

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Dottorato di ricerca in Storia dell'arte

XXV Ciclo

Settore Concorsuale: 10/B1 – STORIA DELL'ARTE

Settore Scientifico disciplinare: L-ART/04 – MUSEOLOGIA E CRITICA ARTISTICA E DEL RESTAURO

QUADRI DI SINTOMI

Teoria delle immagini, storia dell'arte e scienze umane in medicina

Presentata da Chiara TARTARINI

Coordinatore di dottorato

Prof.ssa Marinella PIGOZZI

Relatore

Prof. Stefano FERRARI

Esame finale anno 2013

INDICE

PARTE PRIMA MATERIA NON MEDICA

Premessa

I.1. La metafora bianca

I.2. Leggere le figure

I.3. I rischi dell'esoftalmo

I.4. Per partito preso

Epilogo

PARTE SECONDA STUDIO DI CASO: IL MAL D'AMORE NELLA PITTURA OLANDESE DEL SEICENTO

Premessa

II.1. Visioni malinconiche

II.2. Visite di reparto

II.3. Parole dipinte

Epilogo

BIBLIOGRAFIA

parte prima

MATERIA NON MEDICA

Trust me, I'm a doctor

Premessa

Dal 1975 al 1980 l'autorevole "British Medical Journal" pubblicò una rubrica dal titolo "Materia non Medica", che accoglieva brevi contributi scritti da medici ma che, come si legge nel numero di presentazione, dovevano riguardare ciò che solitamente era oggetto di qualche "piacevole chiacchierata del dopocena".¹ Gli argomenti medici o scientifici in senso stretto, dunque, erano banditi. Sfogliando alcuni numeri, troviamo brevi articoli che trattano di film, di musica, di libri o di viaggi compiuti con amici e famiglia; ma anche: un articolo sulla Battaglia di San Romano,² uno sullo "slang svedese",³ uno sui parrucchini,⁴ sui "toby jugs"⁵ e un altro sulla divorante passione per le parole crociate, in cui vengono descritte una serie di visite mediche della giornata, tutte variamente ossessionate dalla insolubile definizione del cruciverba del mattino.⁶ Ne troviamo uno in cui si esortano i lettori a contribuire all'acquisto della Madonna Chellini, che Donatello donò al suo medico il 27 agosto 1456 per ripagarlo di averlo guarito dalla malaria: e si dovrà far presto, perché l'attuale possessore, un mercante d'arte americano, sta per venderlo alla Frick Collection!⁷

Troviamo un epigramma scritto da un medico di famiglia che recita:

In that house lives a man of ninety years
Who never had a doctor all his days;
That indeed may be the reason
For such a long and healthy season.⁸

Infine ne troviamo uno su Tom Honeyman, medico generico e fisiologo part-time, che, abbandonata la professione, divenne direttore della Art Gallery di Glasgow e portò in città il *Cristo di San Juan de la Cruz* di Dalì per l'esorbitante cifra di 8.200 sterline. Il commento dell'autore, Alex Paton, è seguente: "it is nice to think that it is there because of the 'vision' of a medical truant".⁹

¹ *Materia non medica*, "British Medical Journal", 4 ottobre 1975, p. 5.

² A. Nistri, *The Battle of San Romano*, "British Medical Journal", 12 gennaio 1980, p. 100.

³ E. R. Nye, *Swedish Slang*, "British Medical Journal", 22 settembre 1979, p. 711.

⁴ E. Rawlings, *Wigs*, "British Medical Journal", 24 gennaio 1976, p. 214.

⁵ J. A. Shaw, *Toby jugs and Violets*, "British Medical Journal", 18 ottobre 1975, p. 159.

⁶ E. R. G. Anderton, *Crossword carving*, "British Medical Journal", 25 novembre 1978, p. 1477.

⁷ U. F. Whimster, *The Donatello Bronze*, "British Medical Journal", 7 febbraio 1976, p. 337.

⁸ S. L. Henderson Smith, *On trying to be a poet*, "British Medical Journal", 22 novembre 1975, p. 455.

⁹ A. Paton, *The man who brought the Dali to Scotland*, "British Medical Journal", 22 settembre 1979, p. 711. Le memorie di T. J. Honeyman sono state pubblicate con il titolo *Art and Audacity* (Collin, London 1971).

Una miscellanea del genere può forse far sorridere,¹⁰ ma “Materia non Medica” resta un titolo quanto mai adatto per introdurre un discorso sulle medical humanities. Perché le *humanities* (e non le “amenities”) sono entrate a pieno titolo, e con grande serietà, nei curricula formativi dei medici.

Con l’espressione di “medical humanities” ci riferiamo a un insieme di discipline – filosofia, storia, sociologia, antropologia, psicologia, letteratura, arte e così via – il cui insegnamento viene impartito agli studenti delle facoltà sanitarie. La stessa espressione inglese, utilizzata pressoché ovunque (eccezion fatta per la Francia e i paesi francofoni, dove si parla anche di “humanités médicales” o, più spesso, di “sciences humaines en médecine”), è assai indicativa circa la loro origine. Introdotte a partire dagli anni Sessanta del Novecento negli Stati Uniti, le medical humanities, a ispirazione esplicitamente etica e pedagogica, si diffusero soprattutto attraverso il lavoro del medico e filosofo Edmund Pellegrino, presidente della Catholic University of America e lungamente a capo del controverso “President’s Council of Bioethics”.¹¹ Oggi insegnamenti di questo tipo si sono diffusi, con minore o maggiore rilevanza, in centinaia di facoltà mediche del mondo occidentale. L’idea sottesa è che essi consentano al medico in formazione di integrare a una serie di robuste conoscenze scientifiche altre abilità, riconducibili a una maggior capacità di osservazione, analisi ed empatia nei confronti del paziente. D’altra parte Pellegrino diceva che “la medicina è la più umana delle scienze e la più scientifica delle humanities”.¹²

Avremo modo di esaminare questi concetti, ma prima di tutto, per tentare di capire che cosa si celi sotto questa definizione ombrello, diamo un’occhiata a una serie di programmi di medical humanities, stilando uno degli elenchi possibili delle attività formative proposte (consigliamo di leggerlo tutto d’un fiato):

¹⁰Dal 1978, il “British Medical Journal” ha ospitato anche una rubrica dal titolo “Medicine and the media”, i cui contributi esaminavano la rappresentazione della figura del medico nel teatro, nel cinema, nella televisione o nel fumetto. Cfr. S. Lederer e N. Rogers, *Media*, in R. Cooter e J. Pickstone, a cura di, *Medicine in the 20th Century*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam 2000, p. 488.

¹¹ E. D. Pellegrino e D. C. Thomasma, *Per il bene del paziente*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1992. Sul pensiero di Pellegrino, si veda anche D. C. Thomasma, a cura di, *The Influence of Edmund D. Pellegrino’s Philosophy of Medicine*, Springer, New York 1997. Il Pennsylvania State University College, a Hershey, dove insegnò anche Pellegrino, è stato il primo al mondo ad accogliere un vero e proprio dipartimento di medical humanities già nel 1967; il secondo centro universitario fu quello di Galveston, in Texas, a partire dal 1973. Si veda A. Hudson Jones e R. A. Carson, *Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 1006.

¹² Cit. in S. Spinsanti, *Una prospettiva storica*, in R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, Zadig, Roma 2006, pp. 19-21.

“History of medicine; Museology; Bioethics, Medical Anthropology”;¹³ “Culture and Medicine; On Professionalism; Science Fiction and Medicine; History of Medicine; Literature and Medicine”; “The Physician as Writer”, “Women’s Health: Views from Literature” e “Medicine and the American Dream: A Meditation on Professional Class Values”.¹⁴ “Aging, History, and Medicine; Writing and Healing: Knowledge of Self and Others; History of Medicine; Images of Physicians in Literature; Major Medical Novels; Law and Ethics in Clinical Practice; Privacy and Confidentiality in Health Care; Medicine and Religion; Freud and Psychoanalysis; The History of Childbirth; Women in American Medicine; Trust and Power in the Doctor-Patient Relationship; Narratives of Illness”.¹⁵

E ancora:

“Women and Medicine”; “Subjectivity, Objectivity, and the Clinical Attitude”; “Ethical Issues in *ER*”; “Ethical, Legal and Religious Issues in the Care of the Dying”; “Performing Health: the Drama of Disease in Five Cultures”; “Osler’s Profession”; “Difficult Choices (legal and ethics issues)”; “Spirituality in Medicine”; “Medicine and *Macbeth*”; “Sherlock Holmes and Clinical Judgment”; “Alternative Medicine in Chicago”; “Arts Connect (arts activities with children)”; “Dr. Flash Gordon: Science Fiction and the Future of Medicine”; “The Doctor as Author”; “Assuming Authority (an art seminar)”; “Here’s Looking at You, Doc: Physicians in Film”; “Playing Doctor (improvisation skills in the clinical encounter) and Writing the Other”; “The Art of Observation (history and theory of art with weekly visits to Chicago museums)”.¹⁶

Non vi è dubbio: sono argomenti di immenso interesse, ma anche di enorme complessità. Fortunatamente vengono affrontati un poco per volta, gradualmente, così da evitare il tour de force ai poveri studenti di queste università. Viene in mente la descrizione della “tipica settimana di uno studente di medicina” della John Hopkins nel 1906 – considerata molto più stimolante di quelle proposte in atenei meno progressisti –

¹³ C. Kiesseling, T. Müller *et alii*, *A medical humanities special study module on principle of medical theory and practice at the Charité, Humboldt University, Berlin, Germany*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 1033.

¹⁴ D. Wear, *The medical humanities at the Northeastern Ohio University College of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 998.

¹⁵ A. Hudson Jones e R. A. Carson, *Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston*, cit., p. 1008.

¹⁶ K. Montgomery, T. Chambers e D. R. Reifler, *Humanities education at Northwestern University’s Feinberg School of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 959-960.

riportata da Edward Shorter nel suo gustoso, e ormai classico, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*:

- 15 ottobre – Ripetizione e nuova lezione del dottor Welch. Oggi ha chiamato me...
- 16 ottobre – Stewart e io lavoriamo sull'ottica. Higgins si entusiasma alla comparsa della nuova segretaria.
- 17 ottobre – Lavoriamo sull'astigmatismo.
- 18 ottobre – Giornata piovigginosa. Dimostrazioni cromatiche del dottor Howell.
- 19 ottobre – In mattinata, clinica chirurgica del dottor Finney: ernia inguinale e mixoma canalicolare della ghiandola mammaria.
- 20 ottobre – Clinica medica di Barker. Tre casi di complicazione di tifoidea, una polmonite tubercolare, sei artritici e un ragazzo con cuore, milza e fegato dalla parte sbagliata.
- 21 ottobre – Giornata di pioggia. Oggi in settanta alla Sunday School. Scritto lettere tutto il pomeriggio.
- 22 ottobre – Un lunedì azzurro. Autopsia di un coniglio: decesso provocato da inoculazione di staphylococcus aureus. In serata un po' di musica del Savoy Quartet.¹⁷

Sono passati molti anni da quel 1906. L'instabilità paradigmatica della medicina, bizzarro effetto collaterale degli immensi progressi che la disciplina ha compiuto nell'ultimo secolo, è oggi sempre più percepibile, ovvero è sempre più problematica la cornice intellettuale all'interno della quale il medico pensa e opera. Al medico, in passato, venivano richieste due cose – lo scriveva già nel 1726 l'olandese Hermann Boerhaave nel suo *Methodus discendi medicinam*: essere “ben istruito nella scienza medica” (*scientia medica probe sit instructus*) ed esercitare “una medicina affabile” (*ut exerceat medicinam jocundam*).¹⁸ Ma con il tempo, si sa, le cose si complicano e oggi al medico viene chiesto qualcosa in più della semplice “affabilità”. Gli si chiede, appunto, una “umanità” più profonda.

Georges Canguilhem, parecchi anni or sono, scriveva:

Sembra venuto il tempo di una Critica della ragion medica [...]. Se una pedagogia della guarigione fosse possibile, essa dovrebbe comportare un equivalente di ciò che Freud definisce “esame di realtà”. Questa pedagogia dovrebbe ottenere il riconoscimento da

¹⁷ H. H. Lang, a cura di, *Pat Dixon of Texas*, cit. in E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Feltrinelli, Milano 1986, p. 62.

¹⁸ H. Boerhaave, *Methodus discendi medicinam* (1727), cit. in G. Cosmacini, *Testamento biologico*, il Mulino, Bologna 2010, p. 102.

parte del soggetto del fatto che nessuna tecnica, nessuna istituzione, presente o a venire, gli offriranno mai garanzie sull'integrità delle sue capacità di relazione con gli uomini e le cose.¹⁹

Si chiede dunque alla medicina, in primo luogo, di compensare l'eccesso tecnologico, di non giocare più a far finta di essere una scienza esatta, di smettere di farsi abbagliare “dai progressi scientifici”, ossia di tornare ad essere “medicina”. Giorgio Cosmacini ne ha proposto un'interpretazione come territorio di confine, strutturato come una “comprensione antropologica dell'uomo sano-malato”:

La medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica con un suo proprio sapere conoscitivo e valutativo, e che differisce dalle altre tecniche perché [...] l'*anthropos* è il fine ultimo, o meglio il primo. Questa antropologia è una filosofia?²⁰

Secondo tale approccio, dunque, gli sconfinamenti in campi “altri” sarebbero connaturati all'indole stessa della medicina, e già presenti idealmente nella pratica quotidiana del medico. In questo senso, le humanities sarebbero pecepiti come un'anomalia soltanto all'interno di un vecchio paradigma organicistico-sperimentale che, invece, dovrebbe lasciare più spazio a un pensiero della complessità. Ma, appunto, ci si muove su un piano “ideale”, per di più alquanto confuso. Una confusione che è, in primo luogo, terminologica (umanità, umanesimo, scienze umane...) e che rischia di far coincidere l'idea di “buoni medici” con quella di “medici buoni”, confondendo più modelli: il modello filantropico, ovvero quello che si propone come correttivo della qualità morale dei sanitari, il modello socio-culturale, che fa aperta menzione alla personalizzazione dei servizi e, infine, il modello di *intervento sui saperi*, quello, appunto, su cui dovrebbero agire primariamente le medical humanities.²¹

Abbandonando il piano “ideale”, e visto che la posta in gioco è così alta – si tratta di ripensare le dimensioni del rapporto clinico – per intervenire su questi saperi si sono chieste collaborazioni ad altre discipline, con finalità principali che appartengono

¹⁹ G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?* (1978), in Id., *Scritti sulla medicina*, Einaudi, Torino 2007, p. 52.

²⁰ G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza*, Milano, Raffaello Cortina, 2008, p. IX. Cfr. S. Bartoccioni, G. Bonadonna e F. Sartori, *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano 2006; G. Canguilhem, *Le Statut épistémologique de la médecine*, cit. in G. Corbellini, *Filosofia della medicina*, in N. Vassallo, a cura di, *Filosofie delle scienze*, Einaudi, Torino 2003, p. 217.

²¹ G. Bonadonna, *Prefazione*, in G. Calvi, *Quello che i medici non sanno*, Fondazione Giancarlo Quarta, Milano 2007, pp. 12-13.

principalmente a due ambiti. Primo ambito: le discipline umanistiche servirebbero a riconnettere la dimensione cognitiva a quella affettiva della pratica clinica, e alcuni programmi si orientano dichiaratamente a formare medici resistenti al *burn out*, all'esaurimento emotivo e alla depersonalizzazione, secondo una logica per cui "an artistic or intellectual passion can provide a new focus for appreciating and recharging our daily work".²² Ecco che cosa leggiamo in un articolo comparso su "The Lancet" nel 2009:

It is no secret that physicians tend to suppress their feelings to maintain their composure and ability [...]. But the consequences of neither talking to anyone nor allowing oneself to feel the impact of [their] experiences often results in an accumulation of pent up emotion and unmourned grief. [...] There are no quick fixes for the suffering of physicians, just as there are no quick fixes for the suffering of patients. But we suggest that *caring, compassion, and conversation* are important in both contexts. In some instances, physicians themselves need professional care. [...] Self-care must be seen not as an option but as an obligation. The obligation to care for the patient entails the obligation to care for the self, for when the health of the physician is compromised, is not the quality of patients' care also compromised? We are just beginning to realise that *humanising medicine depends in no small part on recovering the humanity of physicians*.²³

Le Medical Humanities, insomma, agirebbero *sul* medico e *per* il medico, fin dalla sua formazione, aiutandolo a rinegoziare il suo malessere e ad essere così un professionista migliore. Consideriamo ad esempio la dissezione, il momento primo, solenne (e sempre più raro) dell'incontro con *il* corpo, che quasi sempre procura agli studenti non poco disagio che, in alcuni casi, comprende nausea, svenimento, perdita d'appetito, insonnia e incubi.²⁴ Nel suo bel libro *Making doctors*, il medico e antropologo Simon Sinclair esamina le attività e la vita quotidiana di un gruppo di studenti della Medical School di

²² A. Peterkin, *Medical humanities for what ails us*, "Canadian Medical Association Journal", vol. 178, issue 5, 26 febbraio 2008, p. 648. Cfr. S. Ackermann e M. Salathé, *Les Medical Humanities dans les hautes écoles suisses*, in *Les Medical Humanities en Suisse*, Académies Suisses des Sciences, Berne 2012, p. 10 e J. Shapiro *et alii*, *Relationship of creative projects in anatomy to medical student professionalism, test performance and stress*, "BMC. Medical Education", vol. 9, n. 65, 2009, p. 1. Si vedano anche le risposte degli studenti, *ivi, passim*.

²³ T. R. Cole e N. Carlin, *The art of medicine*, "The Lancet", vol. 374, 24 ottobre 2009, pp. 414-415 (corsi nostri). Cfr. R. Charon e P. Wye, *The art of medicine*, "The Lancet", vol. 371, 26 gennaio 2008, pp. 297-298.

²⁴ Si veda P. Filkenstein e L. Mathers, *Post traumatic stress among medical students in the anatomy dissections*, "Clinical Anatomy", n. 3, 1990, pp. 219-226; J. C. Penney, *Reactions of medical students to dissection*, "Journal of Medical Education", n. 60, 1985, pp. 58-60.

Londra, dedica un capitolo alle prime esperienze nella sala settoria e riporta alcuni dialoghi colti “sul campo”. Gli studenti mostrano una gamma di reazioni che spazia dal franco disgusto (“All the time I was thinking ‘Shit! Shit! Shit!’; ‘It’s gross! It’s disgusting! I don’t want to go anywhere near it!’”), alla presa di distanza (“They look unrealistic, they don’t look like people. [...] And if you do have problems, you can arrange to go round by yourself”) fino alla forzata ironia (“You’ll never guess what we did with your mother’s ovaries...”).²⁵ È evidente questi studenti esprimono, anche se in maniera diversa, un forte malessere, ed è proprio su questo che dovrebbero operare le medical humanities. La letteratura al riguardo menziona diversi metodi da affiancare al consueto insegnamento anatomico: leggere, commentare e redigere testi di carattere letterario, scrivere una “lettera al cadavere per spiegargli cosa stai facendo” e persino a mettere in scena un balletto basato sulla *Lezione di anatomia del Prof. Tulp*.²⁶

L’obiettivo è chiaro e coerente: gli studenti devono imparare a riconoscere e gestire le proprie emozioni, a non accentuare il distacco con il corpo del paziente (“an unintended consequence of human dissection is that it may create an inappropriate and callous ‘property of easiness’ in dealing with death and the human body”), perché tutto ciò “may improve test performance” e dunque renderli medici migliori.²⁷ A ciò si ricollega il secondo ambito, ancora più importante, almeno stando alla frequenza con cui se ne riferisce: il rapporto con la *illness*. Le medical humanities, infatti, grazie a una “varied and enlarging cultural experience”²⁸ (su questo non vi è alcun dubbio!), stimolerebbero gli studenti ad essere più riflessivi e sensibili rispetto al vissuto del paziente. Oggi,

²⁵ S. Sinclair, *Making doctors*, Berg, Oxford-New York 1997, pp. 83-85 e 194-195. Si veda tutto il capitolo *Strange meeting: the dissecting room*, ivi, pp. 170-195. Cfr. E. J. Evans e G. H. Fitzgibbon, *The Dissecting Room*, “Clinical anatomy”, n. 5, 1992, pp. 311-320; D. J. Horne, J. W. Tiller *et al.*, *Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room*, “Academic Medicine”, vol. 65, n. 10, 1990, pp. 645-646. Si veda anche J. Harley Warner e J. M. Edmonson, *Dissection: photographs of a rite of passage in American medicine: 1880-1930*, Blast Books, New York 2009. Cfr. K. Young, *L’io assente*, McGraw-Hill, Milano 1999, pp. 91-114 (§ “Natura morta con cadavere”).

²⁶ Si veda D. R. Reifler, *I Actually don’t Mind the Bone Saw*, “Medicine and Literature”, 15, 1996, pp. 183-199 e S. Bertman e S. Marks, *The Dissecting Experience as a Laboratory for Self-Discovery about Death and Dying*, “Clinical Anatomy”, 2 (1989), pp. 103-113, cit. in A. Carlino, *Persona, corpo, cadavere e ritorno*, “Aperture”, n. 3, 1997, pp. 53-66. Cfr. S. C. Marks, S. L. Bertman e J.C. Penney, *Human anatomy*, “Clinical Anatomy”, vol. 10, n. 2, pp. 118-122; L. J. Rizzolo, *Human dissection*, “The Anatomical Record”, vol. 269, n. 6, 2002, pp. 242-248; J. Shapiro *et alii*, *The Use of Creative Projects in a Gross Anatomy Class*, “Journal for Learning through the Arts”, Center for Learning through the Arts and Technology, UC, Irvine, 2006 (e-learning, University of California), pp. 1-5.

²⁷ J. Shapiro *et alii*, *Relationship of creative projects in anatomy to medical student professionalism, test performance and stress*, cit., p. 2. L’Institute for the Medical Humanities di Galveston ha realizzato anche un film, *Still Life: The Humanity of Anatomy*, con la supervisione di Thomas Cole, che dimostra gli sforzi compiuti per l’umanizzazione dell’intero processo che ha a che fare con la dissezione – dall’acquisizione del cadavere, all’anatomia vera e propria fino allo “smaltimento” del corpo. Il film si apre e si chiude con due sequenze del film *La gente mormora* di Joseph Mankiewicz.

²⁸ A. Peterkin, *Medical humanities for what ails us*, cit., p. 648.

infatti, una medicina sempre più tecnologica fa sì che lo sguardo del medico non incontri più il malato, ma la sua malattia, ovvero la sua *disease*: così la soggettività del paziente scompare dietro l'oggettività di segni clinici che il medico è sempre più portato a registrare come il botanico classifica le piante.²⁹ Le *medical humanities* suggeriscono invece di considerare sempre più l'ampio ventaglio di variabili e di ipotesi – perché non è affatto antiscientifico “sostenere che non esiste una nozione univoca di fatto, di causa, di evidenza, perché essi dipendono dai contesti e dai mondi personali del malato” così come non è affatto antiscientifico “considerare i ‘fatti’ come ipotesi, verità provvisorie, che abbisognano di un'indagine accurata sulle tante relazioni variabili che esistono al loro interno.”³⁰

In breve, è necessario superare una concezione *evidence e disease centered*, dove vedere o ascoltare il paziente spesso è considerato un optional – idea di cui, per altro, abbiamo alcune efficaci rappresentazioni nella letteratura, nella storia dell'arte o del cinema (*figg. 1-2*).³¹ Bisogna reintrodurre in medicina l'idea di “soggetto”, tanto quello curante quanto quello paziente, ridisegnando il rapporto tra i due attori in chiave più interpersonale (è quella che viene definita *Relation Centered Care*): ciò eliminerebbe parte del malessere comunicativo e faciliterebbe l'alleanza terapeutica.³²

²⁹ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 95.

³⁰ I. Cavicchi, *Ripensare la medicina*, Bollati Boringhieri, Torino 2004, pp. 23-26, 90-99. Per restare in territorio nazionale, il D.M. del 28 novembre 2000 si esprime in questo modo circa gli obiettivi formativi qualificanti per i laureati in medicina e chirurgia: “è necessario aver maturato “un approccio fortemente integrato al paziente”, essere in grado di valutare “criticamente tutti gli aspetti clinici”, “dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico”. M. Conforti e G. Corbellini, *Storia della medicina e medical humanities*, in R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., pp. 119-120. Per il D.M. del 28 novembre 2000, si veda <http://www.miur.it/UserFiles/142.pdf>. Cfr. F. Dammacco, G. Danieli, *La formazione del medico dalla Tabella XVIII [1938] ai nostri giorni*, in *Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici*, FNOMCeO, Roma 2010, pp. 344-367.

³¹ Si veda A. E. H. Emery e M. L. H. Emery, *Medicine and Art*, Royal Society of Medicine, London, 2011, p. 30. A. Borseley, *Picasso's bodies*, “Medical Humanities”, n. 35, 2009, pp. 89-93. Quanto al cinema, pensiamo al divertente episodio “The Miracle of Birth” di *The Meaning of Life* dove il paziente viene dimenticato fuori da una sala operatoria stracolma di macchinari e strumentazioni.

³² Cfr. M. Beach e T. Inui, *Relationship-centered care*, “J. Gen Intern Med”, vol 21, n. 1, 2006 pp. 3-8 e A. L. Suchman, *A new theoretical foundation for relationship-centered Care*, ivi, pp. 40-44. Cfr. J. Fontanille, *Il malessere*, in G. Marrone, a cura di, *Il discorso della salute*, Meltemi, Roma 2005 pp. 35-50. Moltissimo, ovviamente, è stato detto e scritto nel secolo scorso a proposito dell'interazione medico-paziente. Si veda il classico M. H. Hollender, *The Psychology of Medical Practice* (Saunders, Philadelphia 1958), dove il rapporto medico-paziente viene così suddiviso, ragionevolmente, in base alla situazione del paziente: il modello attività-passività sarebbe prevalente in caso di coma o di interventi chirurgici; quello di direzione-collaborazione nel caso delle malattie acute e quello di partecipazione reciproca nel caso delle malattie croniche o della riabilitazione. T. S. Szasz e M. H. Hollender, *Un contributo alla filosofia della medicina* (1956), “Sanità, scienza e storia”, n. 1, 1990, pp. 3-18. È altrettanto celebre quello dello psichiatra e psicoterapeuta Viktor Emil Von Gebattel (*Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Springer, Berlin 1954), che parla di fase dell'appello (il medico risponde avvicinandosi al paziente e soddisfacendone i bisogni, senza frustrarlo); di fase del distanziamento e dell'obiettivizzazione (il medico non considera più il malato come soggetto ma come

D'altra parte l'immagine del medico come fonte indiscutibile di sapere è ormai fortemente in crisi. La situazione in apparenza paradossale, per dirla ancora con le parole di Shorter (in traduzione italiana), è che il paziente non crede più al “dottor Esculapio Rossi, medico chirurgo” proprio nel momento in cui questi ha acquisito poteri autentici.³³ Ne conserva una stima curiosa, a mezza via tra il timore e l'irritazione, ma non si accontenta di una cieca acquiescenza alle capacità dello specialista (“solo io conosco il mio corpo”, “solo io conosco il mio dolore”...) e chiede di essere sempre più riconosciuto come soggetto attivo. In un articolo comparso su “Medical Humanities” nel 2002 leggiamo che nella medicina moderna

triumph and despair seem to be tragically related. They originate from the same cause—the transcendence of our senses and corresponding alienation of our body. The success of medical technology has led to an unavoidable distrust of our own senses. Our everyday knowledge is devalued. We know more about diseases today than ever before, but lack confidence in this knowledge [...]. Medical success is paid for by a lack of unity and control.³⁴

Ma le medical humanities possono davvero aiutare a colmare il divario tra le diverse costruzioni della realtà, tra modelli esplicativi medici (malattia come *disease*) e modelli esplicativi “profani” (malattia come *illness*)? Per il momento limitiamoci a dire che “fare transfert” tra discipline, ovvero trasportare da un campo all'altro, può essere molto stimolante. Quanto all'accezione psicoanalitica, il concetto di transfert è sempre funzionale al percorso tra analizzante e analizzato. È Freud a informarci al proposito, e a parlarci, più tardi, anche della “nevrosi di traslazione”:

Se il paziente è tanto compiacente da rispettare le condizioni indispensabili per la continuazione stessa del trattamento, ci riesce in genere di dare a tutti i sintomi della malattia un nuovo significato in base alla traslazione, facendo in modo che la normale nevrosi sia sostituita da una “nevrosi di traslazione” dalla quale il paziente può essere guarito mediante il lavoro terapeutico. La traslazione crea così una provincia intermedia fra

oggetto di studio) e di fase della personalizzazione (dopo aver formulato la diagnosi e la terapia, il medico può riavvicinarsi al paziente e considerarlo non solo come un caso clinico, bensì come una persona che soffre di una malattia ben precisa).

³³ E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, cit., p. 17. Cfr. G. Giorello, *Medicina tra scienza ed ermeneutica*, in M. Ancona, M. Orbecchi e E. Torre, a cura di, *L'arte medica*, Paravia, Torino 1996, p. 41

³⁴ S. Fredriksen, *Diseases are invisible*, “Medical Humanities”, n. 28, 2002, p. 72.

la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda. Il nuovo stato ha assunto su di sé tutti i caratteri della malattia, ma costituisce una malattia artificiale completamente accessibile ai nostri attacchi. Al tempo stesso questo stato è una parte della vita reale, favorito tuttavia da condizioni particolarmente propizie e coi caratteri della provvisorietà.³⁵

Ci sia concessa questa metafora, dove l'analizzato sarebbe la medicina e l'analizzante, o meglio gli analizzanti, le scienze umane: il risultato di questo bizzarro trattamento potrebbe portare, in una prima fase, a una "nevrosi di traslazione", a "una provincia intermedia tra la malattia e la vita". Poi potrà avvenire la guarigione. Ma non sarà affatto un processo indolore... Forse, con le metafore, non si può scherzare.

³⁵ S. Freud, *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* (§ 2, "Ricordare, ripetere e rielaborare", 1914), in Id., *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 360.

I.1. La metafora bianca

CALAMAIO: lo si regala a un medico³⁶

Secondo un articolo comparso sul “New York Times”, poi ripreso da “la Repubblica” il 13 gennaio 2010, tra i “dieci master del nuovo universo” c’è quello di “Narrative Based Medicine” proposto dalla Columbia University. Il master è pensato per medici e infermieri e ha come obiettivo quello di formare professionisti in grado di “aiutare un paziente a raccontare la propria sofferenza”.³⁷

Ma non solo. Sistematizzata da Rita Charon, della Columbia University, la Narrative Based Medicine (NBM) mira a fungere da ponte, o da calamita, tra gli studi *evidence based* (Charon parla appunto, più precisamente, di una “narrative evidence based medicine” – NEBM) e quelli umanistici.³⁸ È una “disciplina” che considera la narrazione della patologia da parte del paziente, e la sua rielaborazione da parte del medico, come elementi fondamentali non solo per la diagnosi ma anche per la creazione dell’alleanza terapeutica. Insomma, dall’anamnesi alla terapia, la narrazione sarà il medium attraverso cui trasmettere messaggi riguardanti la natura e l’esperienza dei fatti: medico e paziente, così, saranno complici di una co-costruzione del significato in una prospettiva in un cui la medicina, la clinica, si fa processo costantemente ermeneutico.³⁹

È a partire da questo presupposto che la Narrative Medicine declina i suoi metodi e i suoi “generi”: dalla *medical fiction* (termine con cui si definiscono le storie inventate di medici e pazienti) alla *lay exposition*, ossia la storia scritta da medici e destinate al grande pubblico a fini divulgativi; dalla *medical autobiography*, alle *stories from practice*, scritte da medici e destinate ad altri medici, fino ai *writing exercises of medical training* (dove medico dovrà annotare nel linguaggio corrente “ciò che la relazione col paziente gli evoca”, utilizzando metafore, brevi flash, perfino versi

³⁶ G. Flaubert, *Dizionario dei luoghi comuni*, trad. it. Adelphi, Milano, 1980, p. 29.

³⁷ E. Dusi, *Cosa studiare nel mondo che verrà*, “La Repubblica”, 13 gennaio 2010, p. 1, 35-37.

³⁸ R. Charon e P. Wye, *NEBM working group*, “The Lancet”, vol. 371, n. 9609, gennaio 2008, pp. 396-397; R. Charon, *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, Oxford 2006, p. 11.

