

GIULIANO SARTORI

RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE DEL PENSIERO PSICHIATRICO

In questi ultimi tempi l'evoluzione del pensiero psichiatrico è stata così radicale e controversa che ha suscitato in molte persone interessate a questi problemi, perplessità ed incertezze profonde.

Abbiamo visto cadere concetti che sembravano stabilissimi ed incrollabili; contestati e negati principi che sembravano indiscutibili; sorgere, o riemergere, teorie e concetti o, apparentemente, del tutto nuovi, o riesumati, seppure in forma del tutto diversa, da un oblio che si perdeva nella storia più remota.

È naturale, mi sembra, che ogni cultore della materia, o ogni persona che si è di essa interessata, specialmente se non ha abbracciata in pieno una singola teoria ed ha mantenuto un atteggiamento di relativa indipendenza, anche se incerta e vacillante, sia rimasto profondamente turbato e, spesso, sconcertato e disorientato dal sorgere di tante nuove teorie, di tante nuove concezioni, che spesso si negano e si distruggono reciprocamente.

In quanto seguirà non ho certo la pretesa di portare un contributo di chiarimento, che sarebbe superiore alla mia capacità ed alla mia competenza. Vorrei, solo, tentare di offrire dei motivi di riflessione, esprimere delle perplessità, delle incertezze, dei dubbi che penso siano comuni, anche se in forma diversa, a tante persone. In questi limiti e in questo spirito prego di accogliere quanto esporrò.

La psichiatria è entrata relativamente da poco tempo nell'ambito dell'arte e della scienza medica. Non solo, ma mi sembra anche che sia sempre stata in una posizione del tutto particolare nei riguardi della medicina, non paragonabile a nessuna altra specialità. Il concetto stesso di psichiatria è strettamente legato al concetto di malattia psichica e di malato psichico. Concetti, questi, che sempre furono e tuttora sono più che inde-

finibili e comunque ben lontani dall'essere accettati in modo non dico univoco, che mai lo furono, ma neppure simile.

Spesso sono stati e sono definiti in modo addirittura contrastante, fino a giungere alla loro stessa negazione. E, se riflettiamo, è comprensibile che così avvenga. Perché lo studio dell'animo umano e della personalità psichica dell'uomo, per quanto alterata, anzi ancor più in quanto tale, troppo è legato a concetti che non sono e non possono essere di sola o prevalente pertinenza medica: ma sono, in primo luogo di natura filosofica, religiosa, ideologica, morale, sociale.

Infatti lo studio dell'animo umano, ancora prima di essere intrapreso, si trova subito sbarrata la strada da problemi filosofici di base, da problemi etico-morali, da problemi religiosi, quali: il monismo o il dualismo somatopsichico, il libero arbitrio, la coscienza, la responsabilità, la libertà della persona umana, tanto per citarne alcuni: problemi non certo medici ma filosofici; che, perciò richiedono una soluzione o, quanto meno, una scelta sul piano filosofico perché si possa, poi, eventualmente proseguire in questa strada tanto ardua.

Abbiamo visto, nel corso della storia della psichiatria, che questi problemi di base sono stati talvolta volutamente ignorati ed aggirati e ci si è illusi di averli superati con un agnosticismo che poteva sembrare utile sul piano pratico. Ma fu un'illusione: tanto è vero che, appena aggirati, si sono ripresentati con una prepotente insistenza che non permetteva nè fughe, nè aggiramenti, gravando sempre, quasi come un incubo, su chiunque si addentrava in questo studio. Anche nel periodo in cui il carattere strettamente medico della psichiatria fu più accettato, questi problemi di base, non cessarono mai di incombere con una forza insopprimibile. Ma, dal lato opposto, anche coloro che hanno data un'importanza prevalente, o addirittura esclusiva, al carattere filosofico, e comunque non medico, dello studio della psiche umana alterata, anche coloro che hanno spinto questo carattere fino alla negazione della malattia psichica, non hanno potuto mai, in fondo, mi sembra, liberarsi del tutto da quel concetto di «morbosità», di «patologico» che, nonostante tutto, riaffiora sempre con insistenza, che non può essere misconosciuto, che riporta, almeno parzialmente, lo studio dell'alterazione psichica nell'ambito delle scienze mediche.

Mi sembra che tutta la storia dell'evoluzione del pensiero psichiatrico sia caratterizzata da questo segno di contraddizione, da questa incertezza di fondo, da questo essere dentro e fuori dalla medicina, tanto da essere, se mi si consente il paragone, un terreno di nessuno che separa due trincee contrapposte, che è conquistato, perduto e riconquistato da

una o dall'altra delle forze combattenti. Per complicare ancor più le cose, le forze combattenti non sono due ma possono essere tre, quattro e più: e in mezzo a loro sta questa terra di conquista o di scorreria: l'animo umano, sempre più misterioso quanto più lo si crede di conoscere, esposto alle «invasioni» delle correnti di pensiero, le più diverse e contrastanti.

La psichiatria è, o dovrebbe essere, lo studio della malattia e dell'anomalia psichica. Quindi, prima di tutto, bisognerebbe dare o accettare una definizione del concetto di malattia o anomalia psichica. Ma, a questo punto, si apre un problema immenso, difficilmente solubile, forse insolubile. Anche nel campo somatico è difficile formulare un concetto di normalità e un concetto di anomalia e di malattia. Infatti c'è una normalità ideale che si riferisce a un astratto modello biologico. C'è una normalità reale che si basa, essenzialmente, mi sembra, su due criteri: uno statistico per cui le caratteristiche della maggioranza sono da considerare normali, cioè che segue, in sostanza, la curva di Gauss; e un criterio di valore che distingue una anomalia dannosa da una anomalia che rappresenta un miglioramento: per cui ci sarebbe, quindi, un limite solo in basso, mai in alto. In sostanza, nel campo somatico, il concetto di malattia è legato al concetto di un «agente patogeno» che esercita un'azione dannosa e suscita una reazione dell'organismo che tende a riportare quest'ultimo allo stato di salute, cioè di normalità.

Questi concetti possono essere applicati, con molte riserve, nel campo somatico: ad esempio certe malattie per la loro diffusione non dovrebbero essere considerate tali secondo il criterio statistico. Ma se dal campo somatico saliamo al campo psichico, allora dobbiamo riconoscere che le difficoltà di dare o accettare una definizione di normalità, di anomalia, di malattia diventano enormi, forse insormontabili. Perché, e qui esprimo un mio modesto ma sentito parere personale per quel niente che può valere, se esaminiamo le numerosissime definizioni del concetto di normalità psichica, di anomalia psichica, di malattia psichica, volendo rimanere il più possibile obiettivi; non volendo sposare l'una o l'altra corrente; si rimane, anzitutto, sconcertati dalla differenza, talvolta abissale, delle varie definizioni, che già di per se stessa ne intacca l'accettabilità. E, poi, non per presunzione, ma per dubbio sincero, nessuna di queste definizioni veramente soddisfa, nè dal lato scientifico, nè da quello filosofico che non può, in questo campo, essere ignorato.

