challenging its traditional paradigms, fostering new avenues of inquiry and support, and most importantly, they are trying to propose a novel perspective about the pathologization of different ways of being. The Neurodiversity Movement is at the forefront of this paradigm shift, claiming that conditions like autism are not pathologies but rather neurobiological differences. Figures like Chapman emerge as prominent voices within this movement, particularly in philosophical discourse.

While this trend appears to align closely with the aspirations of anti-psychiatry thinkers, who were among the first to advocate for active patient participation in treatment and knowledge-building, it's noteworthy that now that this "patients" begin to speak, they show discontent toward anti-psychiatric ideologies. Even more interestingly, considering that Chapman and Adler Bolton critique psychiatry as a system of social control subservient to the need for capital production. This view stems from the studies of Michel Foucault, who argues, in the seminal *Histoire de la Folie*<sup>4</sup>, that the medicalization of madness was a process designed to generate increasingly effective ways of controlling deviance. This insight was valuable to the anti-psychiatric thinking that was forming in the 1960s and was enriched and developed by the movement's leading figures, such as psychiatrist David Cooper, Ronald Laing, and, of course,

<sup>4</sup> M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972; trad. it. di M. Galzigna, *Storia della follia nell'età classica* (nuova ed.), Bur Rizzoli, Milano 2011.

Franco Basaglia. Basaglia and Franca Ongaro, in their fundamental work *L'istituzione negata*<sup>5</sup>, proposed an analysis of the institutional paradigm as a classist device of segregation of unduly pathologized subjects.

If the critique of the psychiatric system by psychiatrized people does not diverge all that much from the foundations of anti-psychiatry thinking – and it can be said, without fear of being wrong, that it partly originates from it – how can we explain the current turn toward anti-psychiatry?

In this essay, I will attempt to recount this shift, which could be crucial to comprehend the new dimensions of criticism, and to delve into the potential role of anti-psychiatry in the contemporary psychiatric debate, aiming to uphold its initial purpose: reinstating the dignity of the patient, thereby enabling them to advocate for themselves and actively contribute to the development of a novel concept of cure. I have decided to isolate what are the main points of theoretical criticism from Chapman, Adler Bolton, and other authors I have encountered. Considering my expertise, I have chosen to primarily delve into the philosophical and theoretical aspects of this criticism. However, these authors have also highlighted the practical shortcomings of the anti-psychiatric movement, a fundamental fact that deserves to be taken into account and should serve as the backdrop for any pondering on the topic, because all emancipatory movements must reckon with the long-term effects, they produce on the subjectivities they seek to defend. This applies as much to anti-psychiatry as it does to the new psychiatrized movements. However, this consideration cannot disregard the fact that the implementation of anti-psychiatry vision has encountered not only the limitations of its own theory, but also the precincts of an environment hostile to the profound change it was envisioning.

The points of criticism can be summarized as follows: (1) first, the issue about *epistemical positioning*, specifically the one of anti-psychiatry with respect to the epistemic power hierarchy; (2) second, the problem of *political positioning*, and, specifically, the influence of liberalist anti-psychiatric thought in Anglo-Saxon countries; and finally, (3) the

<sup>5</sup> *L'istituzione negata*, a cura di F. Basaglia, Baldini&Castoldi, Milano 1968.

inquiry about the *ontology of the construct of mental illness*, that, as I will contend, is intricately linked to the critical concept of *diagnosis*, which currently stands as the focal point of a profound cultural transformation, a transformation we may want to watch closely.

## 2. *The epistemical positioning*

We have hinted that the idea uniting these movements it's that is crucial for psychiatrized people to speak up about their own condition, treatments, and care. However, these diverse movements may not necessarily agree on what, and which stakes are paramount in this discourse. We can find both reformist movements, which share a general goal of ameliorating the actual state of psychiatry, as well as more radical abolitionist movements. Likewise, the way these movements perceive anti-psychiatry varies, but it is generally marked by suspicion about its hierarchical position within the field.

The anti-psychiatry movement primarily originated from psychiatrists themselves. Even the most radical members, who advocated for the abolition of their own profession, were still influenced by institutional knowledge, and might have privileged of certain platforms because they held epistemic legitimacy through their scientific expertise and association with institutional and bureaucratic structures. While we can say that anti-psychiatrists were aware of this power and tried to use it precisely as leverage to change things, we can nevertheless understand why a suspicion in this regard remains. Mad activist George Reaume writes:

Yet, for all of their radicalism, this professional-led revolt against psychiatry had a degree of elitism. People in positions of power who did not experience madness themselves were telling the mad masses what was, or was not, good for them. Is this any different from mad studies?

Time will tell, and those who will do the telling should be mad people outside of the academy rather than those of us inside for it to have any meaning beyond self-justification<sup>6</sup>.

The intersectionality perspective regarding the emancipation of minorities, emerging in the 1990s but only beginning to gain traction as a preferred mode of discourse for emancipation, raises another issue, as discussed by Reaume: the predominantly male-centric-nature of the anti-psychiatric revolution. Franca Ongaro, who translated the Italian edition of *Asylum* of Ervin Goffman and co-authored several seminal texts with her husband Franco Basaglia, remains significantly less recognized for her contributions to the Basaglian revolution. Even when women were part of the movement, the historical context often prevented them from attaining the same prominence as their male counterparts. Additionally, it is undeniable, with the notable exception of Frantz Fanon, that anti-psychiatry was predominantly a movement led by white individuals coming from Western backgrounds.

### 2.1 *A dialectics that comes from within*

While it is unavoidable and crucial to acknowledge that anti-psychiatry operates at a higher level of power than psychiatrized people, it's also relevant to underline that it does not occupy the highest echelon. Psychiatrists, such as Basaglia, who serve as asylum directors, contend with a myriad of economic, political, and institutional constraints, ranging from budgetary limitations for services and staffing to interference from hostile political forces. Moreover, while psychiatrists may possess privileged expertise from an epistemological standpoint, this expertise is not their own creation; rather, it is the culmination of preceding research endeavors, often heavily bureaucratized and subject to external political

<sup>6</sup> G. REAUME, *How is mad studies different from anti-psychiatry and critical psychiatry?*, in *The Routledge International Handbook of Mad Studies*, Routledge, London 2021, p. 101.

and economic pressures. Basaglia's achievements demonstrates the existence of a certain degree of maneuverability in this regard – a perilously narrow margin for individual agency, capable of producing Basaglias as well as monsters – however, this does not diminish the reality that psychiatrists inherently wield a body of knowledge that contains elements of hegemony. As Basaglia observes, «If we passively accept this mandate, [the one of psychiatry] are we not complicit in the violence of power that dictates our actions?»<sup>7</sup>.

The “psychiatrist” is not a unitary figure featuring homogeneous powers: the power wielded by a famous psychiatrist working mostly in the academy is extremely different from the power handled by a psychiatrist who work in a psychiatric hospital. Anti-psychiatry is, crucially, an emancipatory enterprise that the psychiatrist enacts against the power-knowledge of psychiatry as a broad disciplinary institution, Great emancipatory power can reverberate from the dialectic of a thought turning against what legitimizes its very existence. Therefore, it may be true, at least partially, that, ad Adler-Bolton writes that «The Italian psychiatric revolution consequently was not truly geared around the needs and lives of the patients themselves, but toward a relation of resistance from within the profession of psychiatry itself»<sup>8</sup>. But psychiatry's resistance to its own dogmas could be considered a key element in the collective process of liberation from the distortions and aberrations of the discipline. This process should be as inclusive as possible, involving not only psychiatrists and patients, but all health professionals and workers in health care facilities. Within this process, anti-psychiatric thought, with its various currents, could be considered as one voice among many: important and crucial, but neither dominant nor privileged. However, we saw that for Chapman, anti-psychiatry was part of a general trend of pathologizing difference and diminishing resources for mental health, and this will require a further enquiry.

<sup>7</sup> *L'istituzione negata*, cit., p. 115, my translation.

<sup>8</sup> B. ADLER-BOLTON, A. VIERKANT, *Health Communism*, cit., p. 67.

### 3. *The political positioning*

In his critique Chapman has a clear target: hungarian psychiatrist Thomas Szasz.

Thomas Szasz is indeed one of the world's best-known critics of psychiatry: born in Hungary, he moved to the United States in the 1940s, where he became famous for his radical and provocative positions against psychiatry. Specifically, Szasz is famous for his theory that mental illness does not exist, it is a metaphor invented in the 1800s that ended up in the medical semiotic encyclopedia for purposes of social control.

For Szasz what we commonly refer to as illness is a clearly identifiable affliction of the body, detectable with the scientific instruments<sup>9</sup>. A clearly recognizable physical substratum has never been detected in the case of mental illness, which according to the psychiatrist became a concept solely because it endows psychiatry's coercive practices with scientific legitimacy. What people suffer, for Szasz, are just "problem of living". This theory, which we will discuss in more detail in the next section, was met with strong resistance from the beginning. For Chapman, this position is in direct opposition to the neurodiversity paradigm because it reifies and depoliticizes an essentialist concept of "body normality", on which neuronormativity is based: «Szasz, most clearly, built his argument based on the assumption that bodily medicine dealt with objective abnormalities of the body, as if bodily normality were a timeless fact, which he then compared to a comparatively 'mythical' mental illness»<sup>10</sup>. It is for this reason that Chapman feels compelled to assert: «[A]nti-psychiatry is part of the problem, not the solution. For despite looking different on the surface, in fact, it reinforces rather than

<sup>9</sup> T. SZASZ, *The Myth of Mental Illness*, in «American Psychologist», XV.2 (1960) pp. 113-118.

<sup>10</sup> R. CHAPMAN, *The Empire of Normality*, cit., p. 81.

challenges the logics of the pathology paradigm and the broader apparatus of normality»<sup>11</sup>.

The focal point of Chapman book is that neuronormativity is a set of limitations, implicit rules and subject disciplines that refer to an ideal cognitive subject for capital production. What falls outside this characterization is not captured as simply different, but as inherently pathological, through the conceptual grid provided precisely by psychiatry. According to Chapman, and this point is certainly cogent, Szasz's pronounced biologism remains perfectly adherent to this conceptual grid, rather than challenging it. Chapman captures something essential in his critique of Szasz, however, in his attempt to apply Szasz's views to the broader field of anti-psychiatry and possibly misinterpretations of his position on responsibility, Chapman appears to draw overly harsh conclusions, which I will address below.

### 3.1 *Freedom and responsibility*

Drawing on the analyses of Marxist psychiatrist Peter Sedgwick, Chapman identifies Szasz's rejection of the scientific legitimacy of the concept of mental illness as the core of a dangerous trajectory emerging from the psychiatrist's political views. Indeed, Szasz's political and social perspectives has strong affinities with a deep liberalist stance. While he does not oppose a minimal system of state care, in his work *Pharmacracy, Medicine, and Politics in America* he strongly advocates against the transformation of the welfare state into a therapeutic state. Instead, he favors a model of welfarism based on the free exchange of services between psychiatrist and patient. His thinking emphasizes the primacy of the individual over the collective, and his proposal for the abolition of the legal defense for insanity – whose scientific legitimacy he does not recognize – critiques the asylum institution without simultaneously

<sup>11</sup> *Ibid.*

addressing the equally necessary critique of the prison system, a viewpoint found in Basaglia and Ongaro's work.

Szasz's central concern lies in the concept of *freedom*: he ardently advocates for individual liberty and suggests a discourse on rights and responsibilities that unfolds within a paradigm where societal and environmental constraints are afforded limited attention. It comes as no surprise that scholars within the realm of disability and difference find discomfort in Szasz's framing of what he terms "problems of living". From the perspective of the social model of disability and the neurodiversity paradigm, disability arises from interactions with others and the environment, rather than from an individual's failure to take responsibility for their own "problems of living". Freedom, much like responsibility, may occur only in relation to the diverse forces shaping everyone's existence. These forces encompass aspects beyond one's control, such as racialization, physical and cognitive abilities, and social class.

The emphasis on individual responsibility and freedom, along with the rejection of the concept of mental illness and the associated welfare regime, did not alleviate suspicion regarding the political beliefs that sustained Szasz thought: «In particular, this world view underpinned Szasz's belief that people self-identified as 'mentally ill' mainly to take on a 'sick role' that allowed them to avoid taking personal responsibility for dealing with their problems in living.» On this point, I beg to differ on one point, subtle but by no means secondary. Szasz's polemic is not targeted to the subjects, but to the psychiatric institution: removes responsibility from the individual under the guise of scientific discourse, thereby depriving them of their freedom. That subjects in such de-empowerment might find relief and may seek it, is a secondary effect, which does not carry with it a moral judgment. It is dismantling the way through which knowledge and medical institutions deprive subjects of their freedom that drives Szasz's reflection against realist theories of mental illness:

My opposition to deterministic explanations of human behavior does not imply any wish to minimize the effects, which are indeed significant, of past

personal experiences. I wish only to maximize the scope of voluntaristic explanations—in other words, to reintroduce freedom, choice, and responsibility into the conceptual framework and vocabulary of psychiatry<sup>12</sup>.

The idea that responsibility plays a crucial role in reinstating freedom for individuals experiencing mental distress is also fundamental to Basaglia's approach. According to Basaglia, freedom is attained when one can make choices and take responsibility for their existence as a personal project within the world. He contends that freedom and responsibility are inseparable; thus, he argues that the task – at one time symbolic and effective – of removing the bars on asylum windows should not fall to the psychiatrist, but rather to the patients themselves. It is the patients who must liberate themselves.

Only through responsible action and praxis individuals realize their capacity to choose a personal project and actively inhabit it, escaping the dehumanizing effects of institutionalization. In this sense, for Basaglia: «The man, determined by things, deprived of his freedom, objectified, alienated, is ready to fall into sick objectification. Psychiatry, as the study of the pathology of freedom, is therefore faced with a sick humanity even before it becomes sick»<sup>13</sup>. Unlike Szasz, Basaglia was inspired by Sartre's thought, positing this alienation within the internal dynamics of class discrimination integral to capitalist society.

Alienation, we could say with Mark Fisher<sup>14</sup>, operates through the individual's *responsibilization* for their own mental well-being. In framing mental distress as a “private matter”, Szasz is both a victim of societal prejudices and a persecutor, as his ideas have reinforced and legitimized these harmful ideas. However, because society unfairly places the burden of distress only on the individual, the desire for or enactment of *de-*

<sup>12</sup> T. SZASZ, *The Myth of Mental Illness*, cit., p. 32.

<sup>13</sup> F. BASAGLIA, F. ONGARO BASAGLIA, *La maggioranza deviante: l'ideologia del controllo sociale totale*, Dalai editore, Milano 2010 p. 94.

<sup>14</sup> Cfr. M. FISHER, *Good for Nothing*, <https://theoccupied-times.org/?p=12841>, consulted on 15/05/2024.

*responsibilization* by individuals can be seen as a form of resistance. Anthropologists Nancy Scheper Hughes and Margaret Lock<sup>15</sup> propose that medical diagnoses can be utilized as tools for rejection or silent protest by marginalized classes. In this context, the clinical setting of objectified illness becomes a platform for expressing fear, anxiety, and anger, as individuals in such circumstances are not fully accountable for their condition. And this certainly happens not without risks. The question of the ontological reality of mental illness, a complex issue on the theoretical and epistemological level, and the responsibility of individuals, extends beyond a mere moralization of true or false illness. It delves into the intricacies of existence in the world, both as individuals and as marginalized subjects.

### 3.2 *Is antipsychiatry inherently right wing?*

While Szasz certainly did not invent the malingerer's problem, but he certainly helped legitimize it, it must be said that in Chapman's reading there is a problem of generalization and personalization. Demonstrating that Szasz's pro-capitalist perspective on psychiatry came to dominate anti-psychiatric discourse requires further examination. Notable figures in anti-psychiatry, such as Cooper, Laing, and Basaglia, along with influential thinkers like Deleuze, Guattari, Sartre, and Foucault, all espouse critical leftist ideologies, consistently opposing liberalism and the privatization of psychiatric services. While Szasz's influence, particularly in Anglo-Saxon countries, was undoubtedly significant due to his privilege of American audiences, attributing the construction of an implicitly conservative anti-psychiatric common sense solely to him, as argued by Sedgwick and Chapman, appears to be a hasty conclusion influenced by a certain Anglocentrism. Adler-Bolton summarizes

<sup>15</sup> N. SCHEPER-HUGHES, M. LOCK, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», I.1, 1987, pp. 6-41.

perfectly how the influence of right-wing thinking in anti-psychiatry harms the more collectively and socially oriented critique of other thinkers:

Many anti-psychiatrists who did not have left politics offered droves of unhelpful critique (like Szasz's theory that mental illnesses do not exist) while still couching their ideas within broader conceptual frames that are in fact helpful for left political projects (like Szasz's theory that the psychiatric treatment system is used improperly by the state as an extension of the legal system)<sup>16</sup>.

Of this attitude appears to be the perfect example. He was a useful figure within the trajectory of anti-psychiatry, boldly challenging conventions and advocating for non-coercive care, and he offered a vision of society capable of understanding differences and distress beyond medicalized frameworks. However, his idea of privatized models of mental healthcare, based on the free exchange of services among isolated individuals, is a problematic aspect of his legacy. Furthermore, his evaluations of psychiatry were often marred by a limited understanding of its epistemology and influenced by a radical Cartesianism.

Perhaps, however, in rereading Szasz, one must guard against the attitude that Foucault, in an interview discussing precisely the contradiction between Szasz's political views and theoretical positions, calls «criticism made through theoretical pox»<sup>17</sup>. The search for an essential evil, implicit when not actively hidden, in the psychiatrist thought, which would disqualify his entire theoretical framework. If much of Szasz's thought has resonated with his colleagues, it is also because he has dismantled important aspects of the systematic medicalization of human experience. With Foucault's words:

<sup>16</sup> B. ADLER-BOLTON, A. VIERKANT, *Health Communism*, cit., p. 69.

<sup>17</sup> M. FOUCAULT, *L'estension sociale de la norme*, (interview with P. Werner), in «Politique Hebdo», 212: Délier la folie, 4-10 mars 1976, pp. 14-16, p. 16, my translation.

I prefer to use the technique of interested plundering. Thoughts, discourses are certainly organized by systems. But one must consider these systems as internal effects of power. It is not the systematicity of a discourse that holds its truth, but on the contrary it is its possibility of dissociation, of reuse, of replantation elsewhere. [...] Szasz perfectly felt the deep resonance between the control functions of medicine, psychiatry and the state structures of control put in place since the 19th century. However, it seems to me that he is deluding himself if he believes that liberal medicine has freed itself from this, when in fact it is the extension of these same state structures, their foothold and antenna<sup>18</sup>.

Without giving him a central position, one can therefore use his thought by trying to grasp what to hold and what to criticize.

#### 4. *Mental illness and psychiatric diagnosis: old and new challenges*

Anti-psychiatry brought two contributions. First, a seminal analysis of psychiatric social control that helped resist certain manifestations of psychiatric oppression. Second, it brought new grounds for a cultural denial of mental illness that helped provide the state with a way to save money by closing the asylums while shifting former inmates to other carceral systems<sup>19</sup>.

According to Chapman, the anti-psychiatry movement's denial of the existence of mental illness has provided additional legitimacy for states to impose restrictions on welfare assistance and reduce attention to mental health care. From a social point of view, this denial would have contributed negatively to moralization and distrust of mental illness.

Once more, Chapman appears to depict anti-psychiatry as a personal movement, and throughout his text, there is this rationale whereby prominent, but isolated figures – Galton, Quetelet, and, as we have seen, Szasz – unduly shape perspectives on and narratives of mental distress.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> R. CHAPMAN, *The Empire of Normality*, cit., p. 84.

