

## **The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”**

***Renzo Carli<sup>\*</sup>, Rosa Maria Paniccia<sup>\*\*</sup>***

### *Abstract*

The mentally ill person is not aware of his “illness” and therefore does not present a demand to the psychiatrist, as happens instead in people’s usual relationship with the doctor. Reference is made to the work of Georges Canguilhem on this point. Mental illness is analysed as the medicalization of a failure of the collusive dynamic, in a single person, inside the context where he lives with others. The social pact at the basis of collusion is analysed. A critical view is taken of the extension of serious, psychotic, forms of mental illness to the usual modes of social adaptation; depression, extended by psychiatrists from its more serious forms to the “depressive character”, is an example of this extension designed to psychopathologize modes of adaptation that instead in the past were valued.

*Keywords:* mental illness; collusion; diagnosis; psychiatry; individual; living together.

---

\* Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

\*\* Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching Board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

## The “madman”

The madman has always attracted people’s violence. But who is “the madman”? Etymologically the Late Latin *matius* means a drunk, someone who has lost his mind from drinking too much. This would therefore be an alteration of the state of consciousness involving strange behaviour that does not comply with expectations. It is important, for the argument we will put forward, to understand the reasons for the aggressiveness and violence that the madman arouses in those who have anything to do with him. An initial element, an integral part of the relation between the madman and the context, seems to be the unpredictability of his behaviour in relating. On top of unpredictability, there are attitudes, emotions, ways of relating not justified by the usual shared symbolic dynamic characterizing social relations. The madman seems to follow roads of emotional symbolization of signs, in a relationship, that are different from the usual ones. In other words, he does not fully participate in the collusive process on the basis of which the emotional symbolizations marking relationships are shared.

In the etymological dictionary by De Mauro and Mancini (2000) “madman” is defined as someone who has a degree of serious impairment of the intellectual faculties; the synonyms offered are expressions like mental case, crazy, nutcase. A curious definition, because it only mentions “intellectual faculties”, while what is typical of the relationship with “madmen” is the difficult *emotionality* that marks it. It is also curious because among the synonyms there appears “mental illness”, a-critically equated to folly and madness. Madman, crazy, fool, are terms that do not necessarily, a-critically, refer to the “mentally ill person”. Between the status of “madman” and that of “mentally ill” there is a huge difference.

But let’s go back to drunkenness; it is an alteration of the state of consciousness due to an excessive intake of alcohol. It comes from drinking substances that, by increasing the blood alcohol levels, causes a change in the organism’s state of consciousness. But the drunk becomes “other”, different from common people who exhibit shared predictable, familiar behaviour, in a specific culture. Without reference to a shared mode of relating, there would be no otherness. Without a relational norm there would be no alterity in relating, and therefore no deviance. It must be underlined that the norm referred to is cultural and social, not a physiological norm like the blood alcohol level, which appertains to the functioning of the organism.

In the theory of collusion that we put forward years ago, cultures are particular systems of emotionally shared collusive symbolizations of the events characterizing social adjustment in specific contexts. In these systems, each person supports the code of conduct that organizes the social system he belongs to. We regard those who do not share this collusive system as “mad”; those who, with their behaviour and their emotional expressivity, convey its failure. The definition of “mad” therefore needs to be adjusted. A person does not fail to adapt to the shared collusive dynamics “because he is mad”. Instead, the person who fails to share the collusion is called “mad” in that the reasons for this failure are unknown.

If there is a change in the whole system of collusive processes characterizing moments in the history of living together, for instance in wartime, the term “mad” is not used, even though the behaviour of the whole social group assumes aspects very similar to those in which a single individual would be called “mad” (Paniccia, 2013) in different social moments. This helps us to understand that the idea of “madman” concerns a single individual that is “other”, in a “given” relational context. To arrive at “madman”, there must be a single individual and his alterity in terms of the *given* collusive modes of relating, considered usual for a social group. This opens the way to the problem of the idea of mental illness and its contrast with mental normality. This is an extremely difficult theme in medicine, where the contrast between normal and pathological has been the subject of studies and complex debates since ancient times.

## *Normal and pathological*

Freud and the psychoanalytical school, in their immense work on mental pathology and the unconscious, proposed a continuity between the normal and the pathological. The argument that pathological phenomena are identical to the corresponding normal phenomena, with a difference due merely to quantitative variations, was put forward in the 1800s. Specifically – as Canguilhem recalls – by Auguste Comte and Claude Bernard. The correspondence between physiology and pathology, with the sole quantitative variation of the phenomenon leading from the normal to the pathological, was confuted by medicine. Normality has been distinguished not only as the capacity for adaptation to environmental variations, but also as the capacity to establish norms. Canguilhem (1966/1998) tells us:

Being sane does not only mean being normal in a given situation, but also being able to set norms in that situation and in any other situations. What characterizes health is the possibility of going beyond the norm that establishes the momentary normal, the possibility of tolerating infractions of the usual norm and of establishing new norms in new situations [...] Health is the margin of tolerance towards the inconstancy of the environment (pp. 160-161).

Illness is itself a norm of life, but it is an inferior norm, in the sense that it does not tolerate any deviation from the conditions in which it exists, being incapable of transforming itself into another norm. The sick being is normalized in certain conditions of existence and has lost the normative capacity, the capacity to establish new norms in new conditions (p. 148).

The confines between health and illness are fuzzy not so much because one merges with the other, but more because it is a question of two “norms of life”:

the task of establishing where illness starts has essentially been delegated to the being itself, considered in its dynamic polarity. [...] The border between the normal and the pathological is imprecise for different individuals considered simultaneously, but it is extremely precise for one and the same individual considered in succession. What is normal insofar as it is normative in given conditions, can become pathological in another situation, if it remains identical to itself.. This transformation is judged by the individual, insofar as it is he who suffers it, in the very moment when he feels inferior to the tasks posed by the new situation (pp. 146-147).

For Canguilhem, the choice of whether to be ill is the province of the single individual, in his process of adaptation. And this profoundly differentiates medical pathology from “mental pathology”. To quote one of his important statements on this point: “somatic illness does not break the pact between fellow-men; the sick person is for us what he is for himself, while the psychically abnormal person has no consciousness of his own state” (p. 90).

Healing basically means the bringing back to the norm of a function or an organism that has deviated from it. The norm is usually changed by the physician through his knowledge of physiology, in the sense of the science of the normal man, through his own direct experience of organic functions, through the common representation of the norm in a social environment in a given moment. Of the *three authorities* the one that prevails is by far physiology. Modern physiology appears to be a canonical collection of functional constants, connected to functions of hormonal and nerve regulation. Such constants are described as normal in that they indicate average characteristics, the most frequent

among cases that can be observed in practice. But they are also described as normal because they are ideals in therapeutic activity. Physiological constants are therefore normal in the statistical sense, which is a descriptive sense, and in the therapeutic sense, which is a normative sense.” (p. 94, our italics).

Mental illness breaks the pact among fellow-men, insofar as the mentally ill person has no consciousness of his state, unlike the traditional sick person in medicine, *who goes to the doctor of his own free will*. On the origin of the state of being ill, based on the person’s own individual decision, Canguilhem is very precise and repeatedly makes this statement:

Wouldn’t it be best, after all, to say that the pathological fact cannot be perceived as such, that is, as an alteration of the normal state, unless it is at the level of the organic whole, and in the case of man, at the level of the global conscious individual, in whom illness becomes a sort of evil? (p. 62).

it is because there are men that feel ill that medicine exists, but not that doctors exist to teach men their illnesses. The historical evolution of relations between the doctor and the sick person in the clinical consultation does not change a thing in the normal permanent relationship between the sick person and his illness (p. 67).

Jaspers clearly saw the difficulties in this medical determination of what was normal and what was healthy: “The doctor is the person who least of all looks for the meaning of the words ‘health and illness’. From the scientific point of view, he deals with vital phenomena. It is the consideration of the patients and the dominant ideas in the social milieu that, more than doctors’ judgments, determines what is called ‘illness’” (Jaspers, 1933, p.5) (p. 93).

It is true that, in medicine, the human body’s normal state is the state that one hopes to re-establish. But is it because that is the goal that the therapeutic world aims to reach, that is has to be called normal, or is it because it is considered normal by the one involved, namely the sick person, that the therapeutic world takes it as its goal? (p. 96).

Distinguishing anomaly from pathological state, biological variety from negative life value has ultimately delegated to the living being, considered in his dynamic polarity, the task of establishing where illness starts (p. 146).

The doctor as the tendency to forget that it is the sick who call the doctor (p. 171).

We could continue at length quoting the idea that is at the basis of Canguilhem’s analysis on the normal and the pathological: *it is the individual, with his subjective decision, that establishes his state as normal or pathological*. The doctor intervenes only in cases where the individual’s subjectivity leads to the decision to consult him and to rely on his diagnosis and his treatment. The medical diagnosis is therefore only secondary to the individual’s subjective diagnosis; it is the latter that decides on an ailment. The corollary of this statement is the fact that the doctor intervenes with illness, diagnosed using the medical parameters of physiology – pathology. He cannot and does not want to intervene in the normal, permanent relationship between a sick man and his illness, as Canguilhem says. In other words, the doctor cannot and does not want to intervene in the patient’s subjectivity; namely, in the *experience of illness* that marks each sick person in a different and unrepeatable way. We can therefore say that as soon as an individual perceives himself as ill, he goes to the doctor; the latter will deal with the illness as it is defined by the parameters of medical science.

More specifically, he will deal with the relation between physiology and pathology: general pathology and special pathologies, medical, surgical, obstetric, pediatric, neurological and so on.

The *experience of illness*, the *subjectivity of the individual in experiencing himself to be sick*, are not taken on by the health system unless it is within the strict rules of the game of the relation between the sick person and the health system in all its forms, from the visit in the doctor's consulting room to the home visit or hospital assistance (Carli, 2013).

In pursuit of objective data, according to Canguilhem, the doctor "forgets" the subjectivity marking the sick person's demand. In other words, he tends to forget that it is the sick who call him. The demand of the future patient is implicit in the person's decision to go to the doctor. One who goes to the doctor, to become a patient or a sick person, always wants to see his demand objectified in the diagnostic categories. In mental illness this does not happen. It is generated by the breakdown of a "pact between fellow-men", not by a future sick person's subjective assessment of illness. But what is the pact we are talking about? Without looking at the origin of this pact, it is impossible to understand how the sense of mental illness is construed.

### *State of nature, mutual fear and the pact*

On this point, it may be useful to look at the reinterpretation of Hobbes's work made by Carlo Ginzburg (2008). In his words:

In *Elements of Law* we find a synthetic description of the *state of nature*, linked to an argument that Hobbes was never to abandon. In the state of nature men are substantially equal and have the same rights (including the right to attack and defend themselves): as a result they live in a state of perennial warfare, of 'general distrust, and *'mutual fear'*. They get out of this situation by giving up a part of their rights: a pact that transforms an amorphous multitude into a body politic. Thus the State is born, what Hobbes would call Leviathan: a name that, in the Book of Job, indicates a whale, a giant marine creature that nobody can catch on a hook (p. 18, our italics).

Hobbes talks about the "pact" that lets men escape from fear of mutual aggressiveness (*homo homini lupus*) to make them social beings. This pact recalls another, cited by Freud in *Totem and Taboo* (1912-1913/2003). What kind of pact is it? This question is especially important in the study of mental illness: a specific state not correlated to the sick person's subjectivity, but to the violation of a pact, the breakdown of an agreement between fellow-men that is the foundation of our sociality. The violation, if it is acted out by a single individual, is called mental illness. The same violation can assume different connotations if experienced by a whole social group. We shall see this shortly. Let's see what else Ginzburg has to say. Hobbes – Ginzburg points out – is in contrast with Aristotle, for whom man is a political animal and therefore, as the Greek philosopher states in *Politics*, the *polis* exists by nature, it is a natural phenomenon. For Hobbes, on the other hand:

the state of nature is not characterized by gregariousness but by its opposite: the war of all against all. Aggression, *real or possible*, first generates fear, then the impulse to escape from fear through a pact based on each individual's renunciation of his natural rights. The city (*civitas*, or the political

community), the result of this pact, is an artificial phenomenon: a thing somehow foreshadowed by the comparison with the clock<sup>1</sup> introduced by Hobbes (p. 25, our italics).

To formulate this theory of the genesis of the social system, Hobbes – according to Ginzburg – is inspired by Thucydides, whose most important work he had translated. Specifically, Hobbes refers to *The Peloponnesian War* and the description of the shocking consequences of the devastating plague that struck Athens in 429 BC. Thucydides analyses the crumbling of all laws, and gives the name *anomia* to this phenomenon that takes relations between people back to the state of nature, which Hobbes had envisaged as the initial state of relations amongst human beings. An “artificial” state of nature, evoked by the feeling of death pervading the Athenians when faced with the slaughter that the plague brings.

The fear of the gods or human laws was no longer a deterrent, on the one hand because to their eyes, respect for the gods or irreverence were now the same thing, since they saw everyone dying in the same way, and on the other hand because having committed some misdemeanors, nobody hoped to stay alive until the moment of the trial and the final reckoning. The punishment hanging over their heads was far more serious, and the sentence had already been handed down: it was therefore natural, before death struck them down, to enjoy life a little (Ginzburg, 2008, p. 27).

Let's see now what Ginzburg (2008) says about the genesis of the State, in Hobbes's theorization:

Therefore, both in the case of the origin of religion and in that of the origin of the State, we find fear at the beginning and at the end the outcome of subjection or awe. In the middle, feigning, fiction, imposed on those who have created it as a reality (p. 35).

