

Judith Kasper

Sapere la follia. Le cartelle cliniche del San Lazzaro

Il testo che segue corrisponde al mio intervento all'occasione del convegno "Pericoli della libertà e governo della paura. Dalla microfisica del potere alla società di sicurezza" organizzato dal Comune di Reggio Emilia, Assessorato alla Cultura e il Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria San Lazzaro, svoltosi a Reggio Emilia dal 28 al 29 novembre 2007.

*

Vorrei iniziare con la citazione di un passo tratto dal saggio *Entendre Pierre Rivière*¹ di Jean-Pierre Peter. Peter è stato un collaboratore di Foucault e ha realizzato gran parte del lavoro di recupero dei documenti sul caso Rivière, il parricidio commesso nel 1835 dal contadino normanno ventenne Pierre Rivière, presunto "matto imbecille", che ha attirato l'interesse di Foucault e del suo seminario di ricerca sul rapporto tra psichiatria e giustizia penale.

Peter scrive:

Questa storia ci è venuta incontro in una maniera quasi fisica (come diciamo che ci arriva un incidente o una disgrazia). (...) L'evento passato è diventato in noi evento intimo. (...) Ci parla e più precisamente ci parla di noi. Cosa? Avremmo dovuto tacere e nascondere una tale risonanza in noi? Soffocare questi effetti di transfert sotto la convenzione della distanza erudita? Ma andiamo! Questi effetti sono troppo interessanti in quanto tali perché li si nasconda. Essi fanno parte dell'oggetto studiato.

Queste osservazioni sono di particolare interesse epistemologico. In effetti, ciò che Peter sostiene non parla di una impressione soggettiva, ma piuttosto di una specie di contagio che si crea tra la sensibilità del ricercatore e i documenti che analizza. Questo contagio ovvero transfert, come egli dice, fa parte dell'oggetto stesso della ricerca. Non ne è separabile, anzi entra a far parte dello stesso oggetto della ricerca.

Ora, durante il mio attuale lavoro di decifrazione e di trascrizione delle cartelle cliniche del San Lazzaro ho avvertito anch'io una strana maniera di essere toccata da qualcosa che tuttora non riesco a focalizzare. Se all'inizio ho pensato che si trattasse forse di una idiosincrasia personale, ovvero di

¹ Jean-Pierre Peter, *Entendre Pierre Rivière*, in: „Le Débat“, n° 66, parzialmente ripubblicato nella edizione francese, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère... Un cas de parricide au XIXème siècle*, présenté par Michel Foucault, Paris, Gallimard/Julliard 1973 (qui edizione folio 1994, pp. 7-11).

una forma di identificazione e proiezione inappropriata, la lettura del saggio di Peter mi ha piuttosto confermato nell'intuizione che occorre insistere un po' di più su ciò che accade – quasi come effetto collaterale – durante lo studio di tale materiale. Ne va essenzialmente della questione di come e con quali concetti un approccio storico-filosofico si può avvicinare al materiale archiviato della storia della psichiatria. E in quale misura i nostri concetti siano inevitabilmente contaminati dal sapere psichiatrico che ci si è proposti di analizzare.

Queste domande riguardano in un primo luogo la questione della rappresentazione. Michel Foucault ha affermato che – scrivendo la storia della follia – ci si deve confrontare con il problema fondamentale della rappresentazione. Rappresentazione in questo caso vuole dire: trovare delle immagini, delle metafore, delle collocazioni e dei concetti che sarebbero in grado di raffigurare e di localizzare la follia. La psichiatria è la scienza della rappresentazione della follia. E la storiografia della psichiatria è la rappresentazione della storia della psichiatria.

Attraverso la rappresentazione l'oggetto della ricerca – sia esso la follia o la psichiatria – dovrebbe diventare un oggetto con dei confini ben definiti che possiamo indicare, distinguere sulla base di criteri sicuri e immutabili. Una tale rappresentazione avvicina il suo oggetto per allontanarlo: per collocarlo in un altro luogo, ma sicuramente non qui. Una tale forma di rappresentazione sta alla base dell'internamento della follia in quanto malattia.