Although it is undeniable that anti-psychiatry has denied the ontology of mental illness as it was portrayed by mainstream psychiatric thought, Szasz's ideas have consistently faced criticism, even within the anti-psychiatric account itself. A significant divergence between Szasz's perspective and that of figures such as Cooper, Laing, and to some extent, Basaglia and Ongaro, lies in Szasz's refusal to acknowledge mental illness as anything more than a "problem of living". Unlike his counterparts, Szasz does not situate these problems of living within a framework of inherent societal injustice; instead, he attributes it to a natural and inevitable disharmony inherent in human relationships. While Szasz critiques psychiatry for its efforts to control and manage the discomforts of life, he overlooks the exploration of how individual suffering is intertwined with the ways of life designed and privileged by capitalist society, a subject tackled by Cooper, Laing, and Basaglia. His approach, rooted in Foucauldian inquiry, fails to extend into an analysis of psychiatric science and its reinforcement of societal superstructures. However, the issue surpasses mere ontological debate. It is a question of values, and probably of stakes. It is predictable that when stakeholders are given the opportunity to voice their perspectives, they often introduce unexpected issues, highlighting the danger of assuming knowledge of a subordinate group's needs from an external standpoint. Specifically, the Neurodiversity Movement presents a challenge to psychiatry, and notably to antipsychiatry, in an unexpected fashion, by claiming the psychiatric diagnosis as a means for both individual and collective recognition. The concept of diagnosis, directly linked to the "reality" of mental illness, emerges as a pivotal point of contention in the ongoing discourse surrounding psychiatry.

The Neurodiversity Movement encompasses a spectrum of perspectives, yet it shares a common belief in the significance of diagnosis – not only as an assessment conducted by specialists but also as a means for individuals to recognize themselves, comprehend their life challenges, pursue treatment, and importantly, find solidarity within a community of peers. Chapman contends that diagnosis is no longer an exclusively medical tool but has been reappropriated by autistic individuals as a

form of self-empowerment and as a political assertion: «Still, the distinct utility of disability classifications largely resides in their providing the grounds for solidarity, culture, and community understood in the context of the minority disabled group»<sup>20</sup>.

Psychiatric diagnoses, one of the fundamental tools of the discipline, are identity and destiny for the people who receive them. The antipsychiatric movement has been strongly critical of diagnostic categorization, seeing in the nosographic act a bracketing of the person from the abstract category of illness. This skepticism towards psychiatric diagnoses is eloquently articulated by Basaglia in *L'istituzione negata*, where he highlights the inherent risks of reducing individuals to abstract categories of illness. Basaglia's insights underscore the broader tension between the medical model of diagnosis and the holistic understanding of human experience advocated by antipsychiatric thinkers:

What this means, however, is that the sick person was isolated and bracketed by psychiatry so that we could deal with the abstract definition of an illness, the codification of forms, the classification of symptoms, without fearing any possible denials from a reality that, in this way, was being denied... The psychiatrist therefore makes use, in diagnosis, of a power, a technical terminology to sanction what society has already enacted in excluding from itself the one who has not integrated himself into the game of the system<sup>21</sup>.

On the last point, Basaglia and Chapman share a common ground: diagnostic classifications do not originate solely within psychiatry itself, but rather reflect existing prejudices and alienation present in society. These biases are inevitably reproduced, at least in part, by researchers and healthcare professionals who are deeply entwined with the societal context in which they operate. Psychiatry does not create these biases;

<sup>20</sup> ID., *Neurodiversity and the Biopolitics of Diagnosis* <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/neurodiverse-age/202103/neurodiversity-and-the-biopolitics-diagnosis>, consulted 15/05/2024 h. 12:00.

<sup>21</sup> *L'istituzione negata*, cit., p. 70, my translation.

instead, psychiatric knowledge emerges from the interplay of common sense, resistance from organized groups, and scientific research data. This Foucauldian argument is often paired with Ian Hacking's notion of the looping effect<sup>22</sup>, which posits that psychiatric constructions both mirror dominant ideologies and undergo constant transformation through acts of resistance. However, this does not suggest that feedback occurs between equally balanced sources of power, rather, it indicates, in a Foucauldian sense, that power is always met with resistance, and power relations are not centralized or hierarchical, but distributed across a microphysics in which we all participate. Poignantly, the use of Foucault here serves to further cast doubt on Hacking and Chapman's positions, suggesting that while minority groups undoubtedly resist hegemony, they also risk perpetuating it in their own practices and narratives.

Medicalization, as expounded by Foucault and anti-psychiatric discourse – particularly by Szasz himself – is a pervasive process of normalizing subjectivities through biological and medical frameworks. While neurodiversity discourse aims to shield itself from becoming a conduit for a new type of medicalization rooted in cerebral and biological essentialism, some oscillations suggest that this endeavor will be challenging.

#### 4.1 *Difference, disorder, identity*

The basic point from which the Neurodiversity Movement starts is that autism, along with ADHD and other conditions, defines people who share a neurobiological and genetic difference. They share difficulties and limitations in the social environment due to a society that was not designed for the way they approach sociality, work and the environment. The difference is cognitive, genetic, congenital. But disability, according to the social model, arises in interaction with an environment unprepared for difference. What then, according to Chapman, is the difference between a neurodiversity condition and a pathological

<sup>22</sup> I. HACKING, *Kinds of People: Moving Targets*, in «Proceedings of the British Academy», CLI, pp. 285-317.

condition, a mental illness? On this point, Chapman is understandably very cautious. In an article published in 2019<sup>23</sup>, he argues that a mental disorder is something that is harmful to the person or those around them, caused by a hostile environment, which may or may not have a genetic root. A neurobiological difference, on the other hand, is innate, but manifests itself in and through the social: an unfavorable environment, that is, one that is not designed to meet the needs of that neurotype, will expose the difference, while a favorable environment may hide it even for a lifetime. So disability is a kind of emergent property, but neurodiversity is not; it is inherent in cognitive functioning. However, Chapman argues, if a neurotypical person has an accident that changes his or her brain functioning and, because of that, encounters all the difficulties of an autistic person in life, it makes complete sense for him or her to identify as autistic, suggesting that neurodiversity doesn't need be innate. But this identification cannot simply come through biological difference: there are disorders of probable genetic etiology – Chapman gives the example of anorexia – that cannot be called differences, because they are harmful to the subjects for those close to them; they are therefore real disorders.

In the way he deals with the issue, there is a certain confusion of different levels: that of innate, essential difference and that of identification, subsequent and contingent. But also, that of neurological difference, which at first seems to play a central, defining role, only to end up appearing entirely incidental. This confusion persists, I think, even in his most recent work, which moves in the direction of new conceptions of neurodivergence, an umbrella term - not a medical one - intended to lump together all people whose functioning does not conform to the dominant ideology of how a person should be and act.

Chapman makes the clear assertion that these concepts are now partly independent of their own medical-scientific validity because they

<sup>23</sup> R. CHAPMAN, *Mental Disorder within the Neurodiversity Paradigm*, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/neurodiverse-age/201907/mental-disorder-within-the-neurodiversity-paradigm>, consulted on 15/05/2024.

are primarily political identities, but the biological, neurological basis of the discourse seems an ineradicable residue in the very way this identity is presented. The movement's vocabulary remains strongly centered on cerebral difference, so much so that Ortega recounts how neurodiversity brings into play a new way of constructing subjects through a somatic identification that creates the anthropological figure of the "cerebral subject"<sup>24</sup>. This focus on the neurological and biological aspects of difference is another strong point of contrast with antipsychiatry, which has tended to prefer to see mental distress in its phenomenal and social manifestation, trying to avoid the reification of the disorder and the compartmentalization of the individual into its parts. In my opinion, however, the breaking point does not really lie in realism or relativism about mental illness. Basaglia, like other colleagues, did not argue that mental illness did not exist, nor that biology did not play a role in its constitution. His phenomenological stance led him to see the living being as a synolus of lived body and biological body, and subjects as immediately and inseparably situated in an environment and a network of relations, limits and possibilities. The difference, in my view, lies in Basaglia's and anti-psychiatry's rejection of biological determinism and essentialism, but more importantly of psychiatry's need and claim to define human types according to these categorical grids.

#### 4.2 *The issue about needs*

From a psycho-diagnostic point of view, neurodivergences are currently only recognized through behavioral markers. This means that it is virtually impossible to distinguish who is neurotypical and who is not based on "innate" characteristics, assuming that this innate/environmental and biological/social distinction is one that we still want to maintain in our psychological sciences. I find Chapman's attempt to break out of this impasse through the Sartrean concept of "serial

<sup>24</sup> F. ORTEGA, *The cerebral subject and the challenge of neurodiversity*, in «Bio-Societies» IV.4, 2009, pp. 425-445.

collective” very interesting: autistic people are not a group defined by a medical diagnosis or by a particular type of brain: they are people who happen to share the same needs and limitations in current society<sup>25</sup>. I find this approach noteworthy because of its capacity to unite individuals through shared necessities and a collective project of emancipation. However, it prompts one to question the rationale behind retaining the suffix “neuro”, as well as a terminology inherently linked to cognitive processes, and the advocacy for diagnoses as an indispensable facet of therapeutic intervention.

There is a sense that, once again, the essentialism that had been bracketed off in an attempt to disentangle identity politics from ideology and biomedical authority remains, ambiguously and never fully addressed, at the basis of the theory. Chapman is certainly right, when says that diagnosis is an immediate way for people to recognize themselves as part of a collectivity, but his conclusion that this can become the emancipatory means of creating more communal care is open to more than one doubt. Indeed, one might consider whether there are alternative avenues to foster collective unity without relying on one of the most contentious and ideologically charged tools within psychiatry. An instrument that, even if emancipated from the authority of the diagnostician who confers it – as is attempted through the practice of self-diagnosis – remains deeply entangled in the meshes of the machine of creation and legitimization of psychiatric knowledge. But it could be argued, with good reason, that diagnoses hold significance for another critical reason, one that is exceedingly practical and urgent: facilitating access to services.

For that matter, many patients did (and still do) find it helpful to see their psychological problems as mental illness or disability. Many also found state and professional support useful – yet all this would be undermined if Szasz’s views became widely accepted<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> R. CHAPMAN, *The Empire of Normality*, cit., 147.

<sup>26</sup> Ivi, p. 73.

In this respect, it can be argued that anti-psychiatry has provided a fundamental answer: that access to services should not depend on diagnostic categorization. That *needs* should come before the *classification* of human types, in the creation of knowledge, as in the allocation of resources. In the demands of the Neurodiversity Movement, there is clearly a laudable pragmatic intent aimed at solving a *hic et nunc* problem. It is crucial, however, to examine the implications of this collision between recognition needs, nosographic-descriptive categorisations, and neurobiological descriptions of human difference. Situating the legitimacy of claims in a neurotype-based identity risks implicitly endorsing the essentialism and bio-neurological determinism that dominates the mind sciences in recent years. Especially regarding the “brain or blame” disposition that is becoming increasingly widespread in the sciences of the mind and in common sense, whereby any affliction that can be traced back to the body, in the Cartesian sense, is seen as inevitable, more real and acceptable than afflictions for which a precise somatic cause has not been detected. The depathologization of this kind of somatic identity, defined as a source of pride or at least positive feelings, could ground even more prejudice toward conditions for which an explicit neurological cause has not been found. This would not, of course, be the direct responsibility of the advocates, but it is a significant side effect to be considered, because diagnosis is a concept dense with history and, crucially, moralizations. If the prevailing narrative suggests that individuals with neurological conditions are fundamentally distinct from those with psychological conditions, there’s a danger of deepening the existing disparities in treatment and moral judgment. The risk is to make neurobiological essentialism the only “safe space” for legitimizing mental distress.

Upon closer scrutiny, the potential risk lies in how the discourse of neurodiversity, rather than inserting an intermediary node between the conventional binary of normal and pathological states – a node with the capacity to disrupt this opposition from within – could end up adding a

new layer of nuance to the definition of normalcy. Anti-psychiatry's critique of the excessive use of diagnostic labels, therefore, remains not only valid, but could provide a fruitful counterbalance to the discussion. At the midpoint of the dispute, it's likely that we'll witness the emergence of a new and productive discourse concerning the needs of psychiatricized people, including those, very valid ones, that underlie the symbolic and aggregative need of a shared identity.

### *5. To conclude: between science and justice*

Ecco appunto l'antipsichiatria. Nemica della sobrietà, lontana mille miglia dalle cautele del modo scientifico di indagare, sembra che l'antipsichiatria abbia bisogno, per crescere, di un terreno culturale in cui non si rifugge dalla retorica<sup>27</sup>.  
Giovanni Jervis

Anti-psychiatry has been controversial terrain for its own protagonists, who often, like Basaglia, Szasz, and Giovanni Jervis – who opens this paragraph – struggled to recognize themselves as protagonists of the very countercultural movement they had shaped. As we read from Jervis' excerpt, the need to find a middle ground between the scientific foundation of the discipline and the human understanding of the patient has always been a central point of contention in the history of psychiatry and antipsychiatry. And unsurprisingly, it is an issue connected with the role of political stances in psychiatry, with proponents of strictly scientific approach tending to eschew the idea that psychiatry is also a way of seeing and thinking about society and politics, advocating for the neutrality attributed to the hard sciences, and those who argue that treating humans is inseparable from treating the society in which they live. Between these two extremes there has been no shortage of attempts at

<sup>27</sup> «This is precisely what anti-psychiatry is. Enemy of sobriety, a thousand miles away from the caution of the scientific way of investigating, it seems that anti-psychiatry needs, to flourish, a cultural environment where it does not shy away from rhetoric». My translation.

compromise, in psychiatry as in antipsychiatry, and we can say that certainly Basaglia represented an important attempt to cure society while curing the body, to deal with politics as well as biology, and above all to overcome, and to *unthink*, this untenable divide.

Although this has always been a central aspect of the critique of psychiatric knowledge, we cannot say that we have really succeeded in finding “the subject” between nature and culture, individuality and environment, body and mind, or the psyche between the brain and the soul. With the extraordinary and encouraging progress in neuroscience, which has thrilled research and common sense in the last century, the bar has shifted back to the scientific – and sometimes scientific – side, preferring a way of thinking of people as machines subject to impulses, stimuli and with precise ways of functioning. The spiritualist, naively enthusiastic drifts on mental illness of the antipsychiatric period were perhaps guilty of leaving a flatly provocative idea of what could be a rethinking of psychiatric knowledge in a political sense. A fundamental and valuable aspect of Chapman’s text is that it recognizes how capitalism can bend in its own direction even the most hostile counter-cultural movements, as anti-psychiatry has sometimes been. It is therefore extremely useful today to ask oneself, from the point of view of the users, what went wrong with anti-psychiatry, a movement that today seems unable to make much of a difference, even within its own professional field. However, as I have briefly tried to illustrate in this essay, anti-psychiatry has been, and could still be, something more than just one of the many naive afflatuses that animated the contestation and then been absorbed into the capitalist system as harmless, reassuring counter-discourses. Anti-psychiatry can still be a movement of internal dialectics, the necessary, vital negative of psychiatry. In order to do so, it can only look at the demands of the new movements of people who have firsthand experience, accepting to place itself as a point of view, not central and no more authoritarian than others, of a movement in which the protagonists are the autistics, the Mad, the psychiatrized. Again, with Basaglia: it is the patients who must free themselves from the bars of the

asylum. Today, we might want to say: only psychiatrized people can reimagine cure.

Psychiatry is perhaps the quintessential knowledge-power, able to enact basically uncontested techniques of self-construction and everyday practices of privatization of mental distress. In the oscillation between science and political engagement, psychiatry tends toward the scientific side, presenting itself as a neutral discipline of selves, interested in the good of increasingly cerebral, isolated subjects parceled out into somatic functioning. The problem that many anti-psychiatrists had warned of, when they railed against this de-politization of human pain, was how hegemony can use science to legitimize and reproduce itself through the relief that sells to the citizens. Science finds itself, in every sphere, in this ambivalent position, because it legitimizes, in a defining way, practices and limitations in a claimed neutrality and impartiality, concealing the forces of power that constitute it. In this ambivalence, however, lies the fundamental counterbalance that Jervis, Chapman, and Basaglia, and perhaps, more naively, Szasz, saw in it: the fact that science has been, is, and can be, an important part of the emancipation of subjects, not only because it gives the means to explain and understand, but precisely because those means are immediately legitimized in our scientific image of the world. The power of science, that of legitimizing discourses in society broadly, is thus like all powers, dual and ambiguous. It can be used to take away freedom as well as to give it. It is a human product, sometimes too human, and therefore subservient to the meshes of capital, accumulation and exploitation. Here lies the need for the countervailing leverage of anti-psychiatry: to be an opposing force, a necessary resistance, part of the broad effort in monitoring the long-term effects of counter-narratives. That is precisely because it stands in a middle ground, between scientific expertise and human pain, the person, the injustice of reified deviance. We have tried to illustrate how even within the discourse of neurodiversity there might be hidden “master’s tools” that can escape our control. The idea that ontological discourse on mental disorders should always be viewed with suspicion, and that scientific endeavors should be monitored in both their methods

and results, never taken as definitive but always subject to negotiation with suspicion and praxis, is more fundamental today than ever before. Anti-psychiatry could be, in this regard, another standpoint that poses its own questioning: where does the disorder begin, where does the difference begin? Where do they take root, from which point do they radiate? What do they signify, what do they tell us about the society we live in? Where does the *man* begin? In their own mind, into the body, in the intricacies of their relationships? And where do they end? Within the sealed confines of the skin, within society, within the vast expanse of the world? On the other hand, as Emily Dickinson suggested: «The brain is wider than the sky».

# BASAGLIA'S "ANTI-PSYCHIATRY" INTER- PRETED THOUGHT GALTUNG'S DEFINITION OF A(N INNER) CONFLICT

di Antonino Drago

## *Abstract*

Present communication shows that Franco Basaglia's intellectual path from a positivist conception to an existentialist and Heideggerian conception of psychiatry corresponds to an adding to the only dimension of objective Behavior (B) which the traditional psychiatry saw in a mentally ill person, two more dimensions: C (contradiction, feelings, human relationships) and A (assumptions, pre-conceptions) so that without knowing it Basaglia shared Johan Galtung's representation of a(n inner) conflict as an A-B-C. Through Galtung's definition a mental illness is characterized as a C which determines the personal behavior B, whereas A is unconscious. On the other hand, an institution is characterized as an A which determines a person's behavior B (also within his collective actions) by suffocating his C. Moreover, through the A-B-C the psychoanalytical method is characterized as a process of growing awareness of both Patient and Analyst; this process is performed by a specific cooperation of two actors during a session: Patient's B is the soft behavior of remembering dreams, while Analyst's B is silent; moreover, A is silent in the former one, while is active in the latter one; C is verbally expressed by the former one while is virtually simulated by the latter one. In such a way they together make experience of the inner conflict at issue as they were only one person with his own A-B-C. It is shown that the decisive steps of this therapeutic process are based on a clever use of negations, culminating in a translation from a virtual world to a real world; this translation consists in an Analyst's application of the principle of sufficient reason, suitably subjected to two reality constraints, to the conclusion of his elaborated theory of Patient's ill. This kind of therapeutic process of a Patient parallels what Basaglia performed for overcoming the forced life inside an authoritarian institution (asylum). I will interpret the conflict between a person with mental illness and an institution, where institution's interaction with a patient is interpreted as a triadic conflict, indicated by an A-B-C. Basaglia's general attitude is at last discussed.

*Keywords:* Franco Basaglia, Beyond positivistic psychiatry, Galtung's definition of a conflict, Interpretation of the psycho-analytic process, Interpretation of the de-institutionalization.

## 1. *Introduction*

The leading idea of the following analysis is Johan Galtung's general definition of a conflict. A conflict is an A-B-C, where A means Assumptions, B behavior and C (inner) contradictions.<sup>1</sup> First of all, that means that a conflict has to be understood through three independent dimensions, which in Galtung's writings are defined in various ways but (as a previous paper fixed them<sup>2</sup>) are substantially the following ones: A assumptions, B Behavior and C interior contradiction

The triadic nature of a conflict gives reason of the lack of past Western theories on it; since Greek's times, Western thinking was confined to conceive single ideas or at most two contra posed ideas (e.g. true/false, good/evil, proletariat/bourgeoisie, etc.), never three ideas coalescing into one idea (apart the idea of Christian Trinity, which however was almost useless owing to its unavoidable oxymora). This triadic thinking is a novelty to which Western thinking and philosophy were not prepared by previous elaborations.

Galtung's definition covers all kinds of conflicts, ranging from the wars (e.g. Clausewitz' theory of war) to the social conflicts (e.g. Marx' theory of class struggle), the interpersonal conflicts and the inner conflicts (e.g. Freud psychoanalysis)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> J. GALTUNG, *Peace by Peaceful Means*, Sage, London 1996, chap. 2, 1.