Between fear and awe, the necessary transition is through feigning. This transaction puts forward an aspect of the “genesis of the State”, in Hobbes, that is especially interesting for our analysis. Let's go back to Ginzburg again:

Ignorance of the natural causes and the fear that follows, says Hobbes, makes men ‘suppose and feign to themselves different kinds of invisible powers, to stand in awe of their own imaginations, to invoke when they are in trouble, and to thank when events take a favourable turn’. Yet again Hobbes associates awe with religion, but in a context that underlines that men are led to ‘*to stand in awe of their own imaginations*’. I feel that in describing this seemingly paradoxical attitude, Hobbes was recalling an extraordinary phrase by Tacitus: ‘*fingebant simul credebantque*’ (*Ann. V, 10*), ‘they imagined and at the same time they believed their own imaginations’. It is a phrase that reappears three times with minimum variations in Tacitus's words, to describe circumscribed events like the spread of false rumours. Hobbes used Tacitus's formula (which had been quoted in a distorted form by Bacon, whose secretary he had been) to describe a very general phenomenon: the origin of religion. Hobbes uses the verb *feign* [...] associated with the noun *fiction* (work of imagination), and with the adjective *fictive* (fictional, fake). *Feign* repeats the verb used by Tacitus: *fingebant* (p. 34).

---

<sup>1</sup> Earlier, on the method of study in Hobbes, Ginzburg said: “To understand how a clock works we have to take it apart: only in this way will we be able to understand the function of the various cogs” (2008, p. 24). But we should also remember the metaphor of the clock as the working of the social system: what counts in the social system is order. A clock does not work properly if the wheels are too free: each one would go on its own. Hence the importance of the watchmaker who puts each wheel in its place. The metaphor obviously concerns the different people making up an orderly social system.

Let's look at the etymology of the Latin verb "*finco, finxi, fictum, ere*". It means to shape, mould, model. In a broader sense it means to change, transform. But also to imagine the forming of something in the mind, to figure, to represent to oneself. And also to invent, say falsely, feign, simulate, make believe. And also to accommodate and to adjust. It is a verb of multiple meanings, but they all revolve around "giving shape" to something that does not correspond to reality; mentally producing an invented image in order to reach an accommodation. 'To imagine' is Ginsburg's translation. An imagination that arises from an unpleasant, unbearable feeling like fear. A fiction, the historian will say. It is a fiction that imposes itself on the person inventing it as if it were reality.

Psychoanalysis enables us to grasp the sense of what we have analysed with Ginzburg's help: the "social" pact, based on a fiction, which is the foundation of the great conventions such as state and religion, is nothing but a *collusive process*. Years ago we put forward the construct of collusion as the manifestation of the mind's unconscious mode of being in social relations. Colluding means emotionally symbolizing, in a unequivocal way, aspects of the contextual reality on the part of those sharing this context. Collusion is therefore the expression of a mind's unconscious mode of being, in the dynamic that underlies processes of socialization. In Hobbes's example, fear is the emotion shared by human beings in a specific context of the "state of nature". This means that, in the state of nature, every human being can symbolize the "generalized other" as enemy (Ancona & Carli, 1970; Carli, 1968). Fear is the emotion that defines the affective symbolization of the "generalized other" as enemy. Let us stress, it is not a question of a single "other – enemy", towards which the system of membership can be activated, in Bion's words, in the strategy of fight or flight. If the enemy is the generalized other, systems of membership vanish and everything animating the context is ineluctably the enemy. Hence the need to "invent" a collusive pact, to emotionally symbolize rules of the game and power systems that constrain the mutual danger of each person, to symbolically construct the State. The State is created as a reified myth, as a mythical collusive construction that as Barthes (1957/1974) shows, from history becomes nature, taking root in the mind of those participating in the collusive pact as reassuring naturalness.

Like State and religion, every component of social culture is the outcome of a collusive process, and therefore of a shared affective symbolization of the multifarious aspects of reality grounding the local culture of a social group, an organizational system, or a tradition of living together. Sociality has its roots in collusion, and is possible thanks to the unconscious symbolization, univocal or correlated, of contextual reality. The alternative is fear: an unbearable, anguishing emotion felt in a total solitude, where contact with the 'other', symbolized as the generalized enemy, becomes threatening. This situation is very close to, or perhaps coincides with what Matte Blanco called "plunging into a state of non-existence" (Matte Blanco, 1975/1981).

The mind's unconscious mode of being governs symbolic affective transformation of the generalized other into a threatening, enemy dimension. The other can become "friend", only in the emotional sharing of a system of membership that calms the unlimited mutual aggressiveness. It is the collusive pact that makes it possible to think *about* the relationship, and therefore learn from the experience and from the construction of systems of living together based on the mutual interest in the "third thing" at the basis of the culture and organizational processes (Carli, 2012). The unconscious collusive dynamic therefore enables the anguishing potentialities of the unconscious system to be tamed, making it serve shared thinking and social harmony.

On the other hand, in social systems there can be devastating failures in the collusive process. An example given by Ginzburg, is that of Thucydides and of his account of the plague raging in Athens. The plague, or

rather the symbolic-affective experience of the event, with the feeling of imminent, ineluctable death that accompanies it, breaks down the collusive pact and wipes out all awe towards the laws and the gods: “The fear of the gods and of human laws no longer had any hold” wrote Thucydides. This is not why they used to talk and still talk, in such cases, of mental illness. There are many examples of the social failure of collusion and they mark the history of humanity in all its stages. Think for instance of wars among peoples, among nations, of revolts or revolutions, of colonialism, of racial domination of some populations over others, of imperialism with its “follies”, justified on the basis of the myth of the superiority of certain populations, of the genocides that have stained so-called civilized history. For instance, in 1907, the genocide of the Herero in Namibia by the Germans who intended to colonize that land. Lastly, the exterminations by the Nazis, the Stalinists, by Pol Pot and the Khmer Rouge in Cambodia. We could go on at length.

Ginsburg’s argument on this point is interesting: in recalling the codename of the operation of American bombing of Bagdad in March 2003 (*Shock and Awe*), he talks about the intention of inculcating and spreading a “holy” terror to achieve submission. Ginzburg says:

We live in a world in which the nations threaten terror, they practise it, at times they suffer it. It is the world of those who try to take control of the venerable and potent arms of religion, and of those who brandish religion like an arm. A world in which gigantic Leviathans writhe convulsively or crouch in wait. A world similar to the one Hobbes envisaged and studied (2008, p. 42).

The dominion exerted with terror, on the other hand, is not just an arm of war. The religion of the unregulated free market has made financial speculation into a terrible, efficient terrorist weapon. Our culture is full of “imposed myths” (Carli, in press), where the transformation of an historical event into a natural fact serves to make the event and its protagonists sacred. The construction of the myth is based on the process of collusive affective symbolization, which we have mentioned. Making a myth out of an aspect of reality, finance, democracy, parenthood, gender equality, notoriety, fame, being famous, western supremacy or competitiveness, means making the myth sacred and using this sacred aura to strike terror and awe. Awe and terror, on the other hand, are the ambiguous and complex feelings evoked by the relationship with people considered “mentally ill”.

We have reached the core of our analysis of the genesis of mental illness. We have repeatedly claimed that mental illness is nothing but the outcome of a collusive failure. Today we can say that it is *a collusive failure acted out by a single person*. Collusive failure itself, if widespread in a social system, poses problems of the sanctification of the myth, of extremely difficult consequences for thousands or millions of people. Let’s read the opening lines of the preface to a book on the history of the Hospital of Teramo.

This research sprang from the desire to shed light on the millions of forgotten stories from the end of the 1800s to the first decades of the 1900s in one of the biggest mental hospitals of the centre and south of Italy. Situated in ‘the outskirts’, the Sant’Antonio Abate of Teramo in a few years became part of a welfare power system which gradually redefined its role in the ‘social emergencies’ of the newly unified state. There was the need for those – the poor, beggars, alcoholics, homeless – who were potential threats to public order, to be removed from the streets; but it was intended to provide, for those felt to be curable, treatment and therapies that could enable them to return to society, transforming their alienation into a productive rehabilitation (Valeriano, 2014, p. 3).

No treatise on psychiatry more clearly defines mental illness than these words: “remove from the streets” the potential threats to public order. Remember Canguilhem: “it is the sick that call the doctor”. The difference is

obvious, no comment is needed. The potential threats to public order, on the other hand, are the poor, the homeless, the beggars and the alcoholics. People who do not comply with conformism, with the expectations of social adjustment coherent with the collusive culture, with the requirements of productivity. Don't forget that public order is the result of a collusive "pact" based on the prevalence of the respect for private property, potentially threatened by people in bad economic conditions. The same thing can be said for the "decorum" of the city, challenged by beggars and alcoholics. What we are stressing on the other hand, is the total absence of motivated participation by the people involved, in the measures to remove them from the streets, and to forcibly "shelter" them in the psychiatric hospital. In what today is called Compulsory Admission Order (TSO). Are the poor, the homeless, the beggars ill? And the alcoholics? Why think of alcoholics, and not of those affected by smoking or by bulimia? The users of the psychiatric hospital were actually potential or real protagonists in a breakdown of the collusive dynamics on which living together is based. Similarly, we could mention the depressed, the agitated, the psychotics in their various forms. The reason that leads to a request for psychiatric intervention is in almost all cases a motivation extrinsic to the "sick" person, and derives from a failure of the collusive dynamic, the outcomes of which are felt in the public, private or family system of living together.

To sum up: in the case of medical illness, medicine exists because there is a demand for treatment on the part of those who subjectively decide they are sick. In the case of psychiatry, it exists because the social system, in its various parts, has made the "sick person" exist. Psychiatry has nothing to do with the demand of a sick person. It has to do with indicating specific individuals as users of psychiatry, because they present problems at the level of living together. There is, therefore, an authentic process of medicalization of a problem that, in itself, is not medical. The medicalization of a failure of collusion is the alternative to the process of criminalization. In the latter case, the institutionalization of those responsible for the collusive failure comes about through prison. In the case of medicalization, it comes about through the psychiatric hospital; now, since Law 180 and the closure of the psychiatric hospitals, it comes about through the psychiatric career of the mentally ill, in the mental health system that envisages the SPDC, the CSM, day centres, halfway houses, therapeutic or rehabilitation communities, families as the alternative containers to the isolating institutionalization in psychiatric hospitals<sup>2</sup>.

It is interesting to notice that the psychiatric act with which the medicalization of the protagonist of a collusive failure begins, is the diagnosis. It marks a major transformation: the individual that creates potential problems in relating, in social or family contexts, assumes the status of being actually "ill". Ill with an illness that is assigned against their will. The mentally ill person, let us repeat once more, has no awareness of their own state.

It must be underlined that the psychiatric diagnosis is made, in many senses, in a very different way from the medical one. As we have said, the medical diagnosis is formulated *after* the doctor has been consulted by the patient. The doctor therefore has no power over the distinction between normal and pathological in the clinical domain. It is legitimate for the doctor to compare the patient's state with his knowledge of physiology and pathology, only as a result of the decision of the person who comes to him. He is also obliged to give a diagnosis, a prognosis and to offer a therapy; the latter, on the other hand, requires the patient's informed consent. In psychiatry, in contrast, it is the social system, in its various forms, that arranges the meeting between the person and the psychiatrist. The comparison between normality and pathology is a huge problem for psychiatry. The patient's reason for going to the psychiatrist is lacking; there

---

<sup>2</sup> For more detail on the culture that characterizes the mental health system today, see Carli & Paniccia (2011).

is little or no subjective experience of illness, which, as we have seen, makes the (future) patient request health services.

It must be asked how a general “psychopathology” or a special “psychopathology” are organized, in the absence of the patient’s demand and of a definition, albeit problematic, of the line dividing normal and pathological in the psychic domain, something that is possible in general medicine. It is singular that, for the definition of a mental disorder, one invokes the “recognizability” of the event by “others” who are not involved in the problem.

In Psychiatry, more than in other fields of Medicine, the concept of normal is elusive, especially because in the genesis and expressivity of psychopathology an important role is played by cultural and social factors, which are many and varied. However, without falling into an extreme cultural relativism that could lead to the recognition and definition of the pathology only within a specific culture and therefore to the denial of evident pathologies just because they are frequent in that culture, we can say that relativity can apply only for mild disorders; while, for instance, an endogenous depression is recognizable anyhow and in any cultural context (Lalli, 1999, p. 79).

### *Normal and pathological in psychiatry*

In the brief passage given, different criteria are interwoven, in dealing with the issue of normality in psychiatry. There is confusion, for instance, between the “recognizability” of a psychopathological form and the “frequency” with which it recurs in a specific culture. But the problem is very different. The recognizability of behaviours defining a pathogenous form cannot be connected only to their frequency, but also to the cultural models with which these behaviours are perceived. Let’s take the symptoms marking, according to the DSM IV<sup>3</sup>, the major depressive episode.

The essential characteristic of a Major Depressive Episode is a period of at least two weeks during which there is depression of mood or loss of interest or pleasure in almost all activities. In children and teenagers the mood may be irritable instead of sad. The individual must also present at least four symptoms of a list that includes changes in appetite or weight, in sleep or psychomotor activity; lower energy; feelings of debasement or guilt; difficulty in thinking, concentrating, or taking decisions; or recurrent thoughts of death or ideas of suicide, planning or attempted suicide. To lead to a diagnosis of Major Depressive Episode, a symptom must have reappeared or be clearly worsened compared to the subject’s premorbid state. The symptoms must persist for most of the day, almost every day, for at least two weeks running. The episode must be accompanied by discomfort or social disablement, in work or in other important, clinically significant areas of functioning. For some individuals, with milder episodes, the functioning may appear normal, but require a markedly greater effort (APA, 1994/1996, p. 357).