Nel Novecento, quando la psichiatria si istituisce in quanto scienza moderna, essa cerca di concettualizzare e di localizzare la follia all'interno di un sistema nosografico. Cerca cioè di trattare la follia come la medicina ha sempre trattato la malattia organica. Così "il folle divenne il malato definito dallo psichiatra"². Insieme a questa affermazione di Franco Basaglia occorre sottolineare che la follia, anche se e forse proprio perché è trattata come una malattia organica, non si lascia mai ridurre a questa. La rappresentazione è dunque il piano sul quale viene effettuata una localizzazione e una attribuzione ma sul quale si lasciano anche decifrare le tracce della dinamica secondo la quale l'oggetto stesso si sottrae costantemente al concetto che avrebbe voluto afferrarlo, soprattutto quando l' "oggetto" della ricerca è la vita stessa.

Le cartelle cliniche di fine Ottocento conservate nell'archivio dell'ex-manicomio di San Lazzaro che sto analizzando insieme all'equipe del *Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria* sono attraversate da questa irriducibile tensione tra lo sforzo scientifico della concettualizzazione e una certa sottrazione della vita del ricoverato rispetto alla lingua medico-psichiatrica.

Vorrei brevemente spendere qualche parola sul tipo di documento che è la cartella clinica: essenzialmente si tratta di un dispositivo a scopo amministrativo. È servita alla registrazione e

² Franco Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina 2000, p. 4.

all'amministrazione delle masse di ricoverati. È una specie di protocollo del lavoro fatto: nelle cartelle cliniche l'oggetto dell'osservazione clinica è descritto esattamente, è concettualizzato e strutturato secondo criteri specifici. In quanto tale costituisce la traccia della messa in pratica di un sapere psichiatrico.

Inoltre la cartella clinica contiene spesso una serie di documenti che riguardano il rapporto dell'istituto manicomiale con il mondo esterno (soprattutto ordinanze del sindaco, certificati del medico di base che motivano il ricovero; ma anche lettere della famiglia indirizzate al direttore del manicomio...) come anche, a volte, materiale autografo del ricoverato stesso.

Nella prima fase della ricerca noi ci siamo interessati in maniera particolare alla formazione del discorso medico-psichiatrico durante la fase in cui la psichiatria si costituisce in quanto scienza moderna, cioè a partire dagli anni 70 dell'Ottocento. Più precisamente, lavoriamo su un arco di tempo di 30 anni – dal 1877 fino al 1907 – che coincide con la direzione di Augusto Tamburini, che fece diventare il San Lazzaro di Reggio Emilia un centro di ricovero e un laboratorio di ricerca importantissimo.

Nella cartella clinica il discorso medico-psichiatrico si divide essenzialmente tra anamnesi (cioè il riassunto della storia del malato fatto al momento della sua ammissione nel manicomio), esame psichico e antropometrico (l'attuale stato del ricoverato al momento della sua ammissione), diari (osservazione quotidiana del ricoverato per un certo periodo) e perizie medico-legali quando si tratta di un caso con implicazioni giudiziarie.

Da questo punto di vista, l'archivio, che contiene migliaia e migliaia di cartelle cliniche, appare come un grande inventario della vita mentale in vista della sua conoscenza scientifica, della sua localizzazione, rappresentazione e normalizzazione.

Le cartelle cliniche sono state create in una situazione di estrema vicinanza ai ricoverati, ma esprimono allo stesso tempo una distanza infinita dalla loro condizione. È stato spesso giustamente osservato come il discorso medico-psichiatrico tolga voce e respiro a quelli che definisce "matti" ovvero "malati", come li fa tacere, come li cancella. D'altro canto si può però dimostrare come il paradigma della malattia con il quale la follia è stata identificata abbia anche un effetto controreattivo sul sapere psichiatrico stesso. Infatti, quando si legge attentamente non solo una ma tante cartelle cliniche, si possono osservare diversi "sintomi" che il discorso psichiatrico trascina con sé.

Innanzitutto è impossibile rintracciare un legame di deduzione logica tra la parola diagnostica che costituisce e definisce lo specifico "caso patologico" e l'osservazione clinica dei comportamenti del ricoverato. Che si tratti di "lipemania", "frenosi pellagrosa", "mania o esaltamento maniaco", "imbecillità" o "idiotismo" – siamo quasi sempre di fronte alla constatazione un po' generica che il

ricoverato è “confuso”, “disordinato”, “sudicio” e “recidivo”. Mentre la scienza psichiatrica di fine Ottocento inizia a elaborare delle entità nosografiche sempre più specifiche e dà origine a un riassetto continuo dei concetti scientifici, il linguaggio con il quale vengono descritti la costituzione e il comportamento del ricoverato appare quasi bloccato, monotono, come se alla fine persistesse un unico quadro clinico abbastanza stereotipato.