<sup>2</sup> A. DRAGO, *Improving Galtung's A-B-C to a scientific theory of all kinds of conflicts*, in «Ars Brevis. Anuari de la Càtedra Ramon Llull Blanquenra», XXI, 2016, pp. 56-91.

<sup>3</sup> A. DRAGO, S. MARADEI, *Getting out the vagueness of medicine: the four English names for disease*, in «US-China Education Review A», 14, 2024, pp. 566-577.

Through Galtung's definition one characterizes a mental illness as a C which determines the personal behavior B, whereas A is either silent or stray. On the other hand, one characterizes an institution as an A which determines a person's behavior B (also his actions within collective groups) by suffocating his C. These ideas are easily recognized as representing both Franco Basaglia's elaboration on mental illness and the leading ideas of the movement for a new treatment of the persons confined inside psychiatric hospitals.

In sect. 2 I will present the evolution of Basaglia's thinking from his positivistic studies to a more wide horizons which correspond to his taking-over of a viewpoint corresponding to Galtung's definition of an inner conflict as composed by three dimensions, A-B-C. In sect. 3 I will present a fresh interpretation of the psycho-analysis process as modeled by the triadic definition of the A-B-C. In sect. 4 I will suggest an interpretation of Basaglia's evolution from his previous phenomenological viewpoint to his adhesion to also a political (Marxist) one. In sect. 5 I will interpret the conflict between a person with mental illness and an institution, where the institution's action and interaction with a patient is interpreted as a triadic conflict indicated by an A-B-C. Basaglia's general attitude is at last discussed.

## *2. Evolution of Basaglia's thinking from positivism to an open view implicitly adhering to Galtung's definition of a conflict*

Owing to the dominant culture of Basaglia's time his education to the therapeutic care of mental illness was of a positivistic kind. The symptoms were decisive for both characterizing the illness and deciding the borderline between malady and sanity. In the first case the destiny of a mental ill person was marked irreversibly: an internment inside an asylum for badly surviving together with other persons suffering all kinds of mental ills, without any hope of a change of life, apart an almost miraculous recovery.

In other terms, being four the basic names of a malady in English language<sup>4</sup>, the mental ill was essentially treated as a sickness; this notion describes the concept of malady from the viewpoint of society which through its public health institutions takes care of the sick person.

“Sickness” refers [malady] to the social dimension: the ability to meet obligations of group living. It is the result of being defined by others as “unhealthy”. It generally results from having one’s failure to meet social obligations defined by others as the result of disease or illness<sup>5</sup>.

Sickness is a social identity. It is the poor health or the health problem(s) of an individual defined by others with reference to the social activity of that individual<sup>6</sup>.

*Point of view:* of society. *Keywords:* social status, social role of sick person, socio-health system *Idea:* Anomalies in the structure and functioning of body system.

Being at fault for the structure of social life. Inability to fulfill social obligations. Reduction of participation in organized life, with consequences for the social relationships of others. Evidence of a deviation from the social norm. Statement of malady given by others. Social acknowledgement of being ill. Social objectification of a person’s malady as qualified by health care medicine. A specific case of lack of social participation contemplated by the employment contract<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> A. DRAGO, *Improving Galtung’s A-B-C to a scientific theory of all kinds of conflicts*, cit.

<sup>5</sup> A. C. TWADDLE, *Sickness and the Sickness Career: Some Implications*, in L. Eisenberg, A. Kleinman (eds.), *Clinical social science, The Relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht 1981, pp. 111-133, p. 112.

<sup>6</sup> ID., *Disease, Illness and Sickness revisited*, in *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, a cura di A. C. Twaddle, L. Nordenfel, Linkoepping, 1994, pp. 37-53, p. 40.

<sup>7</sup> A. DRAGO, S. MARADEI, *Getting out the vagueness of medicine: the four English names for disease*, cit., p. 572.

Let us compare the mental ill intended as a sickness with Johan Galtung's notion of a conflict as an A-B-C<sup>8</sup>. First of all notice that the positivistic conception of a mental ill objectively recognizes the symptoms of the malady of a deviant behavior (referred to an abstract idea or even a mind's lesion), i.e. as only a B. No attention is devoted by the positivistic conception to A, i.e. the premises of this behavior, as well as C, i.e. the inner feelings experienced by a ill person. According to this conception the B is enough for qualifying in society a mental ill person and for deciding his forced exclusion from the social life, by confining him into an asylum. In sum, also for a positivistic conception a mental ill person is mainly a social problem decided by an authoritative institution; and a "sane" society has to reject a mental ill person as including "foolish" aspects.

Going beyond the B of the positivistic view Basaglia, through the phenomenology of Husserl, Heidegger, Biswanger, Minkowski etc., recuperated as an essential dimension the C of a mental ill person. Here, Basaglia met the great difficulty of a reconstruction of a scientific attitude capable to take into account the entire personality of a patient, whose inner world was devastated. No longer for Basaglia the subjectivity of a mental ill person is a dark hole, but it is dealt as an essential component of his interaction with the therapist. That means that the feelings of a mental ill person are not only admissible but constitutes an essential part of the cure. Which is conducted by the therapist according to an attitude not of detachment, from the outside of the patient, but by sharing as much as possible the feelings communicated by the patient

<sup>8</sup> Actually, Galtung had conceived this triadic thinking already in 1972. In a paper devoted to epistemology (J. GALTUNG, *Empiricism, Criticism, Constructivism. Three Approaches to Scientific Activity*, in «Synthese», XXIV, 1972, pp. 343-372) science itself was conceived as a triangle, whose vertices are Data, Theory and Values and whose sides are Empiricism, Criticism and Constructivism. By ignoring the remaining parts considered as extraneous to a scientific attitude the positivistic attitude reduces this triangle to Empiricism and Data. The deep gap between the two conceptions manifests the deep difficulty met by the scholars of this time wanting to exit out the Empiricism-Positivism.

and guessed by the therapist. So that these two distinct persons live in common as much as possible a same C. In such a way their interaction is not governed by the rationality of the dominant scientific epistemology; to which Basaglia addressed harsh criticisms:

science is crazier than madness because the scientific thinking undergoes the same process as *dénudation*, which Basaglia talks about, continuing Minkowski, regarding schizophrenic thinking. Thought is «stripped, enucleated, stripped of its part unreality that exists in it. Real and unreal cannot but coexist and integrate, because stripping one of the other will take place or a rich delirious flourishing or a hyperconcrete, a hyperrational that ends with the represent nothing more than a caricature of real<sup>9</sup>.

This rationality is based on the dichotomy True/False referring to only ontological beings, approximately instantiated by the things of the real world. This rationality presents itself as an unavoidable one. The entire society conforms itself to this rationality, so that a simple deviation from it, presented by the life of a mental ill person, is a manifestation of a malady; on its hand the social life, in order to assure its best working, has to exclude the ill person from it. It is this kind of rationality that governs the positivistic attitude.

Instead Basaglia did not believe in the appropriateness of this kind of logic for understanding the therapeutic interaction, which rather has to be based on the discovery of the logic of emotions and idealities, even if the mental ill person experiences them through non-standard models of reality, which therefore may be described through a different kind of logic from the usual one.

Actually, in science some theories (e.g. Lazare Carnot's differential calculus in 1787, Sadi Carnot's thermodynamics in 1824, Lobachevski's geometry in 1840) introduced non-standard models describing non-real

<sup>9</sup> Quoted in M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano 2001, p. 44.

worlds that however lead to discover new schemes of comprehension of the subjects at issue. It is remarkably that this introduction of non-standard models is governed by an important non-classical logic, the intuitionist one<sup>10</sup>. This point will be considered in details in the following.

In sum, Basaglia has the great merit of having overcome through his therapeutic process and his path suggested by him for a new social life the Italian positivistic attitude which had locked up patient's personality inside an iron cage of only objective data; he has introduced new ways of understanding this personality. But, given the poor general culture of his time he achieved no more than philosophical and subjective conceptions of these subjects, not a structural definition of the kind of malady at issue. On the other hand, no one of the (anti)-psychiatric movement of his time discovered a link between the novelties and structural Galtung's definition of a conflict.

### 3. *Freud's theory and Galtung's definition*

Since directly or indirectly all therapists referred to Freud's theory it is important to recognize that it is well-illustrated by the A-B-C of the inner conflict to be cared.

More than a century ago, by breaking a long tradition of metaphysical conceptions of a person's interior, Freud started a therapy of inner conflicts. After him, a century elapsed before Galtung defined in general terms a conflict. Freud substantially anticipated Galtung's definition of a conflict that occurs according to three independent dimensions. Conversely, Freud's theory is easily illustrated through an A-B-C. The three dimensions parallel the three theoretical objects described in a personified way by Freud, respectively: A is represented by the Super-Ego, B by the Ego, C by the Id. The first two parallelisms are manifest; the third,

<sup>10</sup> A. DRAGO, *Pluralism in Logic. The Square of opposition, Leibniz's principle and Markov's principle*, in *Around and Beyond the Square of Opposition*, ed. J.-Y. Béziau, D. Jacqueline, Birkhauser, Basel 2012, pp. 175-189.

C, is the result of Id's drives which are in contradiction among themselves as well as with both Super-Ego and Ego.

### 3.1 *The roles played by the Patient and the Analyst*

First of all, Freud's therapy adds to a person suffering an inner conflict (the Patient) one more person (the Analyst); in other words, it doubles the person taking care of the conflict of the original system. In terms of persons, this is the least generalization, the adjunction of one person. Why? Because an adjunction simplifies the search for a solution of the problem - as Lazare Carnot suggested it about a mathematical system: "To generalize is to simplify"<sup>11</sup>. Once a solution is obtained, in order to come back to the original system, being equipped with the wanted solution, one has to eliminate in a formally correct way the adjunction.

In the past several founders of scientific theories of not-paradigmatic kind (Lazare Carnot in mechanics, geometry and calculus, S. Carnot in thermodynamics, Lobachevsky in non-Euclidean geometry, Galois in his algebraic theory, Klein in group theory of geometries, Einstein in special relativity, etc.) have applied this method<sup>12</sup>. Also the first non violent person in Europe, Aldo Capitini, applied in order to found his philosophical theory of non-violence<sup>13</sup>. In the case of Freud's therapy the

<sup>11</sup> L. CARNOT: *Dissertation sur la théorie de l'infini mathématique* (1781), in *Lazare Carnot Savant*, ed. C. C. Gillispie, Princeton U.P., Princeton 1971, p. 258.

<sup>12</sup> A. DRAGO, "Pluralism in Logic. The Square of opposition, Leibniz's principle, cit., pp. 175-189. This paper presents all those details of the above mentioned theories which will be referred to in the following.

<sup>13</sup> A. CAPITINI: *L'avvenire della dialettica*, in *Il messaggio di Aldo Capitini*, ed. G. Cacioppo, Lacaíta, Manduria 1969, pp. 187-194; A. DRAGO, *Peace Profile: Aldo Capitini*, in «Peace Review», XXVI.3, 2014, pp. 434-439, sect. 3. Also Galtung suggests to look for a non-violent conflict resolution by means of an adjunction; he suggests as an instance the well-known tale of the three sons receiving an heredity of 17 camels to be partitioned in the proportions of  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{3}$  and  $\frac{1}{9}$ . The rebus is solved by the adjunction of one camel, which at the end of the divisions, performed on 18 camels, can be freed.

adjunction is exactly aimed at making easier the search of the solution of the illness. Once the wanted solution is obtained, the (interaction with the) Analyst is abandoned by the (healed up) Patient<sup>14</sup>.

But what is this interaction? Freudian therapy rationalizes a component of the therapy, i.e., the transfer between Patient and Analyst. In order to explain this process of resolution I double Galtung's triad A-B-C in correspondence to previous adjunction of one person. Now we have to think through a complex system of several (six) dimensions in their cooperative representation of an *a priori* obscure process. However, under a closer inspection the situation is not so much cumbersome as it appears at glance. In his interaction with the Patient the Analyst actually suppresses its B, apart his speaking in a gentle way, so much to never hurt or shocking the Patient. In other words, the Analyst's B is reduced to suggesting merely soft ideas, which could be considered by the Patient as coming not from a different person, but from himself, like any new idea which born in his mind. Patient's B instead is present; but only as a plain behavior, since he merely talks on his unconscious life, as dreaming and similar experiences; and moreover Patient does it without responsibilities or even without awareness; in other words, and under another viewpoint, Patient's A is made at all silent.

Instead Analyst's A is very present; it put in place his professional preparation and personal assumptions, his human experience of a mature person; and it interiorizes the contents of Patient's verbal communications, elaborates these contents, takes decisions on how to elaborate them in order to eventually suggest to the Patient (no more than) some hints, aimed at opening his mind to productive novelties. Moreover, along the time of a session Analyst's A forces his C to concur with Patient's C (the two C's are different only outside a session; in particular,

<sup>14</sup> More details on this method are presented by A. DRAGO, E. ZERBINO, *Sull'interpretazione metodologica del discorso freudiano*, in «*Rivista di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, LVII, 1996, pp. 539-566, sect. 2f.

Analyst's C re-gains its freedom to interact with his other two dimensions B and A in order elaborate the material gathered inside a session).

Let us compare the two actors through their three dimensions. We see that, in the absence of Patient's A, Analyst's A plays a dominant role in orienting the interaction, although Analyst interacts rarely and in a very soft way. In particular, their mutual communication is highly unbalanced: while the Analyst is almost silent, the colloquial behavior (B) of the Patient dominates the scene of their interaction; it occasions a lot of subjects of conversation through which the two persons interact. Notice that Patient's contribution is very great, but only occasionally relevant to the final result, the recovery; whereas Analyst's contribution is small, but is so much important to be decisive in addressing their interaction.

By superimposing the triads A-B-C of the two actors, we obtain a unique C (coming from the amalgamation of both C's), a unique B (i.e. the behavior of Patient's talking) and a unique A (i.e. Analyst's one). In sum, the kind of interaction of these two persons defines an intimate, visceral symbiosis of two distinct persons through their common sharing a same C, plus Patient's B and Analyst's A. In total, these three dimensions shape one "augmented person". In other words, during a session the therapeutic process is experienced by two persons, but it works as a living experience of one person, i.e. the augmented one; therefore, the therapeutic process does not exit out the life of a human being. Indeed, by this superposition of the two A-B-C's the joined two persons gain a mutual and calm cooperation, encouraging them to have a mutual transfert of feelings and even love (C). This fact guarantees that the therapy works as a sane human process.

### 3.2 *The crucial role of the doubly negated propositions within Patient–Analyst’s verbal communication*

Fortunately we can exploit a very important Freud’s reflection about his therapeutical method, i.e. a short paper titled *Die Verneinung*<sup>15</sup>. There, Freud explains that a linguistic negation represents an affective negation, i.e. a Patient’s repression of a psychical trauma, which sometimes slipping out inner repression emerges into the objective world: «The negation is already a taking into account of the repressed trauma... yet it is not a [conscious] acceptance of it». Therefore Freud invites Analyst to catch each negation of Patient’s talking; for instance the following negation: «It is not my mother (that I wanted to kill). From it Freud deduces an affirmative proposition: “Thus (German: *Also*), it is the mother».

This “Thus” is a strange logical implication, because it is not a single deduction – and even less a purely deductive process - which can address to a sure recognition of Patient’s trauma or whatsoever is at the origin of his illness. Moreover, Freud has no evidence for supporting the affirmative conclusion, because not all Patient’s negations refer to his subconscious. In general terms, a deduction of classical logic based on the bivalence principle (true/false in a mirror way) cannot at all deal with an idea composed by three dimensions, as a conflict is. Therefore, at this step of the therapeutic process the Analyst is allowed to advance no more than a suspect. I conclude that this Freud’s “deduction” was incorrect and that for this reason in the subsequent part of his paper Freud missed to explain through which kind of investigation an Analyst is capable to transform a suspect into a productive hypothesis for recovering Patient’s well-being.

The conclusion, being a suspect; has rather to be correctly represented by a doubly negated proposition: «It is not true that he did not

<sup>15</sup> S. FREUD, *Die Verneinung*, in ID., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, London, 1953-1974, vol. 19, pp. 233-240).

want to kill his mother». It is remarkable that the original text of each of the above-mentioned scientific theories includes a lot of DNPs; also for this reason in the above I suggested that the proposition to be built on Patient's proposition is rather a DNP. Moreover, it is the triadic nature of a conflict that obliges the Analyst to make use of non-classical logic.

Notice that the latter proposition is Patient's one with the addition of one more negation.<sup>16</sup> Let us remark that at Freud's time no mathematical logician gave relevance to a doubly negated proposition. Yet, later it gained great relevance because it was proved that the failure of the double negated law («Two negations do not affirm») constitutes the best borderline between intuitionist logic and classical logic<sup>17</sup>. Hence, when in a text a doubly negated proposition does not correspond in meaning to its corresponding affirmative proposition, it represents a case of failure of the double negation law of classical logic and therefore it belongs to intuitionist logic (DNP).

Actually, the crucial problem of Freud's method is subsequent his illustration of the adjunction of a negation: How Analyst can *reason* about a suspect about a Patient's trauma? (It is not a valid objection that a reasoning is impossible because the content of a DNP is not circumscribed in a clear-cut way; instead, such is the nature of an inductive reasoning of the Analyst, like the kind of reasoning within all the above theories).

<sup>16</sup> This addition does not represent a Hegelian move. In Hegel's dialectic one starts from an affirmative (term, or) proposition, then negates it and at last adds one more negation in order to obtain a transcending proposition of the previous two; i.e. he gives reality to all three propositions (respectively: affirmative, negative and doubly negated). Instead, here both affirmative and negative propositions are only partially true; whereas the doubly negated proposition expresses a reliable suspect, to be then elaborated in order to eventually grasp something on the reality.

<sup>17</sup> D. PRAWITZ, P.-E. MALMNAAS, *A survey of some connections between classical intuitionistic and minimal logic*, in *Contributions to Mathematical Logic*, ed. by H. A. Schmidt, K. Schütte, H.-J. Thiele, North-Holland, Amsterdam 1968, pp. 215-229.

Surely, an Analyst has to mutually compare all the elements in his possession in order to theorize Patient's interior situation and then answer to the following question: Does my accumulation of elements lead to compose a consistent framework with Patient's personality and his illness? Surely, Analyst cannot decide about the mutual consistency of these elements by deriving them from assured axioms, which here are lacking. And even if some fixed points there existed, an Analyst cannot attribute his logical deductions to Patient's life, since latter's mind is disturbed by illness.

Rather, the above mentioned scientific theories show that several DNPs may be linked together into an *ad absurdum* argument (AAA). Also Freud's paper implicitly suggested an AAA, although not well formulated. The last propositions of this paper are aimed at validating previous analysis of the role played by negation in his previous analysis. These last propositions may be translated as follows: previous analysis is valid; otherwise we have to admit that a negation would come out the Id; that is absurd, because never this event has been discovered. This proposition constitutes *Freud's methodological principle* (it is comparable to a celebrated principle of theoretical mechanics, i.e. the impossibility of a motion without an end).

Notice that in an AAA about a Patient's life the absurd is represented neither by a general, unique absurdity, nor by a single method to decide the absurdity of something at issue, but by a specific absurdity of very strange situations which are peculiar to Patient's illness. This specific absurdity characterizes a kind of logic which is weaker than not only classical logic, but also intuitionist one: it is the minimal logic<sup>18</sup>. This characterization of the peculiar kind of logic in Freud's analyses gives reason of one more difficulty met by scholars wanting to accurately understand the logical content of the transfer: minimal logic is scarcely known.

The conclusion of an AAA, again a DNP, may work as a premise of a next AAA and so these AAAs compose a chain of arguments (as in

<sup>18</sup> J.-B. GRIZE, *Logique*, in *Logique et connaissance scientifique, Encyclopédie de la Pléiade*, ed. J. Piaget, Gallimard, Paris 1970, pp. 206-210.

history of science occurred in some scientific theories: Sadi Carnot's thermodynamics 1824, Lobachevsky non-Euclidean geometry 1840, Kolmogorov's theory of intuitionist logic 1932). Hence, Analyst can reason through a chain of AAAs in order to step-by-step build an interpretative framework. The historical novelty of Freud's method is to have made this kind of reasoning a systematic practice scattered in innumerable therapies which are peculiar to very different kinds of illnesses.