In molte definizioni troviamo elementi accettabili, talvolta seducenti, ma sempre e solo elementi, che vengono offuscati da altri che non ci sentiamo di accettare. Per cui, mi sembra che ci si possa chiedere se sia sinceramente possibile dare o accettare una definizione di normalità e di

anormalità psichica pienamente appagante. O se non sia più sincero accettare una rinuncia a definire in modo pieno, riconoscendo con questo la nostra insufficienza e i nostri limiti. Perché, in ultima analisi, con che cosa possiamo valutare e misurare la psiche umana, anche nella sua alterazione: con la nostra psiche, cioè sempre con la medesima psiche umana che, in tal caso, diventa giudice e misura di se stessa. Il ché, dal lato filosofico e logico, suscita, al minimo, delle gravissime perplessità. E allora dobbiamo forse limitarci a certe intuizioni, alla considerazione solo della palese evidenza; rinunciare a definire cioè rinunciare a comprendere fino in fondo, cioè a dominare col pensiero un argomento, perché questo significa «definire». Esprimo dei dubbi, delle perplessità profonde che penso non siano mie ma di tutti.

Ognuno di noi sarà spesso indotto o obbligato dalle circostanze a fare una scelta. Ma penso che in molti casi questa scelta non potrà essere definitiva perché resteranno sempre dei dubbi e delle perplessità di fondo, sempre pronti a riemergere quanto più sembravano sommersi e tali da non concederci mai il sostegno di una permanente certezza.

Se risaliamo nella storia più remota vediamo che per lungo tempo l'alterazione morbosa psichica, dalla maggioranza non fu considerata di pertinenza medica ma dovuta a cause extra-naturali. Come giustamente fanno osservare Zilboorg e Henry, si può notare una prima differenza di fondo tra il concetto di malato organico e il concetto di malato psichico, differenza che si perde nella notte dei tempi. In nessun tempo e in nessuna convivenza umana mai si dubitò dell'esistenza del malato organico: era il malato stesso che si imponeva ai suoi compagni chiedendo ed esigendo un rimedio alle sue sofferenze.

Fu il primo malato, il primo ferito che creò il primo medico e il primo chirurgo, che, all'inizio, poté essere semplicemente il compagno più abile o più fortunato nell'estrarre una freccia o nel tentare un qualsiasi rimedio empirico che ebbe, o sembrò avere, successo.

Il malato organico fu ritenuto tale da tutti, ma prima di tutto da se stesso e chiese prima e soprattutto una cura, un sollievo al suo dolore. Fu tanto convinto di questo suo stato di malato, di questa possibilità di essere curato che per millenni si sottopose spontaneamente ai trattamenti terapeutici più atroci (ad es. l'amputazione di un arto senza anestesia) pur di avere in seguito un sollievo duraturo. Solo in funzione della cura il medico primitivo cominciò a studiare la malattia dando inizio allo studio della patologia in tutte le sue componenti: eziologica, patogenetica, diagnostica, prognostica. Mi sembra che, con gli Autori dianzi citati, si possa dire giustamente che fu il malato stesso a creare la medicina come

arte e, in seguito, come scienza e a stimolarne e promuoverne lo sviluppo con le sue richieste di sollievo e di cura.

Invece nel caso del malato psichico le cose andarono, fin dall'inizio, in modo del tutto diverso se non opposto. Anzitutto nella grande maggioranza dei casi il malato psichico non era cosciente della sua malattia, cioè non riteneva di essere malato. Se aveva perso la capacità di ragionare, o se tale capacità era mutata profondamente rispetto al modo comune, aveva perso il mezzo che gli permetteva di accorgersi di aver perduta tale capacità. Diveniva un essere «diverso» dagli altri, nell'intelletto, nel carattere e, di conseguenza, nell'agire: ma tale era giudicato dagli altri, non da se stesso. Egli stesso, da parte sua, non si considerava affatto un «malato» e spesso si ribellava al fatto che gli altri lo potessero considerare tale. Questa situazione provocava inevitabilmente un atteggiamento particolare da parte della comunità nei riguardi del «malato» stesso.

In quanto essere umano fisicamente sano, non menomato nelle sue capacità fisiche, ma «diverso» nel pensare, nel sentire e nell'agire, fatalmente veniva considerato dalla comunità come influenzato e diretto da qualche misteriosa «entità» esterna, spesso extra-naturale. Dall'influenzamento al «possesso» il passo è breve. E, fin dalla notte dei tempi, il malato psichico, o presunto tale, fu quindi considerato un «posseduto» dalla divinità, da un essere o un genio benigno o maligno. Non è detto, infatti, che questo «possesso» fosse visto sempre sotto l'aspetto negativo. Anzi, in molti casi, era visto sotto un aspetto positivo: il malato psichico era considerato un «illuminato» con doti e doni particolari, specie quello profetico, diretto o indiretto, in quanto le sue manifestazioni si prestavano a interpretazioni profetiche o comunque mistico-magiche. In ogni caso, però, il cosiddetto malato psichico era sempre considerato come un uomo dominato e diretto nel suo pensiero, nel suo sentimento, nel suo agire, da un «Altro», da una entità fuori di lui che lo possedeva. Per millenni, fin dall'antichità più remota, questo fu il modo prevalente di considerare il malato psichico. E questo atteggiamento si tramandò a lungo, fino ad epoca molto recente. In modi del tutto diversi riemerge ancora con nuova vitalità e vigore come potremo vedere. Ma accanto a questo atteggiamento, fin dai tempi remoti, ne esisteva un altro: che considerava la malattia psichica come una malattia, il malato psichico come un malato, togliendogli il carattere di «possessione» e di castigo. In verità il concetto di malattia intesa come castigo è però ben più ampio: riguarda anche le malattie somatiche, non è nè spento, nè superato, e richiederebbe un lungo discorso a parte.

Occorre notare, però, che questo atteggiamento, di considerare il ma-

lato psichico come un malato analogo a quello organico, reca in se un concetto molto importante: toglie bensì al malato la «colpa» dei suoi atti, ma nel tempo stesso, come conseguenza, direi, automatica ed inevitabile, gli toglie anche la «responsabilità» degli atti stessi: cioè, fatalmente, lo porta ad essere un individuo irresponsabile con tutte le conseguenze che ciò comporta sia sul piano umano, sia sul piano morale, sia sul piano giuridico. Conseguenze che forse non furono previste nel loro successivo inevitabile sviluppo, che forse non erano pienamente valutabili dai primi ed anche dai successivi sostenitori di questa tesi; conseguenze che ebbero sviluppi e, forse deviazioni tali da portare pure a violazioni della personalità che, sicuramente, non erano nelle intenzioni di molti sostenitori di questi concetti.

Ippocrate e la Scuola di Coo (IV sec. a. C.) forse per primi, nella civiltà occidentale, considerano il cervello come sede dell'attività dell'anima, indicarono nelle sue alterazioni la causa delle malattie psichiche. Anzi ci fu, successivamente, un fiorire di teorie: teorie umorali, il solidismo di Erofilo, lo pneumatismo di Aristotele e Diocle. In seguito Ascepiade, Clelio Aureliano, Areteo di Cappadocia, Galeno, dal I° secolo a.C. al II° secolo d.C., cercarono di dare spiegazioni mediche delle malattie psichiche. In sostanza la medicina greco-romana e, in seguito, quella araba, in contrasto, ma in convivenza, con la corrente extra-naturale, considerano le malattie psichiche come naturali, cioè come malattie vere e proprie, le cosiddette «vesanie».