We can say, referring to old notions of classic psychiatry, that the major depressive episode belongs to those crises that basically are related to depressive psychosis on the one hand, and schizophrenic psychosis on the other. Depressive psychosis and schizophrenic psychosis are the manifestations that have populated psychiatric hospitals since their very beginning and that have been strongly affected by the advent of

---

<sup>3</sup> We refer to the DSM IV, not to the recent DSM-V, as more representative of the psychiatric culture in use.

psychopharmaceuticals; not so much for a “cure” of these psychotic forms which even psychopharmaceuticals do not solve but for a greater possibility for the psychotic subjects to be sedated and to have a better chance of becoming part of society, in the family, sheltered systems. The old psychiatry knew three types subjects to institutionalize in mental hospitals and to remove from the usual systems of living together: alcoholics, depressed psychotics and schizophrenic psychotics. To these, the subjects affected by dementia could be added. They were all people incapable of dealing with living together without causing the failure, for different reasons, of the collusive dynamics that supported and still supports living together.

But as a sector of medicine, psychiatry could not accept this “scientific” limitation and this social *mission*, totally devoted to removing “inconvenient” people from systems of living together. Hence the extension of psychiatry’s breadth of analysis of psychic problems and of “therapeutic” action in the social system. What does it mean to “extend” one’s field of study and intervention? The domain of depression helps us to understand what we are talking about. It is well known that it is classically divided, in psychiatry treatises and since the time of Emil Kraepelin, in the following way or in very similar ways: mono-polar endogenous depression; manic-depressive or bipolar psychosis; involuntional depression. They talk about interaction between psychic and somatic factors, in the depressive picture where with time the nosographic distinctions have multiplied based on the symptomatology and response to the various kinds of psychopharmaceuticals. On the other hand, in many psychiatry works there is the addition, which in our view is worrying, to the triad of the “major” forms of depression. It is depressive psychoneurosis, or dysthymia, or neurotic depression of the depressive character associated with it. “Depression – along with anxiety – is the most frequent and ubiquitous psychopathological manifestation” (Lalli, 1999, p. 314). Looking more closely at the meaning of this statement, one is struck by the association of anxiety and depression, often called common emotive disorders, with psychopathology. Let’s see what Lalli says.

In grief, it is the world that has become empty and poor; in melancholy, it is the Self instead  
This explanation<sup>4</sup> would later be extended and integrated by O. Fenichel and then by S. Rado, who introduce the important concept of *self-esteem*. According to these authors, there is a predisposition to depression in subjects that have an intense need for approval and praise, since their low self-esteem has to be constantly supported and reinforced by an object or an external situation. Therefore it is not the loss of the beloved object that causes depression, but the loss of an object invested and experienced as the source of one’s own self-esteem: in this sense the loss of the object corresponds to the loss of one’s self-esteem. In these subjects – predisposed to depression – the object relation has essentially narcissistic functions; the depressed person does not love the object itself, but only insofar as this object is a source of self-esteem. This easily leads to the *idealization* of the object: that is, it is credited with qualities of goodness, infallibility and superiority which often do not correspond to the reality of the object. The object may be a person, an ideal, a social entity, an ideology, the force of which the subject needed in order to feel he belonged. When this object disappears or collapses, for the subject it is akin to losing the best part of himself, and he finds himself so exposed to the destructive forces of his own anger and hostility that they are no longer contained and sheltered from the libido. These fundamental concepts deriving from psychoanalytic studies are today still the most valid model in explaining depression (p. 314).

---

<sup>4</sup> It is the explanation, referring to Freud, of the difference between grief and melancholy (the latter being equivalent to endogenous depression). In melancholy the subject feels guilt for the loss of the object and therefore cannot elaborate the resulting grief (Authors’ note).

One initial observation on this approach is related to the notion of “object” in psychoanalysis. In Freud’s theory of drives, the object of a drive is the person towards whom it is directed. The object is therefore a “real” person. But drive theory has nothing to do with the theorization in which the object is presented in the definition given above. As Greemberg & Mitchell (1983/1986) point out, in many psychoanalytic theories, object relations does not refer to relations with “real people”, but with the inner representations of other individuals, or with their inner images, also called “internal objects”. They keep an open mind:

The term ‘theory of object relations’ in its broadest sense, refers to attempts in psychoanalysis to respond to these questions, namely to confront the observation – which potentially causes confusion – that people live simultaneously in an external world and in an internal world, and the relation between the two domains, which ranges from smooth blending to the most rigid separation (p. 23).

Today, with the development of relational theories in psychoanalysis, the object is seen as an emotionally symbolized psychic component, which later enables an emotional construction of reality to be made. In this sense every object relation “has narcissistic functions” and every object, seen as the symbolic-emotional representation of aspects of reality, has an idealized component, with manic or depressive sides. We want to underline that the description of “depression”, found in the psychiatry manual, represents a mode of constructing the internal and external world typical of all of us. “Subjects predisposed to depression”, in this perspective, do not exist. Or rather, each person can also be seen as predisposed to depression. Just as each of us is predisposed to anxiety and to the emotions that characterize our internal dynamics. We will not dwell on these theoretical proposals that the development of “constructivist” psychoanalysis has fostered. (Carli, Paniccia, & Giovagnoli, 2010).

The undeniable fact remains that the arguments in favour of a cause of depression in a psychoanalytical key, presuppose that for the dimensions indicated, in the dynamics described by Lalli, there are “normal” states and situations that deviate from the norm. For instance, let’s take the statement: “predisposed to depression are those subjects that have an intense need for approval and praise, insofar as their self-esteem is so low that it must be constantly supported and reinforced by an object or by an external situation”. It is hypothesized that there exists a “normal” need for approval and praise as opposed to an “intense” need. What measuring stick is used to establish whether a need is normal or intense, if with Matte Blanco we know that the emotions, in the mind’s unconscious mode of being, are always present infinitely? In the dynamics of the need for approval, do we think there exists a normal and a pathological? Does an internal object that is not idealized exist? Does there exist an idealization if not to protect the object from the ambivalence that it arouses? Does a non-ambivalent object relation exist? But that is not all. When it is said that the disappearance of the reassuring object can expose the object itself to the destructive rage of the one who feels abandoned, is there awareness that this all occurs in relational dynamics that are really present in the subject’s experience? Without a perspective that considers the contribution of all the components of the relation and of the collusive dynamic that characterizes it, it is impossible to draw conclusions about a single subject. Ultimately, it seems to us very difficult to talk about subjects “predisposed” to depression.

*“Mèlancolia” and depression: two ways of looking at the world and thinking of emotions*

There is one last consideration. It concerns the way “melancholia” has been considered in the history of man. An exhibition entitled “Mélancolie. Génie et folie en Occident”, curated by Jean Clair, was presented at the

20

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Gran Palais in Paris in October 2005 and at the Neue Nationalgalerie in Berlin in May 2006. An interesting show, which traces the iconology of *melancholia* from ancient times to our days. In certain respects, the exhibition revolves around Albrecht Dürer's engraving "Melancholia I" from 1514.



The etymology of melancholia, the term Dürer uses as the title of his work, written on the scroll in the upper left corner, held by a bat, is made up of the Greek words *mélas*: "black" and *kholé*: "bile".



Jean Clair helps us to grasp the sense of this word, very important in western culture.

La mélancolie est double. Affection de l'esprit, c'est un humeur du corps. Son nome évoque un vague à l'âme, une fumée assombrit la pensée et le visage, un voile jeté sur le monde, une tristesse sans cause. Mais il désigne aussi une entité physique, une matière visible, un corps sensible, un liquide doté de propriétés spécifiques, de couleur noire, de composition diverse et d'effet nocif quand elle est 'aduste', c'est-à-dire brûlée: c'est la bile noire, que secrète la rate. Cet organe qu'en anglais on appelle *spleen* est alimenté, selon Galien, par la veine *splenitis*, par laquelle on pratique la saignée du mélancolique. La veine 'splénétique' donnera plus tard son nom à la forme moderne de la mélancolie, celle qui, de Keats à Baudelaire, frappera les dandys de l'âge romantique (Clair, 2005, p. 82).

Melancholy is two-sided. Disorder of the spirit, it is also a humor of the body. Its name evokes a wave that inundates the soul, a smoke that obscures the thinking and the face, a veil thrown over the world, a sadness for no reason. But it also indicates a physical entity, a visible material, a body, a liquid with specific properties, black, of different composition and with harmful effects when dry, as if burnt: it is black bile, the bile secreted by the spleen. This organ is fed according to Galien, by the *splenic* vein through which the blood-letting of melancholy was carried out. The splenic vein was later to give its name to the modern form of melancholy; the melancholy that, from Keats to Baudelaire, would strike the dandies of the romantic age (*our translation*).

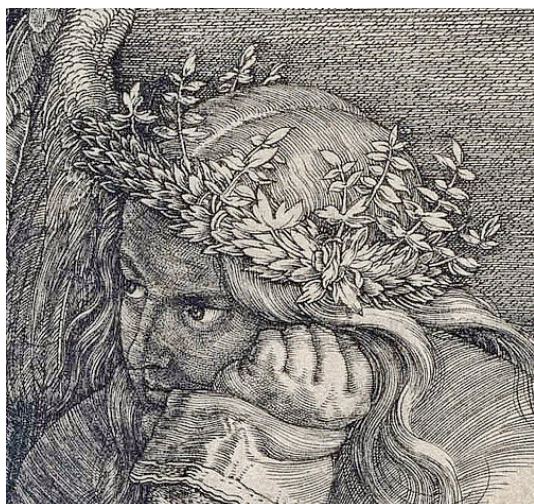
The melancholy temperament seems to contain very rich intellectual gifts, even though they are tormented by mental problems. There are a great many interpretations of Dürer's engraving, and different attempts to give a meaning to the masterpiece and to its mysterious ambiguity. A good synthesis of the various interpretations can be found in the work of Schuster "Dürer et sa postérité" (2005). Let's look at that of Erwin Panofsky and Fritz Saxl, illustrious iconologists, students of Aby Warburg, the founder of the Warburg Institute, and in turn teachers of many art historians and iconologists, including Henri Frankfort, Gertud Bing, and Ernst H. Gombrich. Panofsky and Saxl disagree with the interpretation of their master, Warburg, who saw in the engraving the personification of melancholy in its winning battle against the dark powers that dwell within: folly, pain, indolence, grief. For them, Dürer ennobles melancholy indolence, following the theory elaborated by Aristotle and by Marsilio Ficino. The melancholy temperament, for these authors, is the condition of every great gift of the spirit. What Dürer represents is this melancholy genius who, having consumed his thirst for knowledge, resigns himself to the limits of his spirit in comparison with the divine, falling back into desperation and sadness. For the two iconologists Dürer's engraving has the sense of the warning against limitless aspiration, typical of he who compares his work to the divinity. Following this idea, we will try to extend the interpretation of the engraving. The term "desire" - "desiderare" in Italian - means etymologically *de – sidera*: "take one's eyes off the stars". It could be said that melancholy and desire are the same thing: accepting the *limits* of the human condition, the *sad* emotion implicit in this limitation. At the same time, melancholy involves the possibility of overcoming the passivity that this limitation may lead to, and of undertaking important works based on the reality of one's condition. In this sense, the desiring component of melancholy reconciles the interpretations of Warburg with those of Panofsky and Saxl.

If one regards melancholy depression as an emotional state deriving from the acceptance of human limits, and the renunciation of omnipotence to test oneself with the power of those who face the reality of things, with the fatigue and difficulties encountered in achieving objectives, one can understand the great foreshadowing of meaning offered by Dürer's work. Let's look closely at the figure represented, with the head leaning on the left fist, the arm leaning on the knee and the gaze directed upwards towards the sky with its comets and rainbows, towards the expanse of water that reaches the horizon in the distance. It is a

position that comes from long ago, from Greek and Roman steles, from iconologies that have been repeated identically in the course of ancient and modern art and that also appear in contemporary art. What comes to mind? The position undoubtedly recalls a “thoughtful” attitude, in the act of thinking<sup>5</sup>. Accepting the limit, organizing the desire that may originate in the limit itself, this all derives from “thinking emotions”, from the possibility of suspending action to organize thought about the emotion evoked by the awareness of the limit and about the potentialities involved in accepting that limit. This emotional thought involves the suspension of emotional acting out. We have often pointed out that emotion has a twofold destiny: emotions can act or think. Dürer shows us, in the interpretative perspective we are proposing, the act of thinking emotions. It is an act that entails the suspension of emotional acting out and, as a result, of the transformational action on reality. The tools of this action are in fact scattered over the floor around the “thinking” figure. On can understand, in this perspective, that right from ancient times *melancolia* was associated with wise men, philosophers, poets and people capable of developing and proposing thought, their emotional thought. And therefore desire. Desiring, in fact, is not associated with action, but with emotional thought.