### *3.3 The final step: Analyst's application of Leibniz' principle of sufficient reason*

At last a chain of AAAs obtains again a DNP. The theoretical development of each of the above-mentioned scientific theories presents as next step an application of the principle of sufficient reason. In past time its applications suggested also bizarre metaphysical results. Yet, a scientist (Markov, founding the theory of constructive numbers) declared that this application is valid in the case the final DNP fulfils two constraints: to be the conclusion of an AAA and decidable<sup>19</sup>. Let us investigate whether these constraints apply to Freud's method. 1) The final DNP is derived from an AAA: a correct Analyst's reasoning obtains a conclusion from some AAAs concerning his knowledge of Patient and previous Freud's basic methodological principle. 2) It is decidable: surely the material of a dream cannot be decided: rather, Analyst has to refer the suggestion of Patient's dreams to past actions and traumas of Patient's life.

After having elaborated some AAAs constituting a consistent theoretical reasoning on Patient's (disturbed) personality, Analyst applies the principle of sufficient reason to his final DNP. This translation implies a change of the kind of logic, from the non-classical one to the

<sup>19</sup> A. DRAGO, *A Scientific Re-assessment of Leibniz's Principle of Sufficient Reason*, in *The Dialogue between Sciences, Philosophy and Engineering. New Historical and Epistemological Insights. Homage to Gottfried W. Leibniz 1646-1716*, ed. by R. Pisano et al., College Publications, London, 2017, pp. 121-140.

classical one, from an inductive search to deductive derivations<sup>20</sup>. Indeed, the application of this principle translates the final DNP into the corresponding affirmative proposition, which, only because it is affirmative, can be tested with reality, i.e. to test whether it matches with Patient's past and present life. Now Analyst reasons no longer in an inductive way, rather in a deductive way in order to explain from his reasoned hypothesis all what Patient has said within the sessions about his past life.

The above illustrated chain of AAAs manifests the highly speculative nature of Analyst's work of interpretation; moreover, his professional capability mainly consists in choosing the best moment for applying the principle of sufficient reason. At last he obtains a scientific theory, although of a specific field of experiences, those pertaining to the inner world of one person only. In conclusion, I stress that Analyst's work is the result of not only human empathy towards Patient, but mainly reasoning according to a sophisticated method, which however was already suggested centuries ago by some scientific theories.

Basaglia perceived the limits of many psychiatric methods, mainly those applied inside the asylums. But unfortunately, he lacked of clear criteria through which to choose a therapeutic method which surely represented the best one for him. As a result, he did not dispose of a certain professional therapeutic method to follow in his tireless work for liberating the mental ill persons.

#### 4. *Basaglia's transition from a phenomenological attitude to a political viewpoint*

In the literature it is debated the question whether there is a continuity between Basaglia's great effort of overcoming his positivist education by referring to Husserl, Heidegger, Minkowski etc. and the next

<sup>20</sup> It is easily proved through the table of M. DUMMETT, *Elements of Intuitionism*, Claredon, Oxford 1977, p. 29.

political commitment to a political conception of both the mental ill person and the asylums<sup>21</sup>. His political commitment occurred in a time Italian students discovered the relevance of Marxist analysis of society, the consequent politics and the commitment with the politics of worker class interrelated by its institutional representatives, i.e. leftist trade union and communist party.

Let us remark that it was Marx that first introduced a theory of the conflict within society (although a particular kind of it, the historical class conflict). It is not commonly considered that Marx' theory, surely concerning a conflict is well represented by Galtung's A-B-C.

First of all, let us remark that Marx' theory considers the social conflict as performed by three actors - i.e. capital, bourgeoisie and worker class. They are the representatives of the three Galtung's dimensions: the capital represents A, bourgeoisie's rule B, worker class suffering the social contradictions C.

In addition, let us remark that Marx offered three distinct illustrations of class conflict: a subjective illustration (*Parisian Manuscripts*), an objective illustration (*Capital* and *Anti-Duehring*) and the motivational illustration (*Fragment on Machines*).

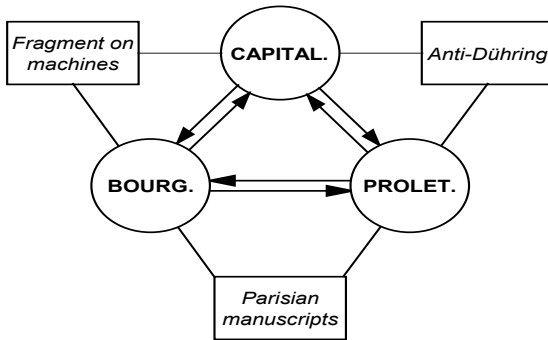


Fig. Marx' three illustrations of class conflict

<sup>21</sup> M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia*, cit., chap. 3: *La svolta politica*.

The book *Parisian manuscripts* constitutes Marx subjective illustration of the conflict between proletarians and the bourgeoisie; yet he ignores society's structures (e.g. bureaucracy, technology, war, ecology, etc.) as Marx theorized in his youth. Instead, by reducing the image of reality to an economicist picture, the book *Das Kapital* (and even more the book *Anti-Duebring*) constitutes Marx' objective illustration of the conflict between proletarians and capital. At last, the *Fragment on machines* constitutes an illustration of the long-term strategy of the two dominant social powers, bourgeoisie and capital; this writing ignores the role played by the proletariat, which however in previous writing Marx had conceived as the social actor breaking this strategy. Let us remark that each representation refers to two actors only; in other terms, Marx's three writings constitute three different ways for acquiring partial consciousness of this great social conflict that Marx attempted to describe. In other words, Marx did not achieve a complete, ultimate theory of this conflict. As a matter of fact, he was satisfied by only the first volume of *The Capital*, which was the one edited during his life.

However, Marx' theory, as a whole, constituted the closest approximation to an adequate representation of this great social conflict, certainly much more close than bourgeois' ideology which represented society through idealistic notions (freedom, progress, etc.) and saw the social conflict in subjective terms only C: e.g. rebels, evil minded, etc. Even more inadequate was capitalists' picture of the only one conflict they recognized; by ignoring both subjective (C) and motivational (A) aspects of population, they only took into account the social resistance (B) to the unbounded growth of capital's social development.

By implicitly referring to the entirety of Galtung's theory of a conflict as an A-B-C, Basaglia's effort for recuperating a global vision of the mental ill person was fascinated by Marx's illustration of the more comprehensive within the entire society, surely a global conflict including all conflicts at all lower social levels. In addition, this theory appeared to him as a program for a short-term historical transition to a new society,

managed by the representatives of the deprived social groups to which almost all his patients pertained. Furthermore, Marxism promised that this transition had build over again new social institutions, among which one had to consider also the awful asylums of his time, that Basaglia wanted to eliminate. In sum, Basaglia could recognize in the Marxist theory the term *ad quem* of his subjective and phenomenological search for a global theory of both the personal transformation he wanted to elicit in the mental ill persons and the social transformation of the asylums into new therapeutic communities.

Yet, his adhesion to Marx' theory implied contradictions inside his thinking.

According to Marx, the historical conflict between capitalism and worker class will be solved with the suppression of the capitalism; this suppression will occur when the exploited class will become aware of the historical development of the society as a whole. Marx wanted to grow up the consciousness of the worker class («...unite!», not «arm themselves!»), i.e. to promote a conversion of the worker class (from its constituting a class *per se* to a class *in se*) generating almost automatically the elimination of the bourgeoisie. But his followers conceived this gigantic social transformation in the usual instinctual terms, which at last appealed to the arms, although this violent solution diverges from the process of an inner transformation of the working class<sup>22</sup>. The subsequent almost military trend followed by the workers movement was so compelling that a strict discipline was introduced, not only with respect to the trade Unions (reduced by Lenin to the “drive belt” of Communist Party's decisions) but also the personal life crushed in function of the achievement of collective targets. Instead Basaglia's culture was based on the main novelty of 19th Century's work for the resolution of inner conflicts: therapists' basic activity looks for a positive solution looked for through a constructive a dialogue performed inside cooperative relationships.

<sup>22</sup> In fact, Marxist movement ignored the social non-violent means for solving conflicts; these means have been suggested by Gandhi just after Marx.

Moreover, the Marxist strategy condemned all bourgeoisie' social institutions as pertaining to a historical stage of development to be overcome as soon as possible. This attitude led to devalue any attitude for merely reforming the asylums, for rather proceeding as fast as possible to their dissolutions. Basaglia maintained this radical attitude by rejecting any reformist program, although he well-knew that any social change requires a series of steps along a not short span of time.

In addition, the great widening of the social horizon given by Marx' theory generated some deep contradictions generated by two apparently irreducible polarities: the extreme case of personal turbulent feelings of a mental ill person and the long-term strategic program of the worker class as the structural agent of mankind history. The gap between these two polarities was a boundless space where no previous attempt of conciliation of the two polarities was given. Also at the intermediate social level the political definitions of the professional therapeutic roles (of the therapist and the nurse) gave very difficult problems. Basaglia tried to improve the consciousness of a therapist conceived as performing professional work acting inside a set of great social forces and during a historical transition process. His criticism to the positivist attribution of only a B to a patient was now extended to the power system which attributes pre-established professional roles which as a fact make worthless all subjective goodwill initiatives for changing the situation. No surprise if his analyses, the most advanced ones among the Marxist analyses of a professional role, were very suffered and at last they led to labyrinthine discussions, whose conclusions were no more than temptative. However, their great merit was to elicit much similar analyses performed by the professionals of many different institutions.

Even more deep was the theoretical contradiction generated by Marxist movement in Basaglia's thought. Marx wanted to reason through dialectical processes which had to turn over the feet Hegel's dialectics standing on the head of a theological thinking. But, he was unsuccessful. Later Marxist movement pursued the effort for changing Hegel's dialectics into a clear logical process; but again it was unsuccessful, whereas the temporary demands of a harsh politics of collision with

bourgeoisie obliged it to assume a pragmatic attitude in agreement of the tradition of western politics. For this theoretical insuccess Marx's theory, although founded on a clear problem and hence naturally aimed at achieving a PO theory composed by DNPs, AAAs and the application of the PSR, never was accomplished. The same inconclusive theoretical attitude was in Basaglia, who already lacked of a clear PO theory of a therapeutic work. His adhesion to Marx's theory added an inconclusive theory in formulating a PO theory; the two insufficiencies aggravated his effort for progressing in his theoretical search.

### *5. The relationship between a mental patient and a psychiatric institution*

First of all one has to consider what kind of conflict a total institution represents for a mental patient. A total institution is based on A (assumptions of juridical nature and social power) which do not recognize any other possible motivation; so that the mental patient has to accept as absolute impositions these motivations, translated in regulations, orders, and the wills of the representative of the institution, i.e. therapists and nurses. On the other hand, a total institution does not manifest any feeling C, whereas its behavior B is inscrutable or however outside the control of a mental patient. In sum, in this conflictual relationship a total institution only acts as an A. Let us consider now patient's side. His motivations A are unknown to himself; his feelings C are a storm, whereas his behavior B is not under his control so that he is not aware of what he is doing. In sum, a mental patient only lives a tormenting C, whereas he is acting according to an uncontrolled B (without referring to A, whatever its content). Hence, the two actors of the conflict are at all severed: the institution presents only A, whereas the mental patient only B and C. No worst situation may occur, i.e. to live in distinct dimensions of a common conflict. This kind of abnormal life was possible since the institution imposed to a mental patient so much oppressive relationships of social power (A) that he had no possibility of changing his situation.

Face a so authoritarian institution the immediate reaction of a humanistic therapist is of course the determination of abolishing it. *The istituzione negata* (The denied institution) was the title of a celebrated book edited by Basaglia; it also became the most famous slogan linked to his work.

Moreover, the *La negazione del ruolo* (The denial of the social role) was a basic point of this movement that wanted to change the institutionalized work in the psychiatry of the mental ill persons.

But what after the negation of the existing institutions and the pre-established roles? In order to overcome the forced life inside an authoritarian institution of mental hospital Basaglia's strategy was to parallel to Freud's therapeutic process of healing a Patient. First of all he recovered the interpersonal relationships. The mental patient's B was educated (leaving apart his sanitization through psychotropic drugs) to cohabit within a community and even the social environment of town's life, so much to be trained to communicate as much as possible. Moreover, the patient was empowered of communicating his C to a human being (therapist); who answered by trying to adhere to Patient's feelings so much to lead his C to converge to the latter's C. Eventually, the therapist tried to discover the A of the mental patient. In sum, the therapist put himself at the service of the mental patient in order to recover his personality endowed of an entire triad A-B-C and leads him to approach the unity of his personality.

But, owing to the insufficiencies of the theories at his disposal, Basaglia's therapeutic path was more a step-after-step experiment rather than a theorized program; in particular in his analyses the DNPs, the AAAs and the application of the PSR remained ignored.

In sum, Basaglia elicited a great, enormous effort for changing a very hard social situation by means of weak forces as the work from the bottom of a minority is. But, since all his theoretical frameworks (phenomenology, implicit Galtung A-B-C and Marx's theory) were not completed frameworks, the result of his effort left great open problems. To

which Basaglia, fearing at all moment political ebb, at last answered by taking extreme positions.

The problem that Basaglia's work poses to us does not consist, like a naive (or mischievous naive) reading could make us believe, in his renunciation of the therapeutic dimension. The difficulties instead born from the extremism of his therapeutic approach: it is possible to continue to escape indefinitely every form of knowledge and institutional organization in order to guarantee the therapeutic nature of the situation? And if this is not possible, like Basaglia himself admits, will be completely influential the type of knowledge and the kind and institutional organization which will come to replace the traditional ones, and from which then it will be necessary tear again? Is it completely irrelevant that Italian psychiatry functions today, concretely, towards a certain theoretical and technical armamentarium rather than another? On which models does it work today Italian territorial psychiatry? English, French, American or others? Uncritical identification of own role with the practical-political dimension as far as an absolute guarantee of an infinite suspension of the role itself — does not actually serve to prevent any debate on the concrete institutional functioning of these new models? In other words, therapist's feeling of being a militant does not also serve to conceal his own technical function, which thus comes to be imposed surreptitiously? Especially this function, by identifying with the "political vocation" of the alternative psychiatrists, does tend to solve the psychiatric problem through a new form of technicality of legal, political and administrative nature?<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Ivi, p. 205 (My translation in English language). This page constitutes the end of the chap. 4: *The freedom's laboratory*.

## «NON SO COSA SIA LA FOLLIA»

di Gabriele Pulli

### *Abstract*

Franco Basaglia never denied the existence of mental illness but said he did not know what it is. This Socratic/Basaglian position, this knowledge of not knowing what madness is, has great human, cultural and philosophical value. Only by dealing with madness can philosophical thought develop in a fully original way. Only that which – without fear of appearing madness – manages to settle on the border between reason and unreason can be, in the strictest and highest sense, philosophy.

*Keywords:* knowing that you don't know; contradiction; madness.

**1**. Ritrovare il senso dell'opera di Franco Basaglia, riprendere e coltivare le ragioni del movimento di pensieri e di azioni che l'hanno accompagnata – portando prima all'apertura, poi all'abolizione degli ospedali psichiatrici – è importante e urgente. Non si potevano trattare delle persone prive delle risorse economiche per fronteggiare la propria sofferenza nel modo in cui venivano trattati i ricoverati degli ospedali psichiatrici, privati della libertà e dell'identità, anche quando si trattasse soltanto dell'aspirazione a un'identità: «chi non ha denaro per la terapia non esiste, e di conseguenza sta in manicomio»<sup>1</sup>, osservava Basaglia.

Ma non si poteva trattare così chi ha una sofferenza psichica perché non si può trattare così nessuna persona. Come potrebbe essere autentica la partecipazione a qualsiasi altra vicenda umana se non ci fosse innanzitutto la partecipazione a questa vicenda umana, l'emozione dinanzi a questo immenso, sconvolgente dolore?! «Vogliamo trasformare il mondo [...] attraverso la miseria dei nostri pazienti che sono parte della miseria del mondo», affermava ancora Basaglia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> F. BASAGLIA, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 40.

<sup>2</sup> *Ivi*, p. 28.

C'era dunque – e c'è ancora, e più che mai, adesso – qualcosa d'importante da comprendere, ma ancor di più da mettere in pratica. Cosa sarebbe infatti una conquista teorica destinata a rimanere sulla carta?!<sup>3</sup> E Basaglia è stato un teorico e un uomo d'azione, in un nesso inscindibile in cui l'azione è ispirata da una consapevolezza filosofica – oltreché, e proprio per questo, da un'emozione – e la consapevolezza filosofica è intesa come qualcosa che si sviluppa solo grazie all'azione. In questo senso, si può dire che egli sia stato anche un precursore – nel senso più ampio e insieme più alto – della pratica filosofica.

2. Una buona parte delle diffidenze verso l'opera di Basaglia, e del movimento di liberazione che l'ha accompagnata, si basa sul paventato pericolo di sottovalutare la malattia mentale. Ma Basaglia non ha mai negato l'esistenza della malattia mentale: «Io non ho mai detto che la malattia mentale non esiste»<sup>4</sup>, ha affermato più volte.

Si può dunque dialogare con chi prospetta tale pericolo, quando questo non venga usato come copertura di interessi di tutt'altro genere. Del resto, come potremmo difenderci dalla follia non di chi ha troppo poco potere ma da chi ne ha troppo se ne negassimo la stessa esistenza? Se le persone più potenti del mondo ci portassero verso la terza guerra mondiale, come potremmo cercare di difenderci dalla loro follia se non potessimo innanzitutto riconoscerla? Se negassimo l'esistenza della follia, come potremmo difenderci dalla follia del potere?

A questo proposito, si dovrebbe aprire un discorso più ampio, dato che le persone sono in genere preoccupate delle conseguenze della follia delle persone più deboli e non di quelle, infinitamente più disastrose, delle persone più forti e potenti. E forse si dovrebbero distinguere

<sup>3</sup> S'inserisce qui un non secondario motivo di critica dell'istituzione psichiatrica: «In questo settore, un cui siamo direttamente impegnati, la distanza fra l'ideologia (*l'ospedale è un istituto di cura*) e la pratica (*l'ospedale è un luogo di separazione e di violenza*) è evidente». F. BASAGLIA, F. ONGARO BASAGLIA, *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975, p. 5.

<sup>4</sup> *Ivi*, p. 180.

innanzitutto due forme di follia: quella di chi perde la misura del proprio potere e quella di chi sprofonda nell'abisso della propria impotenza.

3. Basaglia non ha negato l'esistenza della malattia mentale, si è solo rifiutato di ridurre il malato alla malattia; cosa che del resto vale per qualsiasi patologia. *Avere* la polmonite non significa *essere* il malato di polmonite<sup>5</sup>. Ma quando si tratta di una sofferenza psichica c'è un motivo in più per mettersi alla ricerca di ciò che trascende la malattia. Perché, così come la polmonite può attestare un'acuta sensibilità al freddo, il disturbo psichico attesta un'acuta sensibilità al dolore della mente, il che significa un'intensa umanità.

Si tratta dunque di liberare il malato dall'identificazione con la malattia come primo passo per liberarlo, se non dalla malattia stessa, da quanto di questa è prodotto dall'istituzione psichiatrica, in una previsione che si autoavvera. Una parte consistente del disturbo psichico deriva infatti dalla circostanza che chiunque, trattato in un modo analogo, avrebbe un analogo disturbo: «Che funzione terapeutica ha il manicomio se riesce a distruggere chiunque vi entri?»<sup>6</sup>, si chiedevano Franco e Franca Basaglia.

4. Si deve poi distinguere fra malattia mentale e follia: «Il termine “malattia mentale” non indica altro che la *follia alienata*»<sup>7</sup>, ha affermato Michel Foucault. E anche Basaglia, sulla linea di Foucault, ha mirato a ricondurre la follia a se stessa, a disalienarla, a liberarla da quella sua alienazione che è la malattia mentale.

<sup>5</sup> Questo non significa che una determinata persona non abbia la polmonite, significa che la polmonite non è la sua essenza.

<sup>6</sup> F. BASAGLIA, F. ONGARO BASAGLIA, cit., p. 6.