Anche nel Medio Evo molti teologi, primo fra tutti S. Tommaso, difesero energicamente questa tesi. In pratica dall'antichità remota fino alla seconda metà del 1700 vediamo convivere, con alterne prevalenze, due contrapposte correnti di pensiero: l'una che vedeva l'alterazione morbosa psichica come manifestazione extra-naturale; l'altra che la considerava come malattia, per quanto particolare, ma sempre tale.

Ho detto con alterne prevalenze: perché a seconda del periodo storico, dell'ambiente, dei casi, una o l'altra corrente prendevano il sopravvento. Questo sopravvento di una corrente, in certi periodi, poté essere così deciso e diffuso, da far pensare che l'altra corrente fosse definitivamente sepolta. Ma, in realtà, non fu mai così: perché la corrente al momento soccombente, restò sempre presente, viva e pronta a riemergere, anche se sotto veste mutata. Anche nell'ambiente comune, al di fuori degli studiosi specifici, medici o teologi o filosofi che fossero, si mantenne sempre questo dualismo di concetto di malattia psichica che si riflette in tutto; in primo luogo nella letteratura, espressione viva dell'animo umano e dell'ambiente sociale.

La follia di Ofelia nell'Amleto, ad esempio, appare chiaramente come una alterazione morbosa, anche se causata da un dolore (oggi diremmo da una causa psicogenetica), e tale è considerata dall'Autore, dal pubblico, da tutti. E gli esempi sarebbero numerosissimi.

Ma di fronte a questo concetto convive e prospera, nel colto e nell'incolto, il concetto opposto: quello per cui la cosiddetta «malattia psichica» è di natura esclusivamente extra-naturale e quindi, in ultima analisi, non è una malattia.

Nel secolo XVI incomincia quella che alcuni chiamano la prima rivoluzione in psichiatria. Paracelso, Weyer, Platter, Willis sono i pionieri del concetto naturale di malattia psichica contro il concetto extra-naturale. La concezione medica si afferma sempre più a scapito dell'extra-naturale con Morgagni, Valsalva, Sementi, Chiarugi in Italia; Stall, Unzer, Braun, Gall in Germania; Daquin, Pinel in Francia; Cullen e Tuke in Gran Bretagna; Rush negli Stati Uniti; per citare solo alcuni nomi. Questa concezione ha incominciato una marcia irresistibile che diverrà, presto, trionfale. Ma le correnti opposte che non riconoscono questa psichiatria nascente non muoiono: vivono, anche se emarginate, e si trasformano: riappariranno in seguito, vitalissime, seppure sotto veste del tutto diversa.

Nel 1800 la psichiatria entra trionfalmente nella Medicina ed è accolta, come ultima arrivata, con tutti gli onori. Siamo nel secolo che vede lo sviluppo veramente esplosivo di tutte le scienze e della tecnologia; che considera questo sviluppo trionfale sinonimo di progresso; che attribuisce alla scienza un carattere quasi di nuova religione a cui ci si affida con una nuova fede.

Tra le scienze, la medicina occupa un posto privilegiato di considerazione e di ammirazione: perché i suoi progressi veramente meravigliosi (pensiamo alla batteriologia, alla chirurgia, all'anestesia, alla anatomia patologica, alla scoperta di sieri e vaccini, ecc.) fanno pensare che la lotta contro la malattia, contro tutte le malattie, sia solo questione di tempo e che non sia lontano il giorno in cui ogni malattia sarà conosciuta e debellata. La psichiatria partecipa a questa marcia trionfale in un posto eminente. Uniformandosi ai concetti dominanti e indiscussi della patologia (eziologia, patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia clinica, prognosi, sistemazione nosografica), accettando in pieno il criterio organico-meccanicistico che informava allora tutta la medicina, la psichiatria imbocca la stessa strada che sembrava essere allora l'unica vera e scientifica. Invero la psichiatria, in questo trionfo del criterio anatomo-clinico, trova presto un prototipo, un modello terribilmente seducente, che sembra presentare tutti i caratteri tipici di una malattia strettamente organica con

una sintomatologia psichica tipica che deriva da lesioni organiche: la paralisi progressiva.

Li abbiamo tutto: eziologia, patogenesi, anatomia patologica, decorso clinico perfettamente conosciuti e, soprattutto, una sintomatologia psichica tipica, costante, caratteristica, patognomonica. La tentazione di estendere questo criterio a tutte le altre malattie psichiche è grande e dilaga ben presto. Incomincia il periodo di ricerca e sistemazione nosografica di «entità» anatomo-cliniche. Bisognava analizzare, scomporre il quadro clinico in sintomi fondamentali e tipici; riunire sintomi diversi in precise entità nosografiche; esaminare sempre più a fondo queste entità dal lato clinico, diagnostico, prognostico; cercarne l'eziologia, la patogenesi e, se possibile, l'anatomia patologica.

Il lavoro e la fatica furono immani. Una fitta schiera di neuropsichiatri vi si dedicò: dal loro grande numero emergono nomi prestigiosi il cui suono è familiare non solo nella neuropsichiatria, ma in tutta la medicina e resiste all'usura del tempo: Miraglia, Tamburini, Morselli, Bianchi, Tanzi, Lugaro, De Sanctis in Italia; Esquirol, Lasègue, Baillarger, Morel, Cotard in Francia; Ellis, Hill, Hitch, Müller in Gran Bretagna; Bell, Ray negli Stati Uniti; Griesinger, Westphal, Wernicke, Meynert, Kahlbaum, per arrivare al massimo con Kraepelin in Germania, dove queste correnti di pensiero ebbero forse lo sviluppo maggiore e, per un certo tempo, ebbero forse un carattere di guida per tutti gli altri paesi. Con Kraepelin la psichiatria delle «entità nosografiche» raggiunge il suo apogeo.

Le malattie psichiche sono inserite e inquadrare in una struttura nosografica sistematica estremamente ordinata e precisa; troppo ordinata, forse, e troppa precisa, tanto da suscitare le prime critiche.

Nel corso di questo immenso lavoro che partiva da una concezione organica delle malattie psichiche, la psichiatria clinica, anche se ha dovuto rinunciare al suo sogno di considerare tutte le malattie psichiche come la paralisi progressiva, ha fornito lo schema indispensabile all'osservazione, alla diagnosi, alla prognosi delle turbe psichiche; ha favorito e sviluppato gli studi biologici: sull'eredità, le intossicazioni, l'endocrinologia, la biochimica e gli studi anatomo-patologici: sulla senescenza, l'arteriosclerosi, le encefalopatie, le encefaliti, le degenerazioni, i tumori; studi tutti indirizzati alla ricerca di basi neuropatologiche delle malattie psichiche. Ha creato una struttura che è ancora viva, da cui anche gli avversari non riescono del tutto a liberarsi; ancora presente e resistente in mezzo agli attacchi e alle contestazioni.