Si può osservare in effetti una certa inibizione nella lingua psichiatrica, soprattutto nei diari, quando viene descritta la condizione mentale del ricoverato. Spesso leggiamo semplicemente: “niente di nuovo”, “come ieri”, “nulla da notare”. Quando invece il ricoverato si ammala “veramente”, cioè quando finalmente è colpito da una febbre, da una bronchite, da un tumore ecc., sopravviene il discorso medico che si espande volentieri, descrive dettagliatamente la qualità della tosse, misura febbre, polso, applica medicazioni e cure.

Abbiamo dunque una tensione da un lato tra psichiatria e medicina, e d’altro lato tra il livello teorico della psichiatria e la pratica clinica. Da un lato c’è una ingegnosa ingenuità teorico-scientifica che lascia l’impressione che non sia possibile raggiungere una descrizione definitiva della follia all’interno di un sistema nosografico. D’altro lato troviamo nelle cartelle dei quadri clinici che dimostrano una strana non-specificità dell’alienazione mentale di cui soffrirebbe il ricoverato.

La stessa tensione – di cui gli psichiatri dell’epoca sono ben consapevoli – segna i grandi manuali psichiatrici. Prendiamo a esempio Ernst Kraepelin, il famoso psichiatra tedesco che nel 1883 pubblica la prima edizione del suo autorevole manuale. Nei successivi trent’anni lo stesso manuale vede 8 edizioni, in cui ogni edizione è molto più ampia e molto rielaborata rispetto a quella precedente. L’ultima edizione esce negli anni 1909-1913 e conta 2500 pagine, quasi il doppio dell’edizione precedente. Ma ancora nell’ultima edizione siamo dinanzi al fatto – e Kraepelin lo ammette e lo tematizza lui stesso come pericolo di incorrere in una diagnosi sbagliata – che ogni entità nosografica presenta forme di sovrapposizione con le altre. Se leggiamo il quadro clinico della *dementia praecox* e quello della *mania depressiva* (due grandi entità introdotte dallo stesso Kraepelin) ci troviamo dinanzi ai medesimi sintomi e a una descrizione molto simile di queste due entità nosografiche diverse: sbalzi di umore, perdita di concentrazione, perdita della memoria, falsificazioni di ricordi, allucinazioni, senso di colpa e idee di peccato, sensazione di paralisi, confusione, fatica, sensazione di vuoto interiore, ansie indefinite, idee coatte etc.

Dinamico e allo stesso stabile è invece il dispositivo della cartella clinica che si applica sempre nello stesso modo, indipendentemente dal sistema nosografico attuale e indipendentemente dalla specifica patologia che il medico trova davanti a sé. La cartella clinica è di per sé solo uno schema

vuoto che viene riempito con dati. Mentre tali dati possono essere giusti o sbagliati, anacronistici o attuali secondo gli standard della scienza, la cartella clinica in quanto tale *produce* invece in ogni caso un senso attraverso la sua applicazione regolare e seriale. Attraverso la sua applicazione seriale accade la messa in scena di un senso. Da questo punto di vista la cartella clinica non rappresenta nessun senso già dato (anche se fa sempre come se fosse così), ma produce il senso attraverso le sue categorie regolarmente e ripetutamente applicate. Non appena la macchina scientifica smette di nutrire la serie, il senso prodotto rischia di frammentarsi, di disfarsi e ci troviamo di nuovo davanti a una mera accumulazione di dati, un mucchio indefinibile di gesti e comportamenti umani. In questo senso, nel senso del mantenimento della legge della serie, anche le cartelle cliniche vuote in cui non è scritto niente tranne i dati anagrafici, la data d'entrata, la diagnosi, la data e il modo dell'esito (e ce ne sono tante così!) hanno la loro funzione specifica: costituiscono la massa che – organizzata nella serie delle cartelle – mantiene in atto la legge della serialità.