<sup>7</sup> M. FOUCAULT, *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris 1962 (versione modificata di *Maladie mentale et personnalité*, Presses Universitaires de France, Paris 1954), p. 90, tr. it. di F. Polidori, *Malattia mentale e psicologia*, Raffaello Cortina, Milano 1997, p. 87; il corsivo è di Foucault.

Non si tratta dunque di chiudere ma di aprire il discorso sulla follia o, meglio, il dialogo con la follia. Ben lungi dal negare l'esistenza della follia, e di quella sua variante che è la malattia mentale, si direbbe che Basaglia ne sia stato affascinato. Liberare il malato mentale oltretutto innanzitutto importante in se stesso, e ricco in se stesso di implicazioni, ha anche un'essenziale valenza culturale: proprio perché permette di intraprendere un difficile quanto affascinante dialogo con la follia. «Se si spingesse sino alle proprie radici, la psicologia della follia [...] riporterebbe alla luce il rapporto essenziale, non psicologico perché irriducibile alla morale, tra la ragione e la sragione»<sup>8</sup>, ha affermato ancora Foucault. Ricondotta a se stessa, la follia appare semplicemente come l'altro dalla ragione, come la sragione. Il punto diventa allora la capacità della ragione di rapportarsi a ciò che è altro da sé, e viceversa, la capacità della sragione di rapportarsi a ciò che è altro da sé: appunto «il rapporto essenziale tra la ragione e la sragione». In ciò si racchiude la «promessa che, forse un giorno, l'uomo potrà ritrovarsi [...] pronto per il grande scontro tragico con la follia»<sup>9</sup>.

Tale rapporto tra ragione e sragione è stato inteso da Basaglia in un modo più radicale, volto a evitare che un termine finisca, magari al di là delle intenzioni, a soffocare l'altro: «Non esiste storia della follia che non sia storia della ragione. Lo stesso sforzo di Foucault di seguire l'itinerario del silenzio e della parola del folle nei secoli è ricerca dell'interpretazione di quel silenzio e di quella parola, quindi “monologo della ragione sopra la follia”»<sup>10</sup>. Basaglia ha affermato invece: «io non credo che la follia si possa chiarire e spiegare con la ragione, e viceversa»<sup>11</sup>. E dunque, in definitiva: «*non so cosa sia la follia*. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come la

<sup>8</sup> *Ivi*, p. 89, tr. it. p. 86.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

<sup>10</sup> F. BASAGLIA, *Scritti. 1953-1980*, il Saggiatore, Milano 2017, p. 853.

<sup>11</sup> *ID.*, *Conferenze brasiliane cit.*, p. 197.

ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia»<sup>12</sup>.

5. La regola fondamentale della ragione è il principio di non contraddizione. È dunque rispetto a questo principio che si articolano malattia mentale, follia e dialogo con la follia.

«Il meccanismo patologico è [...] protezione contro un conflitto, [...] difesa contro la contraddizione che il conflitto suscita»<sup>13</sup>, ha affermato Foucault. Ma tale conflitto che suscita la contraddizione – disposto su vari livelli, e inteso in modi diversi nelle diverse prospettive terapeutiche – trova la sua radice ultima nel conflitto sociale: «I rapporti sociali, determinati da una cultura nelle forme della concorrenza, dello sfruttamento, della rivalità dei gruppi o delle lotte di classe, offrono al singolo uomo una esperienza della condizione umana in quanto costantemente abitata dalla contraddizione»<sup>14</sup>. Il «singolo uomo» fa un'esperienza «abitata dalla contraddizione» in quanto la contraddizione è innanzitutto nei rapporti sociali caratterizzati da concorrenza, sfruttamento, rivalità. È in ragione di tali rapporti che l'uomo entra in contraddizione con l'altro uomo. La contraddizione cioè è prima nella realtà, in una determinata realtà, e poi nel meccanismo morboso: la «forma patologica è soltanto secondaria rispetto alla contraddizione reale che la suscita»<sup>15</sup>, osservava ancora Foucault. E, poco oltre: «La coscienza patologica che si abbandona a un mondo delirante non è vincolata da una coercizione immaginaria; ma è per il fatto di subire la coercizione reale che essa sfugge in un mondo patologico»<sup>16</sup>. L'origine della contraddizione si situa nell'esperienza che l'uomo fa dell'altro uomo: «l'uomo fa un'esperienza contraddittoria dell'uomo»<sup>17</sup>. E se il malato è tale in

<sup>12</sup> *Ivi*, p. 34; corsivo mio.

<sup>13</sup> M. FOUCAULT, op. cit., p. 47, tr. it., p. 45.

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 98, tr. it. p. 94.

<sup>15</sup> *Ivi*, p. 99, tr. it. p. 96.

<sup>16</sup> *Ivi*, p. 100, tr. it. *ibidem*.

<sup>17</sup> *Ivi*, p. 98, tr. it. p. 94.

quanto non fa «l'esperienza della contraddizione», come «l'individuo normale», ma fa «un'esperienza contraddittoria», tale esperienza contraddittoria che l'uomo fa dell'altro uomo appare come la prima origine, la prima condizione di possibilità, della malattia.

Su questa stessa linea, Basaglia osservava: «dobbiamo dare una nuova forma all'uomo, dobbiamo creare i presupposti per cui l'altro uomo non sia un nemico»<sup>18</sup>. E, ancor di più, riferendosi all'originaria esperienza della comunità terapeutica: «dentro quella comunità l'egoismo che domina la nostra vita era affrontato diversamente: la mia sofferenza era la sofferenza dell'altro»<sup>19</sup>.

6. Ma la contraddizione va innanzitutto individuata, colta come tale: «le persone che hanno un significato nella storia dell'uomo sono quelle che determinano le tensioni nelle contraddizioni, le aperture»<sup>20</sup>, affermava ancora Basaglia. E dunque: «Io voglio fare un discorso aperto alla contraddizione»<sup>21</sup>. E infine: «Nel momento in cui io porto una persona a prendere coscienza delle contraddizioni in cui vive, non sto facendo un'azione tecnica ma politica. È vero però che io esplico così anche il mio essere psichiatra»<sup>22</sup>.

Ma se la contraddizione del conflitto fra gli uomini può e dev'essere contrastata ed eliminata – eliminando e preliminarmente disoccultando le ingiustizie che la determinano –, c'è una contraddizione che è invece ineliminabile, nel rapporto degli uomini con gli altri uomini e, ancor più, nel loro rapporto con se stessi: «una volta cambiata la società [...] certamente vivremo meglio, ma ci sarà sempre una contraddizione fra quello che siamo e quello che vorremmo essere»<sup>23</sup>. Si tratta, ancor di più, di una «contraddizione implicita nella vita» stessa e consistente nel «suo

<sup>18</sup> F. BASAGLIA, *Conferenze brasiliane* cit., p. 62.

<sup>19</sup> *Ivi*, pp. 11-12.

<sup>20</sup> *Ivi*, p. 9.

<sup>21</sup> *Ivi*, p. 125.

<sup>22</sup> *Ivi*, p. 37.

<sup>23</sup> *Ivi*, p.22.

contenere la morte»<sup>24</sup>. Sicché Basaglia giungeva ad affermare: «L' uomo è una contraddizione. È questa contraddizione che noi siamo che ci fa essere uomini»<sup>25</sup>.

Il problema è allora quello di poter almeno vivere questa contraddizione, di poterla esprimere: «Il problema della ricerca dovrebbe [...] essere come aiutare l' uomo a essere capace di affrontare le contraddizioni della propria esistenza»<sup>26</sup>.

7. Come abbiamo visto, Basaglia ha affermato di non sapere cosa sia la follia. Mi sembra che questa affermazione sia il nucleo più intimo e proprio della sua opera, e insieme – appunto perché si tratta, socraticamente, di un sapere di non sapere – ciò che rende possibile e necessario il dialogo con altre opere.

Certamente ciò vale per l' opera di altri importanti protagonisti di quella stagione. Fra questi, innanzitutto, Sergio Piro. Laddove Basaglia esprime un' esigenza di liberazione, Piro ne individua ed elabora le tecniche<sup>27</sup>. Laddove Basaglia avverte la necessità di «dare una nuova forma all' uomo», per la quale «l' altro uomo non sia un nemico» ma piuttosto la sofferenza dell' uno sia la «sofferenza dell' altro», Piro elabora un articolato, sistematico concetto di antropologia trasformazionale<sup>28</sup>. In tal modo, il grande confronto fra sragione e ragione appare qualcosa da cui può scaturire una forma inedita e più alta di umanità. Si pensi, per esempio, ancora al tema della guerra, che tanto urgentemente ci angoscia. Ma le guerre ci sono sempre state! Non basta allora l' appello all' umanità. È necessario l' appello a un' umanità trasformata, a una forma più alta, che

<sup>24</sup> ID., *Scritti. 1953-1980* cit., p. 815.

<sup>25</sup> ID., *Conferenze brasiliane* cit., p. 73.

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 137.

<sup>27</sup> Cfr. S. PIRO, *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano 1971.

<sup>28</sup> Cfr. ID., *I mille talenti. Manuale della scuola sperimentale antropologico-trasformativa*, FrancoAngeli, Milano 1993; ID., *Introduzione all' antropologia trasformazionale*, La Città del Sole, Napoli 1997.

si può pensare soltanto costruendola, e costruire soltanto pensandola, di umanità.

8. Ma il dialogo socratico-basagliano, basato sul sapere di non sapere cosa sia la follia, può estendersi sino a comprendere una cerchia più ampia, non rinunciando a quanto di autentico c'è in prospettive diverse e considerate in genere lontane, a quanto in queste più che un *pensare* qualcosa sia uno *scoprire* qualcosa. Mi riferisco in particolare alla teoria psicoanalitica. Benché Basaglia non abbia avuto per Freud parole sempre benevole, ha tuttavia affermato: «Penso che Freud sia stato uno dei grandi di questo secolo per due ragioni: perché disse agli uomini che c'è qualcosa che non conoscono di sé, cioè l'inconscio, elemento estremamente importante da capire per la vita dell'uomo, e perché è stato l'uomo che ha fatto sentire nella soggettività l'odore, il cattivo odore della borghesia che stava morendo»<sup>29</sup>. Perché allora rinunciare alle scoperte della psicoanalisi, comprese quelle più recenti? Se esistono la ragione e la sragione e se si vuol promuovere il loro «rapporto essenziale», perché rinunciare a quanto di illuminante può provenire dalla teoria biologica della mente elaborata da Ignacio Matte Blanco, dalla scoperta cioè della coesistenza nella mente umana di un originale impasto appunto di ragione e altro dalla ragione?<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> F. BASAGLIA, *Conferenze brasiliane* cit., p. 200. La polemica di Basaglia con la psicoanalisi ha più aspetti ma è essenzialmente una – peraltro condivisibile – polemica sociale e politica. Chi può permettersi una cura psicoanalitica, dati i suoi costi? La psicoanalisi, osserva Basaglia, «si dimostra fin dall'inizio come una terapia di classe perché accessibile solo alle poche persone che possono pagare le sedute» (*ivi*, p. 67). Per questa stessa ragione, non sono mancati gli sforzi volti a permettere di accedere alla terapia psicoanalitica anche a costi contenuti; si pensi in Italia al laboratorio clinico attivato presso lo Spazio Psicoanalitico, fondato da Paolo Perrotti, figlio di uno dei fondatori della psicoanalisi italiana, Nicola Perrotti, che aveva peraltro partecipato alla lotta di liberazione come partigiano. Più radicale, su questo punto, appare la posizione di Sergio Piro. Cfr. in particolare S. PIRO, *La scacchiera maledetta*, Tempi moderni, Napoli 1980.

<sup>30</sup> Cfr. I. MATTE BLANCO, *The Unconscious as Infinite Sets*, Duckworth,

Oppure, alla luce delle parole di Basaglia sul sentire come propria la sofferenza dell'altro, perché rinunciare a quanto di profondo e originale è racchiuso nell'analisi di Wilfred Bion sul prototipo di tale comunicazione empatica, fra il neonato e la madre all'alba della vita?<sup>31</sup>.

9. Ma la valenza filosofica del dialogo con la follia è ancora più specifica. Si può infatti distinguere un pensiero relativamente originale, che giunge a pensare qualcosa di non ancora pensato e tuttavia pensabile nelle forme del pensiero di cui si dispone, e un pensiero assolutamente originale, che giunge a pensare qualcosa di non ancora pensato e impensabile nelle forme del pensiero di cui si dispone, sicché può essere pensato solo sospingendo il pensiero oltre i propri limiti. E il pensiero filosofico, inteso nel senso più stretto ed elevato, appartiene a questo secondo genere di pensiero, è il pensare ciò che sino ad allora era impensabile, il rendere pensabile ciò che sino ad allora era impensabile. Ma come può il pensiero protendersi oltre i propri limiti, giungere a pensare qualcosa che sino ad allora era stato impensabile, se non rischiando esso stesso di apparire follia? Se non situandosi a proprio modo – in un modo sempre nuovo – al confine di ragione e sragione?

Soltanto ciò che, non temendo di apparire follia, riesce a sostare sulla linea di confine fra ragione e sragione può essere, nel senso più stretto ed elevato, filosofia.

London 1975, tr. it. di P. Bria, *L'inconscio come insiemi infiniti*, Einaudi, Torino 1981.

<sup>31</sup> W. BION, *Second Thoughts. Selected Papers of Psychoanalysis*, Heinemann, London 1967, tr. it. di S. Bordi, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma 1970.

## FRANCO BASAGLIA E LA FILOSOFIA NELL'EPOCA DEL DSM-5

di Loredana Di Adamo

### *Abstract*

In a contemporaneity devoted to technicality and the sanitation of need, Franco Basaglia's work returns to echo the question about the meaning of care. Medicalizing, aseptic and standardized practices have become the norm: for each problem we have identified a diagnostic label and for each disorder a technique to neutralize it. In the centenary of Basaglia's birth, reflecting on the goodness of our practices becomes important, in the face of looming critical issues in the field of mental health which involve services, people, families and the community in different ways. The question about the possibility of philosophical thinking in the era of DSM-5 was the question that guided my curiosity many years ago and which still today directs my commitment to a change in the culture of care. Starting again from Franco Basaglia is my answer to this question. An answer that draws on an ethical, and not a technical, dimension of treatment, and on what has already been done in psychiatry, showing its effectiveness. Relaunching the Phenomenology and values of Psychiatric Reform [law 180/1978] in the clinic today represents hope for the health sciences, so that they can still be human and kind, and so is guaranteed an investment memory for the future of psychiatry. An important and indispensable commitment, which draws on philosophy, and which brings the clinic closer to life. For a healthcare society that does not entrust the well-being of people and families to a healthcare model but is able to provide an adequate response to every person who asks for something.

*Keywords:* Phenomenological Psychiatry, Human-Centered Care, Deinstitutionalization, Ethics of Care, Medicalization Critique.

**I**n una contemporaneità votata al tecnicismo e alla sanitarizzazione del bisogno, l'opera di Franco Basaglia torna a fare eco alla domanda sul senso della cura. Un'opera oggi dimenticata e spesso travisata, che può costituire ancora una speranza per il futuro della psichiatria e

delle scienze della salute<sup>1</sup>. Ragionare sul ruolo che oggi hanno assunto le scienze della salute diviene dirimente, a fronte di criticità incombenti che coinvolgono a diverso titolo i servizi, le persone, le famiglie e la collettività, e per le quali si delinea l'urgenza di un rinnovamento della "cultura della cura". Tornare a ripensare le logiche del nostro sistema sanitario e dei nostri servizi è qualcosa di irrinunciabile, in una contemporaneità dove la pratica clinica non consente all'operatore di essere aperto alla condivisa necessità di domandare e di andare alla ricerca della risposta in un tempo e in un modo che sia adeguato al bisogno specifico. Apprestarsi a questo impegno richiede senz'altro un grande senso di abnegazione, rispetto alle certezze teoriche e alle procedure validate che oggi sembrano più che mai incontrastate, affinché la psichiatria e la psicologia non siano ridotte a mere tecniche e siano ancora capaci di dare una risposta adeguata ad ogni persona che chiede qualcosa. Si tratta di attualizzare una "filosofia della cura" che possa permettere alla psichiatria e alla psicologia di abitare i significati vissuti, e di approssimare il diverso modo di essere-nel-mondo della persona che vive l'esperienza della sofferenza psichica, a partire dalla sua specifica esperienza<sup>2</sup>.

Franco Basaglia è stato il pioniere<sup>3</sup> della fenomenologia in Italia, e uno dei massimi rappresentanti di quella filosofia che ha dato avvio a una rivoluzione culturale e sanitaria tra le più importanti nel nostro paese, la quale ha sancito la chiusura dei manicomi e ha permesso la restituzione dei diritti alle persone con sofferenza psichica [legge 180/1978]. Una trasformazione epocale che ha modificato la concezione organicistica della "malattia mentale", quale forma di patologia irrecuperabile connessa al concetto di "pericolosità sociale", con una visione più umana della persona e della sua complessità di mondo.

<sup>1</sup> Cfr. L. DI ADAMO, *Filosofia e clinica. Un nuovo approccio all'autismo di livello I e alla neurodiversità*, Negretto, Mantova 2022.

<sup>2</sup> Cfr. L. BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, Feltrinelli, Milano 1984.

<sup>3</sup> Cfr. A. SLAVICH, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Alpha & Beta, Merano 2018.

Le nuove generazioni di psicologi, di neuropsichiatri e di altre figure professionali mostrano spesso di non conoscere la storia della psichiatria. Una storia che non è entrata a far parte dei percorsi di studio e che viene sovente omessa e travisata. La mancanza di una visione umanistica e sociale del bisogno, e l'eccessiva fiducia nelle linee guida sta allontanando la psichiatria e la psicologia dalla responsabilità di sostenere il bisogno delle persone e delle famiglie nel modo adeguato alla specifica situazione vissuta. Nondimeno sta riemergendo quella visione organicistica e custodialista della cura, retaggio di un passato non lontano, per la quale la fragilità, anziché essere vista come un fatto specificatamente umano, e accolta nella collettività, viene considerata nelle sue oggettivazioni sanitarizzanti, e perlopiù "gestita" in contesti clinici dedicati a ciò che devia dalla norma. Prassi medicalizzanti, asettiche e standardizzate hanno preso di nuovo il sopravvento, e per ogni problema è stata individuata un'etichetta diagnostica, per ogni disturbo una tecnica per neutralizzarlo. La prassi tecnicistica sta diventando una consuetudine per le scienze della salute mentale, sempre più ridotte a prassi patologizzanti del disagio, mancanti di una visione bio-psico-sociale ed esistenziale della persona, della sua famiglia e della collettività che li accoglie.

La reintroduzione della cultura basagliana nei programmi di studio delle scuole di ogni ordine e grado diviene dunque un fatto prioritario per il rilancio di quella visione umanistica, oggi perlopiù assente nell'ambito delle professioni di aiuto, che ha già permesso di attuare, come dice Borgna, una delle migliori psichiatrie possibili<sup>4</sup>. Contrastare l'oblio della memoria diviene un compito irrinunciabile nell'ambito della cura, e un dovere civile verso ogni persona, perché ogni cittadino possa conoscere la sua storia, esercitare le sue virtù e ricevere gli strumenti ermeneutici essenziali per riuscire ad accogliere la vulnerabilità quale parte della vita.

Scegliere di rilanciare la cultura basagliana significa oggi analizzare le nostre metodologie e decidere di porsi con atteggiamento critico nei confronti dell'attuale sistema sanitario e politico, dove sono tornati a prevalere la fiducia nel dato scientifico e la modalità standardizzata della

<sup>4</sup> Cfr. E. BORGNA, *L'agonia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 2022.

classificazione del sintomo e dell'intervento. Rispetto a questa tematica è importante addentrarci in quell'ermeneutica del bisogno che, con Basaglia e il suo gruppo, ha permesso alla psichiatria di affrancarsi dalla "cultura della malattia mentale"<sup>5</sup> e di volgere l'attenzione al significato di un certo comportamento critico, quale domanda che chiede di essere con l'altro<sup>6</sup>. Una domanda che ha richiesto un pensare filosofo e che ha portato l'attenzione della clinica<sup>7</sup> al "significato" dell'esperienza vissuta, non nella sua veste medicalizzata, ma in quella esistenziale. La fenomenologia in tal senso ha dato avvio alla possibilità di una pratica capace di pensare in maniera diversa il consueto, che ha mostrato la sua valenza "terapeutica" e sociale, coinvolgendo la persona stessa e la collettività nel delicato compito della cura. Chiaramente, è necessario rimettere in gioco dei concetti forse desueti, o che magari non abbiamo mai iniziati a considerare pienamente. Cosa difficile nell'epoca delle specializzazioni, ma auspicabile perché riporta l'essere umano alla sua originaria capacità di cura.