It can also be understood that in melancholy thinking, self-esteem is involved. Not in the sense mentioned earlier, where the loss of exaggeratedly high self-esteem “explained” depression. Here, self-esteem, if seen as thinking of oneself anchored to reality, serves to overcome the omnipotence of the fantasy of being like “god”. This is connected to many myths, and to that of the earthly paradise from which Adam and Eve are expelled, but also to that of the rebel angel, who wanted to be “god” and was sent to hell. In Dürer’s *Melancolia I*, the thoughtful figure is an “earthly angel”, who has not ended up in hell and is on the earth; but it is also a female figure. It is an angel that has given up competing with the stars, with the divine, to stand solidly on stone, feet firmly on the ground. Thinking emotions is a transitory phase; an important phase among the fantasies with which internal and external objects are symbolized and that, thanks to thinking, enables action to be planned. It is a phase between the angelic being and the human being who, by accepting his limit, can confront production and the “third thing”. It is often said that in the relationship of a couple, the third thing is a child, in all its symbolic variations. It can therefore be understood why *melancolia* is represented by a female figure.

We have often stated that thinking emotions is characterized by irony, that is generates irony. Ce. Where is the irony in Dürer’s masterpiece? Let’s look more closely at the expression of Dürer’s figure.



---

<sup>5</sup> Think for instance of the sculpture by Auguste Rodin, kept in Berlin, where a male figure is shown in a pose recalling that of Dürer’s *Melancolia I*, and entitled by the French sculptor: *Le penseur* (The thinker).

We have said that it is an ambiguous gaze; perhaps it would be better to say unsettling, in that it breaks with the traditional interpretations, of gloomy sadness, resignation and melancholy. The enlargement helps the analysis. It is an expression of burning intensity: the activity of desirous thinking is accompanied by the suspension of action. If we grasp the relation between the immobility of the context and the figure and internal mobility that it expresses, we smile. It feels as if we are observing a world that has just stopped, immobile, every gesture interrupted, where confusion reigns. The little angel and the dog are pervaded by an immobility that is a waiting rather than laziness or accidia; the waiting is for the outcome of the thinking that through the central figure, is marked by an interrupted use of the compass being held in the right hand. The whole scene seems to suggest the irony of the poetics of surrealism, of the enigma that is simple and chaotic at the same time. As in “Las Meninas” by Diego Velasquez, the observer is asked to intervene, to participate. It is a participation that in our view, can only be ironic. This irony comes before any possible interpretation, every erudite or complex reading of the image; it comes from the immediacy of the involvement.

### *From melancholy as a resource to delirium as an illness*

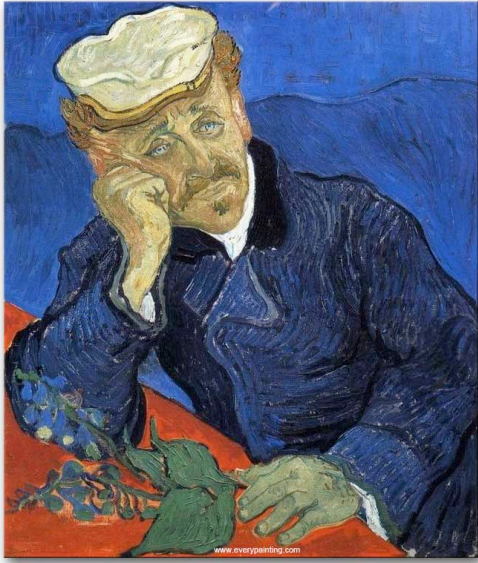
The catalogue of the exhibition mentioned earlier concludes with a contribution on “La naturalisation de la mélancolie”; melancholy naturalized. This is the melancholy of psychiatry, especially of Esquirol, and of monomania. It is an important break in the exhibition and in our comments. The caesura is commented on by Pigeaud, French university professor and historian of medicine. The shift from *melancolia* to medical terminology and the identification of a pathology is expressed very well in a passage by Esquirol, cited by Pigeaud (2005):

The term *melancolia*, now consecrated in common language, tries to express the habitual state of sadness of some individuals, and must therefore be left to the moralists and poets who, in their expressions, are not obliged to be as severe as doctors. We can keep this name, using it for the temperament dominated by the hepatic system and to indicate the tendency to fixed ideas, sadness, while the word monomania expresses an abnormal state of physical and moral sensibility with limited, obsessive delirium (p. 386, *our translation*).

Esquirol certainly distinguishes between melancholy and delirium, between common language and medical language, between disposition for obsessions and mental illness, as an abnormal state.<sup>6</sup> But the “habitual state of sadness” is a long way from the wealth of meaning in Dürer’s *Melancolia I*. With Esquirol, according to Pigeaud, we see the creation of a new concept, specifically medical, and the construction of a “psychiatric” object. The shift is clear and would continue undaunted right through modern “psychiatrics”: it is the shift from the thoughtfulness of melancholy to the delirious aspect of the depressed psychotic. We shall conclude with a curious observation, that comes from a famous work of Vincent Van Gogh.

---

<sup>6</sup> Remember, as Pigeaud says, that the term “psychiatry” invented by the German physician Reil and first appearing in a publication in 1803, went on to replace the expression “alienist medicine” in France, but not before 1860. Esquirol wrote the work cited here in 1820, and he rightly called himself an “alienist doctor”.



It is the portrait of Paul Gachet, painted in 1890 and today at the musée d'Orsay, in Paris. It clearly shows a "melancholy doctor". As it were, a psychiatrist marked by thoughtful melancholy. Gachet was hyperactive, with hypomanic traces and at the time of the portrait, had been a widower for several years and had not recovered from his grief. As can be seen in his last writings, Van Gogh identified with him, suffering, he said, from a "nervous illness" just as serious as Gachet's. Gachet practiced in Paris but owned a house at Auvers, where he frequented painter friends, Pissarro, Cézanne and Van Gogh, to whom he also gave medical advice. Jean Starobinski, historian of ideas and of medicine, recalls a passage in a letter from Van Gogh to his brother Theo, dated May 1890, the same year as the portrait (Starobinski, 2005):

He [Dr. Gachet] told me that if my melancholy or whatever becomes too strong, he will be able to do something to ease the intensity and that I must have no fear of being frank with him. Well, the time when I might need him will certainly come in the future but so far everything is all right (p. 412).

A few weeks later, on July 29, Van Gogh fired a bullet into his chest and died after hours of suffering. The portrait seems to be a metaphor of psychiatry, intent on treating psychotic delirium and at the same time impotent in its intention.

### References

- American Psychiatric Association (1996). DSM-IV. Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Milano: Masson (Original Work published 1994).
- Ancona, L., & Carli, R. (1970). La dinamica della partecipazione cinematografica [The dynamics of identification with films]. *Contributi dell'Istituto di Psicologia*, 33, 21-45.
- Barthes, R. (1974). *Miti d'oggi* [Myth today] (L. Lonzi, Trans.) Torino: Einaudi (Original work published 1957).

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [Similarity as indicator of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1(1-3), 85-98.
- Carli R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The fascinating illusion of possession, the ritual obligation of exchange, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [The psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (in press). Miti costruiti e miti imposti [Constructed myths and imposed mythes].
- Carli, R., Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia [Organization and unconscious dynamics]. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.
- Clair, J. (2005). Un musée de la Mélancolie [A museum of melancholy]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 82-88). Paris: Gallimard.
- De Mauro, T., & Mancini, M. (2000). *Dizionario etimologico* [Etymological dictionary]. Milano: Garzanti.
- Freud, S. (2003). *Totem e tabù* [Totem and Taboo]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), OSF, (Vol. 7, pp. 3-164). Torino: Boringhieri (Original work published 1912-1913).
- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Re-reading Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1983).
- Jaspers, K. (1933). *Psychopathologie générale*. Paris: Alcan.
- Lalli, N. (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia* [Manual of psychiatry and psychotherapy]. Napoli: Liguori.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Ed. & Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R. M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pigeaud, J. (2005). La mélancolie des psychiatres. Esquirol: De la lypémanie ou mélancolie [The melancholy of psychiatrists. Esquirol: lypemania or melancholy] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 386-397). Paris: Gallimard.
- Schuster, P. K. (2005). Mélancolie I. Dürer et sa postérité [Mélancolie I. Dürer and his posterity]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 90-105). Paris: Gallimard.

Starobinski, J. (2005). Une mélancolie moderne: portrait du docteur Gachet par Van Gogh [Modern melancholy: Portrait of Doctor Gachet by Van Gogh] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 412-415). Paris: Gallimard.

Valeriano, A. (2014). *Ammalò di testa: Storie dal manicomio di Teramo (1880 – 1931)* [Ammalò di testa: Tales from the madhouse of Teramo]. Roma: Donzelli.

## **Il fallimento della collusione: un modello per la genesi della “malattia mentale”**

***Renzo Carli\**, *Rosa Maria Paniccia\*\****

### *Abstract*

Il malato mentale non è consapevole della sua “malattia” e quindi non ha una domanda per lo psichiatra, come invece avviene nel rapporto usuale delle persone con il medico. Ci si riferisce al contributo di Georges Canguilhem in proposito. La malattia mentale viene analizzata quale medicalizzazione di un fallimento della dinamica collusiva, in una singola persona, all’interno del suo contesto di convivenza. Si analizza il patto sociale che fonda la collusione. Viene poi vista criticamente l’estensione della malattia mentale dalle forme gravi, psicotiche, alle usuali modalità di adattamento sociale; la depressione, estesa dagli psichiatri dalle sue forme più gravi sino al “carattere depressivo”, è un esempio di tale allargamento volto a psicopatologizzare modi di adattamento che nel passato erano, di contro, valorizzati.

*Parole chiave:* malattia mentale; collusione; diagnosi; psichiatria; individuo; convivenza.

---

\* Già professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell’Università di Roma “Sapienza”, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell’International Psychoanalytical Association, direttore della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda.

\*\* Professore associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell’Università di Roma “Sapienza”, editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del comitato scientifico-didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda.

## Il “matto”

Il matto ha sempre attirato la violenza della gente. Ma chi è “il matto”? L’etimo, il tardo latino *matus*, significa ubriaco, chi ha smarrito la mente per il troppo bere. Si tratterebbe, quindi, di un’alterazione dello stato di coscienza che implica comportamenti strani, non conformi alle attese. È importante, per la tesi che proporremo, capire i motivi dell’aggressività, della violenza che il matto suscita in chi ha a che fare con lui. Sembra che un primo elemento, insito nella relazione tra il matto e il contesto, consista nella *imprevedibilità* del suo comportamento entro la relazione. All’imprevedibilità si aggiungono atteggiamenti, emozioni, modalità di rapporto non giustificate dall’usuale dinamica simbolica, condivisa, che caratterizza le relazioni sociali. Il matto sembra seguire strade di simbolizzazione emozionale dei segni, entro la relazione, diverse da quelle abituali. In altri termini, non partecipa pienamente al processo collusivo in base al quale si condividono le simbolizzazioni emozionali che caratterizzano la relazione.

Nel dizionario etimologico di De Mauro e Mancini (2000) si definisce “matto” chi è più o meno gravemente menomato nelle facoltà intellettuali; vengono proposti quali sinonimi termini come malato di mente, pazzo, folle. Una definizione curiosa, perché parla solo di “facoltà intellettuali”, mentre ciò che caratterizza la relazione con i “matti” è la problematica *emozionalità* che la connota. Curiosa anche perché tra i sinonimi fa il suo ingresso la “malattia mentale”, equiparata acriticamente alla follia, alla pazzia. Matto, pazzo, folle, sono termini che non rimandano necessariamente e acriticamente al “malato di mente”. Tra lo statuto di “matto” e quello di “malato mentale” c’è una differenza abissale.

Ma torniamo all’ubriachezza; è un’alterazione dello stato di coscienza dovuta all’eccessiva assunzione di bevande alcoliche. Essa deriva dall’ingestione di sostanze che evocano nell’organismo, con l’aumento del tasso alcoolemico, un’alterazione dello stato di coscienza. Ma l’ubriaco diventa “altro”, diverso dalle persone comuni, quelle che condividono modalità comportamentali prevedibili e usuali, entro una cultura specifica. Senza un riferimento alla modalità di relazione condivisa, non si porrebbe alterità. Senza una norma relazionale non si porrebbe alterazione della relazione, quindi devianza. La norma alla quale si fa riferimento, è bene sottolinearlo, è culturale e sociale; non è una norma fisiologica come il tasso alcoolemico, appartenente al funzionamento dell’organismo.

Nella teoria della collusione da noi proposta anni fa, le culture sono peculiari sistemi di simbolizzazione collusiva, emozionalmente condivisa, degli eventi che caratterizzano l’adattamento sociale entro specifici contesti. All’interno di questi sistemi, ciascuno condivide le norme di condotta che organizzano il sistema sociale d’appartenenza. Consideriamo come “matto” chi non condivide quel sistema collusivo; chi, con il suo comportamento e con la sua espressività emozionale, ne comunica il fallimento. La definizione di “matto” va dunque ridimensionata. Una persona non fallisce nel suo adattamento alla dinamica collusiva condivisa “perché è matto”. Piuttosto, chi fallisce nella condivisione collusiva, viene definito “matto” in quanto non si conoscono i motivi di quel fallimento.

Se cambia l’intero sistema dei processi collusivi che caratterizzano momenti storici di convivenza, si pensi ad esempio alla guerra, non si parla di “matti”. Anche se il comportamento dell’intero gruppo sociale assume aspetti molto simili a quelli che farebbero definire “matto” un singolo individuo (Paniccia, 2013), in momenti sociali diversi. Questo aiuta a capire che la nozione di “matto” concerne un singolo individuo “altro”, entro un contesto relazionale “dato”. Per arrivare al “matto” servono un singolo individuo e la sua

alterità nei confronti di modalità di relazione collusiva *date*, considerate comuni per un gruppo sociale. Questo apre al problema della nozione di malattia mentale e al suo confronto con la normalità mentale; un tema altamente problematico in medicina, dove il confronto tra normale e patologico è stato oggetto di studi e dibattiti complessi, sin dall'antichità.