³⁹ Si vedano, tra i tanti, A. W. Frank, *The Wounded Storyteller*, Chicago University Press, Chicago 1995; H. Brody, *Stories of Sickness*, Yale University Press, New Haven 1987; R. Charon, *Narrative medicine*, cit.; K. Montgomery Hunter, *Doctors’ stories*, Princeton University Press, Princeton, N. J. 1991; G. Bert, *Medicina narrativa*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2007, p. 18.

poetici) o alle cosiddette *parallel charts*, vere e proprie “cartelle cliniche parallele” che utilizzano un lessico meno tecnico e più quotidiano, e che la Charon considera come “parte integrante della formazione e dell’agire professionale”.⁴⁰

Il questo universo, dunque, non è solo la storia della malattia ma la malattia di per sé ad assumere forma narrativa. Scrive la Charon:

A disease has a characteristic time course, a complex mixture of causality and contingency, singular differences from and generic sameness to related diseases, a textual tradition within which it can be understood, and even a metaphorical system that reveals it (consider, for example, the complex metaphorical meanings of the word ‘immunity’). Narrative competence gives the doctor not only the means to understand the patient, but fresh means to understand the disease itself.⁴¹

E, spiega altrove la Charon,

only when physicians have the narrative skills to recognize medicine’s ideals, swear to one another to be governed by them, and hold one another accountable to them can they live up to the profession to serve as physicians.⁴²

Il medico, insomma, non dovrà solo rintracciare la trama nascosta nella narrazione del paziente ma dovrà trovarne una propria, altrettanto creativa e complessa, che comprenda elementi eterogenei. Così, pur non capovolgendo i criteri di rilevanza o di priorità funzionale dei dati, potrà iniziare a “negoziare il significato”, a “tollerare l’ambiguità”, a diventare più responsivo, ad accettare la propria “emotività” e allenarsi a una maggiore “empatia” e un maggior “rispetto”.⁴³ Il tutto ai fini di una *care*, più che di una *cure*, che compensi, come è stato detto, il vuoto lasciato dalla “fine dei grandi racconti”. Perché, se la medicina ha cercato di utilizzare un linguaggio della presunta

⁴⁰ R. Charon, *Narrative Medicine. Honoring the stories of illness*, cit., *passim*; Ead., *Narrative and Medicine*, “N. Engl. J. Med.”, vol. 350, n. 9, 26 febbraio 2004, p. 863; *Narrative Medicine*, “Annals of Internal Medicine”, vol. 134, n. 1, 2 gennaio 2001, p. 8. Sul programma della Columbia University si veda: <http://www.narrativemedicine.org>. Cfr. A. Virzi e M. S. Signorelli, *Medicina e narrativa*, Franco Angeli, Milano 2007, pp. 13-16.

⁴¹ R. Charon, *Narrative and Medicine*, “N. Engl. J. Med.”, cit., pp. 862-863. Si veda anche Ph. Bagros, *Introduction pédagogique*, in G. Danou, A. Olivier e Ph. Bagros, *Littérature et médecine*, Ellipses, Paris 1998, p. 8.

⁴² R. Charon, *Narrative Medicine*, “Jama”, vol. 286, n. 15, 17 ottobre 2001, p. 1900.

⁴³ G. Bert, *Medicina narrativa*, cit., p. 107. Si veda anche V. Kalitzkus e P. F. Matthiessen, *Narrative-Based Medicine*, “The Permanente Journal”, vol. 13, n. 1, inverno 2009, p. 82. L. Zannini, *Introduzione alle storie di malattia*, in C. Malvi, a cura di, *La realtà al congiuntivo*, Franco Angeli, Milano 2011, p. 30.

trasparenza per descrivere la malattia come *disease*, ora, grazie alla medicina narrativa anche la *illness*, con tutta la sua ricchezza, tornerà ad essere al centro della sua attenzione e smetterà di essere una zona opaca.⁴⁴

Lo studio della letteratura è ovviamente uno degli assi portanti di queste pratiche. Si ricorda spesso quanti siano, e siano stati, gli “scrittori-medici” o i “medici-scrittori” – gli stessi a cui talvolta è stato rimproverato di aver fatto ricorso a un vocabolario preso in prestito dai trattati di patologia, ma, altre volte, sono stati lodati per aver investito questi stessi termini di un valore aggiunto.⁴⁵ Quasi sempre la scelta degli insegnanti ricade su testi a soggetto medico, magari distinti in base al grado di coinvolgimento che il narratore esibisce rispetto alla condizione di uno dei due poli, del malato o del medico, il primo caso, ovviamente, molto più frequente del secondo.⁴⁶

Focolai di questa epidemia di influenza medico-letteraria sono ovviamente i “grandi racconti”, la *Montagna incantata* di Mann o *La morte di Ivan Il’ič* di Tolstoj. Per spiegare l’utilizzo che ne viene fatto più di frequente, prendiamo proprio il consigliere della corte d’appello Ivan Il’ič, e il suo percorso di malattia, che, come da tradizione, inizia con la visita di un dottore. Scrive Tolstoj:

Fu tutto come si aspettava; tutto come avviene sempre. L’attesa in anticamera, quel sussiego affettato, dottorale, che egli conosceva bene perché era lo stesso che aveva lui in tribunale, i colpetti delle dita, l’auscultazione, le domande che richiedevano risposte predeterminate ed evidentemente inutili; e quell’aria solenne che intimava: “voi non fate niente, affidatevi a noi, facciamo tutto noi, noi sappiamo bene, infallibilmente, tutto quello che si deve fare, chiunque voi siate, tutti gli uomini vanno presi nella stessa maniera. Esattamente come in tribunale.”⁴⁷

⁴⁴ G. Bernegger, *Medical Humanities*, in *Les Medical Humanities en Suisse*, cit., p. 26. Cfr. S. Rachman, *Literature and medicine*, in T. **Greenhalgh e B. Hurwitz**, *Narrative based medicine*, BMJ Books, London 1998, p. 123. Si veda anche L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006.

⁴⁵ G. S. Rousseau, *Literature and Medecine*, “*Isis*”, n. 72, 1981, pp. 406-424; A. Carlino e A. Wenger, a cura di, *Littérature et médecine*, Droz, Genève 2007, in part. p. 9; L. Binet e P. Vallery-Radot, *Médecine et littérature*, Expansion scientifique française, Paris 1965, p. 14. e G. Danou, *Le corps souffrant*, Champ Vallon, Seyssel 1994, p. 187.

⁴⁶ Si veda la categorizzazione proposta in F. Laplantine, *Antropologia della malattia*, Sansoni, Firenze 1988, pp. 24-31 e 53-55. Cfr. E. R. Peschel, a cura di, *Medicine and literature*, Neale Watson Academic Publications, New York 1980. Tra i tanti articoli pubblicati su riviste specialistiche, ne riportiamo alcuni comparsi tutti su “The Lancet”: J. R. Skelton, C. P. Thomas e J. A. A. Macleod, *Teaching literature and medicine to medical students*, “The Lancet”, n. 356, 2000, pp. 1920-1922 (Parte I) e “The Lancet”, n. 356, 2000, pp. 2001-2003 (parte II); B. Hurwitz, *Narrative and the practice of medicine*, “The Lancet”, n. 356, 2000, pp. 2086-2089. Esistono poi diverse riviste dedicate a letteratura e medicina, in particolare “Literature et médecine” (nata nel 1982) e “Configurations” (nata nel 1993), entrambe pubblicate dalla Johns Hopkins University Press.

⁴⁷ Tolstoj, *La morte di Ivan Il’ič*, Garzanti, Milano 2005, pp. 37-38.

È il classico esempio di uno sbilanciamento nel rapporto medico-paziente, tratto da un racconto che poi descriverà presto, e con rara maestria, quegli atteggiamenti che “con facilità osserviamo in tutti i malati”, specie con quelli che non “si assumono la malattia” o non hanno “stabilito una solida alleanza con chi deve curarlo”.⁴⁸ Ivan, difatti, inizierà a sospettare di menzogna tutto il suo entourage – una menzogna che, poco importa se è scientifica o pia, si è comunque talmente complicata da risultare ormai difficilmente districabile; Ivan desidererà di essere compianto e carezzato come si fa con i bambini; proverà fastidio e rabbia per l’inesorabile continuazione della vita altrui; ricorderà il suo passato. Ha paura.

Ritroveremo Ivan più avanti. Per ora ci basti dire che l’idea generale sull’utilità della letteratura si basa sul fatto che ad essa viene attribuito uno sguardo “magnificante” su quella stessa realtà che il medico osserva ogni giorno e sulla quale, tuttavia, non ha il tempo, o la voglia, di indugiare. Non solo: la letteratura insegna anche al medico che ogni storia è sempre potenzialmente “polifonica”, che non è mai una costruzione semantica univoca, e che, se si vuole comprenderla appieno, sarà necessario, oltre che capire la complessità dei rapporti tra forma e contenuto, assumere come concetto guida quello della relatività dei punti di vista.⁴⁹

Nel 1902, Victor Segalen, che poi fu medico di marina, presentò una tesi dal titolo *Cliniciens-ès-lettres* che riguardava i rapporti tra l’osservazione clinica e la rappresentazione letteraria, in particolare nelle opere degli scrittori naturalisti. Segalen si dichiarava ben consapevole del fatto che nessuna descrizione possa davvero aspirare alla neutralità, e che il discorso medico, al pari di quello letterario, è una “rappresentazione” o una “formalizzazione” della realtà. Ciò che gli interessa maggiormente è il passaggio “dal mondo delle immagini a quello delle idee”, quanto mai essenziale nel caso del medico, il quale, per automatismo professionale, tende a trasformare le “immagini concrete” del paziente “in elementi diagnostici astratti”, determinando così una vera e propria “trasmutazione di valori”.⁵⁰ Quanto all’utilizzo della medicina nella letteratura, Segalen giudica severamente l’opera di Zola, in cui i riferimenti scientifici appaiono, a suo avviso, spesso in maniera gratuita (un’idea che Carlo Dossi, nel suo diario privato, espone in maniera incisiva: “Zola è quasi sempre

⁴⁸ A. Virzi e M. S. Signorelli, *Medicina e narrativa*, cit., pp. 29-30.

⁴⁹ M. Louis-Courvoisier e A. Wenger, *How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities*, “J. Med. Ethics: Medical Humanities”, n. 31, 2005, p. 53; A. Carlino e A. Wenger, a cura di, *Littérature et médecine*, cit., p. 15.

⁵⁰ V. Segalen, *Les Cliniciens-ès-lettres* (1902), Fata Morgana, Montpellier 1980, p. 52.

fotografo, di rado pittore. Qualche po' d'arte però c'è – ma non troppa. Sono fotografie colorate”).⁵¹ Il massimo esempio di utilizzo positivo sarebbe invece Flaubert, che ricorre con parsimonia al lessico medico per descrivere “non delle malattie, ma dei malati”.⁵²

Non ci pare secondario che Flaubert sia anche l'autore di *Bouvard e Pécuchet*, immenso romanzo filosofico che finisce per mostrarci come i saperi, *tutti* i saperi, siano incapaci di rappresentare e spiegare il reale. I due si avvicinano anche alla medicina, ovviamente:

Quale meraviglia trovare negli esseri viventi le stesse sostanze che compongono i minerali. E, tuttavia, provarono una sorta di umiliazione all'idea che la loro persona contenesse fosforo come i fiammiferi, albumina come le chiare d'uovo, gas idrogeno come i lampioni.⁵³

Quando studiano l'anatomia, rimangono stupiti dalla “prominenza della mascella, dai buchi degli occhi, dalla lunghezza spaventosa delle mani”, e nell'accorgersi che i polmoni sembrano due spugne e il cuore “un grosso uovo”.⁵⁴ Poi, una volta “medici”, si dedicano alla cura degli altri ma, visto che continuano a studiare sui loro libroni, dove i nomi delle malattie sono un “guazzabuglio di tutte le lingue” vedono, che “i sintomi presentati dagli autori non [sono] affatto quelli che avevano appena osservato”.⁵⁵ Sperimentano anche su di sé – corse, sudori e raffreddori – per poi smarrirsi nella filosofia della medicina, e concludere la loro avventura multidisciplinare con questo convincimento:

Niente riflessioni! Niente riflessioni! Copiamo! Bisogna che la pagina si riempia. Che il monumento si compia... Uguaglianza di tutto, del bene e del male, del bello e del brutto, dell'insignificante e del caratteristico. C'è verità solo nei fenomeni.⁵⁶

Non sappiamo quanto spesso Flaubert o Segalen vengano utilizzati nei moduli di medicina narrativa o in quelli di scienze umane dedicati alla letteratura o alla medicina.

⁵¹ C. Dossi, *Note azzurre* (n. 4799), in *Opere*, a cura di D. Isella, Adelphi, Milano 1995, p. 613, anche in F. Pevere, *Anatomie dell'anima*, in G. Bárberi Squarotti, V. Boggione e B. Zandrino, a cura di, “*E se permette faremo qualche radioscopia*”, Rubettino, Catanzaro 2009, p. 135.

⁵² V. Segalen, *Les Cliniciens-ès-lettres*, cit., p. 112.

⁵³ G. Flaubert, *Bouvard e Pécuchet*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1998, p. 76.

⁵⁴ Ivi, pp. 77-78.

⁵⁵ Ivi, p. 85.

⁵⁶ Ivi, p. 298. F. Rella, *Introduzione*, ivi, *passim*.

Sappiamo, invece, che spesso viene considerata Virginia Woolf e il suo *On being ill*, pubblicato nel 1930. Leggiamo:

Considerato quanto sia comune la malattia, di quali proporzioni il mutamento spirituale che essa produce, quanto stupefacenti, allorché le luci della salute si spengono, i territori vergini che allora si dischiudono, quali lande deserte dell'anima esponga un piccolo attacco di influenza, quali precipizi e prati, sparsi di vividi fiori, riveli un minimo aumento della temperatura, [...] quando ci tolgono un dente e ritorniamo alla superficie nella poltrona del dentista e confondiamo il suo “Sciacqui la bocca, sciacqui la bocca” con il saluto della Divinità che, chinandosi, ci dà il benvenuto in Paradiso – quando pensiamo a tutto questo, come spesso siamo costretti a fare, appare davvero strano che la malattia non figuri assieme all'amore, alle battaglie e alla gelosia fra i temi principali della letteratura. Verrebbe da pensare che romanzi interi siano stati dedicati all'influenza: poemi epici alla febbre tifoide; odi alla polmonite; liriche al mal di denti. Ma no, salvo poche eccezioni [...]: la letteratura fa del suo meglio perché il corpo rimanga una lastra di vetro liscio attraverso cui l'anima appaia pura e chiara e, eccetto che per una o due passioni come il desiderio e la cupidigia, sia nullo, e trascurabile e inesistente.⁵⁷

Da quegli anni, però, è passato molto tempo e letteratura ha fatto della malattia un topos correlato a quello di “identità” – e della medicina, assai spesso, un oggetto di scherno o per lo meno di profonda sfiducia (una tendenza, evidentemente, per nulla nuova se pensiamo agli esempi di Petrarca, di Montaigne o dello stesso Molière). Ma continuiamo a seguire la Woolf:

Qualunque ragazzina innamorata può contare su Shakespeare o Keats per dar voce ai suoi sentimenti; ma basta che il malato tenti di spiegare a un medico la sofferenza che ha nella testa *perché il linguaggio si prosciughi di colpo*. Non c'è nulla di pronto all'uso. Egli sarà costretto a coniare qualche parola e, tenendo il suo dolore in una mano e un grumo di puro suono nell'altra [...], a pressarli insieme in modo tale che alla fine ne salti fuori una parola del tutto nuova. [...] Abbiamo bisogno [...] di una nuova *gerarchia delle passioni*: l'amore si ritiri davanti a quaranta di febbre; la gelosia lasci il posto agli attacchi di sciatica; l'insonnia prenda la parte del cattivo e l'eroe sia un liquido bianco dal sapore dolciastro – [...] uno dei cui nomi è Chloral.⁵⁸

⁵⁷ V. Woolf, *Sulla malattia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 7-8. Cfr. N. Gardini, *Postfazione*, ivi, pp. 97-98.

⁵⁸ Ivi, pp. 10-11 (corsivi nostri).

Il passo è splendido. La Woolf chiede che venga messa a punto una nuova “gerarchia delle passioni” ma non di passioni letterarie, di passioni intese in senso proprio, ossia di sofferenze fisiche. Spesso, però, queste sofferenze prosciugano il linguaggio e calamitano tutta l’attenzione sulla sciatica dolente o, a voler essere un po’ più metafisici, sulla febbre o sull’insonnia. Benché venga esperito dal malato con assoluta certezza, il dolore, resiste all’oggettivazione del linguaggio, gli è refrattario, talvolta lo distrugge, provocando un ritorno ai gemiti, ai lamenti, a “sussurri e grida”.⁵⁹

Dunque, che cosa deve fare un medico dinanzi alle parole del paziente, cioè di colui che è in preda alle “passioni”, se esse sono laconiche, sfuggenti, confuse o francamente opache? Il sociologo Arthur Frank parlava espressamente di una “chaos narrative”,⁶⁰ di una sorta di anti-narrativa in grado di sfidare l’ascoltatore più esperto e mettere in crisi i fondamenti della diagnosi differenziale. È per questo che il medico può far ricorso a una serie di domande più o meno precise: per carpire gli elementi di “rilevanza clinica”, per sistemarli secondo un ordine logico e cronologico, mettendo sullo sfondo tutto ciò che non è funzionale alla sua idea di malattia come “narrazione coerente”.

In realtà, è qualcosa di molto simile a ciò che compie qualsiasi narratore per costruire una storia credibile. I medici, però, per fare ordine, per armonizzare in chiave scientifica il significato veicolato dalle parole del paziente, ossia per tradurre in parametri oggettivi una descrizione soggettiva, si sono spinti persino a mettere a punto dei veri e propri questionari del dolore. Il più celebre è il cosiddetto “Questionario McGill”, realizzato negli anni Settanta e poi perfezionato nei decenni successivi: in una prima sezione viene chiesto al paziente di localizzare il dolore sul disegno di una figura umana e di distinguere tra dolore “interno” e “esterno”; nella seconda, gli si chiede di scegliere, tra venti classi e settantotto *items*, l’aggettivo idoneo a caratterizzare il suo dolore; nella terza, lo si invita a riassumere il decorso di questo dolore, mentre nella quarta di valutarne l’intensità attuale su una scala da 1 (cioè “lieve”) a 5 (cioè “atroce”).⁶¹

⁵⁹ Si tratta, ovviamente, del titolo del film di Bergman che si apre con le prime, lapidarie parole del diario di una donna: “è lunedì mattina presto, e io sto soffrendo”. Si veda I. Bergman, *Sei film*, Einaudi, Torino 1979, p. 232. Cfr. E. Scarry, *La sofferenza del corpo*, il Mulino, Bologna 1990, pp. 18-22 e B. J. Good, *Un corpo che soffre* (1992), in I. Quaranta, a cura di, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano 2006, p. 256.

⁶⁰ A. Frank, *The Wounded Storyteller*, cit., p. 79 e sgg.

⁶¹ Si veda R. Melzack, *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*, “Pain”, vol. 1, n. 3, 1975, pp. 277-299 e Id., *The short-form McGill Pain Questionnaire*, “Pain”, vol. 30, n. 2, 1987, pp. 191-197. Si veda anche l’Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) messo a punto da Leventhal e la Symptom Checklist -90 (SCL-90), tutti con il fine di aiutare a organizzare mentalmente e coerentemente una sequenza di eventi “oggettivi” e “soggettivi”: R. Moss-Morris *et alii*, *The Revised*

Siamo al cospetto di un tentativo di rendere misurabile la sofferenza attraverso l'addizione di dati, di per sé incompleti, ma la cui “coniugazione delinea a poco a poco i contorni di un oggetto altrimenti imprevedibile”.⁶² Insomma, un tentativo di strappare il dolore all'impressionismo descrittivo. Tuttavia capiamo bene che questo tipo di pratica conduce dritto dritto a un modello di anamnesi che somiglia più che mai a un *profiling*, e a una relazione medico-paziente simile a un interrogatorio.⁶³ Perciò la Narrative Based Medicine suggerisce ai medici di non temere l'apparente caoticità della narrazione del paziente: devono anzi prestarvi grande attenzione, dal momento che si tratta, in tutto e per tutto, del racconto della sua *illness* in tutta la sua sfuggente e impenetrabile complessità. Anzi, i medici dovrebbero proprio iniziare a considerare l'ipotesi di farne parte.

L'argomento, però, non può essere liquidato facendo ricorso a una vaga idea di riflessione o di empatia (anche questa intesa in senso etimologico). Un'analisi molto significativa al riguardo è quella compiuta da Micheline Louis-Courvoisier su una serie di lettere, più di millecento, scritte da pazienti e indirizzate al medico svizzero Samuel-Auguste Tissot, celebre nell'Europa settecentesca per essere autore di diverse pubblicazioni divulgative, che la studiosa ha scovato tra i manoscritti della biblioteca cantonale di Losanna. Alcuni di questi documenti sono brevissimi, e redatti in stile telegrafico, altri constano di quaranta pagine fitte fitte, evidentemente animate dalla paura di dimenticare qualcosa – e possono dunque “provocare al lettore, cioè al medico, un senso di confusione e quasi di soffocamento”. La questione di fondo all'origine di questo studio è posta con chiarezza: in assenza del suo corpo, della sua persona, il malato è davvero un soggetto “reale” per il curante? Sì, risponde l'autrice: il malato è presente “nella sua soggettività” attraverso narrazioni intime, che si fanno “garanti della sua verità corporea” e permettono al medico “di incorporare le sensazioni che questi percepisce”.⁶⁴ Vediamone un esempio, una lettera scritta da un certo Jacques Le Meilleur che consulta Tissot a proposito di una “petite incommodité”:

Je ne peux, Monsieur, vous donner une idée plus juste qu'en vous priant de vous mettre une petite gorgée d'eau dans la bouche, de façon qu'elle n'en soit pas entièrement pleine;

Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), “Psychology and Health”, vol. 17, n. 1, 2002, pp. 1-16 e U. Gianni, a cura di, *Narrative Based Medicine e complessità*, ScriptaWeb, Napoli, 2009, p. 47

⁶² D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, trad. it. Meltemi, Roma 2007, pp. 39-42.

⁶³ L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia*, trad. it. Einaudi, Torino 2009, p. 254.

⁶⁴ M. Louis-Courvoisier, *Qu'est-ce qu'un malade sans son corps?*, in F. Frei Gerlach *et alii*, a cura di, *Körperkonzepte / Concepts du corps*, Waxman, Münster-New York-München-Berlin 2003, pp. 301-303.

alors, en l'agitant un peu avec la langue, vous aurez l'idée la plus juste de ce qui se passe dans mon cerveau.⁶⁵

Effettivamente, questo paziente invita Tissot a incorporare la sua esperienza, gli chiede un'empatia e una simpatia estreme, innescate da un traslato di sensazione. Ma non tutti i pazienti sono in grado di descrivere efficacemente la loro situazione, o di ricorrere a metafore, allegorie, paragoni utili allo scopo. Lo stesso Tissot, infatti, nel suo *Avis au peuple* del 1761, aveva inserito una sorta di “griglia di lettura del corpo” ad uso dei pazienti, cosicché il racconto della loro sofferenza potesse essergli più comprensibile.⁶⁶ Siamo di fronte a un antenato dei questionari del dolore, che, per la sua distanza cronologica, dimostra in maniera meno fredda che non tutti i pazienti, al pari dei medici, possiedono abilità narrative...

Per dirla in maniera più seria, nella vita di ogni giorno non è affatto facile trasformare il racconto di una sofferenza in una narrazione “magnificante” che sappia muoversi dal dall'anatomico al simbolico, e ritorno. La letteratura è ricchissima di metafore sul dolore, perché questo, è intrinsecamente metaforico.⁶⁷ Kafka, nell'aprile del 1920, ricordava a Milena la spiegazione che egli stesso aveva escogitato per il suo caso:

Il cervello non riusciva più a tollerare le preoccupazioni e i dolori che gli erano imposti. Diceva: “Non ne posso più, ma se c'è ancora qualcuno cui importi conservare il totale, mi tolga un po' del mio peso [...]”. Allora si fecero avanti i polmoni, che, tanto, non avevano nulla da perdere. Queste trattative tra il cervello e i polmoni, che si svolgevano a mia insaputa, devono essere state spaventevoli.⁶⁸

Nietzsche battezza persino il suo dolore:

Ho dato un nome al mio dolore e lo chiamo “cane” – esso è tanto fedele, tanto invadente e spudorato, tanto capace di svagare, tanto assennato, come ogni altro cane – e io posso apostrofarlo e sfogare su di lui i miei malumori: come altri fanno con i loro cani, servitori e donne.⁶⁹

⁶⁵ Lausanne, BCU, IS/3784/II/144.01.06.17, cit. *ivi*, p. 303

⁶⁶ M. Louis-Courvoisier, *Qu'est-ce qu'un malade sans son corps?*, cit., p. 303

⁶⁷ Si veda il bel C. Durif-Bruckert, *Une fabuleuse machine*, L'œil neuf, Paris 2008, sulle caratteristiche e le traduzioni verbali dei “saperi profani” in medicina. Cfr. D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, cit., *passim*.

⁶⁸ F. Kafka, *Lettere a Milena*, Mondadori, Milano 1988, pp. 6-7.

⁶⁹ F. Nietzsche, *La gaia scienza*, in Id., *La gaia scienza e Idilli di Messina*, Adelphi, Milano 1997, p. 225.

È evidente che si tratta di stratagemmi a cui un paziente “creativo” può far ricorso per parlare della propria malattia, perché il profano, per tradurre ciò che “sente”, deve servirsi di universi altri rispetto a quello propriamente scientifico. Tuttavia, come ricorda la medicina narrativa, è lo stesso linguaggio della medicina ad avere una vocazione figurale e metaforica. Pensiamo alle metafore belliche, per cui la malattia deve essere combattuta, aggredita o debellata, pensiamo a quella idraulica, che ancora domina l’immagine della funzionalità del cuore, o a quella assai più recente di natura “bioinformatica”, che rappresenta il corpo come un sistema di comunicazione che funziona in termini di “trasmettitori”, “messaggi”, “codifiche” e “recettori”.⁷⁰ La metafora, insomma, non si insedia solo nella narrazione dei *sintomi* (dimensione profana e soggettiva) ma anche in quella dei *segni* (dimensione scientifica e oggettiva). Scrive Luca Serianni:

In epoche in cui non esisteva la diagnostica per immagini, il ricorso alla metafora ha rappresentato il metodo più economico per comunicare nuove acquisizioni descrittive; [...] ieri e oggi procedure del genere possono essere indicate per rappresentare un segno patognomico *così come lo describe o lo descriverebbe un paziente* (sensazione di sabbia negli occhi) o come potrebbe rappresentarlo un *osservatore esterno* (lingua a carta geografica, torace a clessidra). Del resto anche i referti diagnostici o autoptici non disdegnano la figuratività: il cuore a scarpa, le lesioni mummulari (cioè di forma rotondeggiante, simile a quella di una moneta), le lesioni polmonari a vetro smerigliato, la mucosa con aspetto ad acciottolato.⁷¹

Se la medicina rappresenta un segno così “come lo descriverebbe un paziente” o un “osservatore esterno” significa che è perfettamente in grado di trovare un modo per ricollegare segno e sintomo (il primo appartenente al regno del *Körper*, il secondo a quello del *Leib*). La metafora si presta molto bene a questo uso, perché aggiunge al discorso medico una qualità figurale, potentissima dal punto di vista comunicativo, poiché illustra una condizione astratta in termini molto più concreti (pensiamo a espressioni come “dolore trafittivo”, “cefalea a grappolo”, “globo faringeo”, ecc.).⁷²

⁷⁰ Si veda ovviamente S. Sontag, *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino 1992, in part. pp. 63-64 ma anche G. Bert, *Medicina narrativa*, cit., pp. 231-232; M. Hanne e S. J. Hawken, *Metaphors for illness in contemporary media*, “Medical Humanities”, n. 33, 2007, pp. 94-96. S. Tomelleri, *Le metafore in opera nelle pratiche mediche*, in P. Conrad e A. Maturo, a cura di, *La medicalizzazione della vita*, “Salute e Società”, n. 2, 2009, pp. 153-166; M. Lock e N. Scheper-Hughes, *Un approccio critico interpretativo in antropologia medica* (1990) in I. Quaranta, a cura di, *Antropologia della medicina*, cit., p. 175.

⁷¹ L. Serianni, *Un treno di sintomi*, Garzanti, Milano 2005, p. 265 (corsivi nostri).

⁷² G. Bert, *Medicina narrativa*, cit., p. 230.

Attraverso l'utilizzo della metafora, la medicina dimostra dal suo interno che l'oggettivismo, tradizionalmente alleato della precisione scientifica, della razionalità e dell'imparzialità, e il soggettivismo, tradizionalmente associato alle emozioni, alle intuizioni e all'immaginazione, hanno bisogno l'uno dell'altro per esistere.

Ma se vogliamo favorire la natura e la ragione di tale connubio, dobbiamo pensare esattamente in questi termini. Ovvero, concepire la metafora in senso "antiromantico", come "razionalità immaginativa" o "figurale", e non farne un poetico vessillo del soggettivismo – posizione che porterebbe a rinforzare la dicotomia tra scienza e ragione, da un lato, e arte e immaginazione dall'altro. La metafora, infatti, ha una natura più interattiva che sostitutiva, e riguarda sempre la possibilità di coesistenza di due spazi mentali, entrambi consapevoli di qualche propria, intima mancanza.⁷³

Scriva Ricoeur:

La metafora mantiene due pensieri, di cose diverse, simultaneamente attivi all'interno di una parola o di una espressione semplice, il cui risultato è la risultante della loro interazione. Ovvero [...], la metafora *tiene insieme*, in un significato semplice, *due diverse parti mancanti* dei contesti diversi di questo significato. Non si tratta più dunque di un semplice trasferimento delle parole, ma di uno scambio tra pensieri, cioè di una transazione tra contesti.⁷⁴

Il corpo, normale o patologico che sia, si presta assai bene a questi a questi transfert di contesti concettuali. Judith Schlanger, nel suo *Les métaphores de l'organisme*, un classico della storia e dell'epistemologia delle scienze umane, parla di una "dénivellation du niveau analogique", in cui

tantôt la métaphore s'attache au détail concret de la naturalité extérieure, tantôt aux caractères abstraits et élaborés d'une organicité métaphysique. [...] Les uns témoignent du rôle des transfert de schèmes pour la conceptualisation inventive, exprimant ainsi le caractère conventionnel de l'intuition rationnelle. Les autres à un caractère purement rhétorique, c'est-à-dire visent à persuader et à convaincre plus qu'à prouver et à gagner l'adhésion plutôt qu'à établir le savoir.⁷⁵

⁷³ Sulla concezione interattiva della metafora si veda M. Black, *Modelli, archetipi, metafore*, Pratiche, Parma 1983, *passim*. Si veda G. Lakoff e M. Johnson, *Metafora e vita quotidiana*, trad. it. Bompiani, Milano 1998, in part. pp. 52, 147 e 232-236. Cfr. A. M. Lorusso, *Introduzione*, in Ead., a cura di *Metafora e conoscenza*, Bompiani, Milano 2005, *passim*

⁷⁴ P. Ricoeur, *La metafora viva*, Jaca Book, Milano 1976, p. 108.

⁷⁵ J. Schlanger, *Les métaphores de l'organisme*, L'Harmattan, Paris 1995, p. 7.

In altri termini, come spiega la Schlanger, all'interno di un determinato discorso la metafora non serve solo per rendere comprensibile ciò che altrimenti potrebbe restare oscuro ai più, ma serve a questo stesso discorso perché sia, a sua volta, comprensibile a se stesso.⁷⁶ Ciò, evidentemente, rende assai più complessa l'idea di metafora, che non sarebbe più solo un "prestito" terminologico o concettuale ma metodologico e epistemologico.