I valori della cultura basagliana esigono un ripensamento del concetto di cura quale cifra dell'esistere, una questione dunque che non attiene allo specialismo, ma alla dimensione etica, personale e condivisa. L'etica è quell'ambito della filosofia, in special modo della filosofia morale, che concerne il "dovere" e che offre la possibilità di tornare a pensare la sofferenza nella sua dimensione valoriale. Una dimensione messa in rilievo da Karl Jaspers, Ludwig Binswanger ed Eugène Minkowski, e alla quale l'opera di Basaglia ha riservato un'importanza centrale. Una

<sup>5</sup> M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2020.

<sup>6</sup> Maurizio Costanzo intervista Franco Basaglia, (1979), *Dal Programma "Acquario"*, consultato il 23/12/23. Maurizio Costanzo intervista Franco Basaglia | Rai Cultura

<sup>7</sup> Il termine "clinico" deriva dal greco κλινη, "letto", e nell'antichità era rivolto alla pratica medica del prendersi cura del malato ai piedi del letto. Il concetto evidenzia come in passato venisse data molta importanza alla relazione di vicinanza del medico con la persona sofferente. Per uno studio sul tema rimando a *Il sapere greco. Dizionario critico*, a cura di J. Brunshwig, G. E. R. Lloyd, vol. 1, Einaudi, Torino 2007, pp. 481-499.

questione esistenziale, quella della sofferenza, che abbiamo scelto di delegare ad una scienza che non pensa, e su cui abbiamo smesso di riflettere. La distanza delle nostre metodologie, oggi presenta tutto il suo limite, rispetto alla possibilità di comprendere e di fare il bene della persona. Accogliere l'insegnamento della psichiatria fenomenologica ed esistenziale, riportando il concetto odierno di "malattia mentale" a quello di "forma d'esistenza", diviene il frutto di una scelta possibile. Ciò non vuol dire negare lo stato di difficoltà, ma anzi dargli rilevanza, mettendo in luce l'importanza dello stare accanto all'altro, di entrare in relazione, offrendo il ri-guardo che merita la sofferenza. Come afferma Basaglia: «Noi non prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quella che può essere l'etichetta che lo definisce. Io ho un rapporto con un uomo non per il nome che porta, ma per quello che è»<sup>8</sup>.

Seguendo l'insegnamento di Basaglia possiamo ammettere che esista un modo di opporsi al fare classificatorio, una possibilità per concedere nuovamente uno spazio al pensare insieme, cosicché i significati vissuti e le esigenze del quotidiano, spesso elusi da una clinica rigorosa, tornino ad essere il centro dell'attenzione della psichiatria e della psicologia. Un atto di ribellione nei confronti delle odierne procedure, ma anche un atto irrinunciabile, perché è qualcosa che è già stato fatto e che ha mostrato la sua praticabilità.

Della condizione umana, oggi, non riusciamo più ad occuparci se non attraverso procedure, e questionari preordinati e autosomministrati. Accedere all'esperienza dell'altro, attraverso il dialogo, sembra sia diventato difficile, soprattutto a fronte dei tempi sempre più ristretti del colloquio clinico. Siamo sempre meno capaci di utilizzare le parole della cura, soppiantate da specialismi sempre più rigorosi, ma il mal-essere dei giovani, e delle persone che non ce la fanno da sole, chiede una risposta diversa. Una risposta che può giungere solo coltivando la relazione, e nel processo di comunione del medesimo *destino*<sup>9</sup>. La dimensione etica della

<sup>8</sup> *L'istituzione negata*, a cura di F. Basaglia, Einaudi, Torino 1968, p. 31.

<sup>9</sup> Cfr. E. MINKOWSKI, *Trattato di psicopatologia*, Giovanni Fioriti, Roma 2015.

cura, e dunque valoriale, consente di considerare l'individuo non in quanto oggetto di studio, ma quale essere-nel-mondo, già da sempre gettato nell'esistenza e presso le cose, a cui *ne va* del proprio senso<sup>10</sup>. Come esistenti, irrimediabilmente esposti e mancanti, non possiamo non occuparci del senso di ciò che “accade”<sup>11</sup>. La parola “destino” permette di inoltrarsi in quella prassi del domandare e del rispondere, rispetto al senso delle esperienze, che diviene interrogazione condivisa su un piano di completa parità esistenziale. In questo modo la filosofia torna ad essere centrale nella clinica, concedendo alla psichiatria di rimanere più vicina alla vita.

Il concetto di “malattia mentale”, legato alla pericolosità e all'irrecuperabilità della persona, porta con sé dei significati che sono lontani dal prendersi cura di chi ha bisogno. Eliminare le definizioni e i tecnicismi, che riducono il vissuto ad un'etichetta o ad un codice, e che in genere contribuisce alla discriminazione più che all'integrazione sociale diviene prioritario, per restituire - insieme alle persone e alle loro famiglie - un significato nuovo alla criticità vissuta. Ciò vuol dire scegliere con cura le parole da non dire. In tal senso, la dimensione semantica diviene una possibilità di accesso all'esperienza vissuta, e nondimeno una opportunità per esercitare il “saper essere nella cura”. Una disposizione che possiamo recuperare tornando a pensare in maniera originaria l'esistente, nella sua unicità e complessità di significato, in un dialogo senza ostilità e né asimmetrie, consapevoli che le nostre certezze hanno il carattere della transitorietà. L'attualizzazione di un pensare umanistico nella psichiatria non può avvenire senza la possibilità di praticare una semantica del bisogno che attinga alle scienze umane, e che può consentire di operare una scelta nell'uso del linguaggio. Troppo spesso le parole diventano fonte di sofferenza: “schizofrenico”, “deviato”, “autistico”, “disturbato”, sono solo alcuni dei termini utilizzati nella clinica, che fanno eco a quello di “malattia psichiatrica” e “pericolosità sociale”. Concetti molto lontani

<sup>10</sup> Cfr. M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, Mondadori, Milano 2011.

<sup>11</sup> Cfr. E. BORGNA, *La comunità di destino. Un nuovo principio di speranza*, Apogeo, Milano 2013.

da ciò che concerne la cura. Quale cura possiamo mettere in pratica oggettivando la persona e la sua richiesta di aiuto?

Tornare ad abitare il linguaggio in modo più consono può aiutarci senz'altro a costruire una dimensione più umana dell'incontro. La parola "abitare" consente di esistere nei concetti che pronunciamo, dando forma a quello spazio vissuto del "noi" che è lontano dalla logica comune, e che vive nella condivisione della personale percezione del tempo vissuto<sup>12</sup>, quale luogo del comprendere (da *cum-prendo*, ovvero "prendere insieme", "abbracciare"). Come ha mostrato Basaglia, oltrepassando le intuizioni di Karl Jaspers, quando parliamo di "comprensione" parliamo di un processo che attiene al rapporto umano, e che consente di porsi con disponibilità nei confronti dell'altro approssimando i significati che fanno del mondo il "suo" mondo. L'attività del comprendere, diversamente dalla spiegazione, ci affranca dal lavoro dello scienziato, teso alla ricerca delle correlazioni e allo studio dei processi psichici e degli atteggiamenti, permettendoci di seguire la specifica esistenza nei suoi aspetti semantici, sociali, culturali, osservando la sua organizzazione e auto-direzione e guardando le cose attraverso la sua particolare narrazione<sup>13</sup>. La comprensione dello psichico può essere così ridefinita quale spazio di senso in cui incontrare i "motivi" dell'altro e le sue peculiarità, in connessione con quanto egli vive nel suo ambiente di vita.

Una risposta preformata, come quella che apponiamo su una diagnosi, per mezzo di un codice, non sfiora minimamente il senso della vita personale e del bisogno della persona e dei suoi interlocutori. Le teorie e i dati standardizzati, in quanto mere generalizzazioni, portano lontano da ciò che prende forma attraverso i significati vissuti. Il sapere, quando è scevro da questa consapevolezza, è qualcosa di nozionistico che può andare bene per alcuni scopi, ma che si mostra insufficiente per rispondere alla richiesta di aiuto, sempre personale, che non si presta ad una risposta generalizzata, e che richiede l'attività del pensare e del decidere

<sup>12</sup> Cfr. E. MINKOWSKI, *Il problema del tempo vissuto. Con una «lettera» di Ludwig Binswanger*, Mimesis, Milano 2017.

<sup>13</sup> Cfr. K. JASPERS, *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma 2019.

in base all'esperienza personale. Si dovrebbe dissentire di fronte a modalità che mettono in ombra l'unicità dell'individuo, così come indicato da Basaglia.

Nel momento in cui io dico: questo individuo è uno schizofrenico (con tutto ciò che, per ragioni culturali, è implicito in questo termine), io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello, di colui che si aspetta soltanto della "schizofrenicità" dal suo interlocutore<sup>14</sup>.

Porsi nella modalità dell'ascolto, avendo riguardo della specifica "situazione", è qualcosa che abbiamo smesso di praticare. Si tratta di recuperare quella dimensione vissuta, che rende ogni esperienza personale, e di cui dovremmo avere maggiore cura. La situazione specifica è quella in cui qualcosa accade, in un tempo e un luogo particolare, qualcosa che non è mai ridicibile al tempo oggettivo e ai suoi significati. Nella clinica diviene importante affrancarsi dalla visione manualistica, per fare del percorso di conoscenza un'"occasione"<sup>15</sup>, attraverso cui immergersi nell'esperienza dei significati vissuti, dell'essere-con l'altro, in stretta connessione con la sua dimensione di mondo. L'opera di Basaglia ha rivelato come la cura della persona non possa mai essere oggetto di uno studio che riduca quest'ultima a un mero "caso clinico", o a un'etichetta diagnostica, e come sia invece importante vedere nella specifica esistenza una «forma di vita»<sup>16</sup>, che è sempre approssimabile come globalità di

<sup>14</sup> *L'istituzione negata*, cit., p. 31.

<sup>15</sup> Con il termine *καίρως*, "tempo vissuto", nell'antica Grecia si faceva riferimento al tempo qualitativo, il tempo propizio, sede dell'esperienza personale; quel momento particolare del tempo in cui qualcosa accade. Agostino ne parla come di un tempo qualitativo, differenziandolo da quello oggettivo, misurabile, definito con il concetto di *χρόνος*. «Se nessuno m'interroga, lo so; se però volessi spiegarlo a chi mi interroga, non lo so». AGOSTINO D'IPPONA, *Le Confessioni*, XI, 14, Paoline, Milano 2006, p. 260.

<sup>16</sup> F. BASAGLIA, *Il tema del «pensiero dereistico»*. *Considerazioni sul concetto di*

senso, al di là della salute e della malattia. Il sapere derivante dagli studi delle scienze dure definisce la generalità delle cose, ma non si interessa ai significati vissuti, e dunque lascia fuori il “senso”, l’elemento che Ludwig Wittgenstein definisce come ciò che si *mostra* ma che non può essere definito in modo compiuto attraverso una logica<sup>17</sup>. Il tema del senso è lo stesso che ricorre negli scritti di Ronald Laing<sup>18</sup> che ci richiamano a un impegno importante, rivalutare la nostra visione delle esperienze che definiamo insensate, in virtù di una scelta di cura che sia più opportuna per l’altro, immaginando insieme possibili altri futuri.

Quanto operato da Basaglia, e dal suo gruppo, richiede l’abbandono della spiegazione semplicistica e preimpostata per inoltrarsi su quella via che ogni esistente traccia e che non è mai uguale ad un altro. Una via che non fa capo ad assiomi, perché la singolarità non vive all’interno di regole e correlazioni. Seguendo ancora l’insegnamento di Basaglia si può apprezzare la virtù della sua pratica come invito a divenire disponibili, a sospendere il giudizio di fronte all’altro, per incontrarlo nella sua umanità.

Per questo è necessario avvicinarsi a lui, mettendo fra parentesi la malattia, perché la definizione della sindrome ha assunto ormai il peso di un giudizio di valore, di un etichettamento, che va oltre il significato reale della malattia stessa. La diagnosi ha il valore di un giudizio discriminante, senza che con ciò si neghi che il malato sia in qualche modo malato. Questo è il senso della nostra messa fra parentesi della malattia, che è messa fra parentesi della definizione e dell’etichettamento. Ciò che importa è prendere coscienza di ciò

«*distacco dalla realtà*», in «Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria», XVI.1, 1955, oggi in F. BASAGLIA, *Scritti 1953-1980*, Il Saggiatore, Milano 2017, p. 145.

<sup>17</sup> Cfr. L. WITTGENSTEIN, *Tractatus Logico-philosophicus e Quaderni 1914-1916*, Einaudi, Torino 2009.

<sup>18</sup> Cfr. R. LAING, *L’io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino 2010.

che è questo individuo per me, qual è la realtà sociale in cui vive, qual è il suo rapporto con questa realtà<sup>19</sup>.

Nella relazione con le persone, e ancor più con i bambini e gli adolescenti, dovremmo provare a disporci con animo nuovo, per imparare, sempre e nuovamente ad ogni incontro. La domanda importante, a questo punto, riguarda la fattibilità del “mettere tra parentesi” le conoscenze, in un’epoca di certezze scientifiche. Una questione spinosa che chiama in causa la nostra possibilità di pensare ancora e di non concedere l’assenso a verità che sono figlie del loro tempo. Una filosofia della pratica, dunque, che deve essere stimolo a non cadere vittime di alcuna teoria preimpostata, pena la perdita del senso della specificità e del movimento personale. Un’indicazione che Basaglia offre fin dall’inizio dell’esperienza di Gorizia, e che Piro<sup>20</sup> descrive mirabilmente come «una fenomenologia che si fa impegno»<sup>21</sup>; un tornare “alle cose stesse”<sup>22</sup>, come indicato da Edmund Husserl, con apertura al nuovo che avanza, e riconoscendo nella nostra debolezza epistemologica tutto il suo valore<sup>23</sup>.

Con una persona, o una famiglia, che rivolge una richiesta di aiuto, porsi nella maniera dell’ascolto è essenziale, un fatto scontato ma poco praticato nella clinica. La comprensione della semantica vissuta non può essere dedotta da misure psicometriche, ma deve essere compresa attraverso la volontà di intendersi, con curiosità nei confronti di quello che

<sup>19</sup> *L’istituzione negata*, cit., p. 32.

<sup>20</sup> Cfr. S. PIRO, *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano 1971.

<sup>21</sup> G. ESPOSITO, *Legge 180 vent’anni dopo: intervista a Sergio Piro*, consultato il 16/02/2024. Legge 180 vent’anni dopo: intervista a Sergio Piro | [www.psychiatryonline.it](http://www.psychiatryonline.it).

<sup>22</sup> Cfr. E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Per un sapere umanistico*, Il saggiatore, Milano 2002.

<sup>23</sup> Cfr. PLATONE, *Teeteto*, Laterza, Roma - Bari 2006. Si veda anche P. A. ROVATTI, G. VATTIMO, *Il pensiero debole*, Feltrinelli, Torino 2009.

l'altro ha da dirci. Questo significa fare spazio al punto di vista della persona e alla sua esperienza di senso, lasciando da parte il giudizio, il costume e le nostre accreditate teorie. Cedere ad una conoscenza manualistica è la cosa più semplice e più frequente, intrisi come siamo di razionalismo. Come insegnano l'esistenzialismo e la fenomenologia, bisogna riuscire a salvare i fenomeni, mettendo da parte l'esigenza di definire. Ciò significa mettere in primo piano la semantica quale possibilità sempre aperta di essere con-l'altro, senza prendere in carico il "caso" ma approssimando le sue qualità e motivazioni mai riducibili.

La questione della cura dell'unicità della persona ci porta ancora di più vicini all'importanza del pensare filosofo, una dimensione essenzialmente "pratica" -come ci mostra la filosofia antica - decisamente più vicina alla vita di qualsiasi scienza, e ad ogni possibile sua difficoltà. La cura, in tal senso, diviene una virtù sociale, e un modo di stare e di essere con l'altro. Questo è il grande insegnamento che possiamo rilanciare nel centenario della nascita di Basaglia, quale opportunità per il futuro della psichiatria e per il futuro delle generazioni che verranno. Quando abbandoniamo questa intenzionalità per affidarci a dei dati scientifici, che sono effetto di computazioni sugli atteggiamenti, sui processi psichici, sui disturbi classificati nella loro generalità, ci allontaniamo dal particolare e andiamo verso il generale. Quando andiamo alla ricerca di regole che possano guidare le nostre attività di cura, perdiamo il senso che invece assume la nostra decisione in una situazione specifica, delegando ad una scienza che non pensa la nostra possibilità di far bene, per quella persona e in quel preciso momento.

Assumere una postura fenomenologica è un atto di decisione, che annulla la distanza, e che ribalta l'orizzonte spazio-temporale. È scelta coraggiosa e volontà rinnovata. Un atto di disubbidienza nei confronti del sapere validato, la stessa disubbidienza che possiamo cogliere in Basaglia e in ogni suo collaboratore stretto. Una ribellione fondamentale che tiene ferma la persona, sempre al centro, e al di là di ogni regola, e che mette in rilievo i contenuti della sua comunicazione, il senso e la direzione intrapresa, senza il giudizio clinico che tende a rilevare ciò che è anormale. Un tale atteggiamento di disponibilità nella pratica clinica

non può che attenersi alla filosofia, e quindi al campo della possibilità, non a quello della validità. Si tratta di un orientarsi insieme alla persona, alla sua famiglia, e agli altri significativi nel pensare con disponibilità, svestendo i panni degli specialisti e indossando vesti più umane, con accoglienza per quegli atteggiamenti che sembrano lontani dal fare comune e che ci restituiscono spesso l'impossibilità della persona di essere diversamente. Ciò significa riconoscere l'importanza dell'incontro e della relazione prima di ogni altra cosa. Accogliere chi arriva da noi senza avere risposte preimpostate, senza dare troppa validità all'anamnesi auto-compilata, o ai test auto-somministrati, significa interessarsi all'altro a partire dalla sua storia di vita, instaurando una relazione con la persona, con la sua famiglia e con gli altri significativi, in una modalità di cura aperta e connessa alla collettività. Quando qualcuno domanda, possiamo decidere di accogliere la richiesta offrendo già da subito una risposta che possiamo attingere ai nostri studi e alle nostre linee guida, oppure possiamo "scegliere" di stare nella domanda, riflettendo su ciò che ha portato quella persona ad essere lì con noi, in quel determinato momento, e in quel modo. Continuando ad interrogarci sui "motivi" che lo hanno spinto a quel comportamento e sul perché nessuno, prima, abbia capito qualcosa di più. Di fronte a una richiesta di aiuto, avere un atteggiamento fenomenologo vuol dire porsi di fianco all'altro con il desiderio di imparare. La scelta di stare nella domanda dà meno importanza al giudizio diagnostico, e permette di incamminarsi verso una nuova esperienza di senso, per la quale è necessario stare nel ritmo della persona, nel modo della sua temporalità, seguendone la logica fino in fondo ai non sensi. Stare in questa possibilità vuol dire stare-con l'altro senza opporre resistenza, senza cambiare la logica del gioco, ma provando a fare di quella logica insensata una nuova opportunità di senso. Questo è ciò che è stato fatto dalla psichiatria fenomenologica, e che ha già mostrato la sua valenza nell'ambito della cura.

In un percorso di cura ciò significa non dare per scontato nulla, ma accogliere con *meraviglia* l'alterità, come ci insegna la filosofia, con pazienza e consapevolezza che quanto non abbiamo ancora capito

dell'altro sia qualcosa che vale la pena conoscere, perché lì dimora la possibilità di offrire il sostegno adeguato, perché solo in questo spazio del “noi” possiamo infine trovare la grazia e la salvezza, non come operatori o utenti, ma come persone.

FILOSOFIA E...

