

DUE PRESENTAZIONI DI CASI CLINICI TRATTE
DALL'INTRODUZIONE ALLA CLINICA PSICHIATRICA DI EMIL
KRAEPELIN. CON I COMMENTI DI RONALD LAING E
FAUSTO PETRELLA. [DA *PSICOPATOLOGIA*.
UN'INTRODUZIONE STORICA, DI ALFREDO CIVITA]¹

Pubblicata nel 1901, *l'Introduzione alla clinica psichiatrica*² raccoglie trenta lezioni di clinica psichiatrica tenute presso l'Università di Heidelberg. Il testo, che si giova delle indubbie capacità didattiche e stilistiche dell'autore, ha un'ottima qualità letteraria: è sobrio, agile, sempre incisivo. Dedicata a una patologia psichica o a un particolare aspetto di essa, ogni lezione contiene la presentazione di due o tre casi clinici. Come era consuetudine in passato, la presentazione dei casi avveniva alla presenza del paziente, il quale veniva condotto in aula, dove veniva visitato e interrogato da Kraepelin, in modo che gli studenti potessero vedere e apprezzare dal vivo i sintomi, le manifestazioni e il volto stesso della follia.

Proprio in rapporto alla presentazione in aula dei casi le qualità stilistiche del testo risultano particolarmente efficaci nel restituirci in modo molto vivo e concreto la situazione così come andava svolgendosi nell'aula, con Kraepelin e il paziente a tu per tu, e la folla degli studenti sullo sfondo. Queste lezioni ci forniscono un'idea molto precisa della clinica kraepeliniana, dell'atteggiamento e delle modalità con cui si rapportava ai pazienti e alla loro sofferenza.

La clinica kraepeliniana si basa su tre presupposti psicopatologici che, presentati in ordine logico, sono:

I. I sintomi psichici non sono altro che anomalie dell'attività mentale o della condotta. Essi sono causati direttamente da un danno organico.

2. La soggettività del paziente, il suo mondo, le vicende della sua vita non presentano alcun interesse psicopatologico o psichiatrico.

¹ A. Civita, *Picopatologia. Un'introduzione storica*, Carocci, Roma 1999; il testo riproduce le pp. 97-101 del cap. 3. "Psicopatologia moderna. Il XIX secolo".

² E. Kraepelin, *Introduzione alla clinica psichiatrica*, Società editrice libraria, Milano 1905 (edizione originale 1901).

3. Ciò che interessa non è il malato, ma la malattia di cui è egli portatore.

Per illustrare tutto questo ci riferiremo a due lezioni kraepeliniane, la IX e la IV, dedicate rispettivamente all'eccitamento catatonico e allo stupore catatonico. Le abbiamo scelte perché su di esse due importanti autori del nostro tempo – Ronald Laing e Fausto Petrella – hanno svolto una serie di commenti che presentano per noi il massimo interesse, sia per comprendere più a fondo l'atteggiamento clinico di Kraepelin, sia per preparare il terreno alla radicale evoluzione della psicopatologia del Novecento.

Cominciamo dall'eccitamento catatonico. La lezione si apre così³:

Signori! Il malato che oggi presento loro, viene innanzi quasi portato dagli infermieri, camminando con attitudine forzata sull'orlo esterno dei piedi. Nell'entrare scaraventa davanti a sé le sue pantofole; si mette a cantare un'orazione; e poi grida due o tre volte in inglese: «Mio padre, mio vero padre!». È un giovane di 18 anni, studente della scuola reale superiore, alto, abbastanza robusto. Sul suo viso passa di tanto in tanto un rapido e fuggevole stupore. Siede tenendo gli occhi chiusi; e non si cura affatto dell'ambiente. Anche interrogato non alza lo sguardo, ma risponde da prima a bassa voce, e poi a poco a poco alzando il tono fino a gridare. Alla domanda dove si trova, risponde: «Vuole sapere anche questo? Glielo dico io chi è misurato e viene misurato e deve essere misurato. So tutto. Glielo potrei dire, ma non voglio. Lo so benissimo, e potrei dirglielo, ma non ne ho voglia» Richiesto del suo nome, grida: «Com'è il suo nome? Che cosa chiude costui? Chiude gli occhi. Che cosa sta ad ascoltare? Non capisce niente. Come? Chi? Dove? Quando? Cosa gli salta in mente? Quando gli dico di guardare, non guarda. Ehi tu, ma guarda dunque! Che cosa c'è? Cos'è? Sta attento; lui non sta attento. Quando dico che cosa c'è dunque? Perché dunque non rispondi? Diventi anche più sfacciato? Come fai ad essere così sfacciato? Vengo io veh? Te la faccio vedere io! Non farmi la bagascia! Tu sei matto; sei un mascalzone sfacciato, uno sfacciato schifosissimo mascalzone. Non ho mai visto un mascalzone così sfacciato, impertinente, miserabile come te. Vuoi cominciare un'altra volta? Tu non capisci niente, proprio niente del tutto; non capisce niente costui. Se tu adesso seguiti, non vuol seguitare, non vuole; diventi ancora più sfacciato, ancora più sfacciato diventi? Come stanno attenti, ecc. ecc.». E finisce imprecaando con suoni del tutto inarticolati.