Ora, se ammettiamo che il senso della cartella clinica non è nient'altro che l'effetto della sua ripetuta e regolare applicazione, questo effetto non si lascia ridurre ai casi ai quali questo dispositivo una volta è stato applicato. Continua invece tuttora ad agire.

Se Jean-Pierre Peter, nella sua osservazione sul caso Pierre Rivière con cui ho iniziato le mie riflessioni, parla di “transfert”,

Avremmo dovuto tacere e nascondere una tale risonanza in noi? Soffocare questi effetti di transfert sotto la convenzione della distanza erudita? Ma andiamo! Questi effetti sono troppo interessanti in quanto tali perché li si nasconda. Essi fanno parte dell'oggetto studiato.

non si tratta del transfert in senso classico e psicanalitico, in cui la posizione dell'analista rimane intatta, ma di un transfert ben più radicale: si tratta di un subire gli effetti delle parole di cui è fatto il caso Rivière, cioè gli effetti delle parole del sapere medico, psichiatrico e giudiziario come anche delle parole scritte da Pierre Rivière stesso.

Queste parole portano con sé un certo eccesso che non è mai stato elaborato. Piuttosto questo eccesso, irrisolto nella storia, insiste, si ripete e comincia a depositarsi in noi: analisti, ricercatori, lettori³. Se la psicanalisi dice della ripetizione che essa deve essere trasformata in ricordo, direi a questo punto con Peter: il transfert, il contagio deve diventare il motore della nostra riflessione. Non il nostro strumento, perché non signoreggiamo il transfert, ma piuttosto esso accade in noi. Se lo avvertiamo, occorre lasciarsi attraversare nella riflessione da una tale dinamica avvertita. Una tale

³ Gilles Deleuze e Félix Guattari parlano dello „schizofrenizzare il transfert“ (*L'Anti-Oedipe, Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Minuit 1972/73, p. 406, trad. it. di Alessandro Fontana, *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Torino, Einaudi 1975, p. 389).

situazione di transfert però non implica semplicemente una vicinanza sentita, per esempio, nel nostro caso, con le storie dei ricoverati del San Lazzaro riportate nelle cartelle cliniche che stiamo analizzando. Ci porta piuttosto anche là dove avvertiamo che anche i nostri concetti sono inevitabilmente segnati dalla stessa logica della rappresentazione che continua a localizzare, a distribuire identità e caratteristiche. È come se fossero “arricchiti” dalle proprie risposte mancate, dall’ammutolire che hanno attraversato senza renderne mai conto (Celan)⁴.

Un confronto con il discorso psichiatrico classico, da questo punto di vista, non può farsi senza una messa in questione radicale delle proprie categorie applicate. Chi si pone in tale confronto può analizzare il linguaggio psichiatrico, isolarne gli elementi, infrangerne la referenza, ma deve poi riuscire a fare la stessa cosa con se stesso. E tuttavia, per quanto radicale, la messa in questione della categorie applicate non sarà mai in grado di riparare il rapporto tra la società e gli esclusi, non sarà mai in grado di curare né la psichiatria né i matti. Sarà solo in grado di registrare la dinamica della rappresentazione come ciò che ferisce il proprio discorso e rende il suo svilupparsi impossibile.

È sugli aggettivi nel discorso psichiatrico che una tale decostruzione si focalizzerà. È in essi che si condensa l’attribuzione. Se cominciamo ad isolarli dal discorso che li fa emergere si intravede con quale insistenza e ripetizione viene effettuata sempre la stessa attribuzione, indipendentemente dalla diagnosi. Questi aggettivi sembrano scritti non intenzionalmente. È come se fossero prodotti da una specie di “inconscio del sapere” che porta con sé tutta la paura della psichiatria che non viene a capo dell’ “oggetto” della sua osservazione.