# TRA BISOGNO DI CREDERE E CRISI DEL CREDIBILE: LA SOTTILE LINEA DI UNIONE TRA ‘VERO’ E ‘SACRO’ NELL’OPERA DI LEONARDO SCIASCIA

di Fiorenza Manzo

## *Abstract*

This paper argues for the possibility of identifying a unifying thread in the work of Leonardo Sciascia by analyzing three of his major writings: *Todo modo* (1974), *La scomparsa di Majorana* (1975), and *Candido* (1977). This analysis brings to light a latent tension in Sciascia’s work, rooted in his clear recognition of an antinomy: the conflict between a profound need for truth and authenticity in social relations and the persistent shadow of incredibility that appears to mirror and haunt the truth. Furthermore – as this analysis seeks to demonstrate – this yearning for authenticity is intimately bound up with a latent drive toward re-sacralization: a renewed quest to re-invest the sacred with meaning, following the linguistic and symbolic dismantling it had undergone, especially in the wake of the “scandal” of the Shoah.

## 1. «*Quid est veritas?*»

È ormai universalmente atteso come più rigoroso l’approccio che tende a sezionare, analizzare, isolare come un intero a sé stante ogni tassello dell’opera di un autore. E tale approccio si mostra tanto più deciso quanto più grandi sono la statura e la risonanza dell’autore e dell’opera considerati.

È invece sempre più spesso sprezzantemente bollato come “manualistico” il tentativo di sintetizzare, ricompattare, riunificare, rintracciare continuità in un *corpus* di scritti comunque distanti.

In questa sede, senza alcuna pretesa di discutere pregi e limiti strutturali di questi due approcci, si vuole innanzitutto osservare che – purché non sia condotto con intento riduzionistico – il tentativo di intercettare la

fondamentale sensibilità che anima un autore, soprattutto in ambito letterario, non è mai spregevole, non è mai vano e non manca mai di suscitare sincero interesse.

Ciò che di seguito si proverà a fare, un po' arditamente, è mettere in luce come si possa ravvisare una traccia continua, un tormento latente, nell'opera di Leonardo Sciascia; un tormento che deriva dal chiaro riconoscimento di un'antinomia: quella tra un bisogno di verità e autenticità nei rapporti sociali e uno stretto correlato di *incredibilità* che sembra accompagnare e *perseguire* il vero.

L'antinomia si dà in un mondo in cui si combattono forze – anche e soprattutto politiche – antagoniste, che hanno imparato a lottare con gli stessi mezzi: i mezzi linguistici dell'opacità. Questo tema compare fin da uno dei suoi primissimi scritti, *Le parrocchie di Regalpetra*, del 1956.

Regalpetra è il nome di fantasia che Sciascia sceglie per rappresentare un tipico paesino siciliano, di cui descrive composizione, stratificazioni sociali e logiche di funzionamento. Particolarmente interessante è il capitolo dedicato al periodo di campagna elettorale. Le 'parrocchie', in questo caso, sono i partiti e le correnti politiche: missini, comunisti, democristiani, liberali e così via.

Il ricorso critico a un lessico cristiano – un controverso rimando alla sfera religiosa – resterà una costante della sua produzione, come si vorrà mostrare in dettaglio, e bisogna pertanto ammettere che nasconda quantomeno un problema, un pungolo costante, tratto rappresentativo della sua generazione. In un'intervista rilasciata circa trent'anni dopo la pubblicazione di quello scritto, ammetterà: «quel libro si inserisce nel contesto di un bisogno di verità che c'era in Italia e che faceva capo al *Cristo si è fermato ad Eboli* di Carlo Levi»<sup>1</sup>. Su questo punto Sciascia si ferma senza andare al nocciolo della questione. Tuttavia, l'evocazione del *Cristo si è fermato ad Eboli* è decisiva rispetto al problema che si sta qui cercando di dissotterrare. Egli appartiene, proprio come Carlo Levi, ma anche come Alberto Moravia e Pier Paolo Pasolini (per restare alla sola Italia), a una generazione di

---

<sup>1</sup> Intervista rilasciata a «Binocolo», 1985, <https://www.youtube.com/watch?v=s7HCxqEy8U>, cfr. min. 2:07 – 2:15, URL consultata in data 16/04/2024.

scrittori che registra, recepisce e si confronta con lo svuotamento semantico del sacro sul piano linguistico e simbolico: svuotamento che affonda radici massicce nello scandalo di Auschwitz. Una generazione che non sa e non vede come, dopo Auschwitz, si possa ricostruire il carattere di verità del discorso religioso e politico, ma in cui le strutture e il vocabolario del mondo pre-Auschwitz sono ancora in piedi. La sua, allora, è una pratica esacerbata di sistematico disvelamento dell'inconsistenza di quelle strutture e di quel lessico, che deve servire a poterli dismettere: operazione essenziale per qualsiasi opera di ricostruzione.

In *Todo modo*, in uno dei primissimi monologhi interiori del protagonista, si legge: «volevi dunque che la Chiesa, rinunciando alla mistificazione e all'inganno, si reinventasse e si riaffermasse? ... Ma no, volevo che finisse»<sup>2</sup>. E il fatto che non sia finita costringe a muoversi entro il suo orizzonte, a ritornarvi incessantemente. È sullo sfondo, più o meno nitido, di questo incessante ritorno che Sciascia sembra intrecciare le fila di ogni racconto, di ogni vicenda umana. Da questo punto di vista, emblematico e fortemente rivelatore è un testo maturo come *L'affaire Moro* del 1978, che testimonia dell'interesse sia pratico che teorico di Sciascia verso la vita politica e civile del paese. Moro, per Sciascia, è il più alto rappresentante della crisi politica italiana e, non a caso, uno dei leader della Democrazia Cristiana. Moro esprime perfettamente la crisi del suo tempo, *soprattutto attraverso il linguaggio*. Quello che Sciascia rileva in Moro è una lingua opaca e *necessariamente* opaca. Egli riusciva – pur attraverso una grande complessità sintattica – a comunicare, a *significare*, sempre pochissimo. Scrive Sciascia:

[Moro] ha dovuto tentare di dire col linguaggio del *nondire*, di *farsi capire*, adoperando gli stessi strumenti che aveva adottato e sperimentato per *non farsi capire*. Doveva comunicare usando il linguaggio dell'incomunicabilità<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> L. SCIASCIA, *Todo modo* (1974), in ID., *Opere. 1971-1983*, Bompiani, Milano 2001, p. 120.

<sup>3</sup> ID., *L'affaire Moro* (1978), in ID., *Opere*, cit., pp. 463-571, in part. p. 471.

Perché? Perché è una prosaica doppiezza, un'opacità, una *inintelligibilità* che si attaglia ai tempi di crisi. Certamente, nel caso di Moro – ovvero in un caso *eccellente* – l'opacità è sondata con lucidità, ed è questo a renderlo interessante.

Naturalmente, il problema di una connessione tra discorso pubblico, significato e verità era stato affrontato in Francia, e ancor più in Germania, in quella stessa stagione, in maniera molto più mirata, critica e organica – con vette speculative di altissimo rilievo – soprattutto dal mondo della filosofia (Bataille, Foucault, Sartre, Jonas, Adorno, Arendt ecc.). In Italia, la questione era stata affrontata da De Martino, su tutti, che cercò di analizzarla e declinarla all'intersezione tra piani diversi, ma va riconosciuto che essa fu intercettata in misura importante dalla letteratura, percepita come spazio alternativo, in qualche misura concretamente *sottratto* alla fisica del potere, in cui era possibile un'altra etica e un'altra epistemologia. Al punto che, in *Nero su nero* (1979), alla domanda di Pilato «Quid est veritas?», Sciascia ammette che sarebbe tentato di rispondere che la verità è la letteratura<sup>4</sup>.

Dopo questa breve introduzione, ci si vorrà soffermare, d'ora in avanti, ad analizzare nel dettaglio alcuni passaggi chiave di tre testi fondamentali della sua produzione: il già citato *Todo Modo*, *La scomparsa di Majorana* e *Candido, ovvero un sogno fatto in Sicilia*. Perché? Perché questi tre testi ben si prestano a mettere in luce come si articolino tra loro, nell'opera di Sciascia, la perdita di significato e autenticità del linguaggio, il tramonto di fonti veritative autorevoli (che fa il paio, in basso, con un sistema sociale di capillare e ammessa *ipocrisia*) e un permanente e inestinto bisogno di *credere*.

Soprattutto alla luce di questo – cioè di un inestinto bisogno di credere – Sciascia avvertì di dover fare i conti, nel suo percorso narrativo, prima di tutto con quel che restava delle istituzioni religiose. Un esempio lampante ne è proprio *Todo modo*.

---

<sup>4</sup> Cfr. ID., *Nero su nero* (1979), in ID., *Opere*, cit., pp. 601-846, in part. p. 815.

## 2. «*Todo modo para buscar la voluntad divina*»

L'impressione più ricorrente che si ha, leggendo *Todo modo*, è che Sciascia sentisse l'esigenza di fare i conti, innanzitutto, con il tormento della *propria* fede. La conferma di ciò arriva indirettamente da un'intervista rilasciata da Sciascia alla televisione svizzera. Al giornalista che gli chiedeva quale fosse la domanda che non gli era mai stata posta e alla quale avrebbe finalmente voluto rispondere, Sciascia replicò: «Se credo in Dio». Avrebbe voluto rivelare che era credente<sup>5</sup>. Lo stesso titolo, *Todo modo*, è una citazione tratta dagli *Esercizi spirituali* di Sant'Ignazio di Loyola, che si traducono – nel romanzo – in un modello di religiosità elitaria, imborghesita, che ha perso qualsiasi contatto con la fonte primigenia del sacro, che è infatti il modello rappresentato da don Gaetano, ovvero il modello con cui Sciascia maggiormente se la prende, con uno stile che ricorda quello di Stendhal.

In quest'ottica, due sono gli elementi più interessanti del romanzo, che consentono di portare alla luce quell'intreccio di temi sopra delineato. Il primo è, per così dire, più manifesto e ha direttamente a che fare con la trama del racconto: l'omicidio di don Gaetano. L'omicidio avviene sotto gli occhi di tutti, in un ambiente iper-sorvegliato, chiuso e isolato, in cui vigevano la massima riservatezza e discrezione. Al netto di tutto ciò, l'assassino non si trova e nessuna ricostruzione è ritenuta *ammissibile*. Perché? Innanzitutto, perché nessuna è pienamente *verificabile*. È possibile che qui Sciascia raccolga in qualche misura una suggestione teorica proveniente da *Logik der Forschung* di Karl Popper, del 1934: il vero continua a sfuggire finché si insegue ostinatamente il mito del principio di verifica, che renderebbe costitutivamente inammissibile anche la teoria della relatività di Einstein. Ma vi è anche un errore metodologico molto più banale alla base dell'approccio investigativo: all'indagine sono poste delle pregiudiziali di partenza. Il procuratore – che è presente sulla scena al momento di tutti gli

---

<sup>5</sup> Il contenuto di quell'intervista è stato raccontato in tempi recenti (2021) dalla figlia di Leonardo Sciascia, Anna Maria Sciascia, al settimanale *Famiglia Cristiana*. La notizia è stata ripresa e riportata da numerose fonti, tra cui Ansa.it. Cfr. <https://www.ansa.it/sito/notizie/cultura/2021/01/07>. URL consultata in data 04/02/2024.

omicidi successivi al primo, incluso quello di don Gaetano – ha stabilito *a priori* che l'assassino deve essere stato il medesimo per tutti, e ha deciso su questa base di escludere dai sospettati, oltre che se stesso, il commissario; ma, soprattutto, ha deciso – per una ragione mai chiaramente argomentata – di escludere dai sospettati il protagonista del racconto (celebre e osannato pittore) che era sempre stato lì ed era manifestamente tra i pochi che avrebbero avuto l'occasione, nonché il movente, per commetterne almeno uno: quello del prete, appunto.

Alla fine della storia, è il protagonista stesso ad auto-accusarsi, ma la sua viene recepita dal procuratore come una battuta di spirito: a tal punto è divenuta inammissibile, in-credibile la verità. Indiscernibile. Non a caso, Elio Petri ha trovato in questo romanzo dell'ottimo materiale per uno dei suoi film. E quello su *Todo modo*, infatti, veicola la stessa critica al fondo di *Indagini su un cittadino al di sopra di ogni sospetto*.

C'è poi un secondo elemento di questo romanzo, che passa per lo più in sordina, ma che ricorrerà più chiaramente negli altri due: la menzogna e l'intrigo generano alleanze, producono un ordine, *quello sì*, intelligibile e ammissibile. Osservando come si muovono i congregati, il protagonista del romanzo nota:

I più, a due a due, si parlavano nell'orecchio: e mi venne da pensare al *nunquam duo* che è la regola dei seminari, e dovrebbe esserlo di ogni riunione di cattolici. Era facile immaginare che i due che si parlavano vicino a me stessero complottando qualcosa contro quegli altri due che stavano dalla parte opposta, e viceversa; e così ogni coppia contro ogni altra distante: sicché lo spiazzale diventava come un telaio su cui si stendeva una fitta trama di inganni, di tradimenti<sup>6</sup>.

*Nunquam duo* è la regola dei seminari: mai in due, sempre in tre (*semper tres*). Questo rituale del pettegolezzo, così radicato in società, così antico, non è sfuggito all'attenzione degli antropologi. Nel lavoro che Nicoletta Cavazza ha dedicato nel 2012 al tema del pettegolezzo, viene citato proprio questo passo di Sciascia a fini esemplificativi. A tal proposito, Cavazza

---

<sup>6</sup> L. SCIASCIA, *Todo modo*, in ID., *Opere*, cit., p. 135.

osserva: «[l]a funzione di controllo sociale che il pettegolezzo svolge fa sì che esso influenzi gli individui verso il conformismo»<sup>7</sup> per timore del biasimo, e questo ha avuto, evolutivamente, la funzione “positiva” di contribuire a creare ambienti sociali controllati e controllabili. Ma c’è dell’altro. Benché, per un verso, tale pratica sia certamente latrice di una permanente conflittualità sociale, dall’altro, vi sono argomenti forti per sostenere che essa abbia assunto nel tempo «la forma di un rito che contribuisce alla *costruzione della coesione interna alla comunità e al controllo del rispetto delle norme implicite*»<sup>8</sup>. Certamente, non si tratta di una novità: è questa, infatti, una tesi che Max Gluckman propose e argomentò già nel 1963, in un celebre articolo intitolato *Gossip and scandal*<sup>9</sup>.

In *Todo modo*, pubblicato nel 1974, la complessità e l’ambivalenza del pettegolezzo si trovano colte con estrema lucidità e altrettanta amarezza. Da un lato, Sciascia mostra finemente come il pettegolezzo sia sempre qualcosa di radicalmente *opposto* al vero, su cui è sempre calata l’ombra dell’inautenticità e della menzogna. Questo tratto è strutturalmente insito nella forma propria di quel discorso: un discorso nascosto, ‘privato’, nel senso letterale del termine, che allude alla *privazione* del pubblico, laddove il ‘pubblico’ sarebbe l’orizzonte del libero confronto e, dunque, della *possibilità* del vero.

Dall’altro, egli vede perfettamente come il pettegolezzo e la menzogna possiedano una forte capacità aggregatrice e cautelativa dell’ordine dato.

### 3. Candido o la carica distruttrice del vero

Questo rilievo emerge molto chiaramente nel *Candido* di Sciascia, come adesso si procederà a mostrare. Prima di tutto, va osservato che l’opera è, ancora una volta, traboccante di riferimenti sacri. Anche qui, il ruolo di “spalla” del protagonista, nonché riferimento critico, è assegnato a una figura religiosa, che in questo caso è altresì una figura paterna ed educativa,

---

<sup>7</sup> N. CAVAZZA, *Pettegolezzi e reputazione. Parlare degli assenti*, Il Mulino, Bologna 2012, pp. 73-74.

<sup>8</sup> Ivi, p. 75.

<sup>9</sup> M. GLUCKMAN, *Gossip and scandal*, in «Current Anthropology», 4 (1963), pp. 307-316.

molto diversa da quella di don Gaetano e molto e lontana dall'elitistica pacificazione interiore di cui questi sembrava godere. L'arciprete di Candido, nella sua ricerca del vero, abbandonerà la Chiesa per iscriversi al Partito Comunista. A questo proposito, Sciascia gli farà dire: «un prete che non è più prete o si sposa o diventa comunista. In un modo o nell'altro, deve continuare a stare dalla parte della speranza»<sup>10</sup>.

Rispetto a ciò, l'impressione di Candido era invece che «don Antonio stesse, in realtà, passando da una Chiesa a un'altra»<sup>11</sup>: ancora tormento religioso, ancora l'*empasse* tra il bisogno di credere e quello di liberarsi dalle pastoie di vuote istituzioni in declino. E, ancora, della verità nessuna traccia.

Del resto, la società tutta non fa altro che temere, condannare, demonizzare la verità a ogni accenno, a partire dal caso emblematico su cui la narrazione si apre, che prefigura la rotta dell'intera esistenza del protagonista: Candido bambino ascolta e riporta accidentalmente la conversazione occorsa nel prestigioso studio legale del padre, avvenuta tra quest'ultimo e un suo cliente. Il cliente in questione aveva confidato all'avvocato di essere l'autore di un efferato omicidio che aveva sconvolto l'intera città, Per tutta risposta, l'avvocato aveva serenamente accettato di assumerne la difesa. In maniera del tutto inconsapevole, Candido riporta a scuola il contenuto di quella conversazione, rivelando in un solo colpo l'identità dell'assassino e l'ignominia di suo padre, reo altresì di essersi lasciato sfuggire la presenza del bambino nella stanza, nel corso di quella delicata conversazione.

La rivelazione di Candido è di una portata tale da non poter essere ignorata, oscurata o nascosta sotto il tappeto dell'ipocrisia collettiva. La carica distruttiva del vero, in quell'occasione, è così forte che il padre – la cui immagine pubblica era stata irrimediabilmente compromessa – si suicida. Finisce, allora, che l'infamia dell'accaduto ricade su Candido. Fin da bambino, dunque, il protagonista subisce il biasimo e la riprovazione collettiva per la sua onestà, bollata come *demoniaca*.

Il demoniaco compare molto presto e diventa il *leitmotiv* del testo, sempre associato a Candido, alla sua ingenua e disinteressata onestà, distruttiva

---

<sup>10</sup> L. SCIASCIA, *Candido ovvero un sogno fatto in Sicilia*, in ID., *Opere*, cit., p. 408.

<sup>11</sup> *Ibid.*

di un ordine fondato sulla doppiezza e sulla menzogna. Su questo si costruisce la radicale e reciproca indecifrabilità tra Candido e la società di cui è parte, che non cesserà di attrargli ostilità e sciagure, sulla falsariga del *Candido* di Voltaire. Ma forse proprio in questo risiede la differenza decisiva tra i due: che – diversamente dal *Candido* di Voltaire – quello di Sciascia non si affanna sulla comprensione dei meccanismi che regolano l'ordine storico-naturale, bensì di quelli che regolano l'ordine *sociale*. Su questo la trama si articola e arriva a includere, nella seconda metà del romanzo, un altro elemento decisivo, intimamente legato al tema della verità: quello della *semplicità*.

Da adolescente e poi da adulto, Candido si trova sempre nella situazione di affermare con candore assoluto una verità che risulta letteralmente incredibile, poiché troppo semplice. Ogni discorso di Candido risulta troppo semplice negli intenti, ogni suo proposito troppo essenziale nelle pratiche attuative.

È avvenuto, nella sfera sociale, un totale sovvertimento di un principio paradigmatico dei secoli XVII e XVIII, nato in ambito medico: il principio del *simplex sigillum veri*. La semplicità non è più pensabile, non è più ammessa, non è più possibile. È respinta come inintelligibile. Nessuno riesce a comprendere perché Candido regali al Comune le terre che egli possiede – le più adatte all'edificazione di un ospedale – invece di speculare su quella fortuna. Nessuno riesce a comprendere che Candido voglia occuparsi delle proprie terre incolte in prima persona, invece di affittarle e trarne comodo profitto. Nessuno riesce a comprendere come mai faccia dono delle terre a quelle famiglie di contadini che le avevano coltivate per diverse generazioni, invece di continuare a sfruttarne il lavoro. Ogni cosa che Candido dice genera imbarazzo, perché smaschera la doppiezza dei suoi interlocutori, anche all'interno del Partito Comunista. Certamente, questo mostra in maniera inequivocabile che, dietro questa inintelligibilità del semplice (e quindi del modo di pensare e agire di Candido), c'è anche lo svuotamento di senso dell'idea di "comunità", nel suo darsi come risultato dell'articolazione tra libertà, felicità e solidarietà: il capitalismo ha già eroso questa modalità del rapporto tra gli individui al punto da renderla *irrazionale*.