Dopo aver riportato questo brano nel suo celebre *L'io diviso* (1959), Laing⁴ (1969, pp. 36-7) così commenta:

³ *Ibid.*, pp. 63-64.

Kraepelin osserva poi, fra le altre cose, la *inaccessibilità* del paziente. «Nonostante sia fuor di dubbio che il paziente comprende tutte le domande che gli sono rivolte, *egli non ci ha fornito una sola informazione utile*. I suoi discorsi sono... *soltanto una serie di frasi sconnesse, che non hanno alcun rapporto con la situazione generale*»⁵. Che il paziente mostri i “segni” dell'eccitamento catatonico è indiscutibile. Ma la costruzione che eleviamo su questo tipo di attività dipende dal rapporto che avremo stabilito con il paziente; e dobbiamo a Kraepelin e alla sua vivida descrizione se, cinquant'anni dopo, il paziente è vivo davanti a noi in questa pagina. Ma che cosa sta facendo? Sicuramente un dialogo: fra la sua versione, parodistica, di Kraepelin, e il suo io in rivolta. «Glielo dico io chi è misurato e viene misurato e deve essere misurato. So tutto. Glielo potrei dire, ma non voglio». Questo è un discorso abbastanza chiaro: presumibilmente il paziente è molto ostile verso questa forma di interrogatorio, che si svolge in un'aula piena di studenti, e non vede che rapporto possa avere con le cose che lo turbano profondamente. Ma queste cose non costituirebbero informazioni “utili” per Kraepelin, tranne che come nuovi “segni” di una “malattia” [...]. Sembra chiaro che l'attività di questo paziente può essere vista almeno in due modi [...]. Si possono osservare nel suo comportamento i “segni” di una “malattia”; e si può considerare il suo comportamento come l'espressione della sua esistenza. La costruzione fenomenologico-esistenziale è un'inferenza sul modo con cui l'altro sente e agisce. Come è sentito Kraepelin dal paziente? Questo ragazzo pare tormentato e disperato. Che cosa “vuole” parlando e agendo in quel modo? Protesta perché lo misurano e lo visitano. Protesta perché vorrebbe, invece, che lo ascoltassero.

Le parole di Laing non hanno bisogno di spiegazioni. [...] Passiamo ora alla lezione kraepeliniana sullo stupore malinconico⁶:

Signori! Prenderemo oggi in esame dei quadri clinici veramente strani. Vedono anzitutto una donna di 24 anni, domestica, che reca sul volto e in tutta la persona i segni d'una denutrizione gravissima. Tuttavia la malata è in continuo movimento, fa passi innanzi, passi indietro; si attorciglia la treccia alle mani, poi la scioglie e così via. Provando a trattenerla in queste sue mosse, troviamo una forza di resistenza inattesa; se mi colloco a lei dinanzi con le braccia aperte per impedirle il passo, mi scappa di sotto il braccio continuando la sua corsa. La sua fisionomia è di solito immobile e priva di

⁴ R. D. Laing, *L'io diviso*, Einaudi, Torino 1969, pp. 36-7 (edizione originale 1959).

⁵ Il corsivo è aggiunto da Laing.

⁶ *Op. cit.*, pp. 24-25.

espressione; ma se la si tiene ferma a forza, allora essa contrae tutta la faccia, e dà in un pianto lamentoso, che cessa subito appena la si abbandoni. Vedano come tiene, stretto tra le ultime dita della mano sinistra, un tozzo di pane, e quanta resistenza oppone a chi glielo vuol prendere. Lasciata quieta, non si cura di niente e di nessuno; se la si punge con un ago nella fronte, si muove appena, non si difende, e si tiene piantato l'ago nella pelle senza scomporsi, continuando le sue corse su e giù simili a quelle di una fiera in gabbia. Alle domande non risponde quasi mai, tutt'al più scuote la testa. Qualche volta parla invece da sola, ripetendo più volte le stesse espressioni in tono di lamento: «O caro Dio, o caro Dio; o cara madre, o cara madre». Non obbedisce a nessun invito; e oppone resistenza a quello che si vuole farle. Evidentemente però essa comprende ciò che avviene intorno a lei; perché, ad esempio, è pronta a nascondere la mano appena si accenni col discorso a volerle togliere il pane.