Susan Sontag affermava senza mezzi termini che la malattia *non* dovrebbe essere metafora, dal momento che essa agirebbe in maniera negativa, robusta e durevole sulla percezione sociale della malattia.⁷⁷ Ma in tempi più recenti, questa posizione è stata assai criticata: si imputa alla Sontag di aver sostenuto un'idea superficiale di metafora, nonché, paradossalmente, di averne accentuato la potenza e la resistenza proprio attraverso la sua denuncia. La metafora può connotare al negativo una malattia, non c'è dubbio, ma può anche agire a livello emotivamente e socialmente più positivo. È proprio per questo che i professionisti della sanità e i divulgatori scientifici devono prestare molta attenzione alla loro scelta e al loro utilizzo.⁷⁸

Insomma, per fare i conti con la malattia e con il malato, la medicina non dovrà solo mettere a punto nuove, rivoluzionarie terapie ma anche parole e metafore nuove, capaci di stimolare, più o meno coscientemente, una riflessione su diversi livelli di realtà: perché comprendere una metafora, ci viene ricordato, significa possedere una "visione stereoscopica".⁷⁹ Non sorprende dunque che la metafora si trovi al centro degli interessi, degli studi e delle pratiche della medicina narrativa. Ma nella realtà quotidiana, quella in cui il medico e il malato si incontrano, e cercano di comunicare tra loro, persiste comunque una divaricazione linguistica che rende ardua la creazione di una sintassi comune. Per il paziente la metafora è spesso necessaria, perché talvolta essa sola "può esprimere lo sbalordimento, il panico combinato alla beatitudine della persona minacciata".⁸⁰ In sintomo è metafora, talvolta fin dal suo fenomeno (è spesso impossibile stabilire una spazialità logica dell'interno del proprio corpo...). Ma nel caso del medico la questione è diversa. Alcune metafore mediche, è vero, riflettono

⁷⁶ Ivi, p. 18.

⁷⁷ S. Sontag, *Malattia come metafora*, cit., *passim*.

⁷⁸ M. Hanne e S. J. Hawken, *Metaphors for illness in contemporary media*, cit., p. 98. Si veda anche G. Calvi, *Quello che i medici non sanno*, cit., p. 18.

⁷⁹ P. Vineis, *Nel crepuscolo della possibilità*, Einaudi, Torino 1999, p. 63. Si veda anche ivi, p. 158 e R. Bodei, *Introduzione*, in H. Blumenberg, *Naufragio con spettatore*, il Mulino, Bologna 1985

⁸⁰ A. Broyard, *Intoxicated by My Illness*, Fawcett Books, New York 1992, p. 18, cit. in N. Gardini, *Postfazione*, in V. Woolf, *Sulla malattia*, cit., p. 73.

ancora la loro natura attiva di principi di investigazione razionale, conservano la ricchezza di un'origine o riportano un po' di colore sull'astrazione e il tecnicismo (pensiamo alle definizioni di lesione "benigna" o "maligna"): così si inseriscono comodamente in quella "comunicazione medica simbolica" che agisce sull'immaginario collettivo. Ma ormai la maggior parte di esse viene relegata dai medici a far parte di quel "lay discourse used by, and for, nonprofessional to talk about disease".⁸¹ Insomma, pare impossibile non concordare con Heinrich von Kleist, secondo cui gli uomini si dividono in due classi, quelli che si intendono per metafore e quelli che si intendono per formule, e quelli "che si intendono per mezzo di entrambe sono troppo pochi per farne una classe".⁸²

Non vi è dubbio che la proliferante terminologia medica, di natura biologica, biochimica o biofisica, faccia palesemente difetto dal punto di vista comunicativo e accentui così "il distacco iniziatico della corporazione clinica dai profani". E non vi è neppure dubbio che oggi, rispetto al passato, il modello di diagnosi basato sull'interazione verbale abbia progressivamente perduto importanza – ovvero, come è stato detto, che all'"ascolto" sia subentrata l'"auscultazione".⁸³ Uno studio del 1984 dimostrava che, nella maggior parte dei casi, i medici interrompono il racconto del paziente solo dopo diciotto secondi, e studi successivi non hanno documentato grandi progressi al riguardo.⁸⁴ È chiaro che un approccio di questo genere è un'eccellente precondizione perché il rapporto medico-paziente continui ad essere fortemente

⁸¹E. Klaver, a cura di, *The Body in Medical Culture*, Suny Press, New York 2009, p. 3; R. Boyd, *Metafora e mutamento delle teorie*, in R. Boyd e T. S. Kuhn, *Le metafore nella scienza*, Feltrinelli, Milano 1983, pp. 50-51. Si veda anche H. Blumenberg, *Naufragio con spettatore*, cit., pp. 116-119; M. Ogrizek, J.-M. Guillery e C. Mirabaud, *La communication médicale*, PUF, Paris 1996, in part. p. 14 e J. Vons, *Mythologie et médecine*, Ellipses, Paris 2000, *passim*.

⁸² Cit. in H. Blumenberg, *Naufragio con spettatore*, cit., p. 130

⁸³ F. G. Crookshank, *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina* (1926), in C. K. Ogden e I. A. Richards, *Il significato del significato*, Il Saggiatore, Milano 1966, p. 391; M. Ogrizek, J.-M. Guillery, C. Mirabaud, *La communication médicale*, cit., *passim*; M. Mattioli, *Neologismi e barbarismi nelle scienze mediche*, Martello, Milano, 1979, in part. p. 38; L. Serianni, *Un treno di sintomi*, cit. p. 115. Si veda anche F. Gierstberg, *Immagini della cura*, in N. Leonardi, a cura di, *Luoghi della cura / Places of cure*, Silvana-Linea di confine, Milano 2005, pp. 102-105, dove si prendono ad esempio tre notissimi progetti fotografici per chiarire il mutamento della relazione medico-paziente: la serie *Country Doctor* di W. Eugene Smith, pubblicata su "Life" nel 1948, *The Knife and the Gun Club: Scenes from an Emergency Room* di Eugene Richards, realizzato nel 1980 presso il Denver General Hospital, in Colorado (lo stesso stato in cui aveva scattato le sue fotografie anche Smith) e *Docile Bodies* di Lewis Baltz, che nel periodo dal 1990 al 1998, ha fotografato le attrezzature di una serie di ospedali francesi (Figg. 3-5).

⁸⁴ H. B. Beckman e R. M. Franckel, *The effect of physician behaviour on the collection of data*, "Annals of Internal Medicine", n. 101 (5), 1984, pp. 692-696. Si veda anche A. Tversky e D. Kahneman, *Judgment under uncertainty*, "Science", n. 185, 1974, pp. 1124-1131 e L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia*, cit., p. 29; R. C. Maulitz, *La fondazione della diagnosi*, in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, Laterza, Roma-Bari 1998, p. 269. Cfr. I. Cavicchi, *La clinica e la relazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2004, p. 236 e E. A. Moja e E. Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000.

sbilanciato: un paziente quasi muto, alle prese con il suo caos e i suoi dubbi, e un medico armato di un arsenale preconfezionato di diagnosi lapidarie, a cui, se crede, può far seguire qualche predica scontata. Al contrario, perché la medicina sia davvero un'ermeneutica, la "chaos narrative" del paziente andrebbe ascoltata con estrema attenzione – perché l'ermeneutica considera gli elementi complessi del contesto e, nel rapporto medico-paziente, il massimo esperto del "contesto" è proprio il paziente. La natura della medicina però, al di là di programmi di facile formulazione, è assai composita, così come lo sono le esperienze dei medici nella loro pratica quotidiana. Roland Barthes, nel suo *Sémiologie et médecine* si interroga sulla relazione tra segno e sintomo, il primo come appartenente alla *disease* il secondo alla *illness*. Il sintomo è

le *phénoménal*; mais un phénoménal qui n'a pas encore rien de sémiologique, de sémantique [...]. Nous croyons que le symptôme est quelque chose qui est à déchiffrer, alors qu'en fait il semble que médicalement, l'idée de symptôme n'emporte pas immédiatement l'idée d'un déchiffrement, d'un système à lire, d'un signifié à découvrir; il ne serait au fond que le *fait brut* offert à un travail de déchiffrement, avant que ce travail ait commencé.⁸⁵

Ma è il segno che, invece, deve essere oggetto di questo "travail de déchiffrement".

En face du symptôme, le signe qui fait partie de la définition de la sémiologie médicale serait au fond le symptôme additionné, supplémenté de la conscience organisatrice du médecin, [...] c'est le symptôme en tant qu'il prend place dans une description. [...] Le médecin serait alors celui qui transforme, par la médiation du langage le symptôme en signe.⁸⁶

Insomma, oltre a una natura ermeneutica, la medicina ha anche una natura sem[e]iotica, che le serve per organizzare la dilagante variabilità dei fenomeni. Dinanzi a ciò, ad esempio, l'idea della "cartella clinica" parallela proposta dalla Charon ci pare piuttosto ingenua e, soprattutto, incapace di condurre a un'organizzazione realmente sintattica nella relazione medico-paziente: si limita ad essere una soluzione, per così dire, "paratattica" già a partire dalla sua denominazione. In medicina è necessario rimodellare la narrazione dei sintomi in narrazione di segni: il fatto che poi l'esito di

⁸⁵ R. Barthes, *Sémiologie et médecine*, in Id. *L'aventure sémiologique*, Seuil, Paris 1985, p. 275 (corsivi nostri).

⁸⁶ Ivi, pp. 275-276.

questo rimodellamento sia affiancato da una traduzione seconda, che tenti di ristabilire una relazione con il “fait brut” del fenomeno, non ci pare affatto negativo. Anzi. Può senz’altro essere di qualche utilità nel momento dell’ulteriore traduzione richiesta dall’interazione con il paziente. Ma, appunto, è un esercizio che non ha nulla di nulla di autenticamente “sintattico”, per il fatto che non dà alcuna certezza sull’efficacia questa ulteriore traduzione.

C’è un curioso passo di Ivan Illich, tratto dal testo di una sua conferenza del 1998. Illich vi sostiene che un tempo

il *paziente* raccontava [...] sapeva ancora descrivere ciò che provava, uno squilibrio degli umori, un’alterazione dei flussi, un disorientamento dei sensi e coaguli terrificanti. Quando leggo il diario di questo o quel *medico* dell’età barocca, ogni annotazione fa pensare a una tragedia greca. L’arte medica era l’arte dell’ascolto.⁸⁷

La curiosità di questo testo sta nella confusione che vi regna tra il ruolo del medico e quello del paziente: “il *paziente* sapeva ancora descrivere”, ma è il diario “di questo o quel *medico*” che a Illich ricorda a una “tragedia greca”... Chiediamoci, infatti, quale fosse il “fait brut” da cui ha avuto origine questo diario di età barocca, se registrasse fedelmente i dati dell’interazione dell’autore con i suoi pazienti, che natura avesse davvero tale interazione, se fosse un diario clinico o un diario privato – quest’ultimo capace di fare appello a tutte i *desiderata* eroici dei medici di ogni tempo e ogni luogo.

Il medico è un uomo esattamente come tutti gli altri, che, diceva Georges Canguilhem parecchi anni fa, “conserva qualche ricordo del blocco originario da cui è stata scolpita la sua figura”, e talvolta capisce che “i clienti possano limitarsi a chiedergli soltanto di conservare una certa capacità di vivere, o di ritrovarne una equivalente, senza preoccuparsi troppo di sapere se i test oggettivi di guarigione sono positivi e concordanti.⁸⁸ È senz’altro così. Ma come trattare il ricordo di questo blocco originario nelle giornate in corsia? Con quali strumenti ricostituire una enclave narrativa, o umanistica, e tradurla in termini clinici?

È evidente che se le competenze narratologiche aiutano il medico a mettere in prospettiva il sentiero simbolico di parole, sensazioni e aspettative di cui il paziente è

⁸⁷ I. Illich, *Non lasciarci soccombere alla diagnosi, ma liberaci dai mali della sanità* [prolusione al convegno “Malattia e salute come metafore sociali”, Bologna, 25-28 ottobre 1998], in Id., *Nemesis medica*, Bruno Mondadori, Milano 2004, pp. 311-313 (corsivi nostri).

⁸⁸ G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?* (1978) in Id., *Scritti sulla medicina*, cit., pp. 42-43. Cfr. Id., *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998. Si veda ovviamente S. Bartoccioni, G. Bonadonna e F. Sartori, *Dall’altra parte*, cit., *passim*.

portatore, esse non potranno che giovargli. Ma queste ipotesi di complessità, o a favore della complessità, sono a loro volta oppresse da realtà stringenti e concrete. Facciamo un esempio: oggi più che mai il paziente parla del proprio corpo facendo ricorso a una terminologia di estrazione medica. Si tratta, evidentemente, di una terminologia che non rispecchia perfettamente quella ufficiale e talvolta la storpia in maniera immaginifica. Comunque sia, è qualcosa che i medici percepiscono come invadente e inopportuno. Potremmo rispondere a questi medici irritati che la medicina opera in una dimensione sociale, e non in un universo scientifico etereo; potremmo dire loro che hanno ragione, che i pazienti con queste abitudini mettono a repentaglio la loro tranquillità, e che se ne era preoccupato anche Diderot negli *Éléments de physiologie*:

Danger pour le malade de savoir la langue courante de la médecine. Il s'exprime par des mots techniques et tenant à des hypothèses bien ou mal fondées et il abandonne les vraies voix de la sensation, qui signifieraient toujours quelque chose de vrai.⁸⁹

Potrebbe già essere sufficiente, ma potremmo continuare e cercare di convincerli dell'inevitabilità di questa brutta seccatura raccontando loro una storiella riferita da Ermanno Bencivenga, dove un dottore “serio e accigliato” e con “tanti grossi libri sotto il braccio” entra in una classe di bambini per spiegare loro come si compie il processo digestivo:

Gli parlò dello stomaco, del chilo e del chimo e dei succhi gastrici e degli umori e degli acidi e dei sali, e di come tutto fosse un delicato equilibrio e minacciasse di crollare da un momento all'altro con grande clangore. I bambini si spaventarono, e con lo spavento arrivarono anche i problemi. Prima, infatti, senza saperlo digerivano: qualche volta più facilmente, altre volte meno, ma digerivano. Adesso invece che conoscevano questa misteriosa parola, “digerire”, e molte altre parole simili e altrettanto inquietanti, erano sempre preoccupati. “Riuscirò a *digerire* anche questo?”, si chiedevano prima di mettere qualcosa in bocca. “Sarà *digeribile*?”, “Che effetto avrà sui miei *processi digestivi*?”, “Mi procurerà un' *indigestione*?”.⁹⁰

⁸⁹ D. Diderot, *Eléments de physiologie*, Honoré Champion, Paris 1994, p. 351.

⁹⁰ E. Bencivenga, *La filosofia in trentadue favole*, Mondadori, Milano 1997, p. 39.

Insomma, il linguaggio del *Körper* può rovinosamente interferire con le silenziose abitudini del *Leib*.⁹¹ Ma se vogliamo procedere in modo “ermeneutico” non possiamo accontentarci di questa considerazione. Perché l’utilizzo da parte del paziente di un lessico che, con tutte le storpiature del caso, appartiene al dominio *Körper* è interpretabile anche come il tentativo, da parte sua, di trovare una spiegazione al sentimento del *Leib* – ovvero che il paziente desideri che la sua malattia sia anche *disease* e non solo *illness* (o, per restare in ambito tedesco, che sia anche *Krankheit* oltre che *Erkrankung*). Dibattuto tra “paziente interiore” e “medico di se stesso”, il malato, attraverso il maldestro utilizzo di un vocabolario tecnico, compie un tentativo di esteriorizzazione del proprio corpo, che gli conceda di prendere un poco di distanza dalla sofferenza e scongiurare l’inquietudine.⁹² Se è così, perché il medico non segue il paziente su queste sue derive linguistiche?

Quanto al medico, lo sappiamo, è sempre più in preda ad incertezze che sono, in ultima analisi, incertezze di ruolo. Visto che siamo in ambito narrativo, prendiamo un altro esempio, questa volta tratto dalla *Lunga notte del dottor Galvan* di Daniel Pennac (titolo originale: *Ancien malade des hopitaux de Paris*). Pennac racconta la storia di un giovane medico alle prese con un paziente che continua a moltiplicare i suoi sintomi, quasi che, dice, fosse “indeciso tra tutte le morti possibili”.⁹³ Ecco la descrizione del contesto in cui avviene il penoso incontro:

Ero di guardia al pronto soccorso della clinica universitaria Postel-Couperin. Era domenica ed eravamo nel pieno della classica frenesia notturna: incidenti domestici, infezioni eruttive, suicidi abortiti, aborti mancati, sbronze comatose, infarti, attacchi epilettici, embolie polmonari, coliche nefritiche, bambini bollenti come pentole, automobilisti in polpette, spacciatori fatti a colabrodo, barboni in cerca di alloggio, donne picchiate e mariti pentiti, adolescenti fumati, adolescenti catatonici [...]. Tutta quella bella gente faceva il possibile per sottrarsi al lunedì mattina, e io come sempre iniettavo, otturavo, intubavo, cucivo, suturavo, sondavo, zaffavo, drenavo, medicavo, facevo partorire, qualche volta addirittura prevenivo e depistavo.⁹⁴

⁹¹ G. Canguilhem, *La salute: concetto volgare e questione filosofica* (1988), in Id. *Scritti sulla medicina*, cit., pp. 23-24

⁹² O. Faure, *Le regard de médecins*, in A. Corbin, J.-J. Courtine e G. Vigarello, a cura di, *Histoire du corps*, vol. 2, Seuil, Paris 2005, p. 15; G. Giorello, *Medicina tra scienza ed ermeneutica*, cit., p. 43

⁹³ D. Pennac, *La lunga notte del dottor Galvan*, Feltrinelli, Milano 2007, p. 42.

⁹⁴ Ivi, pp. 7-8.

E mentre il dottor giovane affronta “ogni malato come uno scalino”, ecco apparire un paziente che “non aveva né età, né ambizione”, che aveva “lasciato che gli passasse davanti metà del corridoio” e si limita a dire: “Non mi sento tanto bene”.⁹⁵ Quale inesperienza narrativa! Che scarsa collaborazione! Dove soffre? Come soffre? Di che cosa soffre? La sua sfida è radicale, visto che, dopo aver sbaragliato qualsiasi competenza medica, si presenta in perfetta salute con in mano un biglietto da visita: “GRAN VETERANO DEGLI OSPEDALI DI PARIGI” (che è il titolo originale del racconto).⁹⁶ Il dottor Galvan, ovviamente, non reagisce bene. Certo, ha sospettato che questi soffrisse della Sindrome di Münchhausen, o di una delle tante patologie della cura di cui si occupano i DSM, ma ugualmente gli sferra un pugno sul mascellare superiore, i cui effetti sono così descritti: “lussazione della mandibola, lingua tranciata, frattura del setto nasale, sfondamento dell’orbita”.⁹⁷

Il giovane Galvan sa che l’etica medica significa trattare bene anche il paziente antipatico, ma lui ci confessa: “Se devo dirla tutta, miravo alla commozione cerebrale”.⁹⁸ Anni dopo, di quell’episodio conserva solo un ricordo (“un reumatismo all’articolazione metacarpo-falangea del dito medio”),⁹⁹ ma sa che fu proprio questa vicenda a fargli prendere la decisione di abbandonare la medicina. Ha scelto di fare il meccanico: ossia, ci spiega meglio, manterrà la vocazione alla cura, ma curerà “solo macchine, l’ultimo rifugio dell’innocenza” – perché “un’auto gioca pulito, un ammasso di ferraglia e di stoppa più o meno elettrificata; nemmeno l’ombra di un sogno identitario”.¹⁰⁰

I pazienti sono problematici, non meno dei medici. E anche il loro ruolo è in costante evoluzione. Recuperiamo dunque il nostro Ivan Il’ič. Lo avevano lasciato alla sua prima visita, intento a riflettere pensosamente sulle similitudini tra il suo tribunale e lo studio del medico. Ma il seguito della citazione riportata più sopra è la seguente:

Il dottore diceva che c’erano *certi* sintomi, per cui si poteva dedurre che c’era una *certa* affezione interna, che se però non veniva confermata da *certi* esami, poteva invece trattarsi di una *certa* altra infermità, che in ogni caso era solo una supposizione, perché per arrivare a una *certa* diagnosi mancavano *certi* elementi del quadro, eccetera eccetera. *Solo una cosa interessava a Ivan Il’ič: il suo stato era pericoloso oppure no? Ma il*

⁹⁵ Ivi, pp. 11-12

⁹⁶ Ivi, p. 61.

⁹⁷ Ivi, pp. 57 e 62.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ Ivi, pp. 65-66.

¹⁰⁰ Ivi, p. 65.

dottore ignorava quella *richiesta inopportuna*. Dal suo punto di vista, la domanda era oziosa e non meritava di essere presa in considerazione: si trattava solo di soppesare una serie di ipotesi, rene mobile, catarro cronico o malattie dell'intestino cieco. La vita di Ivan Il'ič non era in questione, era in questione la disputa fra rene mobile e intestino cieco. E, sotto gli occhi di Ivan Il'ič, il dottore risolse brillantemente questa disputa a favore dell'intestino cieco, con la riserva però che l'esame dell'urina poteva fornire nuovi dati e che allora tutto il quadro della malattia andava rivisto. Era esattamente quello che aveva fatto migliaia di volte Ivan Il'ič, brillantemente, con i suoi imputati...¹⁰¹

A suo modo – che è anche un modo quanto mai “universale” – Ivan vuole uscire dalla complessità, non vuole sentirsi dire che “one natural way to describe a given situation does not exist”.¹⁰² Vuole che alla sua malattia venga dato un *nome*, perché sa, in cuor suo, che ogni diagnosi contiene implicitamente una prognosi. Ossia, vuole che il medico, per utilizzare un'altra metafora di ambito giuridico, gli comunichi il “verdetto”. Vuole chiarezza, non se ne fa nulla della logica *fuzzy*.

Con Tolstoj siamo al 1886, nel secolo degli eponimi. Ma restiamo ancora in campo letterario, questa volta con il *Condominio di carne* di Valerio Magrelli e il suo banalissimo “disturbo a un'unghia” – responsabile della trasformazione di “quella porzione cristallina” in una “torcia marmorizzata”, in una “unghia mannara”, in un “cupo lapislazzulo foggato da qualche ignoto maestro cosmatesco”.¹⁰³ Per mesi, Magrelli fece “bricolage di se stesso”, poi si convinse a consultare qualche medico: analisi radiologiche, ipotesi di traumi meccanici, virali o fungini, e terapie a base di domopack e vernici notturne. Poi

[fu la volta dell'incontro] con il medico umanista, esperto di argot, studioso di esoterismo. Sagaci giochi di parole, e l'unghia sempre a pezzi. Poi uno calvo, più schietto, e con una vera vocazione bibliografica. Almeno parla chiaro. Prende dagli scaffali un'enciclopedia intitolata *L'unghia*, sede vicino a me e comincia a sfogliare. In una specie di confronto all'americana, mi invita a riconoscere il colpevole tra cento altri sospetti. E pagina dopo pagina, volume dopo volume, scorrevano le unghie più rovinata del pianeta, una sterminata galleria di cheratine capaci di ogni forma immaginabile. Pietre

¹⁰¹ L. Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ič*, cit., p. 38 (corsivi nostri).

¹⁰² M. Louis-Courvoisier e A. Wenger, *How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities*, cit., p. 51.

¹⁰³ V. Magrelli, *Nel condominio di carne*, Einaudi, Torino 2003, p. 96.

preziose, a modo loro, in un lapidario che spaziava su colori di ogni genere. Distrofia idiopatica, concluse, o meglio, onicolisi inesplicata.¹⁰⁴

“Onicolisi inesplicata”. Un nome che si limita a esprimere l’esito di un processo ma non ne chiarisce le cause, che, pur indicando un “segno”, lo appiattisce nuovamente sul “sintomo”, delegando al malato la responsabilità di ripercorrere tutti gli accidenti, e magari tutti i pensieri, che possano fornire un’ipotesi plausibile sulla sua origine. Ma in un’epoca di confronti all’americana, se diagnosi è fatta, se il medico “parla chiaro”, magari a partire proprio dalle immagini, poco importa che l’onicolisi rimanga inesplicata.

Michel Foucault diceva che “rispetto all’essere individuale e concreto, la malattia non è altro che un nome”¹⁰⁵ – un nome parziale, che appartiene alla *disease* e non tiene conto della *illness*. Se confrontiamo il racconto medico e quello extramedicale su una qualsiasi malattia, ci accorgiamo immediatamente che i due discorsi non appartengono allo stesso ordine, e non hanno neppure lo stesso valore, anche se entrambi possono essere portatori di un valore clinico e anche estetico. I nomi che il medico attribuisce a ciò che accade nel corpo del paziente sono evidentemente insufficienti e spesso, come dice Tolstoj, favoriscono solo una spiegazione che si limita alla “disputa fra rene mobile e intestino cieco”, una spiegazione irrispettosa e di sicuro insufficiente a dar ragione della complessità dell’esperienza di malattia. Ma, appunto, la medicina ha bisogno di fare ordine, perché per dirla con le parole di Lacan “ce qui se passe dans les tripes, c’est l’innommable”.¹⁰⁶

Domanda: il medico è consapevole che la trasformazione da *Leib* a *Körper*, oltre ad essere un’esperienza dolorosa, è anche perennemente incompleta? Carlo Dossi avrebbe trattato questo tema con l’umorismo che lo contraddistingueva:

Che è mai il coraggio? Un po’ di sangue in più. Che cos’è la bontà? Digestioni perfette. E il rossore? Delicatezza di pelle. Oh, quante poetiche melancolie non sono che

¹⁰⁴ Ivi, pp. 96-97.

¹⁰⁵ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969, pp. 131-132. Si veda G. Erba, *La malattia e i suoi nomi*, Meltemi, Roma 2007, pp. 47-82.

¹⁰⁶ J. Lacan, *Séminaires. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Seuil, Paris 1978, p. 253.

esalazioni di cibi ingeriti, oh quanto conservatorismo è semplice gotta, oh quanta irreconciliabilità è malattia di fegato!¹⁰⁷

Quanto alla possibile risposta relativa alla consapevolezza da parte dei medici, essa non potrà che tener conto delle sensibilità e degli approcci individuali. Nella pratica medica, naturalmente, esistono consuetudini che paiono in qualche modo confermare quanto diceva Canguilhem – ovvero che anche il medico conserva “il ricordo del blocco originario da cui è stata scolpita la sua figura”.¹⁰⁸ Ed è proprio sulla natura e sulle possibili estensioni di questo “blocco originario” che paiono voler lavorare le medical humanities e la medicina narrativa. Chiediamoci però in che modo.

Per espressa dichiarazione di alcuni dei suoi fondatori, la medicina narrativa ha un impianto che deve molto all’influenza dell’antropologia, della psicologia e, soprattutto, della psicoanalisi. Scrive Rita Charon:

As in psychoanalysis, in all medical practice the narrating of the patient’s story is a therapeutically central act, because to find the words to contain the disorder and its attendant worries gives shape to and control over the chaos of illness.¹⁰⁹

Non c’è dubbio: un cardiologo, un nefrologo o un gastroenterologo, magari per sfuggire a questo “caos”, traducono fin troppo rapidamente la *illness narrative* del malato in *disease narrative*. Così desoggettivizzano il paziente, ogni tipo di paziente: da quello timido e silenzioso, a quello che, nel pieno rispetto della sua soggettività, si presenta in un foglietto sul quale ha registrato tutti i sintomi, minuto per minuto. Nondimeno, siamo tutti debitori della rivoluzione psicoanalitica, delle sue pratiche, in cui la storia del paziente è l’atto centrale del processo terapeutico, e delle sue teorie – perché “ogni scienza, dopo Freud, deve fare i conti con la propria veste retorica”, con un “tessuto di miti e figure che si nasconde tra le pieghe del discorso” e che riguarda, in sostanza, la radicale riconsiderazione del rapporto dialettico tra soggetto e oggetto.¹¹⁰

Nell’ambito delle scienze umane in medicina si dice che

¹⁰⁷ C. Dossi, *Calamajo di un medico [Ritratti umani]*, in Id., *Opere*, a cura di D. Isella, Adelphi, Milano 1995, 651, anche in F. Pevere, *Anatomie dell’anima*, in G. Bárberi Squarotti, V. Boggione e B. Zandrino, a cura di, “*E se permette faremo qualche radioscopia*”, cit., p. 144.

¹⁰⁸ Si veda *supra*. Pensiamo, ad esempio, alle metonimie o le sineddoci comunemente utilizzate dai clinici – “il rene della 101” o “come stanno le coronarie?” – che solitamente sono tenute nascoste ai pazienti. Cfr. K. Young, *L’io assente*, cit., p. 21 e E. Moja, *Prefazione all’edizione italiana*, ivi, p. IX.

¹⁰⁹ R. Charon, *Narrative Medicine*, “*Jama*”, vol. 286, cit., p. 1898; R. Charon e P. Wye, *The art of medicine*, “*The Lancet*”, vol. 371, 26 gennaio 2008, p. 297.

¹¹⁰ S. Ferrari, *Introduzione*, in S. Ferrari e A. Serra, *Le origine della psicoanalisi dell’arte*, Paravia, Torino 1979, p. VII.

l'expérience psychanalytique, qui déconstruit le sujet, réduit considérablement la cuirasse médicale [...]. La mise en avant de ma subjectivité ne doit pas être comprise comme pur souci narcissique, mais comme une prise de conscience de l'inter-relation observant-observé qui se noue dans tout travail d'interprétation.¹¹¹

Questo vale nel complesso per la medicina di oggi, dal momento che la psicoanalisi,

s'invente en ce point où la philosophie et la médecine se remettent l'une et l'autre en cause pour faire de la pensée une affaire de maladie et de la maladie une affaire de pensée.¹¹²

Ma resta il problema di capire che cosa avvenga nei casi, o nelle specialità, in cui venga richiesto un approccio più solerte e decisionista, un modello di relazione più impersonale e riparativo (pensiamo al chirurgo o al medico d'urgenza).¹¹³ La medicina, talvolta, deve poter contare su un qualche "riduzionismo". È la stessa lingua a suggerirci una distinzione tra gli oggetti di intervento delle diverse branche mediche: per le malattie del corpo si usa l'ausiliare "avere", per quelle dello spirito l'ausiliare "essere". La psichiatria e la psicoanalisi hanno rappresentato un vero e proprio campo di battaglia nella guerra tra pensiero ermeneutico e pensiero naturalistico, ma abbiamo l'impressione che voler forzatamente esportare le stesse strategie belliche ad altre specialità non porterebbe necessariamente a risultati positivi.

Karl Jaspers, come è noto, nel suo classico *Il medico nell'età della tecnica* attaccava in maniera violenta la psicoanalisi, con l'obiettivo primo di rivolgere questo stesso attacco alla medicina, perché questa ritrovasse da sé una propria via. Scriveva Jaspers:

L'introduzione del soggetto nella medicina, della soggettività del malato al pari di quella del medico [...] propone qualcosa di straordinario. Ma è in generale una posizione possibile o è un non senso filosofico che avanza e che, formulando cose impossibili, nasconde le confusioni preidenti in un nuovo tipo di terapia?¹¹⁴

¹¹¹ G. Danou, *Le corps souffrant*, cit., pp. 9-10.

¹¹² J. Rancière, *L'Inconscient esthétique*, Galilée, Paris 2001, pp. 26-27.

¹¹³ G. Corbellini, *Breve Storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004, pp. 120-121. Si tenga presente il più delle volte le medical humanities vengono proposte agli studenti nel momento "pre-clinico" della loro formazione, ossia quando sono ancora distanti dalla pratica quotidiana, dalla scelta della specialità e dunque dal paziente.

¹¹⁴ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 25.