Ma col suo apogeo, con Kraepelin, quando più sembrava indiscussa e unica, questa psichiatria comincia a rivelare i suoi limiti e le sue

debolezze. Ben presto Bleuler ed altri contestano certi criteri troppo rigidi e propongono un concetto di malattia psichica più elastico, più dinamico, più personale. Sono attacchi di disturbo, guerriglia. Ma l'offensiva frontale, massiccia e sconvolgente contro la fortezza della psichiatria kraepeliniana, chiamata ormai classica, è sferrata da Sigmund Freud con la psicanalisi e la dottrina dell'inconscio che sconvolge fin dalle fondamenta l'edificio della psichiatria classica. È quella che viene chiamata seconda grande rivoluzione in psichiatria; è la nascita di una psichiatria nuova, la psichiatria dinamica, che d'ora in poi procederà parallelamente alla prima, per una sua propria strada, estendendosi, talora prevalendo, comunque influenzando sempre, d'ora in poi, anche le roccaforti più tradizionaliste della psichiatria cosiddetta classica.

Dal tronco comune fondato da Freud germogliano gradatamente rami sempre più numerosi, alcuni vigorosissimi, tanto da dare origine a nuove piante, come Jung e Adler, tanto per citarne due tra i maggiori. Tutte queste correnti della psichiatria dinamica, pur differendo profondamente tra di loro, contribuiscono a diffonderla e a renderla accettata, forse proprio per la loro diversità, almeno in certi suoi aspetti, a un numero sempre maggiore di studiosi. In realtà, se guardiamo bene, la psichiatria dinamica era nata, almeno in abbozzo, ben prima di Freud. Ancora alla fine del 1600 e ai primi del 1700 Giorgio Ernesto Stahl considerava certe malattie mentali dovute a un conflitto tra forze vive dell'animo e di esse con un'idea. Anche Heinroth, con l'introduzione nella genesi delle malattie mentali del concetto di colpa, può, in fondo, anche essere considerato un lontano precursore.

La scuola psichista tedesca procede su questa via con Langermann, Reil, Beneke e soprattutto con Ideler per cui il delirio rappresenta la soddisfazione di un desiderio insoddisfatto: siamo già nello studio dello psichismo profondo; si sente Freud in arrivo. Ma lo stesso Charcot anticipa elementi della psichiatria freudiana. Con Janet siamo già nello studio dell'inconscio. Con Breuer siamo addirittura ai concetti di travestimento simbolico dell'inconscio, all'interpretazione del sogno in chiave psicanalitica.

Il tempo è ormai maturo per il movimento freudiano. Con Freud si struttura in un sistema del tutto nuovo di metodi di indagine, di teorie psicologiche e psicopatologiche, di tecniche terapeutiche, la nuova psichiatria: la psicanalisi.

Il malato psichico e, in particolare, il nevrotico (l'interesse prevalente, a differenza della psichiatria classica, si trasferisce ora dalle grandi psicosi alle nevrosi) è dominato dall'automatismo dell'inconscio con le sue pulsioni, con l'intervento dei concetti del tutto nuovi di rimozione,

di censura, di conflitto, di complesso, di libido, di sublimazione, di Es, di Io, di Super-Io ecc., di tutti i pilastri portanti della complessa struttura della nuova psicologia e psicopatologia freudiana.

È una rivoluzione dalle fondamenta; apparentemente un «quid» tutto nuovo. Ma, se si guarda bene, è anche un ritorno a concetti remoti, anche se totalmente trasformati. Dall'antica idea, che si perde nel tempo, di «possessione» da parte di un'entità extranaturale, si arriva, anche se in forma del tutto diversa ad un'altra idea, sempre di «possessione» da parte dell'inconscio che è dentro in ciascuno di noi.

Tra questi concetti, che sembrano e sono così diversi, c'è un filo seppur sottile che li collega; il filo di una continuità antipsichiatrica. È il riaffiorare di un'antichissima tendenza, mai morta, che ha sempre rifiutato di considerare la malattia psichica come naturale, e quindi sostanzialmente legata e causata da una lesione organica o da una alterazione funzionale comunque sempre legata a un substrato organico: o anatomico o chimico o fisico. È una strada che conduce lontano: perché considerando la malattia psichica come non naturale, si è lentamente portati a non riconoscerle più il carattere di malattia, quindi a negare l'esistenza della malattia mentale, almeno nel senso comunemente inteso.

Ma la negazione del carattere di malattia all'alterazione psichica, la negazione dell'esistenza della malattia mentale sottraggono inevitabilmente lo studio di questa alterazione alla scienza medica per affidarlo ad altre scienze, ad altre discipline. Con questo però si è arrivati alla negazione della specialità della scienza medica che dovrebbe studiare e curare queste malattie; cioè siamo arrivati alla negazione pura e semplice della psichiatria, al suo diritto di esistere in quanto tale.

Dopo la grande rivoluzione psichiatrica della psicodinamica dell'inconscio, altri movimenti ed altre teorie sono sorti in tempi recenti ed hanno occupato un posto sempre più vasto ed importante nel pensiero psichiatrico. Queste teorie, nate da origini del tutto diverse e tuttora estremamente diverse nella loro formulazione ed espressione, attribuiscono tutte, nella formazione dello psichismo individuale e collettivo e, in particolare, nell'alterazione dello psichismo stesso, una importanza determinante all'ambiente, alla struttura sociale, in definitiva, alla società in cui vive l'individuo. Nella psicologia queste teorie prendono elementi formativi da correnti diverse: dal Behaviorismo, dalla riflessologia, dalla psicanalisi (in cui, in questo, caso, si dà un peso predominante al conflitto con l'ambiente nella genesi dei meccanismi inconsci).

Il concetto di costruire la vita psichica partendo dall'ambiente è,

invero, antichissimo, forse connaturato con l'animo umano ed è sempre stato proprio dell'empirismo psicologico. Ma la nozione di ambiente è andata sostanzialmente cambiando col tempo. Questo ambiente, considerato un tempo solo o prevalentemente come ambiente naturale, sotto l'influenza di determinati sistemi filosofici, è stato visto sempre più come ambiente e struttura sociale. La psicologia ha sempre più perso il suo indirizzo sensista per diventare essenzialmente sociologica. È nata la sociopsicologia per cui è la società che fa l'uomo in quanto l'uomo si forma una sua struttura psicologica attraverso e per mezzo della struttura sociale da cui dipende.

Questa tesi formulata dalla Scuola Sociologica francese agli inizi del 1900 (con Durkheim e Lévi-Bruhl) è stata ripresa ed ampliata da numerosi psicologi attuali specie delle Scuole americane (Allport, Kurt Levin, Karen Horney, Kardiner, Margaret Meade ecc.).

Come dice Kardiner la personalità di base è essenzialmente sociale, cioè vi è un legame strettissimo, condizionante e formativo tra personalità psichica individuale e struttura sociale, tanto da poter dire che la personalità psichica dell'individuo è costruita e formata dalla società in cui l'individuo vive. I concetti suddetti sono subito passati dalla psicologia alla psichiatria. In verità, anche in questo caso, le origini di queste teorie sono molto lontane e si perdono nei tempi.