### *Normale e patologico*

Freud e la scuola psicoanalitica hanno proposto, nell'immensa opera sulla patologia mentale e l'inconscio, una continuità tra normale e patologico. La tesi per cui i fenomeni patologici sono identici ai fenomeni normali corrispondenti, con una differenza dovuta a sole variazioni quantitative, fu proposta nell'800. In particolare – lo ricorda – da Auguste Comte e Claude Bernard. La corrispondenza tra fisiologia e patologia, con l'unica variazione quantitativa del fenomeno che conduce dal normale al patologico, fu confutata in medicina; si è arrivati a distinguere la normalità non solo quale capacità di adattamento alle variazioni dell'ambiente, ma anche come capacità normativa. Canguilhem (1966/1998) ci dice:

Essere sano non significa soltanto essere normale in una situazione *data*, ma anche essere normativo, in quella situazione e in altre situazioni eventuali. Ciò che caratterizza la salute è la possibilità di oltrepassare la norma che definisce il normale momentaneo, la possibilità di tollerare infrazioni alla norma abituale e di istituire norme nuove in situazioni nuove [...] La salute è un margine di tolleranza nei confronti dell'infedeltà dell'ambiente (pp. 160-161).

La malattia è anch'essa una norma di vita, ma è una norma inferiore, nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale, incapace com'è di trasformarsi in un'altra norma. Il vivente malato è normalizzato in condizioni di esistenza definite e ha perduto la capacità normativa, la capacità di istituire nuove norme in nuove condizioni (p. 148).

I confini tra salute e malattia sono labili non tanto perché l'una sconfinava nell'altra, quanto perché si tratta di due "norme di vita":

si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia. [...] La frontiera tra il normale e il patologico è imprecisa per individui diversi considerati simultaneamente, ma è estremamente precisa per un solo e medesimo individuo considerato successivamente. Ciò che è normale in quanto normativo in condizioni *date*, può divenire patologico in un'altra situazione, se si mantiene identico a se stesso. Di tale trasformazione è giudice l'individuo, in quanto è lui a patirne, nel momento stesso in cui si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli pone (p. 146-147).

Per Canguilhem, la scelta d'essere malato spetta al singolo individuo, nel suo processo d'adattamento. E questo differenzia profondamente la patologia medica dalla "patologia mentale". Citiamo una sua importante affermazione in proposito: "la malattia somatica non rompe l'accordo tra simili; il malato è per noi ciò che è per se stesso; mentre l'anormale psichico non ha coscienza del proprio stato (p. 90).

Guarire significa in linea di principio ricondurre a una norma, una funzione o un organismo che se ne sono allontanati. La norma, il medico, la mutua solitamente dalla propria conoscenza della fisiologia,

30

intesa come scienza dell'uomo normale, dalla propria esperienza diretta delle funzioni organiche, dalla rappresentazione comune della norma in un ambiente sociale e in un dato momento. Tra le *tre autorità* quella che prevale è di gran lunga la fisiologia. La fisiologia moderna si presenta come una raccolta canonica di costanti funzionali, in rapporto con funzioni di regolazioni ormonali e nervose. Tali costanti sono qualificate come normali in quanto designano dei caratteri medi e i più frequenti tra i casi osservabili praticamente. Ma esse sono qualificate come normali anche perché entrano a titolo di ideale in quella che è l'attività terapeutica. Le costanti fisiologiche sono dunque normali nel senso statistico, che è un senso descrittivo, e nel senso terapeutico che è un senso normativo (p. 94, corsivo nostro).

La malattia mentale rompe l'accordo tra simili, in quanto il malato mentale non ha coscienza del proprio stato; contrariamente al malato tradizionale della medicina, *non va dal medico di sua volontà*. Canguilhem, a proposito dell'origine dello stato di malato, fondata sulla decisione individuale del singolo, è molto preciso e ripete più volte quest'affermazione:

Non converrebbe, in fin dei conti, affermare che il fatto patologico non è percepibile come tale, cioè come alterazione dello stato normale, se non a livello della totalità organica e, nel caso dell'uomo, a livello della totalità individuale cosciente, in cui la malattia diventa una specie di male? (p. 62).

è perché ci sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non perché vi sono dei medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie. L'evoluzione storica dei rapporti tra il medico e il malato nella consultazione clinica, non modifica in nulla il rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia (p. 67).

Jaspers ha visto bene quali sono le difficoltà di questa determinazione medica del normale e della salute: "E' il medico colui che meno ricerca il senso delle parole 'salute e malattia'. Dal punto di vista scientifico, egli si occupa dei fenomeni vitali. È la considerazione dei pazienti e delle idee dominanti l'ambiente sociale che, più del giudizio dei medici, determina ciò che si chiama 'malattia' (Jaspers, 1933, pag. 5) (p.93).

È esatto che, in medicina, lo stato normale del corpo umano sia lo stato che si spera di ristabilire. Ma è perché ad esso la terapeutica mira come al buon fine da raggiungere, che si deve dirlo normale, oppure è perché esso viene considerato normale dall'interessato, vale a dire dal malato, che la terapeutica ne fa il proprio obiettivo? (p. 96).

Distinguendo anomalia e stato patologico, varietà biologica e valore vitale negativo, si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia (p. 146).

Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico (p. 171).

Potremmo continuare a lungo nelle citazioni di una nozione che Canguilhem pone alla base della sua disamina sul normale e il patologico: *è l'individuo, con la sua decisione soggettiva, che definisce il suo stato come normale o patologico*. Il medico interviene solo e soltanto nei casi ove la soggettività dell'individuo arriva alla decisione di consultarlo e di ricorrere alla sua diagnosi e alla sua cura. La diagnosi medica, quindi,

31

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

è solo secondaria alla diagnosi soggettiva dell'individuo; è quest'ultimo a decidere per un suo disagio. Corollario di questa affermazione è il fatto che il medico interviene sulla malattia, diagnosticata secondo i parametri medici della fisiologia – patologia. Non può e non vuole intervenire sul rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia, per dirla con Canguilhem. Il medico, utilizzando termini che ci sono più usuali, non può e non vuole intervenire sulla soggettività del paziente; vale a dire sul *vissuto di malattia* che caratterizza ciascun malato in modo diverso e irripetibile. Possiamo così affermare che, nel momento in cui un individuo si percepisce soggettivamente come malato, si rivolge per questo al medico; quest'ultimo si occuperà del male definito secondo i parametri della scienza medica. Più specificamente, si occuperà della relazione tra fisiologia e patologia: patologia generale e patologie speciali, medica, chirurgica, ostetrica, pediatrica, neurologica ecc.

Il *vissuto di malattia*, la *soggettività dell'individuo nel suo viverci quale malato*, non sono presi in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco della relazione tra malato e sistema sanitario in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o all'assistenza ospedaliera (Carli, 2013).

Nella ricerca di dati oggettivi, seguendo Canguilhem, il medico “dimentica” la soggettività che caratterizza la domanda del malato. In altri termini, tende a dimenticare che sono i malati a chiamarlo. Nell'atto di rivolgersi al medico, da parte di chi decide soggettivamente di fare questo passo, è insita la domanda del futuro paziente. Chi va dal medico, per diventare paziente o malato, in alcuni casi vuole, sempre comunque deve veder oggettivata la sua domanda entro le categorie diagnostiche. Nella malattia mentale questo non accade. Essa è generata dal venir meno di un “accordo tra simili”, non da una valutazione soggettiva di malattia, da parte del futuro malato. Ma di quale accordo stiamo parlando? Senza un approfondimento della genesi di tale accordo, non si riesce a cogliere come si costruisce il senso della malattia mentale.

### *Lo stato di natura, la paura reciproca e il patto*

Può essere utile, al proposito, la rilettura dell'opera di Hobbes, proposta da Carlo Ginzburg (2008).

Citiamolo:

Negli *Elements of Law* troviamo una descrizione sintetica dello *stato di natura*, legata a un'argomentazione che Hobbes non avrebbe abbandonato più. Nello stato di natura gli uomini sono sostanzialmente uguali e hanno gli stessi diritti (tra cui quello di offendere e di difendersi): per questo vivono in una condizione di guerra perenne, di ‘diffidenza generale’, di ‘paura reciproca’ (*mutual fear*). Da questa situazione intollerabile essi escono rinunciando a una parte dei propri diritti: un patto che trasforma una moltitudine amorfa in un corpo politico. Nasce così lo Stato, quello che Hobbes chiamerà Leviatano: un nome che, nel libro di Giobbe, designa una balena, un gigantesco animale marino che nessuno può prendere all'amo (p. 18, corsivo nostro).

Hobbes parla di “patto” che fa uscire gli uomini dalla paura dell'aggressività reciproca (*homo homini lupus*) per farne degli esseri sociali. Questo patto ne richiama un altro, citato da Freud in Totem e Tabù (1912-13/2003). Di che patto si tratta? L'interrogativo è particolarmente importante nello studio della malattia mentale: uno stato specifico non correlato con la soggettività della persona malata, ma con la violazione di un patto, il venir meno dell'accordo tra simili alla base della nostra socialità. La loro violazione viene chiamata, se agita da un singolo individuo, malattia mentale. La stessa violazione può assumere connotazioni diverse se vissuta da una intera compagine sociale. Lo vedremo tra poco. Seguiamo ancora Ginzburg.

32

### Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Hobbes – precisa Ginzburg – si pone in polemica con Aristotele, per il quale l'uomo è un animale politico e quindi, come afferma il filosofo greco nella *Politica*, la *polis* esiste per natura, è un fenomeno naturale. Per Hobbes, di contro:

lo stato di natura non è caratterizzato dalla socievolezza ma dal suo contrario: la guerra di tutti contro tutti. L'aggressione, *reale o possibile*, genera prima la paura, poi l'impulso a uscire dalla paura attraverso un patto basato sulla rinuncia di ciascun individuo ai propri diritti naturali. La città (*civitas*, ossia la comunità politica), il risultato di questo patto, è un fenomeno artificiale: una conclusione, in qualche modo anticipata, del paragone con l'orologio introdotto da Hobbes (Ginzburg, 2008, p. 25, corsivo nostro)<sup>7</sup>.

Per formulare questa teoria della genesi del sistema sociale, Hobbes – secondo Ginzburg – si ispira a Tucidide, di cui aveva tradotto l'opera più importante. In particolare, Hobbes si riferisce a *La guerra del Peloponneso* e alla descrizione delle conseguenze sconvolgenti dell'infuriare della peste che colpì Atene nel 429 a. C.. Tucidide analizza il dissolversi di ogni legge, e chiama *anomia* questo fenomeno che riporta la relazione tra persone allo stato di natura, quello previsto da Hobbes quale stato iniziale della relazione tra esseri umani. Uno stato di natura “artificiale”, evocato dal sentimento di morte imminente che pervade gli ateniesi di fronte all'ecatombe che il morbo porta con sé.

La paura degli dei o le leggi umane non rappresentavano più un freno, da un lato perché ai loro occhi il rispetto degli dei o l'irriverenza erano ormai la stessa cosa, dal momento che vedevano morire tutti allo stesso modo, dall'altro perché, commesse delle mancanze, nessuno sperava di restare in vita fino al momento della celebrazione del processo e della resa dei conti. La pena sospesa sulle loro teste era molto più seria, e per essa la condanna era già stata pronunciata: era naturale quindi, prima che la morte si abbattesse su di loro, godersi un po' di vita (Ginzburg, 2008, p. 27).

Vediamo ancora cosa dice Ginzburg a proposito della genesi dello Stato, entro la teorizzazione proposta da Hobbes:

Dunque, sia nel caso dell'origine della religione, sia in quella dell'origine dello Stato, troviamo all'inizio la paura (*feare*) e alla fine, come risultato, la soggezione o reverenza (*awe*). In mezzo, la finzione, che s'impone a coloro che l'hanno creata come una realtà (p. 35).

Tra paura e soggezione, come transizione necessaria, c'è di mezzo la finzione. Questa transazione propone un aspetto della “genesì dello Stato”, in Hobbes, particolarmente interessante per la nostra analisi. Facciamo ancora riferimento a Ginzburg:

L'ignoranza delle cause naturali e la paura (*feare*) che ne consegue, inducono gli uomini, dice Hobbes, a ‘supporre e a fingere tra sé e sé diverse specie di poteri invisibili, a guardare con

---

<sup>7</sup> Più sopra Ginzburg aveva detto, a proposito del metodo di studio in Hobbes: “Per capire come funziona un orologio dobbiamo smontarlo: solo così riusciremo a capire quale funzione abbiano i vari ingranaggi”(2008, p. 24). Ma va anche ricordata la metafora dell'orologio come funzionamento del sistema sociale: quel che conta, nel sistema sociale, è l'ordine. Un orologio non funziona bene se le rotelle hanno troppa libertà: ognuna andrebbe per proprio conto. Di qui l'importanza dell'orologiaio che mette ciascuna rotella al suo posto. La metafora evidentemente concerne le differenti persone che compongono un sistema sociale ordinato.

soggezione alle proprie immaginazioni, a invocarle quando si trovano in difficoltà, e a ringraziarle quando gli eventi hanno avuto un esito favorevole'. Ancora una volta Hobbes associa alla religione la soggezione, *awe*, ma in un contesto che sottolinea come gli uomini siano indotti a 'guardare con soggezione alle proprie immaginazioni (*and to stand in awe of their own imaginations*)'. Ritengo che nel descrivere questo atteggiamento, apparentemente paradossale, Hobbes si sia ricordato di una straordinaria frase di Tacito: '*fingebant simul credebantque*' (*Ann. V, 10*), 'immaginavano e al tempo stesso prestavano fede alle proprie immaginazioni'. E' una frase che ritorna per ben tre volte, con minime variazioni, nell'opera di Tacito, per descrivere eventi circoscritti come la circolazione di notizie false. Hobbes si servì della formula di Tacito (che era stata citata in maniera distorta, da Bacone, di cui egli era stato segretario) per descrivere un fenomeno generalissimo: l'origine della religione. Hobbes usa il verbo *feign*, che ho tradotto con 'fingere', per mantenere l'associazione col sostantivo *fiction* (opera d'immaginazione, romanzo), e con l'aggettivo *fictive* (fittizio, finto). *Feign* ricalca il verbo usato da Tacito: *fingebant* (p. 34).