Le premesse di un allargamento della soggettività sarebbero dunque nobilissime ma le conseguenze assai meno brillanti (sempre che non si promuova, dice causticamente Jaspers, una situazione in cui “medici non maturati razionalmente, ma nevrotici, si abbandonano insieme a pazienti nevrotici, a un *circulus vitiosus* funesto dal punto di vista delle visione del mondo”).¹¹⁵

È evidente il gusto pamphlettistico di questo testo ma il pensiero che esso veicola è assai importante: in sostanza, secondo di Jaspers il fatto che la medicina abbia delegato alla psicologia, in senso lato, la cura del “soggetto” avrebbe finito per alimentare il suo stesso materialismo. Il medico, al contrario, deve saper distinguere tra diverse le modalità di oggettivazione e confondere tra loro “l’individuo, il soggetto, e l’essere se stessi”.¹¹⁶

Nel 1978, Georges Canguilhem, in un articolo comparso sulla “Nouvelle Revue de Psychoanalyse”, scriveva:

Niente al giorno d’oggi paga più di un proclama *anti-x*. Dopo l’anti-psichiatria, che ha dato il *la*, è stato il turno dell’anti-medicalizzazione. Ma ben prima delle esortazioni di Ivan Illich a riappropriarsi della salute, [...] le ricadute della psicoanalisi e della psicosomatica sul piano della divulgazione mediatica avevano già popolarizzato l’idea di una trasformazione del malato in un medico di se stesso. [...] Gli argomenti a volte sono talmente vuoti, talmente perentori e presuntuosi che vien quasi voglia di rimpiangere questi medici che “avevano abitudini di pensiero tipici delle scienze fisiche”. [...] L’antimedicina e l’antipsichiatria sfruttano il vantaggio di cui godono tutte le petizioni di principio. [...] Insomma, visto che il medico trascura di solito – magari più per mancanza di tempo che per principio – di indagare con pazienza sull’eventuale sconforto affettivo dei suoi pazienti, dobbiamo concluderne che è meglio rivolgersi al primo terapeuta che capita, infarcito di psicosomatica? [...] In materia di riduzionismo, lo psicologismo è poi molto meglio del fisiologismo? [...] Occorrerà introdurre nella formazione universitaria e ospedaliera un corso sulla partecipazione “conviviale” e dunque degli esami e dei test attitudinali che misurino la capacità di stabilire un contatto umano? [...] Il contatto umano non si insegna e non si impara come la fisiologia del sistema neurovegetativo.¹¹⁷

¹¹⁵ Ivi, p. 31.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ G. Canguilhem, *È possibile una pedagogia della guarigione?* [“Nouvelle Revue de Psychoanalyse”, n. 17, primavera 1978, pp. 13-26], cit., pp. 49-51.

Ci pare un testo singolare, e forse profetico, ancor più se pensiamo che è stato scritto dal “maestro” di Foucault all’epoca della massima diffusione in Europa dei celebri Gruppi Balint, di chiara derivazione psicoanalitica (Michael Balint, nel 1958, parlava espressamente di “piccola psicoterapia”, come di ciò che ogni medico avrebbe dovuto saper integrare nella sua pratica, o “offerta”, diagnostica.¹¹⁸)

Canguilhem, in sintesi, sostiene che l’anti-medicina possa costituire un pericoloso paraocchi – non meno pericoloso di quello della “mitologia medica”, indicato da Freud come ostacolo principale alla piena comprensione delle sue teorie.¹¹⁹ Si badi bene: Canguilhem non sta affatto parlando di medical humanities, argomento di cui in Europa, nel 1978, di non si parlava ancora in maniera così diffusa. Per di più le medical humanities non hanno mai dichiarato alcuna natura “anti-medica” (ci mancherebbe altro: vengono insegnate nelle “medical school”!): auspicano il successo di una medicina “altra”, di una nuova ermeneutica medica, e non di una medicina “alternativa” o “psicosomatica” (tendenza che, in ultima analisi, finirebbe per ribaltare lo schema corpo-macchina, senza mutare i termini del problema: se non sono i processi fisiologici dovranno per forza essere i processi psichici, o spirituali, l’ansia e i dolori della vita, a causare le malattie...).

Oltretutto, a Georges Canguilhem, e alle sue riflessioni sullo status di salute e malattia, le medical humanities, più o meno consapevolmente, devono moltissimo. Tuttavia, ci paiono rischiare l’abbaglio da parte di alcune posizioni che ne hanno spinto all’eccesso, e talvolta frainteso, le ipotesi relativiste. Canguilhem, infatti, ci metteva anche in guardia dai pericoli di una progressiva diluizione di paradigmi operata sulla base di impalcature filosofiche speciose: crediamo che conoscesse bene che la natura proteiforme del batterio *anti-x*, responsabile della generazione di molte, diverse malattie del pensiero.

Facciamo un esempio: assai di frequente le medical humanities chiedono agli studenti di imparare a “empatizzare” con i propri futuri pazienti, perché, se riusciranno a sentire il paziente “dal di dentro”, diventeranno medici migliori, più sensibili e più responsivi. Tuttavia, la stessa psicoanalisi dovrebbe aver insegnato loro quanto sia complessa la nozione di “empatia”, all’interno di ogni contesto terapeutico, anche in quelli che, si sa,

¹¹⁸ Secondo l’idea di “offerta diagnostica”, il paziente “offre” al medico le ipotesi di varie malattie fino a quanto tra i due non si raggiunga un “accordo giustificato”. Si veda M. Balint, *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1976, pp. 27, 257, 337, ecc. e M. Balint M. e E. Balint, *Tecniche psicoterapiche in medicina* (1961), Einaudi, Torino 1971. Cfr. il sito dell’Associazione Medica Italiana Gruppi Balint: <http://www.amigb.it>.

¹¹⁹ S. Freud, *L’interpretazione dei sogni*, Boringhieri, Torino 1988, p. 530.

sono per definizione più intersoggettivi e auto-riflessivi. L'empatia è altro dall'empatismo, dalla "retorica della condivisione", cosicché anche in psicoanalisi, per essere "un buon analista" bisogna rinunciare alla tentazione di sentirsi un "analista buono".¹²⁰ Sia chiaro: alcuni docenti di medical humanities non solo lo sanno ma riflettono su tale questione con grande sincerità. È il caso, ad esempio, di Jane Macnaughton, docente all'università di Durham, che si chiede se nella pratica medica sia possibile, o addirittura auspicabile, compiere appieno questa operazione di intersoggettività empatica. La risposta è negativa, per due ragioni. In primo luogo, perché

outside the literary context, where we are allowed direct experience of what a fictional patient is feeling, we cannot gain direct access to what is going on in our patient's head.¹²¹

In secondo luogo perché, conclude la Macnaughton,

A doctor who responds to a patient's distress with "I understand how you feel" is likely, therefore, to be both resented by the patient and self-deceiving.¹²²

Analizziamo queste motivazioni attraverso l'approccio frequentemente suggerito dalla narrative based medicine. Il medico dovrebbe essere un interlocutore perfetto, discreto ma stimolante, capace di "deformarsi nell'ascolto", di "scivolare per segreti agganci tra le parole", di essere uno "specchio caldo", di annullare "le parti di sé che giudicano, valutano, chiedono".¹²³ In questa proposta è evidente l'influenza dei modelli della psicoanalisi, nonché di quelli di una parte dell'antropologia medica.¹²⁴ Ma, appunto, nella pratica questi modelli sono difficilmente esportabili a tutte le specialità: non è facile avere il tempo di deformarsi nell'ascolto, e poi recuperare la propria forma terminata l'interazione con un paziente oncologico, ovvero non è facile diventare, magari venti o trenta volte al giorno, uno specchio caldo e poi riuscire nuovamente a raffreddarsi un poco prima della visita successiva. Perché, per riprendere l'espressione

¹²⁰ Si veda S. Bolognini, *L'empatia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 2002. Cfr. A. Pinotti, *Empatia*, Laterza, Roma-Bari 2011.

¹²¹ J. Macnaughton, *The art of medicine. The Dangerous Practice of Empathy*, "The Lancet", vol. 373, 6 giugno 2009, p. 1941.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ G. Calvi, *Quello che i medici non sanno*, cit., pp. 21-22.

¹²⁴ Si vedano le riflessioni sulla scuola di Harvard in I. Quaranta, a cura di, *Antropologia della medicina*, cit., p. XIII.

di Jane Macnaughton, fuori dal contesto della finzione, letteraria o genericamente artistica, che, appunto, consente e favorisce l'empatia, essa non è affatto auspicabile.

Il medico, qualsiasi medico sensibile, può permetterselo con Ivan Il'ič, quello di Tolstoj, ma non con il paziente che incontra ogni giorno in corsia o nel suo ambulatorio. La motivazione non è solo, o tanto, quella di un'economia emotiva o sentimentale: è quella di una corretta relazione con il paziente. Perché sia considerata appieno la "soggettività" del malato, questi deve avere l'impressione che, naturalmente, il medico si prenda in carico la sua *disease* oltre che la sua *illness*. Non chiede solo accudimento, non vuole che il medico porti assieme a lui il peso della sua impotenza: chiede il fatidico "nome" della malattia, chiede quale sia la "verità" del suo corpo e chiede, soprattutto, una soluzione (sempre, anche quando non è possibile ottenerla). Lo fa anche Ivan Il'ič.

Leggiamo ancora Canguilhem, che era medico ma qui parla da paziente:

La verità del mio corpo, la stessa costituzione o la sua autentica esistenza, non è un'idea suscettibile di rappresentazione [...], mentre esiste un'idea di corpo in generale [...] esposta nelle conoscenze biologiche e mediche via via verificate. Questa salute senza idea, al contempo presente e opaca, è comunque ciò che supporta e convalida [...] per me stesso, e comunque per un medico che è pur sempre il *mio* medico, tutto ciò che l'idea di corpo, vale a dire il sapere medico, può suggerire di artificioso per sostentarla. Il mio medico è solitamente colui che accetta che io lo istruisca su ciò che solo io posso dirgli, ossia su ciò che il mio corpo annuncia a me stesso con sintomi il cui senso non mi è chiaro. Il mio medico è colui che accetta che io veda in lui un esegeta, prima ancora di accettarlo come un riparatore.¹²⁵

Pare che sia proprio il paziente a comprendere per primo la doppia funzione del medico, nonché il fatto che non ci sia nulla di male ad essere considerato assieme "soggetto" e "oggetto" – "oggetto" di studio, di relazione, di dialogo all'interno di una operazione pratica e conoscitiva.¹²⁶ Sa che la *illness narrative* e la *disease narrative* devono essere in relazione tra loro, e sa che lo sguardo deve essere doppio: il primo di tipo intensivo, sulla parte di corpo che è oggetto di studio, il secondo di tipo estensivo, rivolto all'intera persona.

¹²⁵ G. Canguilhem, *La salute: concetto volgare e questione filosofica*, cit., pp. 31-32.

¹²⁶ I. Cavicchi, *Ripensare la medicina*, cit., p. 71.

Qualcuno ha detto che siamo ormai, pienamente, nella “cultura della *illness*”.¹²⁷ Sennonché, la medicina di oggi non rischia solo di restare imprigionata nei suoi eccessi riduzionisti, ma anche disperdersi nelle direzioni, opposte, di un nuovo umanesimo e dei suoi apparati concettuali capziosi o virtualmente illimitati. Al centro troviamo proprio l’ambiguità della relazione tra “umano” e “umanistico” che, temiamo, le stesse *medical humanities* faticano a sciogliere. Tre studiosi svedesi, alcuni anni or sono, spiegavano così la duplice funzione delle *medical humanities*.

The *medical humanities* can have both instrumental and non-instrumental functions in a medical school curriculum. Humanities can have an *instrumental function* when directly applied to the daily work of the clinician. For example, study of visual arts has been used to improve the ability of the clinician to recognize visual clinical signs of disease in the patient. [...] The humanities have a *non-instrumental function* when they lead to general education, personal development, or new ways of thinking beyond the biomedical perspective. For example, study of the humanities has been used to develop self-reflexivity and understanding of the role of the professional in society.¹²⁸

Prendiamo ancora una volta l’esempio della medicina narrativa: secondo alcuni, essa non dovrebbe limitarsi a descrivere un approccio ideale ma provvedere a fornire strumenti pratici, perché l’ideale di co-costruzione di significato venga raggiunto.¹²⁹ Per altri, invece, dovrebbe guardarsi bene dal diventare un serbatoio di *communications skills*, ma operare sull’“atteggiamento mentale” del medico.¹³⁰ Evidentemente, anche per la medicina narrativa esistono modelli forti e modelli deboli – ossia, modelli “instrumental” e “non-instrumental” – entrambi orientati verso una prospettiva ermeneutica e *patient centered* (e su questo punto Rita Charon è perentoria: “Not from science but from literature might a physician learn how better to perform their

¹²⁷ D. B. Morris, *Illness and Culture in the Postmodern Age*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1998, p. 41 e sgg.

¹²⁸ C. Wachtler, S. Lundin e M. Troein, *Humanities for medical students*, “BMC. Medical Education”, vol. 6, n. 16, marzo 2006 [p. 2]. Cfr. Arnott et alii, *Proposal for an academic Association for Medical Humanities*, “Journal for Medical Ethics: Medical Humanities”, n. 27, 2001, pp. 104-105, cit. in A. Bleakley et alii, *Toward an aesthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum*, “Journal of Medical Humanities”, vol. 27, n. 4, 2006, p. 206

¹²⁹ R. Charon, *Narrative medicine*, Oxford University Press, Oxford 2006, p. 10.

¹³⁰ M. P. Zamagni, *Modelli di approccio alla malattia*, Bononia University Press, Bologna 2012, p. 57; G. Bert, *Medicina narrativa*, cit., p. IX.

actions”)¹³¹ Ma resta davvero forte la confusione che si può creare tra l’idea di “buon medico” e quello di “medico buono”.

Passiamo a problemi più concreti. Si ammette sempre più spesso che le medical humanities si definiscono “prima di tutto per l’insegnamento e assai poco per la ricerca”.¹³² Ma chi le insegna? Spesso i docenti sono medici, o medici con una qualifica supplementare. Non vi è nulla di sorprendente o di sbagliato: si tratta di “humanities” messe a punto per una cornice che è, appunto, “medical”, ed è la “facoltà di medicina” a definirne obiettivi e contesti. Inoltre un insegnante-medico stimola maggiormente il sentimento di identificazione da parte degli studenti, e le sue eventuali carenze circa le conoscenze specifiche su tematiche letterarie, artistiche, antropologiche o psicologiche, possono essere colmate grazie al *team teaching*.¹³³ Certo, anche le scienze umane, non troppo diversamente da quanto avviene per le specialità mediche, presentano differenti “scuole” o prospettive di ricerca e ognuna di esse meriterebbe un approfondimento che, tuttavia, nei *curricula* medici non vi è il tempo di compiere.¹³⁴

Dalle presentazioni di alcuni programmi di medical humanities in Nord-America veniamo a sapere che i corsi, spesso facoltativi, si svolgono “over lunch or during evenings”¹³⁵ e che, talvolta, sono popolati di studenti in cerca, se non di una “easy A”,¹³⁶ almeno di una “materia non medica” che permetta loro di fare una pausa dalle materie scientifiche, e dunque di respirare un poco. Alcuni studi sono molto chiari in proposito:

¹³¹ R. Charon, *Literature and medicine*, “Academic Medicine”, vol. 75, n. 1, gennaio 2000, p. 24. R. Charon, *Narrative medicine*, Oxford University Press, cit., p. VII; G. Israel, *Per una medicina umanistica*, Lindau, Torino, 2010, p. 58; P. Vineis e R. Satolli, *I due dogmi*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 6; U. Giani, a cura di, *Narrative Based Medicine e complessità*, cit., p. 3

¹³² M. Zürcher e M. Stoffel, *Préface*, in *Les Medical Humanities en Suisse*, cit., p. 5.

¹³³ Si veda M. Louis-Courvoisier, *Enseignement de sciences humaines en médecine à Genève* [ppt. presentato nell’ambito del workshop del 16 marzo 2012 “Medical Humanities: Etat actuel et développement dans les hautes écoles suisses” (consultabile su <http://www.academies-suisse.ch/fr/index/Projekte-und-Themen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Medical-Humanities.html>). Per restare in ambito svizzero, le qualifiche dei coordinatori dei corsi sono le seguenti: all’università di Losanna e Ginevra i responsabili sono due storici; a Friburgo è uno storico e linguista; a Basilea è un medico, specialista in psicosomatica. Quanto ai docenti, “dans la plupart des facultés, les cours sont dispensés par des experts externes en sciences sociales, humaines et artistiques”, dato che, si dice, “le point de vue médical des étudiants assure finalement l’interdisciplinarité de l’enseignement” [sic], S. Ackermann e M. Salathé, *Les Medical Humanities dans les hautes écoles suisses*, in *Les Medical Humanities en Suisse*, cit., pp. 11-12 (corsivo nostro).

¹³⁴ C. Wachtler, S. Lundin e M. Troein, *Humanities for medical students*, “BMC. Medical Education”, vol. 6, n. 16, marzo 2006 [p. 2].

¹³⁵ D. Wear, *The medical humanities at the Northeastern Ohio University College of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 998.

¹³⁶ L. R. Dittrich, *Preface*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 952.

A young internist asks her residents if they would like to read and discuss a poem together instead of pursuing the scheduled talk on renal failure. They choose the poem. An experienced surgeon listens to the Mahler Second after a particularly difficult case fraught with complications. A medical student meets regularly for coffee with a friend studying architecture. They begin a dialogue on what makes a good hospital. If you were to ask these physicians what role the medical humanities played in their working lives, they might answer that they were just doing something they liked, [...] for thinking and feeling “outside the [medical] box”.¹³⁷

Un atteggiamento di questo tipo riflette un solo tipo di percezione: le discipline umanistiche vengono sentite dagli studenti come qualcosa di indefinito, magari di complementare ma certamente di inferiore alla medicina.¹³⁸ In questo scenario, è evidente che la via “non instrumental”, pur nella sua vaghezza (è ben arduo ipotizzare di mettere a punto dei sistemi obiettivi per valutare la raggiunta “self-reflexivity” di un medico), continui ad essere la più seguita: se non vi è il tempo per compiere quegli approfondimenti che proverebbero come anche le scienze umane richiedano molto impegno, è meglio limitarsi a dare allo studente una “infarinatura” di scienze umane e poi recuperare l’antica questione della dimensione genericamente “umanista” del medico.

Già Isidoro di Siviglia, nel VI libro delle sue *Etymologiae*, si chiedeva per quale ragione la medicina non comparisse tra le arti liberali, visto che il medico deve conoscere la grammatica, la retorica, la logica, l’aritmetica, la geometria, la musica, l’astronomia... Perciò, conclude Isidoro, la medicina è chiamata “seconda filosofia”.¹³⁹ Approcci di questo tipo non paiono esser stati abbandonati. Cosicché gli stessi che sostengono, in parte provocatoriamente, che la medicina “non è una scienza” le chiedono anche di riflettere nel proprio interno e di trovare una via autonoma per porre rimedio alle accuse di riduzionismo che le sono state rivolte: il massiccio intervento di apporti *ab externo* – psicologi, sociologi, economisti, bioeticisti, filosofi, esperti di arte o di letteratura – contribuirebbe infatti a “mantenere, accentuare, cronicizzare le carenze *ab interno*, trovando credito, consenso e delega da una gran parte, altrimenti

¹³⁷ A. Peterkin, *Medical humanities for what ails us*, “Canadian Medical Association Journal”, vol. 178, issue 5, 26 febbraio 2008, p. 648.

¹³⁸ C. Wachtler, S. Lundin e M. Troein, *Humanities for medical students?*, “BMC. Medical Education”, vol. 6, n. 16, marzo 2006 [p. 8]. Scrive Gadamer: Lo “studioso della natura, avvertendo la mancanza di quella precisione a cui è abituato, può immaginare a torto gli studi umanistici come un ‘sapere confuso’, dotato di quel carattere di verità proprio delle idee oscure, che si definisce ‘comprensione’ attraverso l’ ‘introspezione’”, H. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 36

¹³⁹ Cit. in G. Cosmacini, *L’arte lunga*, Laterza, Roma-Bari 2008, pp. 125-126.

orientata, della stessa medicina ufficiale”.¹⁴⁰ È la posizione di Karl Jaspers, trasferita nell’epoca dei pazienti informati, della medicina difensiva, del *disease mongering* e di *doctor shopping*.¹⁴¹ Perché

non è di una buona o mediocre filosofia che la medicina ha bisogno, ma di una riflessione su se stessa che le consenta di riconoscersi per quella che propriamente è: una scienza filosofica.¹⁴²

Eccoci di nuovo a Isidoro di Siviglia, e a tutta l’autorevolezza di un “dottore della Chiesa”.

Sono passati molti anni dal celeberrimo e criticatissimo testo di Charles P. Snow, che, alla fine degli anni Cinquanta del Novecento, illustrava, non dissimulando una certa amarezza, le ragioni delle incomprensioni tra scienziati e umanisti. Uno tra i tanti, possibili malintesi era il seguente:

I non scienziati hanno una radicata impressione che gli scienziati siano animati da un ottimismo superficiale e non abbiano coscienza della condizione dell’uomo. Dall’altra parte, gli scienziati credono che i letterati siano completamente privi di preveggenza e nutrano un particolare interesse per gli uomini loro fratelli; che in fondo siano anti-intellettuali e si preoccupino di restringere tanto l’arte quanto il pensiero al momento esistenziale”.¹⁴³

La medicina, lo sappiamo, non è una scienza dura, o “esatta”. Ma temiamo che il paternalismo, il relativismo e il generalismo di un certo modo di fare medical humanities rischi davvero, come paventato da Jaspers, di trasformarla in ciò che non è: una disciplina unicamente scientifica, i cui esperimenti sono sempre riproducibili e le soluzioni sempre indiscutibili. Si tratta, evidentemente, di una reazione di arroccamento della medicina per difendersi dalle accuse rivolte al suo presunto potere “disumanizzante”, perché i medici sanno che la malattia, la disabilità, la morte non sono storie, sono fatti...¹⁴⁴ Cosicché, anche per le medical humanities, così come in qualsiasi operazione ermeneutica, vale sempre lo stesso principio: l’importante è capire

¹⁴⁰ G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza*, Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 102-103.

¹⁴¹ Sul “disease mongering” si veda L. Payer, *La babele medica*, ETD, Torino 1992 e Ead., *Disease Monger*, Wiley, Hoboken, N.J. 1992. Cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, Laterza, Roma-Bari 2007, p. X e E. A. Moja e E. Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, cit., p. 11.

¹⁴² F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, Laterza, Roma-Bari 1998, p. X.

¹⁴³ C. Snow, *Le due culture*, Feltrinelli, Milano 1970, p. 7.

¹⁴⁴ J. Launer, *Narrative based primary care*, Radcliffe Medical Press, Oxford 2002, p. 6.

quando fermarsi (anche il termine *medicus* da alcuni viene fatto risalire a *modus*, cioè alla “giusta misura” che dovrebbe guidare chi la professa).¹⁴⁵

Chiudiamo con Cronin, medico-scrittore, e con l’episodio della prima visita nella *Cittadella*, monumento alla dimensione umanistica della medicina. Il dottor Manson si trova al capezzale di una donna *certamente* malata, ma non riesce raggruppare tutti i suoi sintomi “sotto il nome di un qualsiasi malanno conosciuto”.¹⁴⁶ Così si congeda a testa bassa, rientra in ambulatorio, accende il gas, cammina avanti e indietro “occhieggiando torvo le boccette verdi e turchine allineate in varie file sulle mensole, rovistando accanitamente nel fondo del suo cervello, ma seguitando a brancolare nel buio”. Poi il ricordo di un’abitudine di un suo vecchio professore:

Il professor Lamlough, nei casi dubbi, applicava sul muro, al di sopra del letto del paziente, un nitido cartellino con le iniziali SOS, Sepsis di Origine Sconosciuta: dicitura esatta e non compromettente, ed aveva un suono scientifico meraviglioso.¹⁴⁷

La traduzione italiana ci aiuta: perché questo SOS (che in versione originale è il meno efficace “PUO”, Pyrexia of Unknown Origin) è senza dubbio, e fuor di metafora, una richiesta di aiuto, quanto mai opportuna quando le parole non bastano più.

¹⁴⁵ Cit. in G. Cosmacini, *L’arte lunga*, cit., pp. 125-126.

¹⁴⁶ A. J. Cronin, *La cittadella*, Bompiani, Milano 2010, p. 14.

¹⁴⁷ Ivi, p. 15.

I.2. Leggere le figure

IMMAGINI – In poesia ce ne sono sempre troppe.¹⁴⁸

Il libro *Origins and Development of Medical Imaging*, pubblicato da Tibor Doby e George Alker nel 1997, si apre con queste parole:

At a recent international medical meeting, a professor of radiology showed an aerial view of new additions to a West European hospital, pointing out that the imaging department took the largest space, outstripping by far the additions of all other departments collectively. He followed his demonstration by telling of his last encounter with a sales representative for new diagnostic equipment, in which he was presented with a sophisticated innovation unheard of previously, prompting him to exclaim in desperation: “Stop it, please stop it. We cannot follow the rapid changes any more in such a short time”. The professor’s plea will not be heeded, however; technology will proceed further and further.¹⁴⁹

Al centro di buona parte delle medical humanities ci sono le parole, ma nella contemporaneità la situazione impone anche di pensare le cose da un altro punto di vista. Oggi più che mai, infatti, la medicina è una cultura visiva. Proviamo dunque a interrogarci sulle ragioni per cui, spesso, le medical humanities si occupino più di parole che non di immagini.

Iniziamo dando una scorsa ai titoli dei libri consigliati agli studenti del primo anno di medicina a Rennes, per il modulo di “scienze umani e sociali”: a sorpresa, scopriamo che, tra gli altri, vi figurano anche *Art & Technique aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle* di Pierre Francastel e *Vie et mort de l’image* di Régis Debray”.¹⁵⁰ Debray: ovvero colui che diceva:

Perché lo studio dell’immagine ha accumulato tanto ritardo rispetto a quello del linguaggio? [...] Sintomo rivelatore. Di che cosa? Innanzi tutto, della sopravvalutazione del linguaggio da parte dell’uomo di parola. La storia vissuta dalla specie suggerisce un:

¹⁴⁸ G. Flaubert, *Dizionario dei luoghi comuni*, trad. it. Adelphi, Milano 1980, p. 68.

¹⁴⁹ T. Doby e G. Alker, *Origins and Development of Medical Imaging*, Southern Illinois University Press, Springfield 1997, p. IX.

¹⁵⁰ R. Bucci, *La diffusione attuale*, in Id., a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., p. 48.

“All’inizio era l’Immagine”. La storia scritta stipula: “All’inizio era il Verbo”. Logocentrismo logico: il linguaggio onora il linguaggio”.¹⁵¹

Con il consiglio di Debray, ripartiamo dalla medicina narrativa, campionessa dell’interesse per il “verbo”. Ci accorgiamo subito che Rita Charon accenna qua e là al problema dell’imaging ma, in un certo senso, attribuisce ai suoi sempre maggior successi buona parte di responsabilità della scarsa attenzione che i medici riservano alle parole. Scrive la Charon:

Perhaps success in visualizing actual organs and tissues, measuring aspects of physiologic functions, and quantitating chemical substances in the body decreased the explanatory power of words to describe human disease. With a PET scan of the brain in hand, who needs the history of aura and photophobia to diagnose migraine? [...] Despite the sustained technical progress made in diagnostics and therapeutics in the past half century, one set of concerns about medicine has been heard with increasing frequency and alarm: doctors do not listen to their patients; [...] they fail to appreciate the meanings of that which occurs in their gaze; and they seem unmoved by what patients experience, both in the grip of illness and at the hands of doctors. Such failings interfere with effective treatment, because medicine’s disregard of the most basic human requirements for compassion and respect in the face of pain and fear can deter patients from accepting whatever scientific help for their disease is forthcoming.¹⁵²

Lo sbilanciamento della relazione medico-paziente si troverebbe quindi celebrato e rinforzato dalla massiccia presenza dell’imaging. È l’immagine a insinuarsi abusivamente tra i due attori, a dispensare il professionista dalle pratiche e dai gesti di prossimità, al contatto, alla palpazione, perfino all’auscultazione (a lungo, si ricorderà, considerata come triste supplente dell’ascolto). È l’immagine, dunque, ad aver messo in crisi la parola, facendo del paziente un narratore sempre più inaffidabile; è l’immagine ad aver rivoluzionato la nozione stessa di diagnosi, intesa come esito di negoziazione costante tra un *Leib* soggettivo e un *Körper* oggettivo.¹⁵³

¹⁵¹ R. Debray, *Vita e morte dell’immagine*, Il Castoro, Milano 1999, p. 105. Sui medici come “logophiles” si veda anche A. Carlino, *Les fondements humanistes de la médecine*, in A. Carlino e A. Wenger, a cura di, *Littérature et médecine*, cit., p. 20.

¹⁵² R. Charon, *Literature and medicine*, “Academic Medicine”, vol. 75, cit., p. 26.

¹⁵³ Cfr. E. Scarry, *La sofferenza del corpo*, cit., p. 22.

Cosicché, se oggi la medicina sembra essere quanto mai iconofila, per contro le medical humanities ci paiono un po' iconofobe. Conosciamo bene la concezione foucaultiana dello sguardo medico. Il filosofo francese si è interrogato molte volte sulla relazione tra immagine e parola:

[Immagine e parola] sono irriducibili l'uno all'altra: vanamente si cercherà di dire ciò che si vede; ciò che si vede non sta mai in ciò che si dice; altrettanto vanamente si cercherà di far vedere, a mezzo di immagini, metafore, paragoni, ciò che si sta dicendo: il luogo in cui queste figure splendono non è quello dispiegato dagli occhi ma quello definito dalle successioni della sintassi.¹⁵⁴

Nelle medical humanites, tuttavia, l'attenzione prevalente per uno dei poli di questa "irriducibilità" finisce talvolta per condurre a valutazioni sui rapporti medico-paziente piuttosto semplicistiche: se vi è ascolto, se vi è dialogo, e dovrebbe esservi, medico e paziente possono co-costruire il significato della malattia. Ma se subentrano le immagini la questione è più complessa, e questa irriducibilità pare trasformarsi in una ben più pericolosa gerarchia – dato che, fa notare lo stesso Debray, "la visibilità non si confuta con argomenti: si sostituisce con un'altra".¹⁵⁵ È possibile, dunque, aspirare a una condivisione di sguardi, o a una co-costruzione di interpretazione, a partire dalle immagini? Ovvero: è possibile procedere a un diverso utilizzo di queste immagini che favorisca l'apertura a territori di lettura soggettivi e "profani"?

Solitamente il medico "spiega" al paziente che cosa questa immagine gli "dice" dal punto di vista clinico e diagnostico. E, visto che il tutto dovrebbe portare alla stipula di un contratto di veridizione, cioè il paziente dovrebbe sospendere il giudizio e assumere per vero ciò che il medico-narratore gli offre, la relazione tra i due non potrà aspirare certo ad essere equilibrata. Come si può trovare dunque una "visione condivisa"? Non parliamo dell'importanza di valorizzare l'*immaginazione* del paziente, parliamo di leggere assieme l'*immagine* per rifunzionalizzarla assieme, in entrambe le direzioni, quella del medico e quella del paziente.

Pensiamo alle tappe di questo processo, almeno secondo un suo svolgimento standard. Il medico incontra il paziente e gli chiede di sottoporsi a un esame diagnostico per

¹⁵⁴ M. Foucault, *Le parole e le cose*, Rizzoli, Milano 1998, p. 23. Cfr. anche Id., *Nascita della clinica*, cit., in part. il capitolo "Vedere, sapere", pp. 118-135. Si veda M. Jay, *Parresia visuale? Foucault e la verità dello sguardo* e M. Cometa, *Modi dell'ekphrasis in Foucault*, in M. Cometa e S. Vaccaro, a cura di, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma 2007, in M. Cometa e S. Vaccaro, a cura di, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma 2007, pp. 19-30 e 39-61.

¹⁵⁵ R. Debray, *Vita e morte dell'immagine*, cit., p. 295.

immagini. Lo reincontra dopo qualche tempo, una volta che è entrato in possesso di quella immagine e ha proceduto alla sua interpretazione. Poi traduce la sua interpretazione di quell'oggetto con parole "altre", ovvero comunica al paziente la diagnosi. Cosa succederebbe se il malato non credesse alla lettura del medico, al di là della sua traduzione in parole semplici? Potrebbe proporgli una sua, personale interpretazione? O addirittura, per dirla con Debray, sostituire questa immagine con un'altra?