In ogni tempo si è pensato che l'alterazione psichica e il suo estremo, la follia, avessero cause morali e che queste andassero cercate nelle situazioni più o meno dolorose e drammatiche dell'esistenza a cui si attribuisce un effetto patogeno. Queste difficoltà sono sempre «moralì» nel senso che suscitano nell'uomo un conflitto tra il desiderio e la sua soddisfazione, tra l'ideale e il reale, e possono agire, attraverso la psiche anche sul fisico stesso. In questi concetti si possono vedere le origini remote della medicina psicosomatica. Ora certe correnti della psichiatria contemporanea hanno ripreso, seppure in forma del tutto diversa, questi antichi concetti, e considerano le cosiddette malattie psichiche come reazioni psicogenetiche alle situazioni vitali o come fallimenti dell'adattamento sociale. Gradatamente si è passati a considerare la causa delle alterazioni psichiche sempre più esogena in senso ambientale fino a ritenerla esclusivamente esogena, cioè determinata, solo ed unicamente, dall'ambiente sociale. Dalle nevrosi la patogenesi ambientale sociale si è gradatamente estesa alle grandi psicosi (schizofrenia, psicosi deliranti ecc.).

Queste teorie hanno trovato la loro maggiore espressione nella teoria sociogenetica della malattia mentale, ritenuta come effetto dell'azione che la struttura sociale esercita sull'individuo. Una volta incominciato il mo-

vimento ha proceduto logicamente lungo questa strada ed è dovuto arrivare a una conclusione estrema: la malattia mentale non è una malattia dell'individuo, ma, caso mai, una malattia, o meglio, una deformazione della società, a cui l'individuo reagisce per difesa.

Da origini e per strade del tutto diverse, siamo ancora arrivati, anche questa volta, a una conclusione obbligata che abbiamo già vista: alla negazione della malattia psichica individuale, quindi alla negazione del carattere medico dello studio della cosiddetta alterazione psichica, cioè alla negazione della psichiatria stessa e del suo diritto di esistere. Ma alcune di queste teorie sono fatalmente portate a procedere oltre verso conseguenze che, secondo una progressione strettamente e, forse, esasperatamente logica, sembrano inevitabili. La cosiddetta psichiatria non sarebbe altro che la veste esterna di un principio sostanziale: cioè del rifiuto da parte della società razionalista di tutto ciò che l'umanità contiene di cosiddetta «insensatezza» e, in fondo, anche di genio e poesia. I rapporti fra genio e psicopatologia sono, infatti, frequenti e profondi e richiederebbero una lunga trattazione a parte.

La psichiatria non avrebbe alcun fondamento né come scienza, né come arte di cura: sarebbe la facciata di una istituzione che avrebbe il compito di «confinare» nella «corsia dei folli» ciò che una determinata Società considera, in quel momento, una controcultura. Vista sotto questo aspetto la psichiatria sarebbe una creazione del tutto artificiosa e, sostanzialmente, una impostura e un inganno che nascondono uno scopo ben diverso da quello dichiarato e apparente. Saremmo arrivati con questo al culmine massimo dell'antipsichiatria: l'estrema conseguenza di queste tesi porta a concludere che non solo la malattia mentale non esiste e quindi non può esistere la psichiatria. Ma che, invece, è proprio la cosiddetta psichiatria che crea e produce la cosiddetta malattia mentale.

Questo breve e rapido passaggio storico non vuole essere né completo, né esauriente anche se sintetico: è solo un tentativo, sicuramente mal riuscito nel suo disordine e nelle sue mancanze, di avvicinarsi ai numerosi e gravi problemi che queste riflessioni suscitano e ravvivano. Oggi siamo di fronte a uno sviluppo enorme, potrei dire esplosivo, di teorie che, come ho già detto, spesso si contrappongono e si negano a vicenda. Queste teorie sono tanto numerose e, soprattutto in evoluzione così rapida e tumultuosa, che riesce veramente difficile, non solo seguirle singolarmente, ma anche condensarle in pochi gruppi tra di loro abbastanza omogenei.

Per procedere verso la conclusione del tema che mi sarei prefisso

mi sembrerebbe conveniente cercare di esporre, in sintesi estrema, le principali correnti di pensiero che sembrano oggi prevalere nella psichiatria contemporanea. Ho detto prima quanto questo compito sia difficile: non potrei certo avere la pretesa di fare un tentativo personale in questo senso. Mi limiterò quindi a seguire, tra i molti tentativi che sono stati fatti da autorevoli studiosi, partendo da concetti e criteri diversi, quello che, nel complesso, mi sembra, personalmente, più vicino e più chiaro, cioè quello tracciato recentemente da Ey, Bernard e Brisset.

Secondo il criterio dei predetti Autori, nel pensiero psichiatrico contemporaneo, sembrano prevalere i seguenti gruppi di teorie che potremmo così sintetizzare.

I - TEORIE ORGANICISTE

Anche se in modo parziale e particolare si rallacciano alla psichiatria classica. Per queste teorie le malattie mentali avrebbero un'eziologia organica e, in particolare, dal lato eziopatogenetico, sarebbero dovute a fenomeni elementari direttamente generati da lesioni cerebrali. Ad esempio un delirio sarebbe basato su una allucinazione, causata a sua volta, dall'irritazione meccanica morbosa di un centro sensoriale. I singoli sintomi, a loro volta riuniti in gruppi in modo fortuito, costituirebbero, a seconda del modo in cui si sono raggruppati, una o l'altra malattia mentale o, meglio, sindrome psicopatologica.

Staccandosi dalla psichiatria classica le teorie suddette scompongono le entità nosografiche (schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva, psicosi deliranti ecc.) in semplici sintomi elementari (disturbi psicomotori, affettivi, ideativi, dell'umore, intellettivi ecc.) ognuno dei quali è determinato dalla lesione di un centro o di un sistema funzionale cerebrale. Recentemente queste teorie si sono rinnovate e rinvigorite grazie ai progressi della neurobiologia, specie della neurofisiologia, della neurochirurgia, della neuroelettrologia, della neurobiochimica. Da questo gruppo emergono in particolare:

G. de Clérambault con la sua teoria sull'automatismo mentale. Secondo tale teoria le sensazioni, le idee, le formulazioni verbali, le allucinazioni e altri nuclei di sintomi fondamentali, sarebbero delle «neoformazioni psichiche» non spiegabili in alcun modo dal lato psicogeno. La neoformazione di questi nuclei produrrebbe una alterazione della normale attività dei centri funzionali del sistema nervoso che agirebbero in modo autonomo (automatismo).

Un'idea delirante, un delirio persecutorio o interpretativo, una distimia, sarebbero dovute a un processo sostanzialmente «neutro», senza alcun significato psicologico, senza alcun legame con la vita psicologica stessa. Siamo, come si vede, nel meccanicismo più rigido.

Paylov e la sua Scuola riflessologica considerano i disturbi psichici come riflessi condizionati da stimoli esterni dovuti a un turbamento del meccanismo cerebrale del condizionamento.

Kleist propone una sua teoria basata sulla lesione dei sistemi funzionali longitudinali. Secondo tale teoria le localizzazioni cerebrali sarebbero strutturate secondo sistemi funzionali longitudinali (mesodiencefalo-frontali) in cui sono elaborati tutti i dati percettivi, mnesici, rappresentativi che costituiscono le esperienze sostanziali della psiche: sintesi dell'Io proprio, dell'Io sociale, dell'Io corporeo. La lesione, in genere degenerativa di questi sistemi produce delle sindromi psicopatologiche come deliri, stati allucinatori ecc.