Ripercorriamo l'etimo del verbo latino "*fingo, finxi, fictum, ere*". Significa foggare, dar forma, modellare. In senso traslato vale: cambiare, trasformare. Ma anche immaginarsi, il formarsi nella mente di qualcosa, figurarsi, raffigurarsi. Ancora: inventarsi, dire falsamente, fingere, simulare, dare a intendere. Ma anche accomodare, aggiustare. È un verbo dai molteplici significati, ma tutti ruotano attorno al "dare forma" a qualcosa che non corrisponde al vero; al produrre mentalmente una raffigurazione inventata ai fini di un accomodamento. Immaginare, è la traduzione di Ginzburg. Un'immaginazione che nasce da un'emozione sgradevole, insopportabile, quale è la paura. Una finzione, dice lo storico. Che si impone, a chi l'ha creata, come se fosse realtà.

La psicoanalisi ci fa cogliere il senso di quanto abbiamo analizzato con l'aiuto di Ginzburg: il patto "sociale", fondato su una finzione, che sta alla base delle grandi convenzioni quali lo stato e la religione, altro non è che il *processo collusivo*. Abbiamo proposto, anni fa, il costrutto di collusione quale manifestazione del modo di essere inconscio della mente entro le relazioni sociali. Colludere significa simbolizzare emozionalmente, in modo univoco, aspetti della realtà contestuale da parte di chi condivide quel contesto. La collusione, quindi, è l'espressione del modo di essere inconscio della mente, nella dinamica che sta alla base dei processi di socializzazione. Nell'esempio di Hobbes, la paura è l'emozione condivisa dagli esseri umani entro lo specifico contesto dello "stato di natura". Ciò significa che, nello stato di natura, ogni essere umano può simbolizzare l'"altro generalizzato", quale nemico (Ancona & Carli, 1970; Carli, 1968). La paura è l'emozione che definisce la simbolizzazione affettiva dell'"altro generalizzato" quale nemico. Non si tratta, lo sottolineiamo, di un singolo "altro - nemico", nei confronti del quale si può mobilitare il sistema d'appartenenza entro la strategia, per dirla con Bion, dell'attacco o della fuga. Se il nemico è l'altro generalizzato, scompaiono i sistemi d'appartenenza e tutto ciò che anima il contesto è irrimediabilmente nemico. Di qui la necessità di "inventare" un patto collusivo, di simbolizzare emozionalmente regole del gioco e sistemi di potere limitanti la pericolosità reciproca di ciascuno, di costruire simbolicamente lo Stato. Lo Stato nasce quale mito reificato, quale costruzione collusiva mitica che, come insegna Barthes (1957/1974), da storia si fa natura, si radica entro la mente dei partecipanti al patto collusivo quale naturalità rassicurante.

Come lo Stato e la religione, ogni componente della cultura sociale è il risultato di un processo collusivo, quindi di una simbolizzazione affettiva condivisa nei confronti dei molteplici aspetti della realtà che fondano la cultura locale di un gruppo sociale, di un sistema organizzativo, di una tradizione di convivenza. La socialità ha le sue radici nella collusione, possibile grazie alla simbolizzazione inconscia, univoca o correlata, della realtà contestuale. L'alternativa è la paura: un'emozione insopportabile e angosciante che si prova entro

34

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

una solitudine abbandonica, ove il confronto con l'altro, simbolizzato quale nemico generalizzato, si fa minaccioso. Una situazione molto vicina, forse coincidente con quella che Matte Blanco (1975/1981) chiamava "precipitare in uno stato di non esistenza".

Il modo d'essere inconscio della mente presiede alla trasformazione simbolico affettiva dell'altro generalizzato in una dimensione minacciosa, nemica. L'altro può divenire "amico", solo entro la condivisione emozionale di un sistema d'appartenenza che bonifichi l'aggressività reciproca e senza limiti. È il patto collusivo che rende possibile pensare *sulla* relazione, quindi l'apprendere dall'esperienza e lo strutturarsi di sistemi di convivenza fondati su quell'interesse reciproco per la "cosa terza" che fonda la cultura e i processi organizzativi (Carli, 2012). La dinamica collusiva inconscia, quindi, consente di addomesticare le potenzialità angoscianti del sistema inconscio, rendendolo funzionale al pensiero condiviso e all'accordo sociale.

D'altro canto entro i sistemi sociali possono verificarsi devastanti fallimenti del processo collusivo. Un esempio, riportato da Ginzburg, è quello di Tucidide e del suo racconto sull'infuriare della peste in Atene. La peste, o meglio il vissuto simbolico-affettivo dell'evento, con il sentimento di morte imminente e ineluttabile che l'accompagna, destruttura il patto collusivo e dissolve ogni soggezione nei confronti delle leggi e degli dei: "La paura degli dei e le leggi umane non tenevano più a freno" scriveva Tucidide. Non per questo si parlava o si parla, in casi simili, di malattia mentale. Gli esempi di fallimento sociale della collusione sono molteplici e connotano la storia dell'umanità in tutte le sue tappe. Si pensi, ad esempio, alle guerre tra popoli, tra nazioni, alle rivolte o alle rivoluzioni, al colonialismo, al dominio razzista di alcuni popoli su altri, all'imperialismo con le sue "follie", giustificate sulla base della superiorità mitica di alcuni popoli, ai genocidi che hanno macchiato la storia della cosiddetta civiltà. Ad esempio, nel 1907, il genocidio degli Herero in Namibia, ad opera dei tedeschi che intendevano colonizzare quella terra. Per finire con gli stermini nazisti, stalinisti, di Pol Pot e dei Khmer Rossi in Cambogia. Potremmo continuare a lungo.

Interessante la tesi di Ginzburg, in proposito: ricordando il nome in codice dell'operazione che portò gli americani a bombardare Bagdad, nel marzo 2003 (*Shock and Awe*; colpire e terrorizzare) parla dell'intenzione di incutere e diffondere un terrore "sacro" per creare sottomissione. Dice Ginzburg:

Viviamo in un mondo in cui gli Stati minacciano il terrore, lo esercitano, talvolta lo subiscono. E' il mondo di chi cerca di impadronirsi delle armi, venerabili e potenti, della religione, e di chi brandisce la religione come un'arma. Un mondo in cui giganteschi Leviatani si divincolano convulsamente o stanno acquattati aspettando. Un mondo simile a quello pensato e indagato da Hobbes (2008, p. 42).

Il dominio esercitato con il terrore, d'altro canto, non è proprio solo delle armi da guerra. La religione del libero mercato senza regole ha fatto, della speculazione finanziaria, un'arma terroristica efficiente, terribile. La nostra cultura è colma di "miti imposti" (Carli, 2014), ove la trasformazione di un evento storico in un fatto naturale serve alla sacralizzazione dell'evento e dei suoi protagonisti. La costruzione del mito è fondata sul processo di simbolizzazione affettiva collusiva, alla quale abbiamo fatto cenno. Mitizzare un aspetto della realtà, la finanza, la democrazia, la genitorialità, la parità dei generi, la notorietà, l'essere famosi, la supremazia occidentale, la competitività, significa sacralizzare il mito e utilizzarne la sacralità come arma per incutere soggezione e terrore. Soggezione e terrore, d'altro canto, sono anche le ambigue e complesse emozioni evocate dalla relazione con le persone chiamate "malati mentali".

Siamo arrivati al punto centrale della nostra analisi della genesi della malattia mentale. Più volte abbiamo sostenuto che la malattia mentale altro non è che l'esito di un fallimento collusivo. Oggi possiamo dire che si tratta di un *fallimento collusivo agito da una singola persona*. Lo stesso fallimento collusivo, se diffuso entro

un sistema sociale, pone di fronte a problemi di sacralizzazione del mito, dalle conseguenze altamente problematiche per migliaia o per milioni di persone. Leggiamo le parole con cui inizia la prefazione di un volume sulla storia dell'Ospedale di Teramo (Valeriano, 2014):

Questa ricerca è nata dalla volontà di riportare alla luce e raccontare migliaia di storie dimenticate, consumatesi fra la fine dell'ottocento e i primi decenni del novecento in uno dei più grandi manicomi dell'Italia centro-meridionale. Situato in 'periferia', il Sant'Antonio Abate di Teramo si inserì nel giro di pochi anni all'interno di una scacchiera assistenziale che andava progressivamente ridefinendo la propria configurazione intorno alle 'urgenze sociali' del nuovo Stato unitario. C'era la necessità di togliere dalle strade quanti – poveri, mendicanti, alcolisti, diseredati – rappresentavano delle potenziali minacce per l'ordine pubblico; ma c'era anche l'intenzione di applicare, su quanti venivano ritenuti recuperabili, cure e terapie in grado di restituirli alla società, trasformando la loro alienazione improduttiva in una riabilitazione produttiva (p. 3).

Nessun trattato di psichiatria definisce con più precisione la malattia mentale di queste parole: “togliere dalle strade” le potenziali minacce per l'ordine pubblico. Ricordiamo Canguilhem: “sono i malati a chiamare il medico”. La differenza è palese, non ha bisogno di commenti. Le potenziali minacce per l'ordine pubblico, d'altro canto, sono i poveri, i diseredati, i mendicanti e gli alcolisti. Persone che non rispondono al conformismo, alle attese di un adattamento sociale coerente con la cultura collusiva, con le esigenze di produttività. L'ordine pubblico, ricordiamolo, è la risultante di un “patto” collusivo fondato in prevalenza sul rispetto della proprietà privata, potenzialmente minacciata dalle persone in cattive condizioni economiche. La stessa cosa si può dire per il “decoro” cittadino, messo in crisi da mendicanti e alcolisti. Quanto sottolineiamo, d'altro canto, è la totale assenza di ogni partecipazione motivata, da parte delle persone coinvolte, al provvedimento volto a toglierle dalla strada, al “ricovero” forzato entro l'ospedale psichiatrico. Quello che oggi chiamiamo Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). I poveri, i diseredati, i mendicanti sono malati? E gli alcolisti? Perché si pensa agli alcolisti, e non agli affetti da tabagismo o da bulimia? Gli utenti dell'ospedale psichiatrico erano, di fatto, potenziali o reali protagonisti di un fallimento della dinamica collusiva che regge la convivenza. Allo stesso modo potremmo citare i depressi, gli agitati, gli psicotici nelle loro differenti declinazioni. La motivazione che induce alla richiesta di un intervento psichiatrico è, nella quasi totalità dei casi, una motivazione estrinseca alla persona “malata”, e discende da un fallimento della dinamica collusiva le cui conseguenze si ripercuotono entro il sistema di convivenza pubblico e privato, familiare.

In sintesi: nel caso della malattia medica, esiste la medicina perché c'è una domanda di cura da parte di chi, soggettivamente, decide d'essere malato. Nel caso della psichiatria, questa esiste perché il sistema sociale, nelle sue varie articolazioni, ha fatto esistere il “malato”. La psichiatria non ha a che fare con la domanda di un malato. Ha a che fare con la designazione di specifici individui quali utenti della psichiatria, perché problematici sul piano della convivenza. Si ha così a che fare con un vero e proprio processo di medicalizzazione di un problema che, in sé, non è medico. La medicalizzazione di un fallimento della collusione è alternativa al processo di criminalizzazione. In quest'ultimo caso, l'istituzionalizzazione dei responsabili del fallimento collusivo avviene tramite il carcere. Nel caso della medicalizzazione, avveniva tramite l'ospedale psichiatrico; ora, dopo la legge 180 e la chiusura degli ospedali psichiatrici, avviene tramite la carriera psichiatrica dei malati mentali, entro il sistema di salute mentale che prevede l'SPDC, il

CSM, i centri diurni, le case famiglia, le comunità terapeutiche o riabilitative, le famiglie quali contenitori alternativi all'istituzionalizzazione emarginante degli ospedali psichiatrici<sup>8</sup>.

Interessante notare come l'atto psichiatrico, con il quale si inaugura la medicalizzazione del protagonista di un fallimento collusivo, sia la diagnosi. Con essa avviene un'importante trasformazione: l'individuo che crea potenziali problemi di rapporto, entro le relazioni familiari o sociali, assume lo statuto vero e proprio di "malato". Malato di una malattia che gli viene assegnata contro la sua volontà. Il malato mentale, ricordiamolo ancora una volta, non ha consapevolezza del proprio stato.