Così a Vincenzo O., nativo a Orsagna nella Provincia di Chieti, 43 anni, di stato civile celibe, di professione mendicante, di condizione povera e di nessuna istruzione, ammesso nel manicomio di San Lazzaro il 2 settembre 1890 e uscito per trasferimento al manicomio di Aversa l’8 marzo 1891, viene fatta la diagnosi di “imbecillità con fasi d’esaltamento” ed è descritto come:

confuso, disordinato, eccitatissimo, pericoloso, scomposto, sudicio, disordinato, sempre agitato, strano, di una disordinata voracità, sudicio, incongruo, pieno di parole vuote di senso, di false concezioni, scomposto, con espressione bizzarra e grottesca, disordinato, di una chiacchiera interminabile e slegata, di una incoerenza di grado elevatissimo, di una mimica bizzarra e scomposta, non ordinato e non connesso, anomalo, con una mimica vivace e scompigliata, buffo, disordinato, di una abnorme facilità associativa, pieno di confusi ricordi, pieno di salti bruschi e bizzarri nelle sue idee, di una mimica vivace, bizzarra; è confuso e di un disordinato chiacchierio, è

⁴ Paul Celan, *Ansprache anlässlich der Entgegennahme des Literaturpreises der Freien Hansestadt Bremen*, in idem., *Der Meridian und andere Prosa*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1983, p. 38, trad. it., *Allocuzione. In occasione del conferimento del Premio letterario della Libera Città Anseatica di Brema*, in idem., *La verità della poesia. Il meridiano e altre prose*, a cura di Giuseppe Bevilacqua, Einaudi, Torino 1993, p. 35.

esagerato e ridicolo, di una somma instabilità ed incoerenza, è puramente egoistico, disordinato negli atti, vivacissimo nei gesti, incoerente nelle sue idee, di un forte disordine psichico, di congenita semimbecillità, strano e scomposto, gesticola in maniera bizzarra, pieno di discorsi sconnessi, congenitamente affetto da semimbecillità, mentalmente disordinato.

A Maria R., domiciliata a Finale in Provincia di Modena, 41 anni, coniugata, massai di condizione agiata e d'istruzione mediocre, di costumi buoni e di religione cattolica, ammessa per ordine della famiglia la prima volta al manicomio di San Lazzaro il 6 agosto 1883, uscita in prova il 3 ottobre dello stesso anno, riammessa il primo agosto 1885 e morta in manicomio per tisi polmonare il 6 ottobre 1888, viene fatta la diagnosi di "lipemania persecutoria, allucinatoria, con stupore, recidiva" ed è descritta come:

recidiva, loquace, clamorosa, confusa, poco attenta, ripete sempre le stesse cose, è confusa, in preda a mania, senza scopo, di una memoria confusa, è confusa e disordinata, eccessivamente preoccupata, confusa, smarrita, trascurata, con timori infondati, confusa e smarrita, confusa, piena di parole sconnesse, è confusa e smarrita, confusa, smarrita, confusa, piena di idee persecutorie, tende a ripetere, è eccitata, inerte, automatica, disordinata, confusa, ha ricordi dissociati e pallidi, una volontà e attenzione ristretta, bestemmia, con aria sospettosa, è recidiva, confusa, smarrita, confusa, smarrita, piena di parole sconnesse, è confusa e smarrita, recidiva, confusa, disordinata, confusa, confusa, confusa, stupida, confusa, confusa, confusa, sempre smarrita, confusa, smarrita.

Evidentemente potremmo continuare così all'infinito ...

Per finire vorrei invece precisare che la lista degli aggettivi è certo il risultato di un isolamento forzato di certi elementi all'interno del discorso psichiatrico in cui avviene in maniera particolarmente evidente l'attribuzione di caratteristiche al ricoverato. Ne risulta con innegabile evidenza che tutti questi aggettivi non vogliono dire niente, ma nella loro ripetizione, nella loro enunciazione da parte dell'autorità dello psichiatra, assumono una funzione ben determinata, anzi un'effettività bio-politica immediata.

Praticando una tale evidenziazione degli effetti, accade un po' ciò che Deleuze e Guattari hanno chiamato "la schizofrenizzazione del campo analitico"⁵: cioè nessuna rappresentazione metaforico-concettuale della follia, ma un'esposizione dell'approccio analitico-scientifico alla dinamica delle schede, la dinamica di una classificazione scientifica che produce questa insistenza maniacale di aggettivi. In questo senso, la lista confessa, anche se infrange il discorso psichiatrico, l'esser

⁵ Deleuze/Guattari, *L'Anti-OEdipe*. op. cit, p. 369, trad. it, p. 353.

sopraffatto dall'effettività di un dispositivo che porta in sé la stessa follia che avrebbe voluto sconfiggere.