Il profano può farsi o improvvisarsi ermeneuta. D'altra parte,

permettre au profane de rendre dicible une image, ce n'est pas pour le médecin un renoncement à une part de son pouvoir, mais au contraire un geste médical en ce sens qu'il s'agit d'envisager la potentialité d'un éprouvé parfois traumatique. Moment de partage – de "voir ensemble" – au sein duquel le sujet peut être amené à penser ce "certain regard depuis toujours posé sur lui", un "regard" difficilement possible face à une image vide de sens.¹⁵⁶

L'imaging biomedico dà origine a figurazioni altamente codificate, che il più delle volte per il malato sono "indicibili" (figg. 6-7). O meglio, esse possono, certamente, agire sul suo *immaginario* ma continuano a svolgere la loro funzione prima, e spesso di vitale importanza, solo nel momento in cui diventano parte, per così dire, del *contro-immaginario* di un iconologo "specialista", che poi aiuti il paziente a rinegoziare il rapporto tra la sua realtà fisiologica e l'oggetto che la rappresenta.¹⁵⁷ Pur essendo propizie a stimolare condensazioni e spostamenti, queste immagini richiedono sempre una "interpretazione dei segni" (non dei "sogni"), ossia la loro lettura deve restare fermamente ancorata ai principi della semeiotica. Evidentemente, il medico deve assoggettare l'immagine al proprio controllo, impedendone l'autonomia, e forse non sarà sufficientemente democratico, ma solo così evita che l'immagine si trasformi in un fantasma.¹⁵⁸ Lo diceva anche Freud a proposito della paura del buio nei bambini: "se qualcuno parla, c'è la luce".¹⁵⁹

¹⁵⁶ Si veda P. Bialès e S. Goddet, *Le tracé et le profane*, "Recherches en Psychanalyse" [on-line], n. 8, 2009 (<http://recherchespsychanalyse.revues.org/index420.html>); R. Potier, *L'imagerie médicale à l'épreuve du regard*, "Cliniques méditerranéennes", n. 76, 2007, p. 85.

¹⁵⁷ P. Bialès e S. Goddet, *Le tracé et le profane*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009, cit.

¹⁵⁸ Si veda P.-L. Assoun, *L'image médicale à l'épreuve de la psychanalyse* e P. Bialès, S. Goddet, *Le tracé et le profane*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009, cit. Cfr. C. Masson, *L'image en médecine* e F. Dagognet, *L'imagerie médicale*, ivi; J. Rancière, *L'inconscient esthétique*, Galilée, Paris 2001, pp. 21-22 e S. Cacaly, *La véritable rétine du savant*, cit. Nel 2011, una coppia di medici canadesi ha pubblicato un articolo che ha fatto letteralmente il giro del mondo via web: vi si riportava l'immagine di

Da parte del medico, l'interpretazione prevede sempre che egli attui uno scarto, ossia un'eliminazione, di ciò che nell'immagine gli appare ridondante o ininfluenza dal punto di vista clinico. E sarà proprio questa interpretazione "semplificante" ad essere poi tradotta in parole e presentata al paziente. Ma senza questa semplificazione che ne sarebbe dell'immaginario del malato? Questi resterebbe in balia di un'infinità di significati possibili, tutti più meno idonei a concorrere a una immersione senza fondo nell'universo delle proiezioni, a cui il paziente proverebbe comunque a dare un senso (viene in mente una frase di Gombrich: "Quando siamo consapevoli del processo di classificazione diciamo che 'interpretiamo', quando non lo siamo diciamo che 'vediamo'").¹⁶⁰

L'immagine funzionerebbe, insomma, come una sorta di test di Rorschach, pronto a stimolare, nuovamente, la nascita di tante parole.¹⁶¹ Se un linfocita fosse letto come una galassia, o se un reticolo di capillari sanguigni fosse interpretato come il delta di un fiume, ci apriremmo a una deriva di senso, senza dubbio "poetica" ma impraticabile all'interno di qualsiasi studio medico: l'immaginario avrebbe meglio sulla realtà, ossia sul paziente e la sua malattia, e trascinerebbe tutti in un universo allucinato e metafisico.

Georges Didi-Huberman, in un capitolo del suo *Phasmes*, si poneva il problema anche riguardo agli effetti delle forme "non iconiche" su carta bianca del test di Rorschach:

Per l'osservatore che *vede* e cerca di riconoscere, di leggere un *visibile*, la fotografia *rappresenta* una veduta dei Pirenei, e la pagina bianca non rappresenta nulla, è "vuota", semplicemente, non offre niente da "vedere". Ma per il paziente che *guarda* e non riesce a riconoscere, a leggere nel visibile nelle sue apparenze e nei suoi segni, la fotografia e la pagina bianca sono puri campi *visuali* e virtuali; non fanno che *presentarsi* nel rigore e nel caos delle loro costellazioni formali, dei loro "punti di riferimento". Ed è per questo che assumono la valenza di buone o cattive stelle; che finiscono per avvicinarsi, per sovrastare, e assumere la valenza di un dono di volto, nel dispiegarsi del luogo proposto dalla semplice pagina offerta. Ed è per questo che una

una massa, presente nel testicolo di un uomo, curiosamente somigliante a un volto umano (fig. 8). Una sorta di messaggio al dio egizio Min, protettore della virilità maschile?, si chiedono gli autori. Certamente no. Si tratta solo di una casualità: sarebbe come se, precisano gli autori, "qualcuno volesse scorgere a tutti i costi la sagoma della Vergine Maria su una fetta di pane tostato, come avviene in quelle foto che, occasionalmente, vanno all'asta su e-Bay", G. G. Roberts e N. J. Touma, *The face of testicular pain: a surprising ultrasound finding*, "Urology", vol. 78, n. 3, 2011, p. 565.

¹⁵⁹ S. Freud, *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in Id., *Opere*, IV, Boringhieri, Torino 1970, p. 529, n. 1.

¹⁶⁰ E. Gombrich, *Arte e illusione*, Einaudi, Torino 1965, p. 129.

¹⁶¹ Lo sostiene anche B. Kevles, *Naked to the Bone*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ. 1997, p. 27. Cfr S. Calaly, *La véritable rétine du savant*, cit., p. 373.

pagina bianca non può più dirsi “astratta”, “vuota” o “inumana”: ci riguarda [...] perché si presenta, “affronta” perché ci guarda, e ci tocca perché affronta. E, per ottenere la massima intensità visiva, l’essere allucinato del paziente deve farsi inquisitore, cioè, in un certo senso, *materialista* (perché per lui un comune foglio di carta non ha niente a che vedere con una carta di lusso) e *formalista* (perché per lui contano più di tutto le configurazioni del campo visivo che gli è offerto, e in cui sognerà il suo cielo di volti). Il che significa che chi sogna davvero non è mai un “sognatore”, ma un autentico inquisitore.¹⁶²

In questo passo la dimensione percettiva del “fantasma” – un fantasma delle buone o delle cattive stesse – è davvero potente. D’altra parte Rorschach, figlio di un insegnante d’arte, aveva messo a punto il suo test più per esaminare la percezione che non l’immaginazione, e non voleva affatto intitolarlo “Psicodiagnostica” ma assai più modestamente “Metodo e risultati di un esperimento percettivo-diagnostico” (fu Morgenthaler a volere il titolo con cui lo conosciamo).¹⁶³ Sta di fatto che, forse non sorprenderà, tra gli antesignani del suo metodo viene spesso citato il poeta e medico tedesco Justinus Kerner, esperto di occultismo, di mesmerismo e, appunto, di fantasmi. Utilizzava le sue *Kleksographien*, macchie d’inchiostro su fogli di carta piegata, per stimolare la sua fantasia e quella dei suoi amici (fig. 9), e spiegava così la loro origine:

Diese Bilder aus dem Hades,
Alle schwarz und schauerlich,
(Geister sind’s, sehr niedern Grades),
Haben selbst gebildet sich
Ohn mein Zuthun, mir zum Schrecken,
Einzig nur – aus Tintenflecken.¹⁶⁴

Didi-Huberman aveva precisato poche pagine prima che “i manuali di filosofia ci hanno abituati a distinguere senza troppa esitazione l’immagine allucinata dall’immagine percepita”:

¹⁶² G. Didi-Huberman, *Dono della pagina, dono del volto*, in Id., *La conoscenza accidentale*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2011, pp. 164-165.

¹⁶³ P. Galison, *Images of the self*, in L. Daston, a cura di, *Things That Talk, Zone Book, New York 2007*, pp. 258, 271-272. Si veda, evidentemente, H. Rorschach, *Psicodiagnostica*, trad. it. Kappa, Roma 1981.

¹⁶⁴ [Queste immagini dall’Ade / nere tutte e orribili, / (Spirti son, di vile grado), / Da sé la forma si son date / Senza il mio aiuto sorte, per il mio terrore / così, solo, da macchie d’inchiostro] J. Kerner, *Kleksographien*, Deutsche Verlags Anstalt, Stuttgart-Leipzig-Berlin-Wien 1890, p. 12.

Si dice che la prima, oltre al fatto di dar forma a una “concezione delirante” e assolutamente priva di oggettività, si caratterizzi per la sua natura *interiore*, e che invece rientri nella definizione della seconda il fatto di basarsi su oggetti *esteriori*. [...] L’epoca positivista raccoglieva fatti senza soluzione di continuità, fatti sperimentali che presto vennero prodotti come altrettante smentite alla teoria che li aveva inizialmente ispirati. Ci sarebbe voluta l’ipotesi dell’inconscio per comprendere meglio ciò che una *relazione visuale di oggetto* comporta in termini di sovvertimento sulle frontiere tra l’esteriore e l’interiore, tra il *davanti* e il *dentro*.¹⁶⁵

Non c’è dubbio. Ed è un’ottima fonte di influenza per filosofi ed artisti (fig. 10). Resta il fatto che con l’imaging biomedico non si tratta di osservare forme “arbitrarie” o “casuali” ma di fare i conti con l’apparente traduzione in immagine della parte di un corpo malato, messa sotto accusa come possibile colpevole del “malessere” del paziente. Su questa traduzione in immagine possono permanere forti dubbi, come quelli che coglievano Sartre:

Ho potuto vedere su uno schermo, durante una radioscopia, l’immagine delle mie vertebre, ma ero precisamente al di fuori, nel mondo; in questo caso, io percepivo un oggetto interamente costituito, come un questo fra altri questi, ed è solamente attraverso un ragionamento che io lo riconduco a essere mio: era più mia proprietà che mio essere.¹⁶⁶

Sappiamo che il corpo non è mai davvero trasparente, soprattutto oggi che il celebre *Gläserne Mensch* si trova quanto mai museificato in una sala nel Deutsches Hygiene-Museum di Dresda (fig. 11).¹⁶⁷ Ai nostri giorni “sentirsi” il corpo “di vetro” verrebbe forse catalogato come disturbo primitivo della rappresentazione corporea, non avrebbe più nulla della poetica follia erasmiana del *Licenciado Vidriera* di Cervantes:

Rimane [savio] e pazzo [*cuerto e loco*], della più strana pazzia tra le pazzie. [...] Chiedeva che gli parlassero da lontano, e gli chiedessero pure quel che volevano, ché a tutti avrebbe risposto più saggiamente, essendo uomo di vetro e non di carne, dato che il

¹⁶⁵ G. Didi-Huberman, *Dono della pagina, dono del volto*, cit., pp. 160-161. Cfr. J. Carroy, *Hypnose, suggestion et psychologie*, PUF, Paris 1991.

¹⁶⁶ J.-P. Sartre, *L’essere e il nulla*, il Saggiatore, Milano 2008, pp. 359-360.

¹⁶⁷ K. Vogel, *The Transparent Man*, in R. Bud, B. Finn e H. Trischler, a cura di, *Manifesting Medicine*, Harword, Amsterdam 1999, pp. 31-61. Si veda anche <http://www.dhmd.de>.

vetro, materiale sottile e delicato, subiva l'influenza dell'anima con maggior prontezza ed efficacia della materia corporea, pesante e terrena.¹⁶⁸

Buona parte del pensiero del Novecento ci ha abituato a fare i conti con una epistemologia della relatività, per cui oggi non è più possibile pensare ai “fatti” o alle “immagini” della scienza come a resoconti che descrivono la natura così *come è*. Perché, ci è stato detto, ciò che osserviamo o descriviamo dipende dal *modo* in cui percepiamo o concepiamo il mondo, ovvero dal contesto storico e teorico in cui siamo immersi:

Osserviamo oggi certi *fatti* perché la nostra mente è abitata da certe teorie e li osserviamo in un certo modo perché possediamo certi strumenti (lo sfigmomanometro, l'elettrocardiografo, l'endoscopio, la gamma-camera, ecc.), i quali, a loro volta, presuppongono altre conoscenze teoriche (anatomiche, fisiche, chimiche, biochimiche, fisiologiche, ecc.) dalle quali dipendono. Inoltre, anche le descrizioni di certi fenomeni semplici che vengono percepiti direttamente o quasi direttamente (la tumefazione di un'articolazione, il colorito della pelle o un soffio cardiaco) vengono effettuate in un certo linguaggio che è il prodotto di una lunga tradizione culturale e delle nostre conoscenze attuali. [...] Appare quindi chiaramente che l'*evidenza* non può costituire quel criterio oggettivo e assoluto di verità che i cultori dell'EBM [Evidence-Based Medicine] ritengono sia, e che essa vada sempre valutata in relazione all'orizzonte teorico entro il quale un ricercatore o una comunità di ricercatori si muovono.¹⁶⁹

Sarà dunque il caso di recuperare il percorso storico e teorico che ci consenta, non solo di leggere queste affermazioni alla luce di un contesto specifico, ma soprattutto di applicarle ai risultati dell'imaging odierno.

Sappiamo che, a partire dalla seconda metà Ottocento, prese vigore la cosiddetta *medicine de l'observation*: la scienza credette di potersi avvalere di immagini così fedeli alla realtà da consentirle persino di affrancarsi dalla metaforizzazione dei fenomeni. La ragione è chiara: si stavano mettendo a punto strumenti meccanici che, a

¹⁶⁸ M. de Cervantes, *Il dottor Vetrata*, Leone, Milano 2010, pp. 33-35. Si veda anche E. Macola, *Il dottor Vetrata*, in M. Mazzotti, a cura di, *Stili della sublimazione*, Franco Angeli, Milano 2001. Cfr. J. Starobinski, *Brève histoire de la conscience du corps*, in R. Ellrodt, a cura di, *Genèse de la conscience moderne*, PUF, Paris 1983, p. 118.

¹⁶⁹ G. Federspil e R. Vettor, *La "Evidence-Based Medicine"*, “Giornale italiano di cardiologia”, vol. 2, n. 6, 2001, p. 620. Si veda anche ivi, pp. 616-617; G. Federspil e C. Scandellari, *La medicina basata sulle evidenze*, “MEDIC”, n. 7, 1999; pp. 32-36; A. Liberati, *Un decennio di EBM*, in Id., a cura di, *Etica, conoscenza e santità*, Il Pensiero scientifico, Roma 2005, p. 7.

differenza dell'evidenza sensoriale, fallibile e talvolta menzognera, parevano riprodurre la realtà in maniera inequivocabile. È una concezione che, in quegli anni, troviamo espressa anche in alcuni testi relativi alla fotografia (nel 1859, su "The Lancet", venne pubblicato un articolo anonimo che esaltava la fotografia come "arte della verità"),¹⁷⁰ ma che è tanto più vera per quelle immagini prodotte con fini autenticamente scientifici. Perché solo un'immagine sincera può essere vera alleata della scienza, dello studio e della trasmissione del sapere, così da consentire alla "mente dell'osservatore", che è sempre soggettiva, di diventare "passiva" e scrivere dei fenomeni "sotto dettatura": un desiderio di obiettività iconica estrema, che qualcuno, con acume e ironia, ha immaginato essere ispirata alla modestia e alla "autodisciplina dei santi".¹⁷¹ È su questa stessa linea che si colloca il primo pensiero sulla radiografia, o "fotografia dell'invisibile", così omaggiata in uno dei numerosi articoli che salutarono la sua invenzione:

Le cercle des connaissances humaines s'est prodigieusement agrandi depuis un siècle. Mais, si l'on additionne toutes les découvertes faites, toutes les applications inventées, tous les "progrès" accomplis jusqu'à ce jour, on reconnaîtra que la vapeur, l'électricité et la microbiologie ensemble n'ont pas modifié la condition des hommes autant que va le faire, sans nul doute, la seule clarté des rayons X. [...] Chacun porte avec soi son "appareil X", délicat, puissant et rapide, enchâssé dans une pomme de canne ou une épingle de cravate; les femmes ont aussi le leur, qui tient dans le chaton des bagues et le manche des éventails. Devant ces yeux artificiels, plus clairvoyants que les yeux de chair, la matière, pour ainsi dire disparaît. Les pierres ont la limpidité de l'eau; les maisons semblent de verre, et le mur de la vie privée s'évanouit comme un rêve. Même au coin du foyer, portes closes et rideaux baissés, on vit constamment en public, à la merci du voisin malveillant ou du promeneur désœuvré. [...] Le secret des lettres n'existe plus. Car il n'est pas besoin de soumettre les enveloppes à des fumigations compliquées; un seul éclair des rayons X suffit pour qu'une police nonchalante découvre les complots les plus souterrains, et pour que d'actifs concierges connaissent par le menu ce qui concerne leurs locataires. [...] Songez que les battements du cœur aussi, visibles sous la transparente poitrine, révéleront les sentiments intimes ... Vous rappelez-vous "Fantasio", rêvant de connaître les idées du monsieur qui passe! Ce rêve-là n'aura désormais plus rien de

¹⁷⁰ *Photography in medical science*, "The Lancet", vol. 1, 22 gennaio 1859, p. 89, cit. in Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge University Press, Cambridge 1981, p. 56 e in E. O'Connor, *Camera Medica*, "History of Photography", vol. 23, n. 3, autunno 1999, p. 232.

¹⁷¹ L. Daston e P. Galison, *The Image of Objectivity*, "Representations", n. 40, 1992, pp. 82-83. Si veda anche M. D. Grmek, *Psicologia ed epistemologia della ricerca scientifica*, Episteme, Milano 1976.

chimérique. [...] Tous les hommes seront des “Fantasios”. Ils posséderont la vérité absolue sur l’âme des autres hommes.¹⁷²

Vengono così recuperati secoli di fisica e di metafisica, per omaggiare una scoperta che permette di osservare la realtà “al di là degli occhi di carne”. Parallelamente, vengono recuperati secoli di discussioni sulla luce e sull’ombra – e non è un caso che uno dei primi termini con cui ci si è riferiti all’invenzione di Röntgen fosse proprio “skiagrafia”, ossia “scrittura dell’ombra”. Siamo dunque a mezza via tra l’idea dell’immagine come menzogna (le ombre platoniche) e quella della verità come immagine.¹⁷³

Cosicché, nonostante la radiografia sia considerata la prima tecnica a sancire l’egemonia dell’immagine in medicina, la sua natura un po’ metafisica stimolò i “lettori” a ricorrere a parole quanto mai metaforiche. Poco dopo la scoperta dei raggi X, fu stabilita una loro estetica specifica, attraverso quelle che Bachelard definirebbe una serie di “metafore immediate”.¹⁷⁴ L’entusiasmo si estese presto ad ambiti “altri”: prima dell’*Invisible Man* di H. G. Wells su “Life” era stata pubblicata una poesia dal titolo *To a Fickle Miss*, cioè: “A una signorina volubile”:

Not worth your while
That false sweet smile
Which o’er your features plays:

Thy heart of steel
I can reveal
By my cathodic rays.¹⁷⁵

Nel *Manifesto della pittura futurista* dell’11 aprile 1910 leggiamo:

Chi può credere ancora all’opacità dei corpi, mentre la nostra acuita e moltiplicata sensibilità ci fa intuire le oscure manifestazioni dei fenomeni medianici? Perché si deve continuare a creare senza tener conto della nostra potenza visiva che può dare risultati

¹⁷² *L’ère X*, “Le Soir”, 5 febbraio 1896, cit. in R. Van Tiggelen e J. Pringot, *1895-1995-Honderd Jaar X-stralen in België*, Asklepios-Belgian Museum of Radiology, Bruxelles 1995, p. 47.

¹⁷³ Si veda il commento a Kant di J.-L. Nancy, *Au fond des images*, Galilée, Paris 2003 pp. 147-154. Cfr. V. Stoichita, *Breve storia dell’ombra*, Il Saggiatore, Milano 2008, p. 26.

¹⁷⁴ G. Bachelard, *La formazione dello spirito scientifico* (1947), Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 95.

¹⁷⁵ *To a Fickle Miss*, “Life”, 21 febbraio 1896, p. 151, cit. in J. D. Howell, *Technology in the Hospital*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London 1995, p. 144. Si veda ivi, p. 136 e sgg.

analoghi a quelli dei raggi X? [...] E, talvolta, sulla guancia della persona con cui parliamo nella via noi vediamo il cavallo che passa lontano. I nostri corpi entrano nei divani su cui ci sediamo, e i divani entrano in noi.¹⁷⁶

La radiografia, insomma, ha presa sulla cultura popolare, così come sulla letteratura sulle avanguardie artistiche, e contribuì attivamente al cambiamento nella relazione tra lo spazio e gli oggetti, tra l'esterno e l'interno, tra i corpi e gli spettri.¹⁷⁷ In breve, partecipò all'assalto alle forme chiuse. Cosicché, mentre Proust utilizzava i raggi X in chiave metaforica ("Avevo un bell'andare fuori a pranzo: non vedevo i commensali perché, credendo di guardarli, li radiografavo"; oppure: "La signora è peggio dei raggi X [...] che vedono quel che avete nel cuore"),¹⁷⁸ Thomas Mann, nella *Montagna incantata*, descriveva l'impressione di Hans Castorp nel gabinetto del dottor Behrens ("non si capiva se fosse uno studio fotografico, una camera oscura o un laboratorio d'inventori, un'officina tecnica da streghe"):

Castorp vide ciò che doveva pur aspettarsi di vedere, ma a rigore non spetta agli uomini, ed egli stesso non aveva mai pensato che gli sarebbe stato concesso: gettò uno sguardo nella propria tomba. [...] Con gli occhi di quell'antenata Tienappel osservò una parte familiare del suo corpo, con occhi penetranti, preveggenti, e per la prima volta in vita sua si rese conto che sarebbe morto. E intanto assunse l'espressione che soleva assumere quando ascoltava musica: un'espressione un po' melensa, assonnata, compunta, la bocca semiaperta, la testa piegata sulla spalla. Behrens disse: "Spettrale, vero? Eh, una punta di spettralità c'è davvero".¹⁷⁹

Gli esempi letterari sarebbero fin troppo numerosi, e giungono fino a tempi a noi vicini. Valerio Magrelli scrive (in poesia):

¹⁷⁶ *La pittura futurista* (Manifesto futurista, Milano, 11 aprile 1910), in P. Hulten, a cura di, *Futurismo e futurismi*, Bompiani, Milano 1986, p. 506. Si veda anche F.T. Marinetti, *Tattilismo* (1924), in Id., *Teoria e invenzione futurista*, Mondadori, Milano 1983, pp. 177-178. Cfr. G. Balla, *Manifesto futurista del vestito da uomo* (1913), in E. Crispolti, *Il Futurismo e la moda*, Marsilio, Venezia 1986, p. 72. Cfr. anche F. Benzi, a cura di, *Balla*, Leonardo, Milano 1998

¹⁷⁷ **S. Kern, *Il tempo e lo spazio, il Mulino, Bologna 1995, passim.* Cfr. J. Clair, *Duchamp et la photographie*, Chêne, Paris 1977, pp. 19-25, sulle mani del dottor Dumouchel da cui emana un'aureola di luce; A. Scharf, *Arte e fotografia*, trad. it. Einaudi, Torino 1979; G. Celant, *Futurism and the occult*, "Artforum", n. 19, gennaio 1981, p. 38. Si veda L. Dalrymple Henderson, *X Rays and the Quest for Invisible reality in the Art of Kupka, Duchamp, and the Cubists*, "Art Journal", vol. 47, n. 4, 1988, pp. 323-340.**

¹⁷⁸ M. Proust, *Il tempo ritrovato*, Mondadori, Milano 1993, p. 35 e Id., *Dalla parte di Swann*, Mondadori, Milano 1987, p. 66.

¹⁷⁹ T. Mann, *La montagna incantata*, Il Corbaccio, Milano 1992, pp. 199-203. Cfr. S. Cicaly, *La véritable rétine du savant*, cit., p. 374.

Così, radiografato, il corpo
si ritira, nella bassa marea,
scopre i fondali, le terre
sottostanti, le montagne, i fossili dormienti
sotto la carnagione della luce.¹⁸⁰

E (in prosa):

Ieri, nel traslocare, apro una scatola, e scopro l'intera raccolta delle lastre che mi vennero eseguite da piccolo. Cosa ho fatto! Perché le ho buttate senza neanche guardarle? Che occasione sprecata, irripetibile! C'erano voluti quarant'anni d'attesa per maturare quella messe d'immagini, quella flora di lemuri tremanti, quella perplessa accollita di fantasmi. Petali, o una riunione di condominio. Sfoglio una margherita di raggi x: "M'amo, non m'amo...". Ma in verità il fantasma è uno soltanto, che trascorre frusciando tra le forme: "La vita vola tra i corpi, di corpo in corpo, braccata dalla loro debole durata, come un uccello che fuggendo fra i rami, di ramo in ramo, fugga la loro tremante fragilità"[Valéry]. Ogni pagina di quel volume perso, segnava una tappa della ritirata, un sottrarsi che era una disfatta, cioè un disfarsi del corpo sotto il timido peso della creatura in volo. Io avevo tutto questo e l'ho gettato. Tenevo tra le mani la mia Pompei! Avevo il negativo dell'infanzia! Almeno posare uno sguardo su quei delicatissimi Calder originali! Calchi luminosi del mio corpo trascorso! Ultracorpi! Ectoplasmi e protoplasmi che ho volto ignorare! [...] Macabro? Ma di fossile qui c'è soltanto l'orma, l'impronta di un organismo che, continuando a mutare, non è ancora svanito. La forma morta di una forma viva. Eco? Feci, piuttosto; l'infanzia come escremento, pura scia. Altro che riga bianca di un aereo sul cielo... E dire che avrei potuto montare, una dopo l'altra, le pagine dell'album radiografico, per farle scorrere come un cartone animato!... Il libro dei ricordi del Sottosuolo Cellulare: il mio Ministero degli Interni! E seguire la crescita della conchiglia (veli, tegumenti), la gabbia del Paguro: una gabbia che cresce! La delicatezza di accarezzarmi figlio.¹⁸¹

La radiografia, dunque, ripropone questioni profonde e antiche: le sue "memorie del sottosuolo" riguardano la relazione tra ciò che è molto fisico e ciò che è molto

¹⁸⁰ V. Magrelli, *Nature e venature*, Mondadori, Milano 1987, p. 93. Si veda anche E. Cappellini, *Fotografie dell'invisibile*, "Intersezioni", n. 2, agosto 2009, pp. 255-272.

¹⁸¹ V. Magrelli, *Nel condominio di carne*, cit., pp. 91-92.

metafisico, trascendentale o “eidopoietico”,¹⁸² e stimolano visioni quanto mai soggettive (insomma, tutto ciò che, negli studi medici, solitamente viene interpretato come “schiuma del reale”).¹⁸³ E non sono esenti da questi slittamenti di senso neppure gli stessi radiologi, almeno quelli dallo spirito particolarmente sensibile e creativo.

Alcuni anni fa, Gino Viviani, radiologo e pittore, classe 1927, ha pubblicato in un grosso volume dedicato al centenario della radiologia un contributo dal titolo *Immagini e dialoghi tra arte, scienza e radiologia*. Qui la Radiologia (con la “R” maiuscola) si trasforma una figura teatral-mitologico-morale, che, forte della sua “peculiare competenza in immagini”,¹⁸⁴ dialoga per davvero con le scienze umane e con le arti visive. Ne nasce una sorta di versione aggiornata del Ballo Excelsior, nel corso della quale ogni dubbio sulle qualità umane, o umanistiche, del progresso viene sciolto grazie a una civilissima conversazione tra discipline-personaggi, che riconoscono a vicenda le conquiste e le ragioni l’una dell’altra. È la Radiologia, in persona, a tracciare un parallelo tra la sua storia e la storia dell’arte:

Da quello che ho sentito, mi sono convinta che, nella mia ancor breve ma intensa vita, ho vissuto tutte le vostre esperienze. In un secolo [...] ho attraversato tutte le tappe che voi avete incontrato nel vostro lungo percorso. Le mie prime immagini non appaiono, con il loro aspetto un poco magico e un poco misterioso, remote come i vostri primi segni? E le successive, in cui già si intende il significato, statiche e gravi, non richiamano forse l’immagine spaziale del rinascimento? Quando, per le nuove concezioni astronomiche dello spazio, la prospettiva si è mossa ed ha moltiplicato i punti di vista, le vostre immagini non hanno dato luogo a sensazioni ambigue e un poco sconcertanti, paragonabili a quelle che suscitano le mie immagini tomografiche, grazie alle quali i miei sacerdoti, i radiologi, guardano l’oggetto spostando il punto di vista di piano in piano, moltiplicandolo quindi, al fine di cancellare alcune immagini per evidenziarne altre?¹⁸⁵

La Radiologia, ovviamente, sta pensando alle immagini cubiste o futuriste. La Pittura parla di “un convulso agglomerato di percezioni e intuizioni simultaneamente coordinate in una dimensione ottico-mnemonica”, ma la Radiologia replica: che cos’è

¹⁸² Si veda A. Wackenheim, *Les radiologistes*, in R. Van Tiggelen e J. Pringot, *1895-1995. Honderd Jaar X-stralen in België*, cit., p. 304 e S. J. Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, cit., p. 58.

¹⁸³ “L’errore del pensiero formalizzante e quantificatore che ha dominato le scienze [è] il fatto di essere arrivato a credere che ciò che non era quantificabile e formalizzabile non esisteva, o fosse nient’altro che la schiuma del reale”, E. Morin, *Le vie della complessità*, in G. Bocchi e M. Ceruti, a cura di, *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano 2007, p. 33.

¹⁸⁴ G. Viviani, *Immagini e dialoghi tra arte, scienza e radiologia*, in A. E. Cardinale, a cura di, *Immagini e segni dell’uomo*, Idelson-Gnocchi, Napoli 1995, p. 319.

¹⁸⁵ Ivi, p. 332-333.

mai “la lettura di una serie di tomogrammi, se non l’agglomerato mentale di immagini *percepite* i cui messaggi *intuiti* devono essere simultaneamente coordinati in un concetto sintetizzato mediante un processo ottico-mnemonico?”.¹⁸⁶ E dunque, educatamente, procede:

Se è impegnativa la comprensione delle tue immagini, non è meno quella delle mie [...] Se le tue immagini devono essere penetrate in profondità, perché se ne possa interpretare il messaggio in modo corretto e, come tu hai detto, “all’oggettivazione fisica e spaziale si deve unire in modo indissolubile l’oggettivazione psichica” per far sì che “l’oggetto o il personaggio” non siano più il cadavere di cui parla Apollinaire, ma “entità vive in cui si riassumono tutte le relazioni che definiscono quell’oggetto o quel personaggio”, a maggior ragione le mie immagini devono essere decifrate rispettando questo principio, poiché esse *sono vive per davvero* e non in senso metaforico.¹⁸⁷

Ovvero: in radiografia non abbiamo a che fare con aree vuote o indefinite “in cui proiettare l’immagine attesa”,¹⁸⁸ non abbiamo a che fare solo con “arti fantasma”, abbiamo a che fare con qualcosa di “vivo”. Cosicché, quando Pittura, Scultura e Architettura affermano che “la vera differenza sta solo nel fatto che noi, soggette all’emozione, siamo in timoroso dubbio, mentre tu, affidata alla razionalità, sei determinata nella certezza”,¹⁸⁹ la Radiologia risponde che anch’essa deve sempre “conservare la capacità di sentire in quelle immagini tutta la vivificante, anche se difficile e faticosa, realtà dell’uomo”.¹⁹⁰ Una prospettiva che scagiona la scienza dalle accuse di riduzionismi: “Mi sono resa conto che voi non avete nulla contro di me” e che se “avete qualche cosa da obiettare non è di sicuro nei confronti delle mie scoperte ma, caso mai, [...] nei confronti dell’uso che se ne è fatto”.¹⁹¹

Nonostante l’ingenuità della scelta stilistica del dialogo, nonostante l’accento sugli aspetti mistici o spirituali, questo curioso testo è stranamente illuminante, perché pare riassumere in poche pagine la portata, appunto, “eidopoietica” della radiografia (con la “r” minuscola), nonché le difficoltà, anche da parte dei radiologi, di considerare quelle

¹⁸⁶ Ivi, p. 333.

¹⁸⁷ Ibidem (corsivo nostro). G. Apollinaire, *I pittori cubisti* (1913), Abscondita, Milano 2009.

¹⁸⁸ E. Gombrich, *Arte e illusione*, cit., p. 249.

¹⁸⁹ G. Viviani, *Immagini e dialoghi tra arte, scienza e radiologia*, cit., p. 335.

¹⁹⁰ Ivi, pp. 336-337.