La società che Sciascia ha davanti – che ha perso il sigillo del semplice – è la società della borghesia terriera che si avvia a fare il salto verso la rottura completa dei vincoli di solidarietà. Ma, soprattutto, è una società che ha perso un senso alto dell'idea di libertà come capace di interrompere il flusso della razionalità capitalistica, opprimente e necessitante.

“Un atto di libertà” è quello aveva dato inizio alla storia di *Todo modo*: la deviazione per l'Eremo che il pittore decide di imboccare, invece di proseguire sulla strada già tracciata.

Nell'ormai consolidato rigetto dell'idea di un'umanità libera e semplice, Candido verrà dichiarato incapace e interdetto alla gestione dei propri possedimenti. Eppure, qua e là, Sciascia riafferma con vibrante forza espressiva la propria intima convinzione e, verso la fine dell'opera, fa dire a don Antonio: «a momenti mi pare di aver valicato la soglia del segreto, del mistero: e cioè che non c'è segreto, non c'è mistero; che tutto è semplice, dentro e fuori di noi»<sup>12</sup>.

## 5. La scomparsa di Majorana

Veniamo, infine, a *La scomparsa di Majorana*, che, nel percorso fin qui delineato, si configura come la più importante e la meglio esemplificativa tra le opere considerate. È per ragioni espositive, dunque, che si è scelto di dedicarle il paragrafo conclusivo. Si potrebbe pensare che in quest'opera manchi il riferimento al sacro, ma si sarebbe gravemente in errore. Bisogna arrivare quasi alla fine per coglierlo pienamente, ed è lo stesso Sciascia – giunto a metà della narrazione – a esplicitarlo:

Ettore Majorana era religioso. Il suo è stato un dramma religioso, e diremmo pascaliano. E che abbia precorso lo sgomento religioso cui vedremo arrivare la scienza, se già non c'è arrivata, è la ragione per cui stiamo scrivendo queste pagine sulla sua vita<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Ivi, p. 402.

<sup>13</sup> ID., *La scomparsa di Majorana*, in Id., *Opere*, cit., p. 257.

Ma Sciascia non si limita a questa constatazione. L'aura di sacralità che permea il sacrificio di Majorana si trova presto evidenziata con una carica simbolica fortissima: subito dopo aver richiamato l'attenzione sulla questione del mancato ritrovamento del corpo, l'autore cita un passo da T.S. Elliot, *La terra desolata*, il cui filo conduttore è l'episodio dell'Antico Testamento in cui il Signore porta lo spirito di Ezechiele – solo il suo spirito, non il suo corpo – su un cimitero di ossa. La peculiarità e la densità di significato di tale riferimento risiedono nel fatto che, nel racconto del testo sacro, quell'episodio va in un senso radicalmente diverso da quello inteso da Elliot. Nel libro di Ezechiele (37, 1-14), il Signore vuole prefigurare al profeta che quelle ossa verranno fatte *rivivere*; ben altro, invece, è il sentimento e la preoccupazione cui dà voce Elliot: «quali rami crescono su queste maccerie?»<sup>14</sup>. Sciascia sceglie, dunque, di riproporre il senso dell'assordante domanda di Elliot. Una valle di ossa aride: è questa la drammatica visione, questo l'accorato tormento, di cui il Majorana di Sciascia vuole farsi testimone con la propria scomparsa. Nella speranza di riuscire a evitare o allontanare l'avverarsi di quella visione, di quella premonizione, Majorana si risolve per il sacrificio di sé nell'oblio. Soffermarsi su quel sacrificio, per Sciascia, ha dunque, manifestamente, il senso di proporre una sacralità rivisitata, riattualizzata e rivitalizzata, adattata alle domande più urgenti e attuali che i tempi sollecitano.

D'altra parte, in questa vicenda, vi è anche un altro aspetto – poc'anzi solo accennato – che merita grande attenzione: la spinosa questione del corpo. Mentre descrive Majorana ora come uno dei personaggi di Pirandello ora come un personaggio mitico, come l'Ulisse dantesco, Sciascia evoca un po' timidamente, con pudore, la questione del corpo. Quel corpo che non è mai stato ritrovato, sebbene la morte debba essere, presto o tardi, intervenuta. È questa assenza che richiede un imperituro tributo di

---

<sup>14</sup> «What are the roots that clutch, what branches grow out of this stony rubbish?» è la domanda che apre la seconda strofa della sez. I di *The Waste Land* (T.S. ELLIOT, *The Waste Land* (1922), in *Collected Poems 1909-1962*, Harcourt, Brace & World, New York, 1963, p. 64). Da questa stessa strofa, Sciascia riprende esplicitamente nel testo il verso più inquietante e minaccioso: "I will show you fear in a handful of dust" (ivi, p. 65). Cfr. L. SCIASCIA, *La scomparsa di Majorana*, in ID., *Opere*, cit., p. 263.

memoria, affinché l'oblio abbracciato dall'uomo-Majorana non inghiotta anche la memoria del suo sacrificio. Con questo, diviene allora del tutto chiaro come Sciascia faccia di Majorana una figura cristologica, mistica più che mitica.

Anche in quest'opera torna, poi, fortissimo, il tema della verità nella declinazione proposta finora: nella sua inintelligibilità. Innanzitutto, la questione non fa che riemergere nel racconto delle indagini seguite alla scomparsa del giovane fisico. La sua volontà di scomparire risulta in-credibile per chiunque, a partire dalla famiglia. I suoi familiari non sono disposti a credere al suicidio da lui preannunciato in una lettera, e rifiutano altresì di riconoscere e di rispettare la possibilità che egli abbia deciso di far perdere le proprie tracce. Così, lo fanno cercare in lungo e in largo per l'intera penisola, nonostante tutti gli elementi indichino una fuga studiata e organizzata nei minimi particolari.

Dal tono della narrazione traspare, poi, chiaramente, anche una critica di Sciascia – che si troverà pienamente esplicitata nel *Candido* – a una concezione dell'individuo tale che ogni atto di libertà è assimilato alla pazzia, all'infermità mentale.

La famiglia Majorana è irremovibile e, con l'intercessione di Giovanni Gentile, arriverà perfino a scrivere a Mussolini. Pervicace e ostinato è il rifiuto da parte di tutti di leggere quella scomparsa alla luce di ciò che lo stesso Ettore Majorana – cui Enrico Fermi riconosceva i caratteri del genio – aveva scritto in uno dei suoi periodi di volontario isolamento da Via Panisperna: «la fisica è su una strada sbagliata»<sup>15</sup>. Inammissibile, implausibile, in-credibile che il singolo sia libero di sottomettersi a un imperativo morale vagliato autonomamente e disposto al sacrificio di sé, dell'onore, del prestigio, della fama, in osservanza a un percepito dovere di solidarietà universale. La scelta di Majorana, nella sua assoluta e disarmante semplicità, resta per tutti inintelligibile.

Ma non è tutto: nel racconto, si possono individuare almeno altri due elementi a supporto di questa argomentazione.

Sul primo, Sciascia volutamente apre la narrazione: l'assurdo delitto del bambino bruciato nella culla, dal cui scandalo la famiglia Majorana si trova

---

<sup>15</sup> Ivi, p. 248.

investita. Nel reticolo di menzogne, trame e inganni orditi dall'autrice del delitto per passare da innocente, Sciascia si sofferma su ciò che gli sembra rilevante e decisivo in questo fatto: la verità che dopo anni riesce a emergere, non lo fa in maniera autonoma, evidente e limpida. Lo fa, piuttosto, tramite il suo opposto: tramite, cioè, un *eccesso di menzogna*, che risulta paradossale e rivela la distorsione. Una menzogna spinta all'assurdo. «Soltanto raggiungendo l'assurdità» – scrive Sciascia – «il processo poteva – enorme mongolfiera – ricadere sul terreno della verità»<sup>16</sup>. La semplicità del vero si conferma a ogni puntata una dimensione inaccessibile, in-credibile.

Il secondo, forse più velato, ma decisamente più drammatico, momento di snodo di questa pista è un episodio che riguarda la questione cruciale della progettazione dell'atomica. Nell'opera, Sciascia racconta di come si sarebbe aperta, a un certo punto, una finestra spazio-temporale di opportunità, in cui Werner Heisenberg – il celebre fisico tedesco – avrebbe potuto far sapere ai suoi colleghi americani, tramite Niels Bohr, che in Germania non si stava in alcun modo lavorando per costruire l'atomica, favorendo in tal modo una dinamica di distensione.

Che cosa andò storto? Perché quella preziosa occasione fu bruciata? Perché, letteralmente, Bohr – sostiene Sciascia – non *capi* il senso di quello che Heisenberg, cautamente, stava cercando di suggerirgli di lasciar trapelare. Gli era impossibile comprendere un discorso che andasse nella direzione opposta a quella dell'*esclation* del conflitto, che presupponesse la logica del decremento. In quella dinamica – in quella modalità del darsi della relazione – quell'idea, quella verità, era impossibile da cogliere, perché sovversiva dell'ordine: di un dato ordine di cose ormai interiorizzato.

È questo che ne determina l'in-credibilità. La verità si lega a un atto di libertà che non è afferrabile finché si resta nella logica e nei modelli di razionalità a cui viene ricondotto l'agire sociale, che ci presentano il mondo come il teatro di una competizione insuperata e insuperabile. In questo orizzonte, la verità irrompe e rompe la catena della necessità.

Nella sua ultima lettera, Majorana evoca, seppur *en passant* e in un contesto ironico, Henrik Ibsen, l'autore de *I pilastri della società*. Nel racconto di Ibsen, quelli che emergono come i pilastri, o le colonne, della società sono

---

<sup>16</sup> Ivi, p. 233.

l'avidità, l'ambizione, la sete di potere, l'ipocrisia e tutte le istituzioni sociali fondate su di esse. A una società retta da questi pilastri, Majorana deve aver sentito di non appartenere. È per questo che, secondo Sciascia, decise di provare a produrre in essa una rottura, ad aprire uno squarcio nella perfetta intelligibilità dell'ordine, di quello stesso ordine entro cui la produzione dell'atomica era perfettamente razionale.

In quel Majorana, e in tutti i personaggi reali o inventati che hanno tentato quello squarcio, Sciascia ha potuto *con-sacrare* il proprio racconto.

# PRATICHE

# IL GRUPPO DI RICERCA ARTHEMIS PRESSO L'UNIVERSITÀ DI SALERNO. OLTRE LA “STORIA” DELLA FILOSOFIA ANTICA

di Giorgia Bruno

La storia della filosofia antica ha da sempre avuto un ruolo centrale nella tradizione accademica italiana in cui, nel corso dei decenni, sono stati prodotti importanti lavori scientifici di commento e traduzione di testi di filosofi antichi, pervenendo a risultati importanti e originali per la nostra comprensione del pensiero antico. L'università di Salerno, attraverso l'attività di studiosi e studiosi, ha mantenuto nel corso degli anni vivo l'interesse per il pensiero antico presso l'Ateneo salernitano. Tuttavia, negli ultimi anni si è sentita l'esigenza di rinnovare l'offerta formativa anche per quel che riguarda la storia del pensiero greco-romano, attraverso un ripensamento delle attività e della pratica stessa della storia della filosofia antica.

Nel corso dell'a.a. 2024-2025 è stato fondato, proprio all'Università di Salerno, il gruppo di ricerca in filosofia antica *Arthemis*, il cui nome è ispirato alla dea greca della caccia. Il gruppo di ricerca, coordinato e diretto da Claudia Lo Casto, afferra al centro studi di filosofia tardoantica medievale e umanistica (FiTMU). Le attività sono svolte in collaborazione con altri studiosi dell'Ateneo salernitano che contribuiscono alla realizzazione degli eventi stessi. Il progetto nasce come risposta all'esigenza di studenti e studiosi di avere un punto di riferimento per la storia della filosofia antica presso l'Ateneo salernitano, in continuità con il lavoro già avviato nel corso degli anni precedenti. Pur collocandosi in un contesto istituzionale, il progetto intende promuovere l'esercizio dello studio della filosofia antica senza limitarsi a una dimensione meramente didattica, ma come spazio sperimentale di ricerca condivisa da una collettività composta da studenti e studiosi. L'obiettivo è l'incoraggiamento della discussione e la stimolazione del pensiero critico sulla filosofia antica verso linee di ricerca originali per una ricerca scientifica collettiva attraverso iniziative pubbliche ed aperte a tutti.

*Arthemis* è uno polo in cui studiosi di filosofia antica possono avere uno spazio di diffusione e divulgazione delle proprie ricerche, attraverso un confronto con altri esperti e giovani ricercatori. Oltre alle attività di ricerca, che comprendono seminari interni, conferenze di *invited speaker* e pubblicazioni scientifiche, *Arthemis* intende venire incontro anche alle esigenze di studenti che si affacciano per la prima volta ai classici del pensiero antico e alla filosofia in generale. Per questo, all'interno del gruppo sono state pensate anche attività di lettura guidata dei testi (*reading group*) che prevedono la lettura collettiva di un classico del pensiero antico con relativa discussione aperta. L'obiettivo è stimolare la riflessione degli studenti e dare la possibilità di approcciare per la prima volta a un testo classico in maniera analitica e scientifica. Oltre alle attività "puramente" filosofiche, *Arthemis* intende promuovere la diffusione del pensiero greco-romano attraverso attività come *cineforum* e visite guidate a luoghi di interesse. Questo approccio risponde all'esigenza di coloro i quali non vedono nella filosofia antica solo uno studio riservato all'accademia, ma anche la possibilità di un approccio trasversale e interdisciplinare. Inoltre, esso favorisce anche un approccio mediato per coloro i quali non provengono da studi classici o si avvicinano alla filosofia antica a livello universitario per la prima volta. Le attività sono spesso recepite come stimolo per riflessioni più ampie e attuali. Infatti, diversi tra i partecipanti hanno sottolineato, nel corso dei vari incontri, le evidenti analogie tra il pensiero antico e gli eventi sociopolitici contemporanei: dalla geopolitica alla tecnologia, dalla letteratura alla comunicazione, proponendo delle riflessioni che si intrecciano con le questioni di attualità. *Arthemis* è, quindi, un riferimento strategico per la storia della filosofia antica presso l'Ateneo di Salerno, ma punta nei prossimi anni a raggiungere un pubblico più ampio attività online e open-access. Con attività pubbliche e interessi trasversali, lo spazio per lo studio e la ricerca intercetta un gran numero di persone, dando alla storia della filosofia antica una veste innovativa, meno antiquata e al passo con le esigenze filosofiche e culturali contemporanee.

## RECENSIONI

Recensione a Lucio Caracciolo, *La pace è finita. Così ricomincia la storia in Europa*, Feltrinelli, Milano 2022

di Enrico Volpe

Il libro di Lucio Caracciolo *La pace è finita. Così ricomincia la storia in Europa* si presenta come un'agile pubblicazione che intercetta uno dei temi mediaticamente e politicamente più sentiti dell'anno 2022, ossia l'invasione dell'Ucraina da parte della Russia guidata da Vladimir Putin. Questo evento, dopo quello dell'11 settembre negli Stati Uniti, rappresenta probabilmente il più grande spartiacque nella storia della politica occidentale del XXI secolo, in cui tutte le potenze transatlantiche sono coinvolte in un'operazione di guerra sul territorio europeo contro un'altra superpotenza. Il messaggio è chiaro: l'Occidente (in particolare l'Europa) non è un rinnovato Eden, né tantomeno una zona invulnerabile dai conflitti armati; le dinamiche sono sempre le stesse, con la guerra come elemento dello scacchiere e non più come tabù. Si obietterà che già nel 1992-1995 l'Europa è stata sconvolta dal conflitto serbo-bosniaco, ma questa è la prima volta dopo la caduta dell'Unione Sovietica che la Russia "scende in campo" in territorio europeo.

Il titolo del libro di Caracciolo richiama in maniera provocatoria il celebre saggio di Francis Fukuyama *The End of the History and the last Man* del 1992. Come è noto, la "fine della storia" per lo studioso americano è rappresentata dal trionfo delle democrazie liberali alla fine della Guerra Fredda, che segna la definitiva vittoria del modello liberale americano su quello sovietico comunista. Per Fukuyama, il liberalismo occidentale sarebbe esso stesso garanzia di pace sulla base del fatto che esso fa ricorso allo strumento diplomatico e che, dopo la caduta del muro di Berlino e dell'URSS, non c'è un vero antagonista all'impero occidentale e, in mancanza di un *alter*, non può che esserci la *pax* americana. In realtà il mondo non ha mai conosciuto una pacificazione totale, né tantomeno i paesi occidentali hanno mai vissuto una fase di "quiescenza" bellica totale. L'invasione dell'Ucraina, però, rappresenta una traslazione del problema dentro il cortile di casa nostra, vale a dire entro i confini

territoriali europei. Sebbene l'Ucraina non faccia parte formalmente né dell'UE né della NATO, *de facto* la questione della sua integrità territoriale si pone come un problema europeo-occidentale. Caracciolo mette in luce proprio la contraddizione alla base della pacificazione messa in campo dalle democrazie occidentali, mostrando come il teorema della “fine della storia” sia quantomai fragile. Pur volendo chiudere un occhio (o forse tutti e due) sulle vicende belliche dal 1991 al 2001 (dalla fine dell'Unione Sovietica all'attentato al *World Trade Center*), oggi come oggi non è possibile non decretare il fallimento della tesi della “fine della storia”. Questo aspetto è il cuore dell'analisi di Caracciolo, la cui critica più feroce è rivolta proprio all'Unione Europea. Secondo l'autore, negli ultimi anni in Europa vige l'idea che il vecchio continente svolga ancora un ruolo di primo piano e che sia in grado di sganciarsi quando e come vuole dall'alleato americano. Per fare questo, l'Europa dovrebbe avere un'autonomia economica ed energetica, ma soprattutto militare. L'autore parla di una “Europa eterodiretta”, proprio a rimarcare la dipendenza pressoché totale degli europei dagli americani (direttamente), ma anche dalle mosse di Cina e Russia. Caracciolo rimarca come i cosiddetti Stati Uniti d'Europa siano più un'elucubrante fantasiosa e utopistica piuttosto che un progetto reale, proprio a rimarcare la totale assenza di autonomia da parte degli europei; in altre parole, Lucio Caracciolo non attribuisce all'Unione Europea il ruolo di un vero e proprio soggetto geopolitico.

La questione si sposta, poi, su una lucida analisi dell'attualità. Sempre in contrasto con le tesi della “fine della storia”, Caracciolo sostiene che la guerra in Ucraina non sia un episodio isolato, ma il segnale del fatto che l'epoca della *pax* occidentale è ormai, purtroppo, alle spalle. La Seconda guerra mondiale ha lasciato in eredità – per così dire – un sentimento di ripudio per la guerra nelle generazioni, ma anche l'impossibilità da parte dei protagonisti militari delle due grandi guerre di riprendere in mano le armi e procedere a ulteriori conflitti armati. Complice anche la deterrenza nucleare, l'Europa ha vissuto nel secondo Novecento un periodo di pacificazione che Caracciolo precisa essere non la

regola (come noi siamo implicitamente portati a percepirla), ma l'eccezione. In altre parole, secondo l'autore si sta gradualmente tornando a una condizione dell'Europa come perennemente in confitto, anche se c'è stato un relativo superamento (o incapacità di procedere militarmente) degli stati nazionali. La conclusione del libro è certamente amara e dipinge un quadro non auspicabile ma, a parere dell'autore, decisamente inevitabile.

Il volume di Caracciolo è utile per chi vuole comprendere il conflitto russo-ucraino nell'ottica di una visione del mondo globale e non come un episodio militare armato. L'autore fornisce un quadro amaro e preoccupante, ma guarda alle cose da un punto di vista filosofico e geopolitico, un'analisi quantomai rara e necessaria alla luce delle informazioni nelle quali siamo quotidianamente immersi.