Guiraud considera molte psicopatie e, in particolare, i deliri, dovuti a un disturbo delle connessioni neuronali sottocorticali, denominando questo disturbo distonia interneuronale.

Queste ed altre teorie alquanto affini riducono, in definitiva, la psicopatologia a lesioni e alterazioni di centri o sistemi cerebrali di tipo prevalentemente degenerativo e di eziologia forse prevalentemente genetica. In epoca relativamente recente alle teorie suddette si sono aggiunte con peso crescente altre teorie di natura essenzialmente biochimica. Secondo queste teorie l'attività psichica sarebbe legata in buona parte all'attività biochimica (e biofisica a livello molecolare), dell'encefalo e, specie, di determinati suoi centri o sistemi (ad esempio: ipotalamo, diencefalo ecc.). L'alterazione del funzionamento biochimico e biofisico produrrebbe alterazioni psichiche ben determinate. Queste teorie sono state applicate particolarmente alle sindromi distimiche, ma anche ad altre psicopatie.

Su questo gruppo di teorie organiciste vengono fatte osservazioni. Anzitutto per esse la psichiatria si confonde in pratica con la neurologia. Queste teorie da un lato considerano in modo indiscutibile e integrale le alterazioni psichiche come malattie vere e proprie analoghe alle organiche; dall'altro sono indotte a considerare la malattia psichica non come una variazione seppure morbosa, della vita psicologica, ma come una anomalia sostanziale, fondata su basi organiche, spesso degenerative e genetiche. Portano quindi a una visione sostanzialmente pessimistica, almeno dal lato terapeutico. Non offrono d'altronde, mi sembra, neppure una minima possibilità di spiegazione di molte sindromi psicopatologiche palesemente reattive, cioè dovute a situazioni psicologiche patogene sia ambien-

tali, sia interiori. Portano a una meccanizzazione esasperata della malattia psichica e la sottraggono completamente a ogni tentativo di comprensione psicologica sul piano clinico e umano, a ogni sforzo di conseguente psicoterapia.

II - TEORIE PSICODINAMICHE DELL'INCONSCIO

Questo gruppo di teorie, nato, come si è visto con Breuer ma soprattutto con Freud, si è concretato nella psicanalisi con la formulazione del concetto di inconscio patogeno in tutta la psicopatologia. Applicate dapprima alle nevrosi, queste teorie si sono estese poi a tutte le psicosi. Il modello teorico di queste correnti, sia di psicanalisti ortodossi, sia dissidenti, è fondamentalmente lo stesso e si basa su alcuni punti fondamentali:

L'Inconscio rappresenta un sistema di forze affettive con carattere pulsante, dinamico che tende continuamente a venire alla luce della coscienza. Poiché la Censura glielo impedisce, esso si organizza per aggirarla. Nel profondo si stabilisce così un conflitto latente e continuo: quando le forze contrastanti sono scarse il conflitto non disturba e il passaggio dell'Inconscio attraverso la censura si svolge tranquillamente come avviene nella vita psichica normale.

Quando, invece, il conflitto si accentua per forze molto intense, l'impulso inconscio e la difesa possono arrivare a un «compromesso» che si estrinseca in una manifestazione morbosa: la nevrosi, dapprima, poi, per altri, anche altre psicopatie (deliri, allucinazioni ecc.). L'inconscio è costituito da forze istintive, il cosiddetto «Es» che, durante il primo sviluppo del bambino, al momento dei primi rapporti di relazione, hanno formato dei sistemi affettivi: i cosiddetti «complessi» (di frustrazione, di Edipo, di castrazione ecc.).

All'Es si contrappone l'Io, derivato dall'Es, col compito di esaminare la realtà e scegliere il momento adatto per attuare i suoi impulsi. Per Freud vi è, infine, un terzo elemento, il Super-Io, giudice e censore dell'Io, che ha il compito di formare la coscienza morale, gli ideali, l'auto-osservazione. Per Freud il Super-Io deriva dal complesso di Edipo essendo formato da tutti i divieti primordiali dei genitori e dei loro sostituti. La psicanalisi più recente, specie americana, invece considera l'Io come autonomo, non derivato dall'Es, ed a lui attribuisce l'esercizio dei meccanismi intellettuali che permettono il migliore adattamento e, quindi, la creatività e le operazioni superiori del pensiero che per Freud, invece, derivano dalla sublimazione degli istinti. La psicanalisi moderna attribuisce

all'Io quei sistemi di allarme e protezione che vengono detti «meccanismi di difesa».

Secondo questo schema, l'Io, avvertita una minaccia, anzitutto suscita e attiva l'ansia; poi suscita un ulteriore e più efficiente meccanismo di difesa per fronteggiare la situazione, rappresentato dalla «rimozione». Una alterazione del meccanismo delle successive rimozioni provoca uno stato di angoscia e aggressività: aggressività se c'è la speranza di soddisfare il motivo ostacolato; angoscia se gli ostacoli dell'ambiente sembrano insormontabili.

La psicanalisi inglese invece che alla rimozione attribuisce una importanza essenziale al meccanismo proiezione-introiezione, un meccanismo che per la precocità della sua comparsa, l'efficacia della sua azione e l'importanza delle conseguenze, si sarebbe dimostrato determinante per lo svolgimento normale o patologico dell'attività psichica (Melanie Klein 1955).

Il turbamento del meccanismo proiezione-introiezione può generare angoscia e provocare sindromi psicotiche che possono andare dalla depressione alla paranoia e alla schizofrenia.

Anche su questo gruppo di teorie vengono formulate alcune osservazioni fondamentali.

Anzitutto, come si è già detto, portano, come conseguenza forse lontana ma inevitabile, a escludere la psichiatria dall'ambito delle scienze mediche; quindi a negare alla malattia psichica il carattere di malattia naturale e, in definitiva, portano, come termine ultimo, alla negazione della psichiatria stessa.

In secondo luogo sembra conveniente riconoscere a queste teorie un carattere sostanzialmente ottimista specie dal lato terapeutico: quanto dipende dalle relazioni sociali anche se straordinarie o da conflitti intimi e profondi può essere modificato con la psicoterapia.

Pressoché unanime è il riconoscimento del ruolo enorme che queste teorie hanno svolto nello studio della comprensibilità psicologica dell'alterazione psichica morbosa. D'altra parte è stato osservato che le teorie psicodinamiche si scontrano, a un certo punto, con una patologia sicuramente organica che non possono neppure tentare di spiegare coi loro criteri, come i concetti di ereditarietà, le psicosi acute e croniche, tossiche, degenerative, infettive, traumatiche, neoplastiche ecc., le anomalie congenite dello sviluppo ecc.

È stato ancora osservato che la dottrina psicanalitica è portata tendenzialmente a livellare dal basso, per l'influenza quasi esclusiva dell'Inconscio, tutte le forme di vita psichica dell'esistenza sia normale, sia alterata.