Dopo aver citato sia questo brano sia quello precedente sull'eccitamento catatonico, Petrella⁷ (1993, pp. 30-1) propone le seguenti ed eloquenti considerazioni:

Verso queste pagine, rilette oggi “col senno di poi” non si può non provare un sentimento di sorpresa e anche di disapprovazione; innanzitutto per il piglio disumano di questa semeiologia *in corpore vili*, cinica e inconsapevolmente teatrale, che non esita a esibire la degradazione del paziente, nascondendo il sadismo del docente dietro la maschera dell'obiettivazione medica. Scandalizzarsi oggi è facile; è anzi una reazione troppo “umanitaria”, e quindi sospetta. Sappiamo bene che l'obiettività del medico richiede fermezza e impersonalità, uno sguardo che talvolta deve di necessità essere gelido e poco incline alla commozione. Con i buoni sentimenti soltanto non si cura nessuno, e quindi non saremo noi a dar contro all'obiettivazione kraepeliniana per questi motivi. Ciò che invece veramente non andava, in queste lezioni, era il tipo di osservazione che là veniva compiuto. Sullo stile di Kraepelin si è espresso a più riprese Ronald Laing. Egli ha rilevato che il lucidissimo scienziato, mentre tentava la massima obiettivazione, si lasciava sfuggire l'essenziale. I comportamenti e le frasi dei due pazienti, se li intendiamo non più come segni di una malattia ma come processi comunicativi ellittici e tormentati, ci rivelano l'intensità della loro angoscia e soprattutto un rapporto straordinariamente negativo nei confronti dell'esaminatore. Questi è d'altronde tutto teso a squalificare la comunicazione del paziente, a negarne la significatività. È quindi del tutto

⁷ F. Petrella, *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Raffaello Cortina, Milano 1993, pp 30-31.

comprensibile che il paziente risponda ribellandosi in modo impotente allo strapotere esercitato su di lui e si senta braccato [...] Lo stesso si può dire per la domestica della IV lezione, alla quale Kraepelin cerca di sottrarre il pezzo di pane che stringe fra le mani. Sappiamo oggi, dopo tanti anni di lettura psicoanalitica dei comportamenti psicotici, come un simile aggrapparsi sia un tentativo disperato di controllo su un oggetto di enorme valore simbolico per il paziente (il pane!). Non intendere questo, cercare di togliere il pane ecc., significa comportarsi in modo bislacco e ingiustificabile.

I commenti di Laing e Petrella evocano una grande parte delle teorie, dei problemi, delle prospettive e dei fermenti che hanno animato l'evoluzione veramente ricca e complessa della psicopatologia novecentesca. [...] Per il momento è importante soffermarsi su un aspetto specifico della clinica kraepeliniana, un aspetto che le parole di Laing e Petrella hanno messo perfettamente in luce.

Nel suo approccio clinico Kraepelin non viene mai, neanche minimamente, sfiorato dal dubbio che le parole, i comportamenti e i sintomi stessi del paziente possano essere condizionati dalla situazione in cui la vicenda si svolge e dai modi con cui lo stesso Kraepelin gli si avvicina, lo osserva, lo interroga, lo visita, lo manipola, lo esibisce agli studenti. Questo dubbio sacrosanto non si forma nella mente di Kraepelin perché il presupposto fondazionale della sua clinica è che la malattia psichica non ha nulla a che vedere con la soggettività, con l'interiorità, con la persona stessa del malato. Il malato di mente ha una mente che, per qualche sconosciuto difetto organico, si è guastata e ha cominciato a funzionare in modo bizzarro. Che queste bizzarrie possano avere un significato o uno scopo, per esempio come difese rispetto a un ambiente inumano e arrogante, è un'idea che Kraepelin tiene a debita distanza. La ripugnanza e la diffidenza, di cui parlava Pinel un secolo prima, sono qui pienamente all'opera. È convinzione comune che proprio questo così ristretto orizzonte clinico e umano abbia condotto la psicopatologia kraepeliniana al fallimento, nonostante gli elementi di indubbio valore che essa contiene.