La diagnosi psichiatrica, lo sottolineiamo, si propone, per molti versi, con modalità profondamente diverse dalla quella medica. Come abbiamo detto, la diagnosi medica viene formulata *dopo* che il medico è stato consultato dal paziente. Il medico, quindi, non ha alcun potere sulla distinzione tra normalità e patologia nell'ambito clinico. Il medico è legittimato a confrontare lo stato del paziente con le sue conoscenze di fisiologia e di patologia, soltanto in conseguenza della decisione di quella persona di rivolgersi a lui. È poi tenuto a formulare una diagnosi eziopatogenetica, una prognosi e a proporre una terapia; quest'ultima, d'altro canto, richiede il consenso informato del paziente. Nella psichiatria, di contro, è il sistema sociale, nelle sue varie forme, che predispone l'incontro tra persona e psichiatra. Il confronto tra normalità e patologia rappresenta un problema enorme per la psichiatria. Manca la motivazione a rivolgersi allo psichiatra da parte del paziente; è carente o assente il vissuto soggettivo di malattia che, come abbiamo visto, motiva il (futuro) malato a ricorrere alle cure sanitarie.

C'è da chiedersi come si siano organizzate una "psicopatologia" generale o una "psicopatologia" speciale, in assenza di una domanda del paziente e di una definizione, sia pur problematica, della demarcazione tra normale e patologico in ambito psichico, quale è possibile entro la medicina generale. È singolare che, per la definizione di un disturbo mentale, si invochi la "riconoscibilità" dell'evento da parte di "altri" che non siano l'interessato al problema.

In Psichiatria, più che in altri campi della Medicina, il concetto di normalità è sfuggente, soprattutto perché nella genesi e nella espressività della psicopatologia giocano un ruolo non indifferente fattori culturali e sociali, che sono molto vari e diversi. Tuttavia, senza cadere in un relativismo culturale esasperato che porterebbe a riconoscere e definire la patologia, solo all'interno di una specifica cultura e quindi a negare evidenti patologie solo perché frequenti in quella cultura, possiamo dire che la relatività può valere solo per disturbi lievi; mentre, per esempio, una depressione endogena è riconoscibile comunque e in ogni contesto culturale (Lalli 1999, p. 79).

### *Normale e patologico in psichiatria*

Nel breve testo riportato s'intrecciano differenti criteri, nell'affrontare il tema della normalità in psichiatria. C'è confusione, ad esempio, tra "riconoscibilità" di una forma psicopatologica e "frequenza" con la quale ricorre entro una specifica cultura. Ma il problema è ben diverso. La riconoscibilità di comportamenti che definiscono una forma patogena non è collegabile solo alla loro frequenza, quanto anche ai modelli culturali

---

<sup>8</sup> Per un approfondimento della cultura che caratterizza oggi il sistema di salute mentale, vedi Carli & Paniccia (2011).

con i quali quei comportamenti vengono percepiti. Prendiamo i sintomi che caratterizzano, secondo il DSM IV (APA, 1994/1996)<sup>9</sup>, l'episodio depressivo maggiore.

La caratteristica essenziale di un Episodio Depressivo Maggiore è un periodo di almeno due settimane durante il quale è presente depressione dell'umore o perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività. Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile anziché triste. L'individuo deve anche presentare almeno altri quattro sintomi di una lista che include alterazione dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; ridotta energia; sentimenti di svalutazione o di colpa; difficoltà a pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria, pianificazione o tentativi di suicidio. Un sintomo, per condurre a una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore, deve essere di nuova comparsa o nettamente peggiorato rispetto allo stato premorboso del soggetto. I sintomi devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane consecutive. L'episodio deve essere accompagnato da disagio o menomazione sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento, clinicamente significativi. Per alcuni individui, con episodi più lievi, il funzionamento può apparire normale, ma richiede uno sforzo marcatamente superiore (p. 357).

Possiamo affermare, riandando a nozioni della psichiatria classica, che l'episodio depressivo maggiore rappresenta una di quelle crisi che, fondamentalmente, hanno a che fare con la psicosi depressiva da un lato, quella schizofrenica dall'altro. Psicosi depressiva e psicosi schizofrenica sono state le evenienze che hanno popolato gli ospedali psichiatrici fin dal loro sorgere e che hanno risentito in modo decisivo dell'avvento degli psicofarmaci; non tanto per una "guarigione" di queste forme psicotiche che anche la psicofarmacologia non "risolve", quanto per una maggior possibilità dei soggetti psicotici di essere sedati e di aver maggiori potenzialità di inserimento sociale; in famiglia, in comunità o entro sistemi protetti. La vecchia psichiatria conosceva tre tipologie di soggetti da istituzionalizzare entro i manicomi e da sottrarre all'usuale sistema di convivenza: gli alcoolisti, gli psicotici depressi e gli psicotici schizofrenici. Ad essi potevano aggiungersi i soggetti affetti da demenza. Tutte persone incapaci di affrontare una convivenza senza far fallire, per le ragioni più diverse, la dinamica collusiva che reggeva e che regge la convivenza stessa.

Ma la psichiatria non poteva, in quanto settore della medicina, accettare questa limitazione "scientifica" e questa *mission* sociale, tutta dedita al sottrarre le persone "scomode" ai sistemi di convivenza. Di qui l'ampliamento del proprio raggio di analisi dei problemi psichici e di azione "terapeutica" entro il sistema sociale. Che significa "ampliare" il proprio campo di studio e di intervento? L'ambito della depressione ci aiuta a capire di cosa stiamo parlando. Si sa che esso è classicamente suddiviso, nei trattati di psichiatria e sin dall'epoca di Emil Kraepelin, nel modo seguente o in modalità del tutto simili: depressione endogena monopolare; psicosi maniaco-depressiva o bipolare; depressione involutiva. Si parla di interazione tra fattori psichici e somatici, nel quadro depressivo ove con il tempo si sono moltiplicate le distinzioni nosografiche in base alla sintomatologia e alla rispondenza delle varie forme agli psicofarmaci. C'è, d'altro canto, una aggiunta a nostro modo di vedere preoccupante, che in molti trattati di psichiatria viene fatta alla triade delle forme depressive "maggiori", ora elencate. Si tratta della psiconevrosi depressiva, o distimia, o depressione nevrotica e del carattere depressivo ad essa associato. "La depressione – insieme all'ansia – rappresenta la manifestazione psicopatologica più frequente e ubiquitaria" (Lalli, 1999, p. 314). Approfondendo il senso di

---

<sup>9</sup> Ci riferiamo al DSM IV, non al recente DSM V, come maggiormente rappresentativo della cultura psichiatrica in uso.

quest'affermazione, colpisce l'associare ansia e depressione, spesso definite disturbi emotivi comuni, alla psicopatologia. Leggiamo cosa dice Lalli:

Nel lutto è il mondo che è diventato vuoto e povero; nella malinconia è invece l'Io stesso.

Questa spiegazione<sup>10</sup> verrà ampliata e integrata successivamente da O. Fenichel e da S. Rado, che introducono l'importante concetto di *autostima*. Secondo questi autori, sono predisposti alla depressione quei soggetti che hanno intenso bisogno di essere approvati e elogiati, avendo una autostima molto bassa che deve essere continuamente sostenuta e rinforzata da un oggetto o da una situazione esterna. Quindi non è la perdita dell'oggetto amato, che provoca la depressione, ma la perdita di un oggetto investito e vissuto come fonte della propria autostima: in questo senso la perdita dell'oggetto corrisponde alla perdita della propria autostima. In questi soggetti – predisposti alla depressione – la relazione oggettuale ha funzioni essenzialmente narcisistiche; il depresso non ama l'oggetto in quanto tale, ma solo nella misura in cui tale oggetto è fonte di autostima. Il che porta facilmente ad *idealizzare* l'oggetto: cioè gli vengono attribuite doti di bontà, di infallibilità, di superiorità che spesso non corrispondono alla realtà dell'oggetto.

Nel caso in cui l'oggetto, che può essere una persona, un ideale, una entità sociale, una ideologia, e della cui forza il soggetto aveva bisogno di sentirsi partecipe, scompaia oppure fallisca, per il soggetto è come perdere la parte migliore di sé, e si trova così esposto alle forze distruttive della propria rabbia ed ostilità, che non sono più contenute ed arginate dalle valenze libidiche. Questi concetti fondamentali derivati dagli studi psicoanalitici rappresentano ancora oggi il modello più valido per la spiegazione della depressione (p. 314).

Una prima osservazione a questo approccio è collegabile alla nozione di “oggetto” in psicoanalisi. Nella teoria pulsionale di Freud, l'oggetto di una pulsione è la persona verso la quale essa è diretta. L'oggetto, quindi, è una persona “reale”. Ma la teoria pulsionale non ha nulla a che fare con la teorizzazione entro la quale viene presentato l'oggetto, nella definizione ora citata. Come ricordano Greemberg e Mitchell (1983/1986), in molte teorie psicoanalitiche per relazioni oggettuali non s'intendono le relazioni con le “persone reali”, quanto con le rappresentazioni interne di altri individui, o con le loro immagini interne chiamate anche “oggetti interni”. La loro ipotesi è possibilista:

Il termine ‘teoria delle relazioni oggettuali’, nel suo senso più ampio, si riferisce ai tentativi, all'interno della psicoanalisi, di dare una risposta a questi interrogativi, cioè di mettere a confronto la constatazione – che potenzialmente causa confusione - che le persone vivono simultaneamente in un mondo esterno e in un mondo interno, e la relazione tra i due ambiti, che va dal mescolamento più fluido alla più rigida separazione (p. 23).

Oggi, con lo sviluppo delle teorie relazionali in psicoanalisi, si pensa all'oggetto quale componente psichica, simbolizzata emozionalmente, che consente successivamente una costruzione emozionale della realtà. In questo senso ogni relazione oggettuale “ha funzioni narcisistiche” e ogni oggetto, se inteso quale rappresentazione simbolico-emozionale di aspetti della realtà, ha una componente idealizzata, con valenze maniacali o depressive. Intendiamo sottolineare che la descrizione della “depressione”, presente nel manuale

---

<sup>10</sup> È la spiegazione, riferita a Freud, della differenza tra lutto e malinconia (equivalente, quest'ultima, alla depressione endogena). Nella malinconia il soggetto si sente colpevole della perdita dell'oggetto e non è quindi possibile una elaborazione del lutto che ne consegue (nota degli Autori).



L'etimologia di melancolia, termine che Dürer utilizza per intitolare la sua opera, iscrivendolo nel cartiglio in alto a sinistra, retto da un pipistrello, è composto dalle parole greche *mélas*: “nero” e *kholé*: “bile”.



Le parole di Jean Clair aiutano a cogliere il senso di questo termine, molto importante per la cultura dell'occidente.

La *mélancolie* est double. Affection de l'esprit, c'est un humeur du corps. Son nome évoque un vague à l'âme, une fumée assombrit la pensée et le visage, un voile jeté sur le monde, une tristesse sans cause. Mais il désigne aussi une entité physique, une matière visible, un corps sensible, un liquide doté de propriétés spécifiques, de couleur noire, de composition diverse et d'effet nocif quand elle est 'aduste', c'est-à-dire brûlée: c'est la bile noire, que secrète la rate. Cet organe qu'en anglais on appelle *spleen* est alimenté, selon Galien, par la veine *splenitis*, par laquelle on pratique la saignée du mélancolique. La veine 'splénétique' donnera plus tard son nom à la forme moderne de la *mélancolie*, celle qui, de Keats à Baudelaire, frappera les dandys de l'âge romantique (Clair, 2005, pag. 82).

La malinconia è doppia. Malattia dello spirito, è anche un umore del corpo. Il suo nome evoca un'ondata che invade l'anima, un fumo che oscura il pensiero e il volto, un velo gettato sul mondo, una tristezza senza motivo. Ma designa anche una entità fisica, una materia visibile, un corpo, un liquido dotato di proprietà specifiche, di colore nero, di composizione diversa e dagli effetti nocivi quando è adusto, come se fosse bruciato: è la bile nera, quella bile secreta dalla milza. Questo organo, nella lingua inglese viene chiamato *spleen*, è alimentato, secondo Galeno, dalla vena *splenitis* attraverso la quale si pratica il salasso del malinconico. La vena splenica darà più tardi il suo nome alla forma moderna della malinconia; quella malinconia che, da Keats a Baudelaire, colpirà i dandy dell'era romantica (traduzione nostra).

Il temperamento melanconico sembra racchiudere in sé doni intellettuali molto ricchi, anche se percorsi da traversie mentali problematiche. Moltissime sono le interpretazioni dell'incisione düreriana, diversi i tentativi di dare un senso al capolavoro e alla sua ambiguità misteriosa. Una buona sintesi delle interpretazioni che si sono succedute le troviamo nel lavoro di Schuster (2005), "Dürer et sa postérité". Ripercorriamo quella di Erwin Panofsky e Fritz Saxl, illustri iconologi, allievi di Aby Warburg, fondatore del Warburg Institute, e a loro volta maestri di una schiera di storici dell'arte e iconologi, tra i quali ricordiamo Henri Frankfort, Gertud Bing, Ernst H. Gombrich. Panofsky e Saxl dissentono

41

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

dall'interpretazione del loro maestro, Warburg, che vedeva nell'incisione la personificazione della malinconia nella sua lotta vittoriosa contro le oscure potenze che la abitano: la follia, il dolore, la pigrizia, il lutto. Per loro Dürer nobilita la pigrizia melanconica, rifacendosi alla teoria elaborata da Aristotele e da Marsilio Ficino. Il temperamento malinconico, per questi autori, è la condizione di ogni grande dono dello spirito. Ciò che Dürer rappresenta è questo genio malinconico che, arrivato al termine della sua aspirazione alla conoscenza, è rassegnato in quanto misura i limiti del suo spirito in un confronto con il divino, ricadendo nella disperazione e nella tristezza. Per i due iconologi l'incisione di Dürer ha il senso di una messa in guardia dall'aspirazione senza limiti, propria di chi confronta il suo operato con la divinità. Seguendo questa proposta, ci proviamo a dare un ulteriore sviluppo all'interpretazione dell'incisione düreriana. Il termine "desiderare", nella nostra lingua, significa etimologicamente *de – sidera*: "togliere lo sguardo dalle stelle". Si potrebbe affermare che la malinconia e il desiderio sono la stessa cosa: l'accettazione dei *limiti* della condizione umana, l'emozione *triste* insita in questa limitazione. Al contempo, la malinconia implica la possibilità di superare la passività che può derivare da questa limitatezza, e l'intrapresa di opere importanti perché fondate sulla realtà della propria condizione. In questo senso, la componente desiderante della malinconia concilia le interpretazioni di Warburg con quelle di Panofsky e Saxl.