¹⁹¹ Ivi, p. 338. Cfr. C. Snow, *Le due culture*, cit., p. 7. “I moderni tentativi di avvicinare scienza e arte scaturiscono, anche se non esclusivamente, dall’esigenza di consolidare la propria posizione sociale mediante l’appianamento della contrapposizione”, scrive Cor Block, in *Arte e creatività, un’identità?*, in P. Fejerabend, C. Thomas, a cura di, *Arte e scienza*, Armando, Roma 1989, p. 129

immagini come neutre o anodine. Certo, Viviani parla da medico maturo, e da pittore dilettante. Ma non è da meno Auguste Wackenheim, che, anch'egli invitato a scrivere un testo per celebrare i cent'anni della scoperta di Röntgen, per parlare dello statuto delle immagini radiografiche scomoda addirittura il Secondo Concilio di Nicea. Leggiamo questo passo:

Le pères de l'Église ne parlaient certes ni de Radiologie ni d'Anatomie lorsqu'ils écrivaient: "Plus on regardera fréquemment ces reproductions imagées, plus ceux qui les contempleront seront amenés à se souvenir de modèles originaux, à se porter vers eux, à leur témoigner, en les baisant, une vénération respectueuse". C'est une allusion à la radio-anatomie... Plus loin, on lit toujours dans le compte rendu du Concile [...]: "L'honneur rendu à une image remonte au modèle original et "Quiconque vénère une image, vénère en elle une réalité qui y est représentée". [...] Nous avons malheureusement abandonné l'analogon... La perception phénoménologique de l'image médicale est très fortement inhibée ou freinée par l'analogon anatomique pourtant indispensable à la qualité de la perception. Devant une image, il y a une très forte tendance à penser et à dire "ceci est la vésicule" alors que la pensée devrait être: "je perçois l'une des images possible de la vésicule à la date d'aujourd'hui". La différence de formulation réside surtout dans le mot "possible", car il définit à lui seul la position réelle, matérielle et temporo-spatiale de la perception.¹⁹²

Questi contributi nascono in ambito medico, e ne portano tutti i segni, ma è evidente che il problema che essi sollevano ci ricorda che la natura delle immagini radiologiche, nate da un compromesso tra luce ed ombra, è intimamente filosofica. Victor Stoichita riporta questo passo di Hegel:

Ci si rappresenta l'essere – per esempio sotto la figura della pura luce – come la chiarezza del vedere non intorbidato e il nulla, all'incontro, come il puro buio, e si connette la loro differenza con questa ben nota differenza sensibile. Se non che, nel fatto, quando ci si rappresenta in una maniera più precisa questo stesso vedere, è facile accorgersi che nell'assoluta chiarezza non ci si vede né più né meno che nell'assoluta oscurità, e che così l'un come l'altro vedere sono un puro vedere, un veder nulla. La pura luce e la pura oscurità sono due vuoti, che sono lo stesso. Solo nella luce determinata – e la luce è

¹⁹² A. Wackenheim, *Les radiologistes*, cit., p. 305. Anche questo caso, a onor del vero, va ricordato che Wackenheim, morto nel 1998, era anche "humaniste, historien, artiste, poète dialectophone", J. C. Dosch, *August Wackenheim*, "European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology", n. 8, 1998, p. 92 [Obituary].

determinata dall'oscurità, quindi solo nella luce intorbidata, si può distinguere qualcosa. Parimenti, qualcosa si distingue solo nell'oscurità determinata – e l'oscurità è determinata dalla luce – quindi solo nell'oscurità rischiarata.¹⁹³

Con tutte le difficoltà di far chiarezza nelle sottili relazioni tra luci ed ombre, divenne presto chiaro che anche l'immagine radiologica necessitava un approccio di lettura assai complesso, ossia che l'equazione immagine = realtà = vero avrebbe dovuto essere messa in discussione. Non solo per la scarsa "chiarezza" di quelle immagini (uno dei primi radiologi paragonò una "buona radiografia" ai dipinti di Turner...),¹⁹⁴ ma perché esse fornivano una codifica iconica della realtà che rendeva necessaria la presenza di un esegeta, dotato di conoscenze specifiche su come e cosa guardare. Insomma, gli eventuali errori non stavano nell'immagine ma nei loro interpreti, che potevano sbagliare a comprenderla o chiederle più di quanto, in realtà, potesse offrire.¹⁹⁵

Ce lo ricorda anche Gombrich, che, omaggiando il dottor Gottfried Spiegler, radiologo, come colui gli ha insegnato "a considerare l'interpretazione di ogni immagine come un problema filosofico",¹⁹⁶ scrive:

Spiegler ha dimostrato che l'esigenza di un'immagine a raggi X facilmente leggibile può essere in conflitto con la sua funzione informativa [...]. Quella che al profano, o persino al medico inesperto, sembra un'immagine ottimale per nitidezza e leggibilità dei contrasti, può in realtà sopprimere anziché trasmettere l'informazione desiderata. [...] Naturalmente le immagini scientifiche non mirano a registrare ciò che è visibile, i loro scopo è piuttosto *rendere* visibile.¹⁹⁷

¹⁹³ Hegel, *Scienza della logica*, 1.I, parte I, cap. 1, nota 2, Laterza, Bari, 1981, cit. in V. Stoichita, *Breve storia dell'ombra*, cit., pp. 10-11.

¹⁹⁴ J. F. H. Dally, *On the use of the Roentgen rays in the diagnosis of pulmonary tuberculosis*, "The Lancet", 27 giugno 1903, p. 1806, cit. in B. Pasveer, *Knowledge of shadows*, "Sociology of Health and Illness", vol. 11, n. 4, p. 363.

¹⁹⁵ A. Béclère, *Grandeurs et servitudes de la radiologie*, "Journal de la radiologie", 1936, cit. in A. M. Moulin, *Le corps face à la médecine*, in A. Corbin, J.-J. Courtine e G. Vigarello, a cura di, *Histoire du corps*, vol. 3, Seuil, Paris 2005, p. 57.

¹⁹⁶ E. Gombrich, *Arte e illusione*, cit., p. XXXIX.

¹⁹⁷ E. H. Gombrich, *L'immagine e l'occhio*, Einaudi, Torino 1985, pp. 166-167 e 290-291. Si veda P. Clément, *L'imagerie biomédicale*, in G. Mottet, a cura di, *Images et activités scientifiques*, "Aster. Recherches en didactique des sciences expérimentales", n. 22, 1996, pp. 87-126, dove vengono analizzati da un punto di vista pedagogico le caratteristiche del medical imaging, le sue ibridazioni tra il vero e il

In mancanza di questa consapevolezza, e di una rigorosa chiave d'accesso ai suoi misteri, l'ombra resta, appunto, soltanto un'ombra – con tutto ciò che l'espressione veicola quanto a incertezza ontologica, nebulosità e, ovviamente, “inconscio”.¹⁹⁸ Non sarà dunque difficile parlare di radiografia facendo ricorso, più o meno direttamente, alla psicoanalisi e al perturbante freudiano. E così è stato fatto. Si è ricordato che lo stesso Röntgen, descritto da bambino come “ein kleiner Teufel” o “ein kleiner Engel”, a seconda dei momenti e dei punti di vista, era molto sensibile al fascino delle ombre cinesi.¹⁹⁹ Si è paragonato lo “stadio dell'ombra” con quello “dello specchio”, visto che entrambi, anche se con modalità diverse, riguardano la conquista dell'identità attraverso la relazione con l'“altro”. Si sono trovate analogie tra gli incanti della radiografia e la storia straordinaria di Peter Schlemihl, dove l'ombra, nell'episodio del baratto, viene descritta come qualcosa che può essere sollevato, arrotolato e messo in tasca: esattamente come le radiografie del dottor Behrens, che, nella *Montagna incantata*, gli innamorati conservavano gelosamente nel portafogli (non si dimentichi che, scrive Mann, Behrens vestiva sempre di nero e, come Krotowski, lo psicoanalista, scrutava il profondo in uno studio “seminterrato”) (fig. 12).²⁰⁰

Non sarà neppure difficile pensare alla radiografia come a un prodotto di quel periodo in cui, più che mai, viene riconsiderata la virtuale permeabilità tra “interiore” e “esteriore”, non solo della mente ma dei corpi.²⁰¹ Ovvero, come a un prodotto che si inserisce a pieno titolo nel dibattito otto-novecentesco sullo statuto del “realismo”.²⁰² Da un lato, infatti, la radiografia assume su di sé tutta la cultura descrittiva e osservativa propria di un pensiero e di una rappresentazione anatomica “tradizionale”, di cui essa costituisce una propaggine (Fig. 13). Non sorprenderà, dunque, che il più celebre tra i “radiologi-pittori”, Georges Chicotot (Fig. 14), celebrasse la sua professione con dipinti

falso (costruzione grafica), nonché la necessità di conoscere e di trasmettere precisi codici iconici e scientifici). Ringrazio Andrea Pinotti per questa segnalazione.

¹⁹⁸ B. Pasveer, *Knowledge of shadows*, cit., p. 363. Si veda anche M. Sicard, *La fabrique du regard*, Odile Jacob, Paris 1998, p. 95

¹⁹⁹ W. C. Röntgen, *Eine neue Art von Strahlen*, Stahel, Würzburg 1896, cit. in A. M. Moulin, *Le corps face à la médecine*, in A. Corbin, J.-J. Courtine e G. Vigarello, a cura di, *Histoire du corps*, vol. 3, cit., p. 56; G. Cosmacini, *Röntgen*, Rizzoli, Milano 1984, p. 17.

²⁰⁰ T. Mann, *La montagna incantata*, cit., p. 122. Cfr. A. Von Chamisso, cit. in V. Stoichita, *Breve storia dell'ombra*, cit., p. 162. Cfr. p. 31.

²⁰¹ S. Kern, *Il tempo e lo spazio, il Mulino, Bologna, 1995, p. 13*. E. Cappellini, *Fotografie dell'invisibile*, “Intersezioni. Rivista di storie delle idee”, a. XXIX, n. 2, agosto 2009, p. 260; V. Stoichita, *Breve storia dell'ombra*, cit., pp. 152, 173-174. S. Freud, *Il Perturbante* (1919), in Id., *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 77-118. Cfr. D. Brun, *Avant-Propos. Habiter son corps*, “Recherches en Psychanalyse”, n. 6, 2006/2, pp. 7-10.

²⁰² J. Cray, *Techniques of the Observer*, The MIT Press, Cambridge-London 1990, *passim*.

di straordinario verismo. Dall'altro lato, nel corso dei decenni successivi alla loro scoperta, i raggi X servirono da ispirazione per opere e poetiche che nulla hanno a che fare con il realismo tradizionale – pensiamo, ovviamente, alle schadografie, ai rayogrammi o agli scritti di László Moholy-Nagy dove la visione “penetrante” di questi raggi viene inserita tra le diverse possibilità di “scrittura con la luce”.²⁰³ Dietro a tutte queste manifestazioni permane l'idea di “somiglianza per contatto” e di un sintomo che veicola, a suo modo, un realismo estremo. Scrive Didi-Huberman:

Perché *si producano* delle orme come processo bisogna che il piede sprofondi nella sabbia, che colui che cammina *sia presente* nello stesso luogo in cui si trova il segno da lasciare. Ma perché l'impronta *appaia* come risultato bisogna anche che il piede si sollevi, si separi dalla sabbia e si allontani, dirigendosi verso altre impronte da produrre altrove; da quel momento, colui che cammina *non è più presente*. [...] L'impronta ci tocca e ci sfugge innanzi tutto perché dà forma a un *disagio nella rappresentazione*, cioè a una “somiglianza-sintomo”. [...] Potremmo [...] riconoscere nell'impronta una modalità, tipica del Novecento, di mettere in discussione la rappresentazione classica; ma per una via molto differente da quella seguita dall'astrazione, perché, piuttosto che distogliere radicalmente l'attenzione dal referente e dal “reale”, l'impronta vi fa radicalmente ritorno, in modo tanto estremo da sovvertire attraverso il contatto ogni “giusta distanza” ottica, ogni convenienza o evidenza di visibilità, di riconoscimento, di leggibilità.²⁰⁴

È quanto accade anche con le ombre radiografiche: la presenza del corpo è seguita dalla sua assenza e dalla presenza della sua proiezione. Nella radiografia, questa idea, con tutto il suo universo metaforico e immaginifico – è *eikon*, da *eikō*, “mi ritiro”, “mi tiro indietro” e, assieme, “sono simile” –²⁰⁵ è quanto mai problematica per il fatto che la dualità presenza-assenza, se riferita al corpo “vivo”, si ricollega naturalmente alla dinamica soggetto-oggetto (o *Leib-Körper*). Infatti,

una radiografia è al contempo completamente impersonale e assolutamente singolare, poiché nel dettaglio, un corpo non somiglia mai all'altro. Non possiamo riconoscerci in

²⁰³ L. Moholy-Nagy, *Pittura, film, fotografia*, trad. it. Einaudi, Torino 1987, p. XIII. Si vedano anche le immagini tratte da *Einführung in die Röntgenphotographie*, pubblicato da John Eggert nel 1923, ivi, p. 66.

²⁰⁴ G. Didi-Huberman, *La somiglianza per contatto*, Bollati Boringhieri, Torino 2009, pp. 289-90.

²⁰⁵ Cfr. J.-M. Mondzain, *Immagine, icona, economia*, Jaka Book, Milano, 2006, p. 287.

una lastra, benché ci rappresenti fedelmente, nella nostra irriducibile singolarità. Nell'immagine radiografica, l'identità del soggetto si dibatte tra generale e particolare.²⁰⁶

Un'idea di questo genere non potrà che avere forte presa sugli artisti del Novecento. Pensiamo agli esempi più noti: a Francis Bacon, che dichiara esplicitamente l'influenza sulla sua opera del celebre volume *Positioning in radiology*;²⁰⁷ agli autoritratti a raggi X di Meret Oppenheim, a Rauschenberg, al suo *Booster* (1967), dove pittura e radiografia paiono congiurare l'una contro l'altra, o al successivo trittico *Autobiography*, che assieme una versione ridotta di stesso *Booster* include anche una sua foto di famiglia. (figg. 15-18).

C'è una pagina molto bella, ancora una volta tratta dal *Condominio di carne* di Magrelli, a proposito di James Ensor:

Un pittore nevrotico e frenetico, torturato da visioni mistiche e ossessioni scatologiche, un maniaco della scarnificazione. Titoli: *Scheletro che osserva delle cineserie* (vignetta che ritrae un tranquillo collezionista ossificato), *Scheletro pittore* (con un impeccabile artista-teschio nel suo atelier), *Scheletri musicisti* (raduno di funebri orchestrali), *Scheletro che disegna fini puerilità* (dove l'amabile pratica dell'hobby viene immersa in un'atmosfera morbosa), e infine, in acre oca punteggiato da sgorbi, *Scheletri che giocano al biliardo* (pretesto per infinite contorsioni che irridono alla statuaria classica). Sono quadri rivolti all'iper-nudo, allo scortecciamento, ai raggi X. [...] Discendente diretto di Yorick, Ensor è il Giamburrasca della desolazione. Starebbe bene appeso allo specchietto retrovisore, come uno scubidù.²⁰⁸

Specchietto retrovisore, scubidù o meno, l'iper-nudo a raggi X è un'immagine pienamente novecentesca (figg. 19-21), esito di media ottocenteschi nati dallo studio sullo spirito della luce. La radiografia ha a che fare con una visività tradizionale, mimetica o, per così dire, analogica: ciascuno, anche se non è in grado di interpretarla dal punto di vista diagnostico, può riconoscervi una *texture* biomorfa che "esorbita limiti della rappresentazione simbolica".²⁰⁹ Gli artisti, per decenni, vi hanno riflettuto in maniera soggettiva, magari abbandonandosi a macabre suggestioni, ma oggi la

²⁰⁶ Ph. Ortel, *La littérature à l'ère de la photographie*, Jacqueline Chambon, Nîmes 2002, p. 313.

²⁰⁷ Dichiara Bacon: "I always had in my possession a book that influenced me enormously entitled *Positioning in radiology* that contained photographs of the position of the body when X Rays were taken as well as the radiographs themselves", cit. in B. H. Kevles, *Naked to the bone*, cit., p. 269.

²⁰⁸ V. Magrelli, *Nel condominio di carne*, cit., pp. 84-85.

²⁰⁹ Era ciò che Gombrich affermava a proposito delle cere anatomiche. Si veda E. Gombrich, *Arte e illusione*, cit., p. 70.

radiografia non meraviglia più e non evoca neppure più il registro delle vanitas: ci pare una immagine vintage, troppo “rumorosa” e pittorica, generata da “una rigorosa tecnica del chiaro scuro”.²¹⁰ Il suo utilizzo da parte degli artisti non potrà dunque che essere un ludico, elementare richiamo alla malinconia (fig. 22) oppure un capriccio innocente, un divertissement (figg. 23-27).

Roger Caillois, che ritroveremo anche in seguito, afferma che il fantastico autentico si trova là dove vi sono immagini “inammissibil[i] all’esperienza o alla ragione”²¹¹ che nascono e si propongono con dichiarate finalità documentarie o informative (l’autore individua spesso questo tipo di fantastico “involontario” nei trattati di medicina e chirurgia). Cosicché, mentre diminuisce il valore diagnostico della tradizionale “lastra”, ormai considerata anche dai profani solo un esame “preliminare”, diminuisce anche la sua efficacia simbolica: oggi, di fronte a una radiografia utilizzata in ambito artistico o estetico “non si può che esser stupiti per convenzione o per educazione”.²¹²

*

Torniamo alla questione che si era posta all’inizio del capitolo: perché le medical humanities faticano così tanto ad avere un rapporto proficuo con le immagini? Detto altrimenti: perché il loro umanesimo “tollera così bene ‘l’elogio della mano’” ma indietreggia davanti a quello della macchina”?²¹³ Una delle ragioni, si è detto, è che alla mediazione dell’imaging viene imputato, almeno in parte, di aver contribuito a rendere sempre più sbilanciata la relazione medico-paziente, ovvero di aver reso quasi impossibile l’ipotesi di costruire una “narrazione condivisa” dato che dinanzi alle immagini diagnostiche, medico e paziente leggono le cose diversamente. Questa affermazione, tuttavia, pur nella sua apparente semplicità, non veicola affatto un concetto così evidente.

Andiamo con ordine. Sappiamo che nella storia dell’immagine biomedica si è a lungo dibattuto sulla nozione di “obiettività”. Lo ricorda Peter Galison, che precisa come,

²¹⁰ P.-L. Assoun, *L’image médicale à l’épreuve de la psychanalyse*, cit. Si veda anche J. van Dijck, *The Transparent Body*, University of Washington Press, Seattle-London 2005, p. 12

²¹¹ R. Caillois, *Nel cuore del fantastico*, Abscondita, Milano 2004, pp. 18-19, 28. Si veda anche ivi, pp. 139-152.

²¹² Ivi, p. 14 e 46.

²¹³ R. Debray, *Vita e morte dell’immagine*, cit., p. 107.

nelle scienze fisiche, in biologia e in medicina, la comune idea di obiettività sia fortemente debitrice di categorie ottocentesche:

In the nineteenth century – or, more specifically, after about 1830 – [...] scientists aspired to let nature “speak for itself” through a set of instrumentalities that minimized intervention, hamstrung interpretation, and blocked artistic license.²¹⁴

Ma nel Novecento, prosegue Galison, l'idea di delegare l'intervento alla macchina, quale operatore neutrale e trasparente, è stata progressivamente sostituita da un'altra: non basta più che lo scienziato indietreggi rispettosamente dinanzi a un'immagine prodotta meccanicamente; al contrario, il Novecento è il secolo della “interpreted image”, una immagine che solo attraverso uno specifico processo ermeneutico e creativo può diventare operativa, funzionale e trascendere “the silent obscurity of their raw form.”²¹⁵

Sta di fatto che oggi, nelle immagini biomediche, la traduzione visiva del corpo evolve verso soluzioni rappresentative che hanno sempre meno carattere mimetico e omomorfo.²¹⁶ La “somiglianza”, quale che ne sia il grado, non è più condizione essenziale: queste immagini non ci permettono di avere accesso a un regno invisibile ma, appunto, lo traducono in dati funzionali che accentuano la distanza con il reale noto. È in questo senso che, come è stato detto, l'imaging contemporaneo sancisce una distanziamento tra oggetto e soggetto,²¹⁷ perché ci obbliga a confrontarci con il problema della riconoscibilità del corpo, proprio o altrui, secondo una nuova idea di obiettività.

Nell'introdurre un numero della rivista “Recherches en Psychanalyse”, dedicato proprio agli effetti dell'imaging, Céline Masson scrive:

L'image, véritable “piège à regard”, sidère et capte celui qui aventure son regard au risque d'être ébloui, fasciné mais aussi inquiet car elle est le lieu du rêve et des

²¹⁴ P. Galison, *Judgment against objectivity*, in C. Jones e P. Galison, a cura di, *Picturing Science, Producing Art*, Routledge, London 1998, pp. 327-328. Cfr. L. Daston e P. Galison, *Objectivity*, Zone Books, New York 2007. Cfr. M. Lynch e S. Woolgar, a cura di, *Representation in Scientific Practice*, MIT Press, Cambridge 1990, p. 7 e 153 e sgg; B. C. van Fraassen, *L'immagine scientifica*, trad. it. Clueb, Bologna 2005, in part. pp. 31-33.

²¹⁵ P. Galison, *Judgment against objectivity*, in C. Jones e P. Galison, a cura di, *Picturing Science, Producing Art*, cit., p. 345.

²¹⁶ Ivi, p. 347.

²¹⁷ J. Cray, *Techniques of the Observer*, cit., pp. 6 e 17; M. Radstake, *Looking for a sponge*, in R. van de Vall e R. Zwijsenberg, a cura di, *The Body Within*, Brill, Leiden-Boston 2009, p. 128. Cfr. D. Leder, *The absent body*, University of Chicago Press, Chicago 1999, p. 24.

fantasmes, lieu encore de la jouissance. C'est bien cette image qui s'interpose entre le médecin et le patient. Il semblerait que les interprétations ou les lectures faites par les médecins des images ne laissent plus place à l'énigme et au doute mais font de l'image un outil puissant de révélation de l'impossible. L'image devient le réel qui sert alors de support diagnostic sans faille pour peu qu'elle veuille bien "tout" montrer. [...] Les médecins doivent tout voir et tout savoir, techniques à l'appui. Quid alors de l'écart entre image et réalité? De l'énigme et du doute propre à l'humain? Peut-on tout voir par les nouvelles images qu'utilise la médecine? Et la part de l'invisible dans le visible?²¹⁸

L'immagine è descritta come una "piège à regard", che si interpone tra il paziente e il medico. Questi fa di tale rappresentazione l'elemento basilare per la propria diagnosi ma per il paziente le cose stanno diversamente: questa immagine gli provoca un doloroso processo di esteriorizzazione, che ha conseguenze più o meno durature sulla percezione del sé, del suo io, del mondo. Scrive ancora la Masson:

Les images psychiques et les images physiques travaillent ensemble [...] et les images intérieures sont parfois le produit d'une collision entre le dehors et le dedans. Les images vues se transforment en images de mémoire, en images "psychisées" qui formeront le support pour une vue subjective (le regard).²¹⁹

L'immagine produce una pericolosa trasformazione del corpo in una mappa, ed è proprio il passaggio, per così dire, dalla mappa al territorio a fare difetto. Perché l'imaging, con i suoi imperativi scopici e di localizzazione, la sua autorevolezza tecnica, porta medico e paziente a scambiare l'immagine per la realtà e conduce a un'idea ontologica di "salute" e di "malattia". Per di più, è proprio l'autorevolezza di tale immagine a far sì che il medico, alla fine della sua interpretazione, possa "tagliare corto" e tramutare il classico "Lei non ha niente!" in un ben più indefinito "Io non vedo niente...".²²⁰

Monique Sicard si domanda:

Comment parler lorsque l'on n'est pas sûr d'avoir bien vu? Qu'affirmer lorsque le malade croit que l'image montre tout? [...] Confrontés [à ces] images [...] les médecins n'ont d'autre choix que celui des parole maîtrisées abandonnant tout affect, toute

²¹⁸C. Masson, *L'image en médecine*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009, cit.

²¹⁹*Ibidem*.

²²⁰J. Illes, E. Racine e M. P. Kirschen, *A picture is worth 1000 words, but which 1000?*, in J. Illes, a cura di, *Neuroethics*, Oxford University Press, Oxford-New York 2006, pp. 149-169.

affirmation du sujet. L'image qui s'affiche sur l'écran est décrite en termes sobres, les terminologies descriptives sont de rigueur; les discours neutres ont un pouvoir apaisant mais aussi – pour le médecin – déresponsabilisant.²²¹

Al cospetto delle immagini, dunque, si scontrano due logiche: da un lato la convinzione da parte del paziente che l'immagine possa, e debba, mostrare tutto; dall'altra quella del medico, che sfida una traccia e consapevole del fatto che si tratta, appunto, soltanto di una traccia, fa i conti con tutte le sue indecisioni (e con l'inevitabile ansia da prestazione dinanzi alle aspettative di un paziente secondo cui egli dovrebbe vedere e sapere tutto).²²² È evidente che, rispetto a centocinquant'anni fa, l'idea di certezza obiettiva pare essersi modificata.

Che fare dunque, di fronte al flusso continuo di immagini, per rendere la medicina “più umana”? Perché paiono essere proprio loro, le immagini, ad essere in buona parte responsabili della sua disumanizzazione, visto che convertono subito il sintomo in segno, riducono l'importanza dell'ascolto e, dunque, della parola del paziente.²²³ Nello stesso numero di “Recherches en Psychanalyse” leggiamo il contributo di François Dagognet, in cui si sostiene che sia necessario “résister à la fascination de l'image”:

L'image est pleine d'ambivalence. Après avoir tant donné, il faut restreindre ses pouvoirs. Par l'image, le patient est dépersonnalisé car les facteurs distantiels, psychologiques, sociaux, cèdent la place aux corrélations anatomiques. [...] Alors que le malade craint d'être trop livré à la scopie, reste attaché aux gestes de la proximité. Contre la glaciation de l'image, le malade veut la palpation, l'écoute sensualisée, le contact et la présence, qui lui sont refusés par le seul résultat iconographique.²²⁴

Dagognet inserisce queste affermazioni nella denuncia contro una visione localizzatrice della malattia di stampo neo-positivistico che, per l'appunto, sarebbe alimentata dalla diffusione delle immagini. Poi Paul-Laurent Assoun interviene su questo numero della rivista con un testo assai denso dal titolo *L'image médicale à l'épreuve de la psychanalyse* (sottotitolo: *Le fantasme iconographique*):

²²¹ M. Sicard, *La fabrique du regard*, cit., pp. 244-245.

²²² Foucault parlava dell'occhio clinico come di ciò che “sa” e che “decide”. M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit. p. 101

²²³ Non a caso i termini “segno” e “sintomo” vengono utilizzati in maniera intercambiabile in S. Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, cit., p. 1 e *passim*.

²²⁴ F. Dagognet, *L'imagerie médicale, une ambivalence certaine, quoique relative*, cit., n. 8, 2009.

Doit-on aborder [...], d'un œil vigilant et critique, les techniques de l'image qui se trouvent à présent au cœur de la médecine? [...] Il est à peine paradoxal de dire que la technique de l'image "perturbe" la vision, alors même qu'elle amplifie l'image et ouvre des espaces nouveaux à la vision. [...] L'œil n'est désormais plus "nu". [...] Mais précisément du temps que l'œil était nu, il se posait sans cesse la question de la tension possible entre l'œil et le regard. C'est toujours au reste le statut irréductible du regard dans le *Lebenswelt*, ce monde de la vie hors de la science [...]. Le danger objectif est qu'une clinique de l'image institue la "schize" de l'œil et du regard. [...] Plus question de faire saigner inutilement le corps... sauf à ce que le corps soit secrètement blessé par le regard même et que l'image coule en quelque sorte dans les veines du sujet...²²⁵

Perciò,

La question que peut articuler la psychanalyse, au-delà de la fascination du spectacle, c'est: que veut "l'imagier médical"? Pas seulement mieux voir, comme il le dit, mais voir. Voir quoi? [...] Visualiser l'événement local avec son germe de pathologie. Ce qui se révèle du "scanner" à la lueur de la clinique analytique, c'est qu'il vise, au-delà de l'objet, le "voir", ici absolu substantivé. En cette passion placide de surprendre le corps, se détache l'objet du regard. Cette passion de voir l'objet en détail(s) tend à ériger le "regarder" en idéal. Voir devient bien alors un absolu, intransitif en quelque sorte. Nous ne nous engageons pas pour autant dans quelque psychanalyse du "savant" ou du médecin, mais des conditions inconscientes du dispositif dans lequel est pris lui-même le "sachant-voyant" comme instance. Nous sommes pris dans cette scopacité foncière de la science. Mouvement qui va du savoir au "voir ça". "Voyez vous ça?", voilà la question qui ordonne la recherche, ce qui s'inscrit en retour en effet épatant : "Voyez-vous ça!"²²⁶

Non è detto, insomma, che l'imaging biomedico vada sempre guardato con sospetto e diffidenza, e certo non basta affermare che è "perturbante" (Assoun utilizza il verbo *perturber*, senza scomodare l'*inquiétante étrangeté* freudiana): ma bisogna comunque interrogarsi sullo statuto del suo "voir", un ideale assoluto, intransitivo che, da un lato, mina il soggetto-paziente nella sua stessa possibilità di esistere (pensiamo alla risonanza magnetica, suggerisce poco dopo Assoun, che inserisce il paziente in un tunnel, ne fa un corpo opaco immerso in un buio che promette di "far luce"...) e,

²²⁵ P.-L. Assoun, *L'image médicale à l'épreuve de la psychanalyse*, cit.

²²⁶ *Ibidem*. Cfr. Id., *Le regard et la voix*, Anthropos, Paris 2004.

dall'altro, imprigiona lo stesso "regardeur", il "sachant-voyant", tra uno *Schaulust* e uno *Schautrieb*:

Les techniques s'inscrivent dans une logique fétichique. Le fétiche s'instaure, en sa dynamique inconsciente, au lieu même où se produit une répression du "manque", du "trou" d'origine. Il s'arrête au seuil de cet insupportable à voir qu'il s'agit de voiler, le "troumatisme" dont parle Lacan. C'est ce qui organise en retour une pulsion de *voir quand même* et coûte que coûte.²²⁷

Non c'è dubbio, dunque, che l'imaging contemporaneo meriti davvero una sua teoria, di cui anche le medical humanities dovrebbero maggiormente farsi carico, magari chiedendo l'ausilio degli studiosi della *visual culture*. Perché i problemi delle immagini diagnostiche sono simili a quelli che assillano tutte le immagini, e tutte le teorie del visivo; senonché esse, con la loro natura funzionale e parametrica, aggiungono a tali problemi altre questioni di assoluta rilevanza che non possono essere risolti attraverso un generico appello all'umanesimo, all'umanismo o all'umanità del medico.

Quando osserviamo un'immagine che è l'astrazione codificata di un fenomeno, sappiamo di essere di fronte a un particolare costruito, a cui si accede mediante una o più interpretazioni. Ma un'immagine del nostro corpo non è una rappresentazione qualsiasi: è una diversa concettualizzazione di una realtà che dovremmo conoscere fin troppo bene. Perciò con queste immagini siamo sempre alle prese con una "separazione differenziale", che ci obbliga a riconoscerci da una posizione di soglia tra somiglianza e dissomiglianza. Avviene anche con il ritratto o l'autoritratto fotografico,²²⁸ il quale, però, si limita a rappresentarci dall'esterno: le immagini biomediche, invece, fuor di metafora, rovesciano davvero il *Leib in Körper* e possono far collidere i due universi, spalancando le porte a infinite dinamiche tra *imaging* e *imagining*, con tutti gli effetti collaterali che esse possono comportare.²²⁹

In queste immagini, spesso, le forme o gli oggetti non sono non sono riconoscibili. Potremmo certamente sforzarci, da soli, di rintracciarvi parentele con oggetti noti, dando libero sfogo alla nostra fantasia (è il solito test di Rorschach), e chiedendo al medico che anch'egli accetti, come noi, la compresenza di più significati in una sola

²²⁷ *Ibidem*.

²²⁸ Sul l'autoritratto fotografico e le sue implicazioni psicologiche si veda S. Ferrari e C. Tartarini, a cura di, *Autofocus*, Clueb, Bologna 2010.