Tutti riconoscono alla psichiatria dinamica il merito di aver suscitata anzitutto una reazione necessaria e opportuna al meccanicismo psicopatologico che tendeva a farsi sempre più esasperato, ed il merito grandissimo di aver data una vitalità del tutto nuova alla psichiatria. Molti osservano che, dopo questi indubbi, grandi successi, ora tenderebbe abusivamente a valicare ogni confine e a dilatare la propria sfera riducendo l'uomo, nella sua personalità psichica, immensamente complessa, sia normale, che malata, a un solo denominatore comune, l'Inconscio, sconfinando verso una interpretazione extra-naturale che si avvicina a un concetto arcaico-magico della malattia psichica.

III - TEORIE SOCIOGENETICHE

Nel rapido passaggio storico percorso dianzi ho parlato alquanto a lungo di queste teorie che hanno oggi acquistato una diffusione molto rilevante. Come si è già visto si possono considerare provenienti da un concetto originario molto remoto secondo il quale la «follia» sarebbe prodotta da cause morali. Tra queste sarebbero, anzitutto, da annoverare le situazioni dolorose o drammatiche dell'esistenza. Le teorie psicogenetiche si riallacciano, in fondo, a questi lontani concetti, forse in parte anche senza consapevolezza di ciò, sottoponendoli a una totale e radicale trasformazione. Secondo queste teorie, pur con grandissime differenze tra di loro, le cosiddette malattie psichiche della singola persona sono da considerare sostanzialmente come una reazione psicogenetica della psiche individuale a difficili situazioni vitali e come disadattamento, cioè come fallimento dell'adattamento e dell'integrazione dell'individuo, o di un gruppo, nell'ambiente in cui è costretto a vivere. La Scuola anglosassone, in specie, assegna un'importanza determinante alla genesi esogena, cioè ambientale, dei comportamenti anomali o disadattati.

A queste teorie si avvicinano certi interessanti studi sulle cosiddette «nevrosi sperimentali» degli animali che posti in determinati ambienti presentano anomalie del comportamento paragonabili ad anomalie e turbe psichiche dell'uomo (ansia, depressione, aggressività, eccitamento ecc.). La patogenesi ecologica, cioè da fattori ambientali, dalle nevrosi si è estesa alle psicosi, come le forme deliranti, maniacali, depressive, schizofreniche, che sono viste come reazioni dell'individuo al ruolo patogeno dell'ambiente. Come si è già detto, questo ambiente, però, è visto non come ambiente solo naturale e neppure come un misto di ambiente naturale e sociale, ma solo ed esclusivamente come struttura sociale. Questa,

organizzata in uno schema sempre più rigido, eserciterebbe una pressione sempre più forte sull'individuo e sul gruppo affinché si inserisca, senza alcuna deviazione, in questo schema e non ne esca, né se ne allontani minimamente. Ogni deviazione, ogni espressione di non allineamento, metterebbe, infatti, in pericolo l'intero edificio della struttura sociale stessa. Questa pressione continua si eserciterebbe in molti modi, ma soprattutto come «pressione culturale».

Ad essa l'individuo reagisce con una difesa che porta a manifestazioni psichiche e comportamentali apparentemente anormali, in realtà considerate tali solo perché si allontanano da uno schema preconstituito sempre più rigido e conformista. Ma allora, secondo queste teorie, è proprio la struttura sociale che con la sua pressione crescente provoca nell'individuo la cosiddetta alterazione psichica e comportamentale. La malattia psichica, quindi, non esisterebbe come tale: sarebbe un prodotto artificiale della società, un mezzo per eliminare chi non può adeguarsi a uno schema sociale sempre più rigido che, d'altronde, non può da parte sua tollerare alcuna deviazione senza mettere in pericolo la sua stessa sopravvivenza.

Sempre secondo queste teorie, la psichiatria, specie quella cosiddetta ufficiale, è parte integrante di questa struttura sociale: quindi, come si è già visto prima, sarebbe la psichiatria stessa che, con i suoi mezzi e le sue istituzioni, crea la cosiddetta malattia psichica, fungendo quasi da braccio secolare della struttura sociale di cui fa parte.

Anche su questo gruppo di teorie vengono formulate numerose osservazioni.

Quasi unanime è il riconoscimento ad esse di un merito indubbio: di aver richiamata l'attenzione di tutti sull'enorme importanza dei fattori socio-ambientali nella genesi di turbe e malattie psichiche. Questo problema diventa particolarmente pressante in una fase di civiltà come quella che stiamo vivendo, in cui, indipendentemente dalle forme di regime politico e sociale, in tutti i paesi cosiddetti civilizzati e in tutto il mondo, dall'America alla Russia, dalla Cina al Brasile, dalla Svezia all'Australia, si deve riconoscere, mi sembra, come implicita nella stessa sopravvivenza di una forma di vita, l'esistenza e, sotto certi aspetti, la necessità di una struttura rigida strettamente conforme a un determinato schema.

È evidente quale può essere la difficoltà di inserimento e di adattamento a questo sistema da parte di un individuo o di un gruppo dotato di una personalità profondamente diversa.

L'importanza del ruolo patogeno dell'ambiente sociale, specie in certe situazioni, anche molto diffuse, penso non possa essere negata da

nessuno. E a queste teorie bisogna riconoscere il merito di aver portato conseguenti concetti nuovi nel campo del trattamento e della terapia, molto validi ed importanti, ai quali qui solo accenno perché questo aspetto esula dal tema che mi sono proposto.

Ma si osserva d'altra parte che, dando rilievo esclusivo al fattore esogeno sociale, si dimentica e si trascura, anzitutto, la personalità dell'individuo, in quanto essere unico, irripetibile, distinto e diverso da tutti gli altri, con i suoi problemi, le sue reazioni personali e diverse anche a una causa esterna comune, conseguenza inevitabile dell'estrema diversità delle singole persone, della potenza insopprimibile della personalità individuale. Ed è stato osservato, anche in questo caso come nelle teorie psicodinamiche, che non si tiene conto alcuno della componente organica, in tutti i suoi aspetti, che, seppure ridimensionata, non può essere ignorata.

IV - TEORIE ORGANICO-DINAMISTE

Queste teorie partono, in buona parte, dalla concezione neurologica di Jackson per cui la struttura funzionale del sistema nervoso centrale sarebbe formata filogeneticamente da strati e livelli sovrapposti e nella quale i livelli superiori esercitano un'azione inibitoria sui livelli inferiori. La funzione dei livelli superiori, filogeneticamente più recenti, è più labile di quella dei livelli inferiori più arcaici e profondi. Perciò, in caso di lesioni cerebrali, le funzioni intellettuali astratte sono le più sensibili e le prime ad essere danneggiate.

Partendo da questi concetti queste teorie ammettono un processo organico (ereditario, congenito o acquisito) alla base di una malattia psichica. Ma questo processo organico ne costituisce solo il substrato, il nucleo iniziale. La successiva patogenesi della malattia psichica si svolge secondo un criterio psicogeno dinamico che si fonda essenzialmente sul concetto della teoria neurologica di Jackson trasportato nella psichiatria: in sostanza la malattia psichica è costituita dalla disorganizzazione della psiche stessa a diversi livelli, disorganizzazione innescata, se così si può dire, da un primitivo processo organico.