Se si guarda alla depressione malinconica quale stato emozionale che deriva dall'accettazione del limite umano, dalla rinuncia all'onnipotenza per misurarsi con il potere che è proprio di chi si confronta con la realtà delle cose, con la fatica e le difficoltà che s'incontrano nella realizzazione di cose terze, si può capire la grande anticipazione di senso che l'opera di Dürer ci propone. Guardiamo attentamente la figura rappresentata, con la testa appoggiata sulla mano sinistra chiusa a pugno, il braccio appoggiato sul ginocchio e lo sguardo diretto verso l'alto, verso il cielo popolato di comete e arcobaleni, verso la distesa d'acqua che si perde all'orizzonte, in lontananza. Si tratta di una posizione che viene da lontano, da steli greche e romane, da iconologie che si sono ripetute identiche nel corso dell'arte antica, moderna e che ritornano anche nell'arte contemporanea. Cosa viene alla mente? La posizione ricorda, certamente, un atteggiamento "pensoso", l'atto del pensare<sup>11</sup>. Accettare il limite, organizzare il desiderio che può aver origine dal limite stesso, tutto questo deriva dal "pensare emozioni", dalla possibilità di sospendere l'azione per organizzare un pensiero sull'emozione che la consapevolezza del limite evoca e sulle potenzialità che l'accettazione del limite comporta. Questo pensiero emozionato implica la sospensione dell'agito emozionale. Più volte abbiamo ricordato come il destino dell'emozione sia duplice: le emozioni si possono agire o pensare. Dürer ci indica, nell'ottica interpretativa che stiamo proponendo, l'atto del pensare emozioni. Un atto che implica la sospensione dell'agito emozionale e, di conseguenza, dell'azione trasformativa nei confronti della realtà. Gli strumenti dell'azione, infatti, sono sparsi, per terra, attorno alla figura "pensante". Si può capire, in quest'ottica, come sin dai tempi antichi la *melancholia* sia stata associata ai saggi, ai filosofi, ai poeti, alle persone capaci di sviluppare e proporre un pensiero, il loro pensiero emozionato. Quindi il desiderio. Il desiderare, infatti, non è associato all'azione, ma al pensiero emozionato.

Si può anche capire che nel pensare malinconico sia implicata l'autostima. Non nel senso prima citato, ove la perdita di un'autostima troppo elevata "spiegava" la depressione. Qui l'autostima, se intesa come un pensare a se stessi ancorato alla realtà, serve a superare l'onnipotenza della fantasia di essere come "dio". Ciò rimanda a molti miti, a quello del paradiso terrestre dal quale vengono cacciati Adamo e Eva, ma anche a quello dell'angelo ribelle, che si voleva "dio" e viene cacciato all'inferno. Nella *Melancholia I* düreriana, la

---

<sup>11</sup> Si pensi, ad esempio, alla scultura di Auguste Rodin, conservata a Berlino, ove una figura maschile viene rappresentata nella posa riconducibile a quella di *Melancholia I* di Dürer e che lo scultore francese intitola: *Le penseur* (Il pensatore).

figura pensosa è un “angelo terreno”, che non è finito all’inferno e sta sulla terra; ma è anche una figura femminile. È un angelo che ha rinunciato a misurarsi con le stelle, con la divinità, per poggiare solidamente sulla pietra, con i piedi ben piantati per terra. Il pensare emozioni è un momento di passaggio; un passaggio importante tra le fantasie con cui si simbolizzano gli oggetti interni e esterni e che, grazie al pensiero, consente la pianificazione dell’azione. È il passaggio tra l’essere angelicato e l’essere umano che, accettando il limite, può misurarsi con la produzione e con la cosa terza. Spesso si dice che, nella relazione di coppia, la cosa terza è il figlio, in tutte le sue diversificazioni simboliche. Si può allora capire come la *melancolia* sia rappresentata come figura femminile.

Più volte abbiamo affermato che il pensare emozioni è caratterizzato da ironia, genera ironia. Dove sta l’ironia nel capolavoro düreriano? Osserviamo più da vicino l’espressione della figura di Dürer.



Abbiamo detto che si tratta di uno sguardo ambiguo; forse è meglio dire perturbante, in quanto rompe con le interpretazioni tradizionali, di tristezza rabbuiata, di rassegnazione, della malinconia. L’ingrandimento aiuta in questa analisi. È un’espressione di bruciante intensità: l’attività del pensiero desiderante si accompagna alla sospensione dell’azione. Se si coglie il rapporto tra l’immobilità del contesto e della figura e la mobilità interna che esprime, sorridiamo. Sembra di osservare un mondo che si è appena fermato, immobile, dai gesti interrotti e dalla confusione sovrana. Il putto, il cane sono pervasi da un’immobilità che è più attesa che pigrizia, accidia; si aspetta l’esito del pensare che attraversa la figura centrale, a sua volta caratterizzata da un gesto interrotto nell’uso del compasso, che impugna con la mano destra. L’insieme sembra suggerire l’ironia della poetica surreale, dell’enigma semplice e caotico allo stesso tempo. Come ne “Las Meninas” di Diego Velasquez, l’osservatore è chiamato a intervenire, a partecipare; una partecipazione che, a nostro modo di vedere, non può essere che ironica. Un’ironia che precede ogni ipotesi interpretativa, ogni lettura colta o complessa dell’immagine, che viene dall’immediatezza del coinvolgimento.

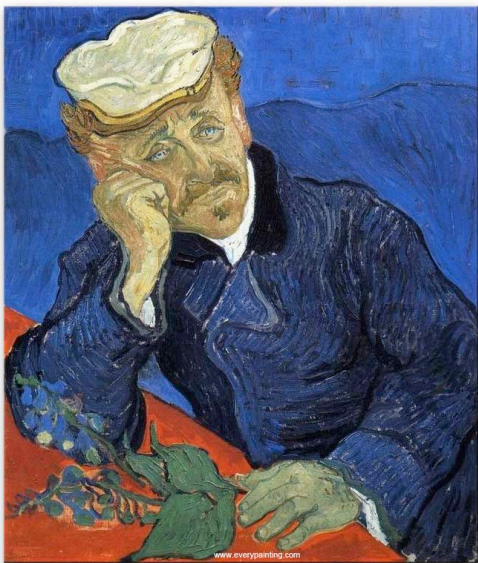
*Dalla malinconia come risorsa, al delirio come malattia*

Il catalogo della mostra prima ricordata si conclude con un contributo su “La naturalisation de la mélancolie”; la malinconia naturalizzata. È la malinconia della psichiatria, in particolare di Esquirol, e della

monomania. È una cesura importante, nella mostra come nelle nostre considerazioni. La cesura è commentata da Pigeaud (2005), universitario francese e storico della medicina. Il passaggio dalla *melancolia* alla terminologia medica e all'individuazione di una patologia è ben espresso da un passo di Esquirol, citato da Pigeaud:

Il termine *melancolia*, ormai consacrato nel linguaggio volgare, vuole esprimere lo stato abituale di tristezza di qualche individuo, e deve quindi essere lasciato ai moralisti e ai poeti che, nelle loro espressioni, non sono obbligati alla stessa severità dei medici. Possiamo conservare questa denominazione, riferendola al temperamento in cui predomina il sistema epatico e designare con esso la disposizione a idee fisse, alla tristezza, mentre il termine *monomania* esprime uno stato anormale della sensibilità fisica o morale, con delirio circoscritto e fisso (p. 386, traduzione nostra).

Certamente, Esquirol distingue tra malinconia e delirio, tra linguaggio volgare e linguaggio medico, tra disposizione a idee fisse e malattia mentale, quale stato anormale.<sup>12</sup> Ma lo “stato abituale di tristezza” è ben lontano dalla ricchezza di senso della *Melancolia I* dureriana. Con Esquirol, secondo Pigeaud, si assiste alla creazione di un nuovo concetto, specificamente medico, e alla fabbricazione di un oggetto “psichiatrico”. Il passaggio è chiaro e continuerà, imperterrito, per tutto l’arco della modernità “psichiatrica”: è il passaggio dalla pensosità del malinconico alla dimensione delirante dello psicotico depresso. Chiudiamo con una curiosa osservazione, che nasce da una famosa opera di Vincent Van Gogh.



È il ritratto di Paul Gachet, dipinto nel 1890 e oggi al musée d’Orsay, a Parigi. Esso mostra, con evidenza, un “medico malinconico”. Se si vuole, uno psichiatra caratterizzato da malinconia penserosa. Gachet era iperattivo, con spunti ipomaniacali e all’epoca del ritratto, vedovo da qualche anno, non si era ripreso dal lutto. Van Gogh, come risulta dagli ultimi scritti, si era identificato con lui, sofferente, a suo dire, di un “male

---

<sup>12</sup> Ricordiamo, con Pigeaud, che il termine “psichiatria” invenzione del medico tedesco Reil già apparsa in una pubblicazione del 1803, sostituirà il termine di medicina alienista, in Francia, solo nel 1860. Esquirol scrive l’opera qui citata nel 1820, e si definisce a giusto titolo quale “medico alienista”.

nervoso” grave quanto il suo. Gachet esercitava a Parigi ma possedeva una casa a Auvers, dove frequentava amici pittori, Pissarro, Cézanne e lo stesso Van Gogh, al quale dava anche consigli medici. Jean Starobinski, storico delle idee e della medicina, ricorda un passaggio di una lettera di Van Gogh al fratello Theo, datata maggio 1890, quindi dello stesso anno del ritratto.

Mi ha detto [il dottor Gachet] che se la mia malinconia o altra cosa diventeranno troppo forti, egli potrà fare ancora qualcosa per diminuirne l'intensità e che non devo farmi alcuno scrupolo nell'essere franco con lui. Ebbene, il momento in cui potrò aver ancora bisogno di lui potrà, certamente, venire in futuro; ma fino ad oggi va tutto bene (Starobinski, 2005, p. 412).

Qualche settimana più tardi, il 29 luglio, Van Gogh si spara una pallottola nel petto e muore dopo ore di sofferenza. Il ritratto sembra una metafora della psichiatria, intenta a trattare il delirio psicotico e al contempo impotente nel suo intento.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association (1996). DSM-IV. Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Milano: Masson (Original Work published 1994).
- Ancona, L., & Carli, R. (1970). La dinamica della partecipazione cinematografica [The dynamics of identification with films]. *Contributi dell'Istituto di Psicologia*, 33, 21-45.
- Barthes, R. (1974). *Miti d'oggi* [Myth today] (L. Lonzi, Trans.) Torino: Einaudi (Original work published 1957).
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [Similarity as indicator of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1(1-3), 85-98.
- Carli R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The fascinating illusion of possession, the ritual obligation of exchange, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). L'intervento psicologico in Ospedale [The psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (in press). Miti costruiti e miti imposti [Constructed myths and imposed myths].
- Carli, R., Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia [Organization and unconscious dynamics]. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.
- Clair, J. (2005). Un musée de la Mélancolie [A museum of melancholy]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 82-88). Paris: Gallimard.
- De Mauro, T., & Mancini, M. (2000). *Dizionario etimologico* [Etymological dictionary]. Milano: Garzanti.
- Freud, S. (2003). *Totem e tabù* [Totem and Taboo]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), OSF, (Vol. 7, pp. 3-164). Torino: Boringhieri (Original work published 1912-1913).

### Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Re-reading Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1986). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica* [Object Relations in Psychoanalytic Theory] (C. Mattioli, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1983).
- Jaspers, K. (1933). *Psychopatologie générale*. Paris: Alcan.
- Lalli, N. (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia* [Manual of psychiatry and psychotherapy]. Napoli: Liguori.
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica* [The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Ed. & Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Paniccia, R. M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pigeaud, J. (2005). La mélancolie des psychiatres. Esquirol: De la lypémanie ou mélancolie [The melancholy of psychiatrists. Esquirol: lypemania or melancholy] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 386-397). Paris: Gallimard.
- Schuster, P. K. (2005). Mélancolie I. Dürer et sa postérité [Mélancolie I. Dürer and his posterity]. In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 90-105). Paris: Gallimard.
- Starobinski, J. (2005). Une mélancolie moderne: portrait du docteur Gachet par Van Gogh [Modern melancholy: Portrait of Doctor Gachet by Van Gogh] In J. Clair (Ed.), *Mélancolie, génie et folie en occident* (Catalogo della mostra) (pp. 412-415). Paris: Gallimard.
- Valeriano, A. (2014). *Ammalò di testa: Storie dal manicomio di Teramo (1880 – 1931)* [Ammalò di testa: Tales from the madhouse of Teramo]. Roma: Donzelli.