²²⁹ Cfr. J. Illes e E. Racine, *Imaging or imagining*, "The American Journal of Bioethics", n. 5, 2005, pp. 5-18. "Ogni corpo", diceva Merleau-Ponty, "è senziente e sensibile, è contemporaneamente dritto e rovescio, M. Merleau-Ponty, *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano 2007, p. 153

carne. Tuttavia, visto che ci sottoponiamo a queste sedute solo nel momento del bisogno, cioè quando chiediamo di vedere, per interposto medico, che cosa c'è che “non va” nel nostro corpo, dovremmo anche chiederci se sia possibile integrare le due modalità di visione e farle convivere all'interno di uno stesso sistema. Ovvero: è possibile vedere le cose dall'altra parte, o, nel nostro caso “from the other end of the tube”?²³⁰

Per alcuni sarebbe auspicabile, e forse possibile. Perché vedere un'immagine significa sempre “vedere insieme ciò che è mostrato a dei soggetti parlanti”.²³¹ Ossia, presuppone sempre la presenza di più soggetti e di più parole: nel nostro caso, non solo quelle esplicative del medico ma anche quelle, magari più caotiche, originate dalle passioni e dai fantasmi, con le quali il paziente cerca di rendere “dicibile” la propria immagine. Tuttavia, leggiamo un passaggio molto chiaro della *Filosofia della medicina* di Henrik Wulff, Stig Andur Pedersen e Raben Rosenberg, in cui gli autori si chiedono che cosa capiterebbe se “un profano e un patologo esperto” fossero invitati a guardare la stessa immagine scientifica:

Il profano descriverà probabilmente la *forma* (“somiglia a una bandiera con un'estremità strappata”) e il *colore* (“è come marmo rosso e in quell'angolo ci sono macchie blu”) ma non sarà in grado di organizzare le sue osservazioni. Il patologo, invece, riconoscerà immediatamente l'*architettura* [dell'immagine] [...]. Naturalmente, il profano e il patologo sono stati esposti allo stesso *stimolo visivo*, ma quando uno stimolo diventa conscio esso è già imbevuto di teoria. I due osservatori non hanno *visto* la stessa cosa; non hanno fatto la stessa *osservazione*.²³²

Chi si occupa di immagini sa che esse hanno sempre una natura culturale e sono inserite in una rete di pratiche discorsive attuali o possibili. È un'idea che vale per ogni teoria della visività: le immagini “pure” o “brute” non esistono, così come non esiste un grado zero dello sguardo. Anche se l'arte può insegnare a valutare criticamente il mondo, ricordava Gombrich, spesso i dipinti devono più ad altri dipinti che non all'osservazione diretta della realtà.²³³

²³⁰ J. D. Howell, *Technology in the Hospital*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London 1995, p. 12.

²³¹ M.-J. Mondzain, *Qu'est-ce voir une voir une image?* [conferenza del 13 luglio 2004, www.canal-u.tv].

²³² H. R. Wulff *et alii*, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 40 (corsi nostri).

²³³ E. H. Gombrich, *A cavallo di un manico di scopa*, Einaudi, Torino 1971, p. 16. Cfr. K. Popper, *Problemi, scopi e responsabilità della scienza*, in Id., *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino 1969, 121-158.

Il processo che porta all'interpretazione di un'immagine scientifica, però, è ancora più peculiare. James Elkins, nel suo *Pictures of the body*, ci racconta della “visual desperation” che colse i primi microscopisti alle prese con le immagini di creature che non avevano alcuna analogia con quelle dalle forme già note: cosicché Johann Rösel von Rosenhof, il primo naturalista a scoprire l'ameba, cercava pazientemente di trovare in questo organismo l'abbozzo “di una testa, dei piedi, o almeno di una coda”.²³⁴ Elkins sostiene anche che abbiamo due possibili strategie per descrivere delle immagini “difficili”: la prima è quella di far ricorso all'analogia, metodo che è piuttosto incerto e raramente conduce a risultati soddisfacenti o durevoli; la seconda è quella di ricorrere al neologismo, alla parola nuova e magari oscura, che, comunque si basta da sé.²³⁵

In più delle volte, le preferenze della scienza moderna ricadono sulla seconda strategia, ma nel caso dell'imaging biomedico l'ipotesi analogica o metaforica conserva una sua ragion d'essere. Nel 2012, sulla rivista specialistica “RadioGraphics”, è comparso un articolo sulla maggiore rilevanza delle metafore nella radiologia diagnostica rispetto ad altre specialità. I due autori esaminano una serie di dizionari medici e riportano una serie forme figurate assai fantasiose:

Bird's beak sign; Corkscrew sign, Doge's cap sign, Phrygian cap sign, Football sign, Mercedes-Benz sign; Apple core lesion, Epicenter sign; Blade-of-grass sign, Celery stalk sign; Picture frame sign; Pencil-in-cup sign; Rugger jersey sign; Salt-and-pepper skull; Sandwich vertebra; Shepherd's crook sign; Gull wing sign; Inverted Napoleon hat sign; Boot-shaped heart sign; Egg-on-a-string sign; Finger-in-glove sign; Halo sign; Luftsichel sign; Signet ring sign; Snowman sign; Tree-in-bud sign; Sail sign; Cobra head sign; Drooping lily sign; Ball-on-tee sign; Keyhole sign; Lobster claw sign; Spaghetti sign; Fish-hook ureter; Comet sign; Bear paw sign; Balloon-on-a-string sign.²³⁶

La spiegazione di tale permanenza chiama in causa due ragioni specifiche. In primo luogo, le immagini diagnostiche sono “metafore” di per sé, dal momento che il radiologo osserva sempre delle rappresentazioni di una determinata struttura e non la struttura in senso stretto. In secondo luogo, la radiologia è una specialità recente, nata

Cfr. M. Kemp, *Immagine e verità*, Il Saggiatore, Milano 1999, pp. 14-15 e R. Débray, *Vita e morte dell'immagine*, cit., p. 44

²³⁴ A. J. Rösel von Rosenhof, *Der monatlich-herausgegebenen Insecten-Belüstigung* (1741), cit. in J. Elkins, *Pictures of the Body*, Stanford University Press, Stanford, 1999, p. 223.

²³⁵ J. Elkins, *Pictures of the Body*, cit., pp. 225-226.

²³⁶ S. R. Baker, L. Partyka, *Relative Importance of Metaphor in Radiology versus Other Medical Specialties*, “RadioGraphics”, vol. 32, n. 1, 2012, pp. 235-240, in part. p. 239.

alla fine del periodo d'oro degli eponimi, ovvero il XIX secolo: per cui, dinanzi a immagini che erano “altro” rispetto ai riferimenti visivi precedenti – ovvero, per dirla con Elkins, in preda a una “visual desperation” – i medici hanno scelto di designare le forme che comparivano ai loro occhi con delle metafore,²³⁷ alcune immediate (il “segno del pallone da football americano” o il “segno della vela”), altre un poco meno (il “berretto frigio” o il “cappello del doge”) (fig. 28). Ma l'utilizzo di queste metafore, che di per sé sembra rendere più comprensibile e memorizzabile la forma assunta da una qualche anomalia, può davvero contribuire anche a stabilire una dinamica di scambio tra medico e paziente? Cioè, queste metafore sono davvero utili nella comunicazione tra i due attori della relazione?

L'imaging contemporaneo, per i profani, dà vita a rappresentazioni sempre più dissociate da riferimenti noti, talvolta indistinguibili l'una dall'altra, e questo, si è detto, pare avere trasformato nel profondo anche la relazione medico-paziente. Per comprendere in che cosa consiste il nuovo utilizzo retorico delle immagini, possiamo riferirci a quanto affermava Martin Kemp a proposito di quelle che definiva “le due scienze del 1543”, ovvero l'anatomia e l'astronomia. Entrambe, dice Kemp, ricorrono all'immagine per supportare la loro credibilità, ma secondo due diverse retoriche della veridizione:

Nelle immagini di Vesalio e di numerosi suoi successori, l'illustrazione anatomica si è prestata a quella che io chiamo la “retorica della realtà”, vale a dire l'utilizzazione di riconoscibili segnali visuali di un naturalismo privo di compromessi per convincere chi guarda che le forme sono ritratte dal vero. Questi segnali visuali furono spesso accompagnati da testi o didascalie che mettevano in evidenza la situazione e i procedimenti concreti attraverso cui venivano generate le rappresentazioni e i riferimenti visuali all'atto della dissezione stessa, mediante accorgimenti come l'esibizione di strumenti. In astronomia, per contrasto, la semplice descrizione dell'aspetto dei cieli quale si mostra a un occhio non attrezzato in un singolo momento offrirebbe scarsi risultati [...]. L'aspetto dei cieli diviene dunque eloquente per chi è alla ricerca di una struttura solo quando viene legato a misurazioni sistematiche in cui l'occhio è impiegato unicamente come uno dei componenti di un sistema strumentale di registrazione controllata [...]. La traduzione di queste misurazioni in forme visuali coerenti richiede la rappresentazione di cose che non possono essere alla lettera “viste.” [...] Il tipo di

²³⁷ Ivi, pp. 237-238.

retorica è in questo caso del tutto diverso. Si tratta della “retorica della irrefutabile precisione”.²³⁸

Con l’immagine biomedica contemporanea, siamo dinanzi a una netta supremazia del “modello astronomico”. Abbandonato il gusto per lo “strip-tease miologico” dei trattati rinascimentali,²³⁹ attraversato le nubi dell’iper-nudo della radiografia tradizionale, le immagini sono diventate simulacri della irrefutabile precisione. Non imitano neppure più il reale, lo ricostruiscono e lo rendono visibile attraverso un apparecchio: sono ultra-corpi, o meglio immagini di iper-*Körper*. Cosicché, se il Novecento aveva messo al centro dei suoi discorsi il pensiero del corpo come *Leib*, pare proprio che il secolo successivo non possa esimersi dal considerare anche, e più che mai, la dimensione del *Körper*.

Nel corso del secolo scorso le immagini del *Körper* si sono diffuse in maniera massiccia, e hanno iniziato ad appartenere anche all’immaginario pop. Pensiamo al film *Fantastic Voyage* di Richard Fleischer, uscito nelle sale nel 1966, dove una équipe di scienziati miniaturizzati si introduce nel corpo di un uomo: percorre “sessantamila miglia di vasi sanguigni”,²⁴⁰ tra cellule discoidi che, come diafani palloncini o bolle di sapone, orchestrano i loro balletti indisciplinati, per poi giungere al cervello, rappresentato come un enorme stanza con teloni di plastica bruciacchiata... Si tratta, ovviamente, di una raffigurazione molto fantasiosa e assai poco scientifica dell’interno del corpo. Tuttavia, il film commentava la circolazione delle prime immagini endoscopiche, che in quegli anni iniziavano ad essere pubblicate sulle riviste mediche, con gli stilemi di una fantascienza viscerale – un *Körper* immaginosissimo, a servizio di un *Leib* alquanto metafisico).²⁴¹

Troviamo efficaci esempi di queste commistioni tra *Körper* e *Leib* anche in tempi più vicini a noi. È il caso dell’educational docudrama inglese *Body Story*, trasmesso da Discovery Channel a partire dalla fine degli anni Novanta. Gli episodi di questa serie, di trenta minuti ciascuno, sono costruiti secondo un doppio livello narrativo: uno tradizionale, che ci permette di osservare le attività quotidiane di un gruppo di tranquille famiglie inglesi, e uno scientifico, in cui penetriamo all’interno dei corpi dei loro componenti. Funziona così: seguiamo le vicende di un distinto signore che compie alcune azioni comuni, poi, all’improvviso ci troviamo dentro al suo corpo e vediamo

²³⁸ M. Kemp, *Immagine e verità*, Il Saggiatore, Milano 1999, p. 70.

²³⁹ Ivi, p. 79.

²⁴⁰ I. Asimov, *Viaggio allucinante*, Mondadori, Milano 1993, p. 37.

²⁴¹ J. van Dijck, *The Transparent Body*, cit., p. 68.

che cosa avviene durante un attacco di cuore. Si badi bene: non durante il *suo* attacco di cuore (l'attore che interpreta il personaggio è in perfetta salute) ma un attacco di cuore *generico*. Lo stesso avviene quando spiamo le prime storie d'amore tra adolescenti e, a livello "interno", vediamo maturare gli ormoni sessuali a velocità fulminea, o siamo testimoni di un pranzo in famiglia, e ci troviamo di colpo nell'esofago di uno sventurato commensale che addenta un boccone di pollo (poco cotto) e, così, contrae la salmonellosi (fig. 29). Insomma, è sufficiente che la voce narrante, con una qualche solennità, menzioni un organo, un qualsiasi processo biologico o patologico ed eccoci catapultati all'interno di un *Körper* di cui esploriamo ogni recesso.

È ben difficile supporre che *Body Story* voglia indicarci in quale cornice mentale collocare una sana "immagine di sé". Conosciamo bene i pericoli di questi movimenti dall'esterno all'interno, e il vecchio adagio secondo cui se sapessimo davvero, in ogni dettaglio, com'è fatto il *nostro* corpo non riusciremmo più a fare nulla.²⁴² La serie, oltre a inserirsi nella linea del "capire per capirsi", suggerisce invece l'idea di una realtà aumentata, ovvero di un insieme di reale e virtuale – dove il "virtuale" non indica ciò che non è "reale", ma una simulazione del possibile a un diverso e generico livello concettuale.

Pensiamo anche alla scelta di inserire specifiche tecniche di visualizzazione diagnostica per veicolare certi messaggi nel cinema e nella televisione: pensiamo all'ecografia (generica) che ci viene mostrata per farci sapere che la protagonista di un film è in dolce attesa o, ancor più, alla linea piatta (altrettanto generica) che compare sul monitor cardiaco e, accompagnata dal lungo "beep", indica la morte del personaggio di cui, fino a quel momento, abbiamo seguito le vicende con grande partecipazione o, talvolta, con vera e propria simpatia.²⁴³ In questo caso, le strumentazioni scientifiche vengono drammatizzate e coinvolte nella narrazione, diventano "technological-metapsychological machineries for producing certain cognitive and emotional states of mind".²⁴⁴ Il tutto, però, viene fatto coerentemente alle aspettative dello spettatore, che si

²⁴² Lo dice Flaubert nel suo *Dizionario dei luoghi comuni* (Adelphi, Milano 1980, p. 38) e, ovviamente, ce lo ricorderà anche Svevo nella celeberrima e citatissima pagina della *La coscienza di Zenò*: "Tullio [...] mi raccontò ridendo che quando si cammina con passo rapido, il tempo in cui si svolge un passo non supera il mezzo secondo e che in quel mezzo secondo si muovevano nientemeno che cinquantaquattro muscoli. Trasecolai e subito corsi col pensiero alle mie gambe a cercarvi la macchina mostruosa. [...] Naturalmente non riscontrai cinquantaquattro ordigni, ma una complicazione enorme che perdetto il suo ordine dacché io vi ficcai la mia attenzione [...]. Il camminare era divenuto per me un lavoro pesante, e anche lievemente doloroso [...]. Ancora oggidì, che ne scrivo, se qualcuno mi guarda quando mi muovo, i cinquantaquattro movimenti s'imbarazzano ed io sono in procinto di cadere", I. Svevo, *La coscienza di Zenò*, Garzanti, Milano 1992, p. 100. Cfr. anche I, 2, n. 55.

²⁴³ P. Bialès e S. Goddet, *Le tracé et le profane*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009, cit.

²⁴⁴ J. van Dijck, *The Transparent Body*, cit., p. 79.

attende il loro intervento per poter fare chiarezza nella storia (“Ma è davvero incinta...?” o “Speriamo non muoia lui, speriamo muoia l’altro...”). Perché lo spettatore è sensibile al dettaglio, e riconosce il corpo dell’eroe anche nella sua “separazione differenziale”.

È così, ossia attraverso una serie di sollecitazioni di questo genere, che lo spettatore-paziente (ogni spettatore è virtualmente un paziente...) si avvicina alle immagini della diagnostica, pur senza poter penetrare nelle loro regole, le integra nel proprio immaginario e, a suo modo, prova a rinegoziare un rapporto possibile tra il *Leib* e il *Körper*, nonché tra la nozione di salute e quella di malattia. Il *Leib* insomma non può più essere quello del silenzio degli organi, di una misteriosa e “umidiccia intimità”.²⁴⁵ Crediamo, quindi, che l’idea di sguardo medico in chiave, per così dire, foucaultiana vada integrata con le nozioni di una più ampia e aggiornata *visual culture*. In caso contrario rischieremmo di restare ciechi all’immaginario dei pazienti, ossia alla stessa dimensione della *illness*.

A ciò che vuole porre rimedio il bel libro di Maud Radstake, dal titolo, per l’appunto, *Vision of Illness*. La Radstake, antropologa medica, ha lavorato per mesi nel reparto di radiologia e endoscopia di un ospedale universitario olandese, concentrandosi su quelle tecniche diagnostiche che permettono, a medico e paziente, di conoscere l’esito in tempo reale. Con questo tipo di imaging, dice la Radstake, i pazienti sono maggiormente coscienti del processo di obiettivazione a cui è sottoposto il loro corpo, e non è raro che i medici li coinvolgano direttamente, non solo nella produzione, ma anche nella lettura dell’immagine. In tal modo esso non opera solo nella prospettiva della *disease* ma anche in quella della *illness*: la co-partecipazione di diversi attori (paziente, medico, apparecchiatura, immagine) e diversi processi (preparazione del paziente, mediazione del medico, interazione con l’apparecchiatura, interpretazione dell’immagine) permette infatti che, in un certo qual modo, si attui l’auspicata co-costruzione del significato – una co-costruzione che, da parte del paziente, non esclude comunque l’imbarazzo, la paura o lo sbigottimento.²⁴⁶ Insomma, le immagini nate da queste tecniche rispettano maggiormente la loro doppia appartenenza al regno

²⁴⁵ J.-P. Sartre, *Un’idea fondamentale della fenomenologia di Husserl*, in Id., *Che cos’è la letteratura*, Il Saggiatore, Milano 1963, p. 280. Cfr. il classico P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, Franco Angeli, Milano 1973, p. 35.

²⁴⁶ M. Radstake, *Visions of Illness*, Eburon, Delft 2007, pp. 87-92. Cfr. A. Mol, *The Body Multiple*, Duke University Press, Durham 2002

dell'oggetto e a quello del soggetto: sono, per dirla con Derrida, "l'image vivant e du vivant".²⁴⁷

Tra l'altro, Maud Radstake ci ricorda anche ciò che, a prima vista, può apparirci come un paradosso, ma che già ci era stato suggerito da Monique Sicard e, diversamente, da Céline Masson: nei confronti delle immagini i medici sono molto più relativisti dei pazienti.²⁴⁸ Ossia, mentre il profano sembra avere una fiducia quasi sconfinata nei confronti della tecnologia e della trasparenza del corpo ("Le pire c'est le scanner: avec ça, on pourrait déceler quand je vais mourir!", dice uno degli intervistati dalla Durif-Bruckert),²⁴⁹ i medici considerano l'immagine assai più inaffidabile, attribuendo ad essa la qualifica di rappresentazione "soggettiva" del corpo, analizzabile quasi unicamente da chi la ha prodotta. Se vogliamo forzare un po' le cose e recuperare, con Auguste Wackenheim, una metafora religiosa, potremmo dire che i medici, pur non essendo iconoclasti, con le immagini sono senza dubbio "agnostici": sospendono il giudizio, perché non è affatto scontato che esse possano fornire loro sufficiente informazioni sui problemi.

A proposito di convenzioni e sospensioni di giudizio, esistono alcune immagini assai particolari sulle quali oggi è impossibile tacere. Ci riferiamo agli esiti del *neuroimaging* funzionale, che tanto ci hanno affascinato negli ultimi decenni. La prima rivista non scientifica e di larga diffusione a pubblicare alcune di queste immagini fu "Vogue", nel 1983, in un articolo intitolato *New seeing-eye machines*. A corredo del testo, tre figure simili ma diversamente colorate, e le didascalie "normal" "schizo" e "depressed". Ebbene, dal lontano 1983, queste immagini, che si basano sui cosiddetti paradigmi di attivazione (ossia sulla correlazione tra l'aumento dell'attività in una certa area cerebrale e l'azione svolta dal soggetto), si sono diffuse ovunque e la loro tavolozza di colori è diventata quasi convenzionale: il blu scuro per l'inattività, il rosso per l'attivazione, il verde e il giallo per l'insorgenza di fenomeni degenerativi – fino a effetti cromatici che hanno fatto paragonare il cervello di un ipomaniaco a un albero di Natale, con "macchioline luminose di rosse, gialle e arancio".²⁵⁰

L'idea di poter mettere in posa il cervello, e di poterne spiare il lavoro, è evidentemente fuorviante. Ma la forza persuasiva di queste immagini, nate da artifici grafici, risiede

²⁴⁷ J. Derrida e B. Stiegler, *Échographies de la télévision*, Galilée, Paris 1996.

²⁴⁸ M. Radstake, *Visions of Illness*, cit., pp. 5 e 81.

²⁴⁹ C. Durif-Bruckert, *Une fabuleuse machine*, L'œil neuf, Paris 2008, p. 18 (dichiarazione di un intervistato).

²⁵⁰ K. R. Jamison, *A magical orange grove in a nightmare*, cit. in J. Dumit, *Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts*, "Journal of Medical Humanities", vol. 24, nn. 1-2, estate 2003, p. 35. Si veda anche L. Boella, *Neuroetica*, Raffaello Cortina, Milano 2008, p. 3. Cfr. J. R. Hixon, *New seeing-eye machines*, "Vogue", 7, 1983, pp. 238-239, 254-258.

proprio del loro presunto “neuro-realismo”. Tutti questi colori chiamati a illustrare il funzionamento della materia grigia, per il solo fatto di concorrere a una “buona immagine”, finirebbero infatti per favorire il trasferimento di fenomeni psicologici noti in categorie visive nuove.²⁵¹ Qualche anno or sono, gli psicologi Paolo Legrenzi e Carlo Umiltà denunciavano la grande attrazione sui non esperti di tutto ciò che presentasse il prefisso *-neuro*. Gli autori parlavano di una vera e propria “neuromania”, spiegabile con il fatto che

si è inclini ad accettare una sorta di supremazia “medico-biologica” nella rappresentazione dei fenomeni psicologici [...], come se evocare una parte del corpo interessato ad una condizione psicologica prevalesse sulla descrizione di quella stessa condizione.²⁵²

Insomma, abbiamo rischiato, o rischiamo, di trovarci al cospetto di una vera e propria “frenologia *high tech*”.²⁵³ Sta di fatto che il significato veicolato da questi artifici per immagini si è innestato su altre immagini, autenticamente psichiche, del nostro corpo. Come sappiamo, il concetto di “autenticità” è piuttosto complesso. Torniamo dunque ai “falsi colori” di queste immagini. Secondo Martin Kemp,

the addition of colour in the so called “false colours’ images adds a further layer of pictorial convention. To some extent, the designation of “false-colour images” – which indicates that features in bodies of data are signaled by the arbitrary assigning of a different colour to each of them – is a misnomer, since the principle is essentially no different from that of the human eye. Our eye and perceptual system take in stimuli of light at different wavelengths and differentiate them in term of what we call colour, but the object we see as coloured is not literally of such-and-such a colour.²⁵⁴

²⁵¹ D. Skolnick *et alii*, *The Seductive Allure of Neuroscience Explanations*, “Journal of Cognitive Neuroscience”, vol. 20, n. 3, 2008, pp. 470-471; M. Hagner, *The mind at work*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within*, Brill, Leiden-Boston 2009, pp. 67 e 87; C. Cappelletto, *Neuroestetica*, cit., pp. 149-150; D. P. McCabe e A. D. Castel, *Seeing is believing*, “Cognition”, n. 107, 2008, p. 351; A. M. Moulin, *Le corps face à la médecine*, in A. Corbin, J.-J. Courtine, G. Vigarello, a cura di, *Histoire du corps*, vol. 3, cit., pp. 61-62; C. Morabito, *La mente nel cervello*, Laterza, Roma-Bari 2004, pp. 127-133.

²⁵² P. Legrenzi e C. Umiltà, *Neuromania*, cit., p. 58; Cfr A. Pinotti, *Empatia*, Laterza, Roma-Bari 2011, p. 15.

²⁵³ J. Dumit, *Picturing Personhood*, Princeton University Press, Princeton-Oxford 2004, p. 22 e sgg. L. Boella, *Neuroestetica*, cit., p. 31.

²⁵⁴ M. Kemp, *Medicine in view*, in I. Loudon, a cura di, *Western Medicine*, Oxford University Press, Oxford-New York 1997, pp. 9-10 (corsivo nostro).

Si tratta di una posizione forse estrema ma interessante: in queste immagini i colori, aggiunti in base a convenzioni, sarebbero utilizzati secondo principi non dissimili da quelli “naturalisti”. Anche l’occhio, infatti, opera una “traduzione” del segnale catturato dai fotorecettori della retina, e soltanto in seguito lo invia al cervello... Cosicché, se in diagnostica questi colori apportano semplicemente una maggiore “leggibilità” all’immagine, essi non sono affatto neutri o casuali dal punto di vista metaforico: sono stati scelti colori caldi per aree “calde” e colori freddi per aree “fredde”... Insomma, ci sarebbe una complicità profonda tra queste immagini manipolate, la natura biofisica della percezione e, non ultimo, la dimensione simbolica.²⁵⁵

Perciò queste immagini sono così seducenti. Una seduzione che, tuttavia, insospettisce gli esperti. Nell’aprile del 2012, sul supplemento domenicale del “Sole 24Ore” troviamo un articolo, firmato dallo psicologo Martin Monti e dal filosofo della scienza Matteo Motterlini, dal titolo *Tutti i colori della neurofuffa* – o, in inglese, *neuro-babble*. Gli autori ci mettono in guardia ancora una volta sul fatto che le neuro-immagini ci affasciano con l’illusione di poter spiegare un macrofenomeno psicologico attraverso le sue microcomponenti neurali:

Vari recenti esperimenti hanno misurato l’efficacia *retorica* dell’impiego di neuroimmagini. In particolare è stato mostrato che quando articoli che sintetizzano risultati neuroscientifici sono accompagnati da immagini di risonanza magnetica funzionale, questi vengono valutati come più convincenti rispetto a quando, gli stessi risultati, sono accompagnati da grafici, tabelle, istogrammi o mappe topografiche del cervello. Evidentemente le immagini forniscono una rappresentazione fisica dei processi cognitivi ben più credibile dei dati astratti.²⁵⁶

Ciò, ovviamente, ha importanti conseguenze etiche, come dimostrerebbe, tra l’altro, uno studio condotto nelle aule di tribunale, secondo cui la presenza del *lie detector* con risonanza magnetica funzionale, ammesso in alcuni processi per omicidio, influenzerebbe notevolmente il giudizio della giuria.²⁵⁷

Un anno più tardi, su “Le Scienze”, in un articolo che, peraltro, mette sotto accusa l’affidabilità *tout court* di molte ricerche ascrivibili al campo delle neuroscienze,

²⁵⁵ E. Racine, O. Bar-Ilan e J. Illes, *fMRI in the public eye*, “Nature Reviews Neuroscience”, vol. 6, n. 2, 2005, pp. 159-164. Cfr. S. Cacaly, *La véritable rétine du savant*, cit., p. 373.

²⁵⁶ M. Monti e M. Motterlini, *Tutti i colori della neurofuffa*, “Il Sole 24 Ore”, 15 aprile 2012 (corsivo nostro).

²⁵⁷ *Ibidem*.

troviamo conferma del potere illusorio di queste immagini: negli studi che ricorrono alle neuro-immagini, specialmente in quelli che vengono riproposte da media popolari, la già dubbia affidabilità crollerebbe dal 21 % di media all'8 %.²⁵⁸ È chiaro:

Whereas in scientific publications scans function as mere illustrations of an authoritative text, in popular usage the text is reduced to an elaboration of what the images and their immediate labels are supposed to show and prove directly.²⁵⁹

Detto altrimenti, il *neuroimaging*, soprattutto fuori dall'ambito scientifico, invertirebbe la relazione testo-immagine, conferendo alla seconda la caratteristica di prova irrefutabile di concetti altrimenti incomprensibili. Perché il lettore profano non *capisce* le parole ma *vede* l'immagine – e a lei crede.

A dire il vero, non è una prerogativa delle sole immagini scientifiche: guardare un'immagine “senza parole” somiglia spesso, ha detto qualcuno, a guardare un miracolo con gli occhi di un non credente. È noto il commento di Mark Twain dinanzi alla presunta *Beatrice Cenci* attribuita a Guido Reni (fig. 30):

A good legible label is usually worth, for information, a ton of significant attitude and expression in a historical picture. In Rome, people with fine sympathetic natures stand up and weep in front of the celebrated *Beatrice Cenci the Day Before Her Execution*. It shows what a label can do. If they did not know the picture, they would inspect it unmoved, and say, *Young Girl with Hay Fever; Young Girl with Her Head in a Bag*.²⁶⁰

Insomma, la storia e la teoria dell'immagine ci abitua a pensare che qualsiasi immagine nasce sempre dalla confluenza di tradizioni visive e verbali, e che, se non vuole fare scena muta, ha bisogno anche delle parole. Tuttavia crediamo che occorra tenere a mente la distinzione tra ciò che è prerogativa *generale* delle immagini e ciò che è prerogativa *specifico* delle immagini mediche.

In primo luogo, visto che come si è detto a questi particolari “ritratti” si ricorre solo in momenti particolari, quelli in cui c'è qualcosa che “non va”, è facile pensare che lo

²⁵⁸ K. S. Button, J. P. A. Ioannidis, C. Mokrysz *et alii*, *Power failure*, “Nature Reviews Neuroscience”, n. 14, maggio 2013, pp. 365-376. Cfr. anche E. Vul, C. Harris, P. Winkielman e H. Pashler, *Puzzlingly High Correlations in fMRI Studies of Emotion, Personality, and Social Cognition*, “Perspectives on Psychological Science”, vol. 4, n. 3, 2009, pp. 274-290. Si veda www.lescienze.it/news/2013/04/12.

²⁵⁹ J. Dumit, *Picturing personhood*, cit., pp. 142-143; D. P. McCabe e A. D. Castel, *Seeing is believing*, cit., pp. 349-350.

²⁶⁰ M. Twain, *Life on the Mississippi*, cit. in W. J. T. Mitchell, *What Is an Image?*, “New Literary History”, vol. 15, n. 3, 1984, p. 527.

spettatore, ovvero il paziente, si attenda sempre che il medico, mediante l'immagine, sappia trasformare la sua condizione soggettiva in condizione oggettiva: solo così, infatti, è possibile trovare una soluzione al dolore. Non è scientifico, è naïf, ma è profondamente "umano" – perché "non riusciamo ad abbandonare l'idea di un Dio guaritore e amico sopra di noi".²⁶¹

L'immagine medica ha dunque a che fare con le aspettative di uno spettatore particolarmente coinvolto, che la inserisce in un orizzonte d'attesa quanto mai urgente: quello del dolore. Pochi accettano che un medico dica: "Le mie competenze arrivano fin qui...", oppure, nello specifico: "dall'immagine" (ovvero: "nonostante l'immagine") "io non vedo niente...". È possibile che uno spettatore in piena salute riconosca che le difficoltà di leggere una immagine diagnostica possono dipendere da molte variabili ("l'immagine non è venuta bene..."; "il medico non è sufficientemente capace...", "forse non mi vuole dire la verità..."). Ma per un malato la situazione è diversa: per lui la ri-umanizzazione del medico può iniziare solo al termine di un percorso in cui la sua catastrofe si è evoluta in senso positivo.²⁶² Insomma, nei pazienti vi è una sorta di riduzionismo spontaneo, che suffraga più o meno inconsciamente la relazione stretta, e irrealistica, tra immagine e verità.

In secondo luogo, l'immagine medico-diagnostica, a differenza di immagini altre, può consentire al paziente di materializzare, e dunque di riconcettualizzare, la propria situazione. Se attraverso l'immagine del proprio corpo il dolore diventa un "oggetto" – ovvero se l'unità del *Leib* arretra per far posto all'infinita parcellizzazione del *Körper* affinché possa essere scoperta la parte responsabile del dolore (ovvero quella che, al momento, non fa vivere tranquillamente al paziente il proprio *Leib*) – quello stesso dolore potrà diventare, in un certo qual modo, separabile dal sé.²⁶³ Diventerebbe solo la parziale ed erronea funzionalità di un organo, o un colore momentaneamente sbagliato. Certo, è possibile che nei round successivi questo pensiero sia sconfitto, che il dolore smascheri gli inganni dell'avere e torni a far parte del regno dell'essere. Ma chi lo dice che il dolore debba essere tanto potente e pervasivo?