La disorganizzazione provoca una dissoluzione un disfacimento dei livelli psichici superiori e più recenti della psiche con consecutiva scomparsa di attività psichiche superiori e regressione dell'attività psichica a livelli inferiori e più arcaici. Occorre però sottolineare, perché è importantissimo, che il processo della dissoluzione e della regressione a livelli

inferiori, per queste teorie, avviene in modo psicologicamente comprensibile. A queste correnti aderiscono, almeno in parte, anche se in forma diversa, grandi nomi della psichiatria passata e presente: Mayer, Claude, Kretschmer, Monakov, Delay. Gli stessi Janet e Bleuler, anche se in forma diversa, hanno dato un apporto, pari alla loro statura, a queste teorie. Infine a questo gruppo si possono considerare aderenti le Scuole fenomenologiche e strutturalistiche di Kronfeld, Jaspers, Binswanger, Minkowski.

Anche queste teorie si prestano a numerose osservazioni.

Per molti esse hanno il merito di aver promossa una felice sintesi dei concetti organicisti coi concetti psicogenetici, con le importanti conseguenze che ciò comporta, anche sul piano pratico.

Restano sempre difficilmente spiegabili, alla luce di queste teorie, la psicopatologia tipicamente ed esclusivamente reattiva e quella che per il suo svolgimento non sembra attribuibile a un concetto di regressione. La critica principale che viene mossa a queste teorie è di condurre a un eccessivo astrattismo, a una costruzione teorica che rischia di sostituire all'osservazione dei fatti, dei concetti puramente ipotetici su una struttura dell'essere psichico e sulla sua evoluzione, concetti che, per quanto interessanti e seducenti, possono apparire troppo teorici e in fondo artificiali.

Con queste mie riflessioni ho cercato, e probabilmente ho fallito, di esprimere lo stato d'animo di una persona interessata a questi problemi, di fronte a questo turbine di teorie e di concetti che lascia sgomenti e fa pensare: perché, qualunque sia la nostra impostazione mentale e culturale, mi sembra di dover riconoscere che qualche cosa di vero e accettabile, o almeno non rifiutabile, c'è in ognuna di queste teorie. E questa mi sembra essere la cosa più affascinante ma, nel tempo stesso, più sconcertante. Non mi sento in grado di esprimere neppure un accenno di conclusione. L'unica cosa che mi sembra di poter esprimere è un sentimento, vago e maldefinito, ma profondamente vissuto, di insufficienza, di limitatezza, spesso di impotenza, di fronte a problemi tanto grandi che quando sembrano offrire una via di soluzione, vediamo, invece, che questa conduce a un abisso di nuovi misteri.

Sentimento che mi sembra debba indurci a un atteggiamento prudente, critico, specie verso noi stessi, con il riconoscimento dei nostri limiti, della nostra insufficienza, spesso della nostra impotenza; cioè, in sintesi, a un atteggiamento di umiltà, sia nel campo scientifico, sia nel campo professionale.

BIBLIOGRAFIA

- ALLPORT G. W., *Motive in Personality*, Psych. Rev. 50, 1943.
- BARUK H., *La Psychiatrie Française de Pinel à nos jours*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967.
- BASAGLIA F. e COLL., *Che cos'è la Psichiatria?*, Amministr. Prov. Parma, 1967.
- BASAGLIA F. e COLL., *L'Istituzione negata*, Einaudi editore, Torino, 1974.
- BINI L., BAZZI T., *Psicologia Medica*, Società Editrice Libreria Dr. F. Vallardi, 1971.
- BINI L., BAZZI T., *Trattato di Psichiatria*, Società Editrice Libreria Dr. F. Vallardi, 1972.
- BONAVENTURA E., *La Psicanalisi*, A. Mondadori ed., 1950.
- COOPER D., *Aliénation mentale des aliénations sociales*, Recherches, dec. 1968.
- COOPER D., *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, (Trad. fr.) Du Seuil, Paris, 1970.
- DISERTORI B., PIAZZA M., *Trattato di Psichiatria e Socio-Psichiatria*, Liviana Ed., Padova, 1970.
- ELLENBERG H. F., *The discovery of the unconscious. The history and évolution of dynamic psychiatry*, Allen Lane, Penguin Press, Londres, 1970.
- EY H., *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie Vol. III. L'Antipsychiatrie (Son sens et ses contresenses)*, Editions Techniques, Paris.
- EY H., BERNARD P., BRISSET C., *Manuale di Psichiatria*, Masson Italia Editori, Milano, 1979.
- FOUCAULT M., *Storia della Follia*, Rizzoli Editore, 1963.
- FREUD S., *Sommario di Psicoanalisi*, Editrice Universitaria, Firenze, 1951.
- JERVIS G., *Manuale critico di Psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975.
- MAYER-GROSS W., SLATER E., ROTH M., *Psichiatria Clinica*, Sansoni Ediz. Scientifiche, Firenze, 1959.
- ROSSINI R., *Trattato di Psichiatria*, Cappelli Editore, 1969.
- VALLEIO-NAGHERA J. A., VIZIOLI R., *Introduzione alla Psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1970.
- ZILBOORG G., HENRY G. W., *Storia della Psichiatria*, Feltrinelli Ed., 1971.

RIASSUNTO - L'Autore intende, soprattutto, esprimere le riflessioni e le perplessità che la recente evoluzione del pensiero psichiatrico può suscitare in ogni studioso dell'argomento. Dopo aver esposta una rapida sintesi sull'evoluzione storica del pensiero psichiatrico dall'antichità ad oggi, l'Autore passa in breve rassegna i principali gruppi di teorie psichiatriche contemporanee, su ognuno dei quali espone osservazioni, e riflessioni.

SUMMARIUM - Quomodo psychiatria doctrina se evolverit atque explicaverit. Hoc praecipue sibi auctor proposuit, ut criticas haesitationes et varia iudicia ostenderet, quae nova studia ad psychen pertinentia in omnibus doctis suscitant qui hanc materiem pertractare et exquirere voluerunt. Brevibus igitur doctrinis expositis quae ab antiquitate ad nostra tempora de hac quaestione prolata sunt, auctor novas psychiaticas doctrinas per genera digestas exponit easque diligenter perpendit, explorat, diiudicat.

SUMMARY – Reflections upon the evolution of the psychiatric thought. The author chiefly intends to exhibit the considerations and the perplexities which the new evolution of the psychiatric doctrine proposes to everybody involved in this subject. After a rapid statement upon the historical evolution of the psychiatric speculation from the antiquity to our time, the author shortly examines the main groups of the contemporary psychiatric theories and exposes remarks and reflections upon every one of these.

ZUSAMMENFASSUNG – Betrachtungen über die Entwicklung der psychiatrischen Lehre. Zweck dieser Studie ist es hauptsächlich die Bemerkungen und die Verlegenheiten ins Licht zu setzen, welche die neueste Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft in jedem Studiosen hervorrufen kann, der sich diesem Gebiete widmet. Nach einer kurzen Erörterung über die geschichtliche Evolution der Psychiatrie vom Altertum bis zur heutigen Zeit folgt eine kurze Darstellung der wichtigsten Gruppen der heutigen psychiatrischen Theorien, über welche der Verfasser Reflexionen und Bemerkungen vorführt.

Indirizzo autore: dott. Giuliano Sartori - Via Cavour, 34 - 38068 Rovereto (TN) - Italy