Così agisce l'irrazionale, il pensiero magico, con tutti i possibili rischi di deriva. Ma anche questo ci pare infinitamente umano. Crediamo stia anche in questo la possibilità delle immagini mediche di farsi immagini "incarnate": perché oggi pensare alla

²⁶¹ G. Ceronetti, *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano 1990⁵, p. 46.

²⁶² G. Calvi, *Quello che i medici non sanno*, cit., p. 78.

²⁶³ L. Boella, *Neuroetica*, cit., p. 8.

medicina come a un'ermeneutica significa pensare anche a un'ermeneutica dell'immagine. Gombrich, parlando d'altro scriveva:

Non appena i più afferrano che un'immagine può non avere un'esistenza indipendente, e che può riferirsi a qualcosa fuori di sé, e quindi essere il documento di un'esperienza visuale, piuttosto che la creazione di un sostituto, da quel momento [...] non sembrerà loro più necessario [...] incorporare al completo tutti i dati essenziali dell'oggetto. [...] Sappiamo che si tratta di un'ombra [...] e siamo dispostissimi a partecipare al gioco e completare quell'ombra con la nostra fantasia, aggiungendovi i tratti che, come sappiamo, l'oggetto vero certamente possedeva.²⁶⁴

Tuttavia,

ogni punto deve rappresentare qualcosa. [...]. E infatti che altro vuol dire se non questo quando siamo esortati a fare qualche passo indietro anche noi spettatori, per vedere le chiazze di colore [...] animarsi di una loro vita?²⁶⁵

Ci pare un magnifico commento alle questioni sollevate dalle immagini biomediche, e un invito a mettere a punto una teoria specifica su queste stesse immagini. Al contempo, ora ci sembra anche di capire meglio perché le medical humanities parlino di immagini in maniera così deludente. Al timore che, dinanzi a tante immagini, la parola abbia irrimediabilmente perduto terreno, prendiamo in prestito le parole di Diderot, che un giorno, preso da una “anatomia metafisica”, giunse ad affermare che “di tutti i sensi l'occhio è il più superficiale” ma “l'orecchio il più orgoglioso”. Poi chiosò:

Sarebbe, a mio avviso, una compagnia divertente quella di cinque persone ciascuna delle quali possedesse un solo senso; probabilmente coloro si tratterebbero a vicenda da insensati, e vi lascio pensare con quale fondamento. È questa tuttavia un'immagine di ciò che accade continuamente nel mondo: si possiede un solo senso e si giudica di tutto.²⁶⁶

Non vi è nulla di irrazionale, perché, come dicono i presbiteri, non mi preoccuperei della vista se solo avessi le braccia un po' più lunghe”.²⁶⁷

²⁶⁴ E. H. Gombrich, *A cavallo di un manico di scopa*, cit., p. 16.

²⁶⁵ *Ivi*, p. 17.

²⁶⁶ D. Diderot, *Lettera sui sordi e sui muti* (1751), Mucchi, Modena 1984, pp. 8-9.

²⁶⁷ F. Karinty, *Viaggio intorno al mio cranio*, Rizzoli, Milano 2010, p. 56.

I.3. I rischi dell'esofalmo

*Un giorno forse sapremo che non c'è mai stata arte, ma soltanto medicina.*²⁶⁸

The doctor, dipinto da Luke Field nel 1887, ci presenta un medico pensoso, intento a osservare un bambino malato (fig. 31). Il piccolo giace su un cuscino sorretto da due sedie, la madre piange con la testa china e il padre, che le tiene una mano sulla spalla, guarda il medico con espressione preoccupata. È uno dei quadri più noti del tardo periodo vittoriano, e nel corso del Novecento, come ci ricorda Gombrich, le sue riproduzioni figuravano sulle pareti delle sale d'attesa di molti studi medici.²⁶⁹ Insomma, un'icona, un simbolo della dimensione ideale, filantropica, e anche un po' dickensiana, del lavoro del medico, utilizzata anche per una serie di campagne pubblicitarie (come quella americana del 1949 contro le politiche sanitarie del governo Truman, il cui slogan recitava: "Keep Politics Out of this Picture"). Oggi, eloquentemente, è stata scelta come immagine di commento per la pagina Wikipedia alla voce "Physician".²⁷⁰ La scegliamo dunque come esergo visivo per introdurre un esame sulla maniera in cui viene solitamente trattato il rapporto arte-medicina negli scritti di medici, per poi analizzare alcuni casi in cui le arti visive sono state utilizzate all'interno delle medical humanities.

Nel volume dal titolo *La medicina nell'arte*, pubblicato in Italia nel 1970, Louis Pasteur Vallery-Radot si esprime in questo modo:

L'arte non è la rappresentazione pura e semplice del mondo. Infatti, perché l'arte sia presente, occorre vi sia trasfigurazione. E un simile atto può essere compiuto solamente da un "regista" sensibilissimo. [...] La visione cruda della natura così com'è non è arte.²⁷¹

Questo medico, che è anche il curatore dell'opera completa del nonno, pare quindi aver fatto tesoro del pensiero sull'arte del Novecento, e dirci che è trascorso tanto, troppo tempo dai primi studi sul rapporto tra arte e medicina, quelli che, in sostanza, erano basati su ciò che, decenni più tardi, la psichiatra di Harvard Anneliese Pontius definirà *icono-diagnosis*. Con

²⁶⁸ J. M. G. Le Clézio, *Haï*, Skira, Genève 1971, p. 7.

²⁶⁹ E. H. Gombrich, *Aneddoti dipinti* [*Calling for "The Doctor"*, "New York Review of Books", 13 luglio 1967], in Id., *Riflessioni sulla storia dell'arte*, Einaudi, Torino 1991, p. 204.

²⁷⁰ <http://en.wikipedia.org/wiki/Physician>.

²⁷¹ L. Pasteur Vallery-Radot, *Prefazione*, in J. Rousselot, a cura di, *La medicina nell'arte*, Silvana, Milano 1970 [p. 5].

questa espressione la Pontius si riferiva alla modalità per ottenere notizie circa la malattia del passato attraverso l'utilizzo dell'immagine artistica. La psichiatra ne limitava l'uso alle società preistoriche, e alle poche isole culturali delle quali possediamo scarse fonti scritte²⁷² ma, a seguire, la definizione si estese anche ai prodotti artistici delle civiltà “della scrittura”.

A proposito di questo metodo, Mirko D. Grmek e Danielle Gourevitch, nel loro *Le malattie nell'arte antica*, si esprimono così :

Siamo convinti che l'artista dell'antichità [...] sia in grado e desideri a volte rappresentare in modo *parlante* aspetti insoliti del corpo umano, indipendentemente da qualsiasi conoscenza reale delle malattie che essi traducono. L'ingenuità e la penetrazione dello sguardo artistico possono anche farci sperare in qualche immagine patognomonica, che identifichi o consenta *la diagnosi di malattie all'epoca ancora non concettualizzate*. Chiamiamo dunque *iconodiagnostica* [*icono-diagnosis*] la diagnostica retrospettiva delle malattie basata sullo studio delle immagini”.²⁷³

Più oltre precisano:

Per la natura stessa delle informazioni che contengono, le immagini non dicono la stessa cosa dei concetti veicolati dalla parola. L'iconodiagnostica, come la concepiamo noi, si giustifica per il fatto che il messaggio delle immagini *completa* quello delle parole, qualsiasi sia il livello dell'evoluzione culturale e la sofisticatezza del linguaggio.²⁷⁴

L'iconodiagnostica, insomma, funziona quando la storia (della medicina), basata principalmente sulla parola, si rivolga anche all'immagine per completarne l'informazione.

Uno dei massimi esempi di iconodiagnostica “old style” è il notissimo *Les démoniaques dans l'art* di Charcot e Richer, pubblicato nel 1887, dove gli autori mettono in relazione decine di rappresentazioni tratte dalla storia dell'arte con le immagini dei “convulsionari” che, ai loro tempi, popolavano le sale della Salpêtrière.²⁷⁵ Monumento della nosografia charcottiana, e della sua visione panta-isterica, *Les démoniaques* è considerato lo studio inaugurale fondato su questo metodo, che come vedremo, per quanto appaia piuttosto insensato, si rivelò e si rivela assai longevo.

Paul Richer ricorda che l'obiettivo di questo studio, così come quello del successivo *Les difformes et les malades dans l'art*, anch'esso realizzato assieme al maestro Charcot, era quello

²⁷² A. Pontius, *Icono-diagnosis*, “Perspectives in Biology and Medicine”, n. 27, 1983, pp. 107-120.

²⁷³ M. D. Grmek e D. Gourevitch, *Le malattie nell'arte antica*, Giunti, Firenze 2000, p. 22 (corsivo nostro).

²⁷⁴ *Ivi*, p. 312 (corsivo nostro). Si veda anche D. Gourevitch, *Le malattie nell'arte*, “Medicina nei secoli”, vol. 14, n. 2, 2002, p. 326.

²⁷⁵ J.-M. Charcot e P. Richer, *Le indemoniate nell'arte* (1887), trad. it. Spirali, Milano 1980.

di rintracciare “les traits ‘nature’” nell’opera dei pittori. *Les difformes*, del 1889, si apre con un ricordo di viaggio:

Dans un récent voyage que l’un de nous fit à Venise, il fut vivement *frappé de retrouver dans un* mascarone grotesque de l’église Santa Maria Formosa tous les caractères d’une déformation morbide parfaitement définie, et dont il avait, peu de jours auparavant, montré quelques types remarquables aux auditeurs de ses conférences cliniques à la Salpêtrière.²⁷⁶

Si parla dunque di “ritrovare”, per un incontro fortuito, qualcosa di attuale in ciò che si credeva appartenere solo a un universo distante, passato (da cui tutta la sorpresa...). È una idea molto “psicoanalitica”, si dirà. Ebbene, poche pagine dopo, in linea perfetta con un’idea positivista di arte, o di immagine, *come* verità, su questo mascherone grottesco verrà emessa una diagnosi: “hémispasme glosso-labié hystérique” (fig. 32).²⁷⁷

Tuttavia, l’operazione di Charcot e Richer non presenta solo questa solida e razionale certezza: sono infatti gli stessi autori a confessare il loro fantasma, o meglio il loro, ossimorico, “consapevole rimosso”. Dichiarano infatti di voler

[laisser] de côté toutes les représentations de monstre ou êtres fabuleux et hybrides formés de parties appartenant à des êtres distincts, tel que sphinx, centaures, sirènes, chimères, etc. [...], inventions pour lesquelles l’artiste n’a rien d’autres lois que les mythes religieux, les légendes des époques héroïques où les seuls caprices de son imagination.²⁷⁸

E di volersi dedicare solo a quei casi in cui gli artisti

n’ont pas eu craint de copier, non plus des types de perfection choisis avec soin, mais des infirmités, des difformités, des maladies, les erreurs, les déviations, les aberrations de la nature.²⁷⁹

Rifuggire ciò che è manifestamente fantastico, cioè *non* realistico, collocarsi dalla parte degli artisti che “non hanno avuto paura di copiare”, significa avere ben chiaro dove si collochino i confini di un’arte di “qualità”, e quindi, in un certo qual senso, di voler compiere una scelta critica o poetica. Una scelta che, però, non è immune da dubbi (anche se dubbi positivisti...):

²⁷⁶ J.-M. Charcot e P. Richer, *Les difformes et les malades dans l’art* (1889), B. M. Israël, Amsterdam 1972, p. I (corsivi nostri). Cfr. P. Richer, *L’art et la médecine*, Gauthier, Magnier & C^{ie}, Paris 1901, p. 14.

²⁷⁷ Ivi, pp. 1-5.

²⁷⁸ Ivi, pp. I-II.

²⁷⁹ Ivi, p. III.

C'est, si l'on veut, l'invasion de la pathologie dans l'art. [...]. On nous dira que l'art vit de conventions et d'exagérations, qu'il est au-dessus, tout au moins en dehors de la science et n'a rien de commun avec elle. Mais [...] vus de haut, science et art ne sont plus que deux manifestations d'un même phénomène. [...] C'est ce que les artistes ont compris depuis longtemps [...]. Dans la représentation du corps humain, par exemple, il est des lois que l'artiste ne saurait enfreindre, des limites que sa fantaisie ne saurait dépasser. [...] Mais, dans ses déviations, la nature n'obéit-elle plus à des lois? Et ici nous touchons au sujet qui nous intéresse plus particulièrement à cette heure. Suffit-il pour faire un bossu de lui courber la colonne, un bancal de lui tordre le pied, un nain de lui rapetisser la taille? [...] La médecine [...] est en possession de décider si telle ou telle imperfection de traits, d'attitude ou de conformation appartient à la nature ou au ciseau, et si conséquemment elle accuse chez l'artiste ou une grande habileté ou une grande impéritie.²⁸⁰

La posizione è chiara: arte e scienza sono alleate da sempre, come dimostra l'interesse degli artisti di ogni tempo per l'anatomia normale. Ma che dire di quei casi in cui ad essere rappresentata è una "anatomia patologica"? Beh, in questo caso l'intervento della medicina sarà molto utile: la sua analisi scientifica potrà certamente rivelare se questa "imperfezione", o deviazione dalla norma, derivi dalla natura dell'oggetto rappresentato, cioè dalla realtà, o dall'imperizia di chi lo rappresenta, cioè dall'arte. Proseguono infatti Charcot e Richer:

L'étude que nous entreprenons sur la représentation artistique des difformités nous paraît offrir deux genres d'intérêt: elle montre comment les artistes ont su allier au culte du beau la recherche scrupuleuse de la nature; elle introduit, en outre, dans les arts plastiques, *un nouvel élément de critique*, qui relève au premier chef de la science et dont il appartient plus spécialement aux médecins d'établir la signification et la portée. L'art n'a rien à redouter de ce contrôle qui, lorsqu'il est exercé par l'artiste lui-même sur ses propres œuvres, devient une force nouvelle. "La parenté qui lie l'art à la science", a dit H. Taine, "est un honneur pour lui, comme pour elle; c'est une gloire pour elle de fournir à la beauté ses principaux supports, c'est une gloire pour lui que d'appuyer ses plus hautes constructions sur la vérité".²⁸¹

Evidentemente, l'arte non potrà che trarre giovamento dall'intervento della medicina, dai suoi apporti critici e dai suoi "controlli di qualità". Poi, dopo queste premesse, Charcot e Richer procedono a una classificazione di tipo paranosologico a partire dagli esempi offerti dalle

²⁸⁰ Ivi, pp. IV-VI (l'ultima parte della citazione riprende un passo di J.-M. Charcot e A. Dechambre, *De quelques marbre antiques concernant des études anatomiques*, "Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie", t. IV, n. 25, 1857).

²⁸¹ Ivi, pp. IV-VI.

“opere dei maestri di tutti i tempi e di tutte le scuole, senza distinzione” – con la sola eccezione delle “œuvres modernes”.²⁸² Passeranno così in rassegna rappresentazioni di nani, buffoni, idioti, infermi, ciechi, tignosi e pidocchiosi, sifilitici, lebbrosi e appestati; in maniera rigorosamente iconografica e secondo un naturale senso della vita giungeranno a un penultimo capitolo, dedicato ai “malati” generici, e a un ultimo dedicato, manco a dirlo, ai “morti”.

Ne deriva una lunga serie di cartelle cliniche relative a “pazienti” ritratti molti secoli prima, secondo un modello di circolarità clinica, storica e figurale che permette alla medicina di fornire strumenti critici alla Morelli: su questi pazienti viene emessa una diagnosi, una *icono-diagnosis*, in base alla quale si stabilisce anche il grado di perizia dell’artista, e dunque la sua qualità.²⁸³

Nel 1901, Paul Richer, ormai solo, apre il suo *L’art et la médecine*, un volumone di più di cinquecentocinquanta pagine, con un omaggio a Charcot, ricordandone un’altra visita, questa volta alla chiesa di Sant’Ambrogio a Genova, dove il maestro fu colpito dal Sant’Ignazio che guarisce un’ossessa di Rubens – un altro “tableau criant de vérité”.²⁸⁴ Ma in questo nuovo studio, Richer, nonostante ribadisca che gli importa “montrer quelle part les artistes on faite, dans leur œuvres, à la représentation des maladies et des difformités”, non esclude dal suo interesse sfingi, centauri, sirene e chimere – con buona pace degli spiriti delicati e amanti delle belle forme.²⁸⁵ La ragione è semplice: non è affatto detto che queste strane figurazioni siano sempre, o necessariamente, “les enfants capricieux de la seule imagination”; è possibile, infatti, che talvolta siano nate dalla “imitation scrupuleuse, réaliste, servile même d’un modèle”.²⁸⁶ Richer, insomma, fa i conti con ciò che in precedenza era stato rimosso, ma lo riconduce nuovamente allo stesso paradigma realistico: cosicché, il risultato di questa sua nuova pubblicazione è assai simile a quello di *Les Difformes*, con la sola eccezione che, questa volta, il penultimo capitolo, oltre che ai “malati” (che precedono sempre i “morti”), è dedicato anche ai “medici”, assieme a ciarlatani, cavadenti, uroscopisti, barbieri, *pédicures* e così via.²⁸⁷

L’anno successivo, Richer affronta nuovamente questi problemi di metodo. Conferma l’idea secondo cui tra l’arte e la scienza vi sarebbe soltanto un’antitesi apparente: nonostante si creda che la prima sia nata dalla ispirazione, “où tout est convention, fantaisie, illusion”, e la seconda

²⁸² *Ibidem*. Si ricordi che Charcot, in gioventù, aveva fantasticato di seguire studi d’arte, P. Richer, *Introduction à l’étude de la figure humaine*, Gauthier, Magnier & C^{ie}, Paris 1902, p. 9. S. Schade, *Charcot and the Spectacle of the Hysterical Body*, “Art History”, vol. 18, n. 4, dicembre 1995, pp. 499-517, in part. pp. 510-513. Cfr. G. Didi-Huberman, *L’immagine aperta*, Bruno Mondadori, Milano 2008, p. 212

²⁸³ Cfr. D. Gourevitch, *Le malattie nell’arte*, cit., pp. 330-334. Si veda, ovviamente, G. Morelli, *Della pittura italiana* (1897), Adelphi, Milano 1991.

²⁸⁴ P. Richer, *L’art et la médecine*, cit., pp. 3-4.

²⁸⁵ *Ivi*, pp. 5-6.

²⁸⁶ *Ibidem*.

²⁸⁷ *Ivi*, p. 382 e sgg. .

dall'osservazione paziente e metodica dei fatti, “où tout est règle et mesure”, in realtà entrambe hanno per oggetto la verità.²⁸⁸ Si pone però anche un'altra questione che, come si è visto nel capitolo precedente, non è affatto secondaria: “Avec le règne de la machine, que devient le sentiment esthétique?”.²⁸⁹ Ovvero che cosa succede con le opere “moderne”, quelle che, appunto, erano state escluse dai suoi primi studi con Charcot? Non è un problema da poco, la cui formulazione dimostra una certa, moderna consapevolezza estetica da parte dell'artista e fisiologo Richer.

Gli studi di Charcot e Richer permisero a chi si occupò dopo di loro dei rapporti tra arte e medicina di avvalersi di un repertorio iconografico di indubbia ricchezza. Ma il loro metodo iniziò ad essere biasimato. È il caso, tra gli altri, di Eugen Holländer e del suo *Die Medizin in der klassischen Malerei*, pubblicato in prima edizione nel 1903 e in seconda dieci anni più tardi. Holländer tiene molto a sottolineare la primogenitura tedesca delle ricerche sul binomio arte-medicina²⁹⁰ e, nell'introduzione all'edizione del 1913, confessa che, del suo libro, fu subito messa in rilievo lo scarso risalto che esso dava ai “metodi della scuola di Charcot”.²⁹¹ Ma Holländer replica così a queste accuse: la scuola tedesca mira a collegare la medicina e l'arte in chiave storico-medica, mentre Charcot e i suoi avevano dato la priorità a puri fattori artistici, ponendo al centro, appunto, la storia o la critica dell'arte.²⁹² Non ci pare un giudizio perfettamente azzeccato, almeno espresso in termini così estremi. Ma la differenza metodologica sottolineata da Holländer tra la scuola francese e quella tedesca, di cui egli fu pioniere, pur essendo sottile è effettivamente percepibile: a Holländer importa esaminare le immagini solo “vom Standpunkte des Medizinhistorikers”.²⁹³ Non si fa troppe domande sull'arte, o sul suo realismo, e non le chiede alcun benessere. Il suo sogno è, appunto, un sogno “storico-medico” (fig. 33). Scrive infatti:

Sarebbe bello poter beneficiare di una casa consacrata alla medicina, con pareti dipinte che ci indicassero a grandi linee la storia dello sviluppo della nostra arte.²⁹⁴

²⁸⁸ P. Richer, *Introduction à l'étude de la figure humaine*, cit., pp. 2 e 55.

²⁸⁹ Ivi, p. 2.

²⁹⁰ Ci parla, ad esempio, del farmacologo tedesco Karl Friedrich Heinrich Marx, che nel 1861, in *Beziehungen der darstellenden Kunst zur Heilkunst*, aveva ordinato sistematicamente molto materiale al riguardo. E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1913, p. VII.

²⁹¹ Ivi, p. V.

²⁹² Scrive Holländer: “Die seiner Beiträge der französischen Schule, die im wesentlichen in der Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière niedergelegt sind, lassen eher dem rein Künstlerischen der Vorrang. Die Kunstgeschichte steht dort breit im Vorterrunde”. Ivi, p. VIII.

²⁹³ Ivi, p. 467.

²⁹⁴ Ivi, pp. 470-471.

È possibile che questa via ci ponga al riparo dagli eccessi di sofisticata capziosità, nonché dei concetti arzigogolati che talvolta, nei volumi della scuola francese, raggiungono livelli estenuanti. Ma che cosa succede se gli storici della medicina – anzi: tra i migliori storici della medicina – si avvicinano alle opere d’arte per farne supporto dei loro studi? Prendiamo nuovamente in esame *Le malattie nell’arte antica* di Grmek e Gourevitch, in particolare il primo, importante capitolo, dal titolo “Nosos kalè” (la “bella malattia”), dove gli autori spiegano la ragion d’essere della tanto vituperata iconodiagnostica.

La storia, dicono Grmek e la Gourevitch, è ricostruzione del passato, e tale ricostruzione è condizionata dalle tracce presenti di ciò che è stato. In questa chiave, si ricorderà, l’arte o l’immagine, serve per “completare il messaggio delle parole”.²⁹⁵ Dopodiché, gli autori si chiedono se possa esistere una “bellezza nel brutto” (problema non da poco, specie per il pensiero contemporaneo,²⁹⁶ ma che, come si è visto, era stato già sollevato da Charcot e Richer nell’introduzione a *Les Difformes*). Viene dunque ribadita la necessità di un paradigma normativo che si rapporti alla famigerata nozione di “realismo”:

Per un apprezzamento estetico delle alterazioni patologiche bisogna in primo luogo liberarci degli stereotipi dell’arte arcaica, rinunciare a una visione statica, sostanzialmente frontale, e interessarci dell’aspetto anatomico *reale* del corpo in condizioni normali, a riposo e in movimento.²⁹⁷

Grmek e Gourevitch citano Aristotele, secondo cui “ciò che non sopportiamo di vedere dal vero ci piace contemplarlo in un’immagine restituita con grande realismo”;²⁹⁸ chiosano: “sono pochi gli artisti che, rivolgendosi a un individuo deforme, dicono come Antioco ‘Come potremmo dipingerti se nessuno vuole guardarti?’”.²⁹⁹ Poi, di fronte a una baccante di Skopas, oggi perduta, riflettono a partire da una poesia di Paolo Silenziario: “Chi è? Una Baccante; Chi l’ha scolpita? Skopas; E chi l’ha resa folle? Bacco o Skopas? Skopas”.³⁰⁰

²⁹⁵ M. D. Grmek e D. Gourevitch, *Le malattie nell’arte antica*, cit., p. 5. Cfr. P. Baron, *Apports de l’iconographie picturale à l’histoire de la médecine*, in D. Gourevitch, a cura di, *Histoire de la médecine*, Ellipses, Paris 1995, pp. 36-37, dove si dice che spesso l’immagine viene considerata più come “décoration” che come “document”.

²⁹⁶ Penso ovviamente a K. Rosenkrantz, *Estetica del brutto*, Aesthetica, Palermo 2004; Y.-A. Bois e R. Krauss, *L’informe*, Bruno Mondadori, Milano 2003; P. Giordanetti, M. Mazzocut-Mis e G. Scaramuzza, *Itinerari estetici del brutto*, Raffaello Cortina, Milano 2011; A. Kolnai, *Der Eckel*, “Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung”, vol. X, 1929 [trad. it parz. *Il disgustante*, “Ágalma. Rivista di studi culturali e estetica”, n. 9, 2005, pp. 88-94]. C. Talon-Hugon, *Goût et dégoût*, Jacqueline Chambon, Paris 2003.

²⁹⁷ M. D. Grmek e D. Gourevitch, *Le malattie nell’arte antica*, cit., p. 6 (corsivo nostro).

²⁹⁸ Aristotele, *Poetica*, 1448b, 10-12, cit. *ivi*, pp. 6-7.

²⁹⁹ M. D. Grmek e D. Gourevitch, *Le malattie nell’arte antica*, cit., p. 7.

³⁰⁰ Paolo Silenziario, cit. *ivi*, p. 8.

Anche in questo caso, dunque, siamo dinanzi a una “bellezza” nata dalla fedele registrazione delle forme di un corpo malato o alterato. Ma se si vuole davvero fare una buona lettura semeiotica o clinica a partire da un’immagine del passato, sarà necessario andare oltre la superficie. Detto altrimenti, se l’approccio è quello del realismo, di un realismo “scientifico”, e se il fine è l’iconodiagnostica, si dovrebbe tenere conto anche dell’interno delle statue, esattamente come il medico deve tener conto, o indovinare, quello che avviene dentro al corpo del paziente. Che dire, allora, dell’interno delle statue? Grmek e Gourevitch introducono così uno splendido passo di Luciano:

Mi paragonavo a quelle statue colossali, come ne hanno fatte Fidia, Mirone o Prassitele; ciascuna di esse rappresenta all’esterno un Poseidon o uno Zeus di sopraffina bellezza, tutto d’oro o d’avorio, che tiene in mano una saetta, un fulmine, un tridente. Ma se vi abbassate per vederne l’interno, notate delle barre, dei cavicchi, dei chiodi che attraversano da parte a parte, e ancora dei ceppi, dei cunei, della pece, dell’argilla, e molte altre cose parimenti brutte nascoste sotto, per non parlare di una quantità di topi e topolini che la presidiano.³⁰¹

Siamo davvero di fronte alla vergogna segreta, tanto del corpo quanto dell’arte. Nell’ultimo capitolo, “Le trappole e i successi dell’iconodiagnostica”, i due autori riportano il caso dell’oftalmologo tedesco Theodor Meyer-Steineg, e della sua collezione di oggetti antichi. Nel 1901, Meyer-Steineg si reca a Kos, si mostra gentile con i locali, li cura, in particolare dal tracoma, all’epoca assai diffuso. La popolazione riconoscente gli procura una serie di manufatti, di cui tuttavia non rivela la provenienza. Il medico è entusiasta e, soprattutto, è convinto che la maggior parte di essi provenga dall’Asclepieion. Ovviamente non è così: alcuni sono autentici, anche se difficilmente databili, molti sono certamente moderni, altri sono falsi e altri ancora oggetti antichi ritoccati da qualcuno dei suoi occasionali pazienti perché gli potessero “piacere di più”.³⁰² L’aneddoto ci ricorda insomma che gli oggetti sono documenti complessi, anche per chi ha un occhio clinico e in perfetta salute.

Grmek e Gourevitch raccontano poi di un altro medico tedesco, Emil Braun, che rimase estasiato di fronte a un Bacchino monco della collezione ungherese Fejervary:

Ciò che rende questa rappresentazione [...] molto singolare e inesplicabile è l’assenza totale del braccio sinistro. È che dove la spalla deve articolarsi, l’inserzione dell’osso cilindrico che

³⁰¹ Luciano, cit. ivi, p. 11. Cfr. *Opere di Luciano, voltate in italiano da Luigi Settembrini*, vol. II, Le Monnier, Firenze 1862, p. 191 (*Il sogno, ovvero il gallo*). Cfr. G. Didi-Huberman, *Aprire Venere. Nudità, sogno, crudeltà*, trad. it. Einaudi, Torino 2001.

³⁰² M. D. Grmek e D. Gourevitch, *Le malattie nell’arte antica*, cit., p. 303.

dovrebbe staccarsi dal petto non solo manca, ma non sembra neppure averne il posto, data la formazione di questa parte del corpo. [...] L'aspetto che si presenta è quello di un'amputazione eseguita con raro successo [...], e i lembi della pelle sono riuniti, come si dice, *ad primam intentionem*.³⁰³

Quel Bacco, in persona, aveva dunque subito un'amputazione? O forse, in maniera meno fantasiosa, la statuina era stata volutamente mutilata da qualche miscredente non devoto al dio? Fortunatamente, nella vicenda intervenne un antiquario, Adrien de Longpérier, che rimproverò aspramente il dottor Braun: non si era domandato se, per caso, non si trattasse solo di una statuina composta di due pezzi di cui uno era andato perduto? Di certo, se c'era una diagnosi da fare su quest'oggetto non era certamente una diagnosi medica (e neppure una lettura nata da uno studio sull'iconoclastia nell'antichità).³⁰⁴ Ma, come si è detto gli esempi di cecità nati da sovrainterpretazione non sono affatto rari e isolati. Un atteggiamento erroneo che Grmek e Gourevitch sintetizzano così:

Riserveremo il termine di “sovrainterpretazione” ai casi in cui lo storico in presenza di un oggetto autentico, fabbricato con qualche strizzata d'occhio alla medicina o scoperto in un contesto medico, vi vede più di quanto sia lecito.³⁰⁵

Gli autori menzionano alcuni esempi di sovrainterpretazione relativi a oggetti sui quali ha agito il tempo, senza troppa cortesia: un satiro di Villa Albani che sarebbe stato affetto da psoriasi, dermatite allergica o varicella; alcune teste romane cui erano caduti un po' di riccioli e che, nella fantasiosa lettura di qualcuno, avrebbero sofferto di alopecia aerata;³⁰⁶ per finire con l'Efebo di Selinunte: certo, non si può escludere che soffrisse della sindrome di Marfan, ma la fondatezza di questa diagnosi, dicono gli autori, “è ancora meno credibile che presso i dinoccolati di Giacometti o presso il giovane etrusco di Volterra, detto da D'Annunzio ‘Ombra della sera’”.³⁰⁷

È vero che “l'oggetto estetico è un “quasi soggetto”.³⁰⁸ Ma qui è chiaro che i medici vogliono per forza *vedere*, o riconoscere, una condizione patologica anche là dove non c'è altro che una particolarità dell'oggetto. È ovvio che, come ha dimostrato certa cattiva iconologia, la sovrainterpretazione costituisce una minaccia sempre in agguato per qualsiasi esegeta, che lo

³⁰³ Ivi, p. 306.

³⁰⁴ *Ibidem*.

³⁰⁵ Ivi, p. 311.

³⁰⁶ Ivi, pp. 309-310.

³⁰⁷ Ivi, p. 307.

³⁰⁸ Mikel Dufrenne, *Phénoménologie de l'expérience esthétique* (1953), tomo II, PUF, 1992, p. 281 e segg.

spinge ad allontanarsi lungo vie impervie, spesso arbitrarie e potenzialmente infinite. Conosciamo la distinzione tra *meaning* (che indica il significato intenzionale del testo) e *significance* (quello attribuito da altri), e sappiamo che con le arti visive questa distinzione, spesso, è tutt'altro che netta. Ma con questi curiosi esiti di diagnosi ex-post siamo davvero al cospetto della sua esasperazione, ovvero siamo al cospetto di un problema "metodologico", del peccato originale della iconodiagnostica.

Non dovremo tuttavia essere troppo severi. Gombrich ricordava l'utilità di conoscere sempre "che cosa si cel[i] dietro una certa interpretazione".³⁰⁹ Bene, nel nostro caso è chiaro che, dietro queste interpretazioni discutibili o addirittura infondate, si cela la formazione medica degli esegeti che è sempre pronta a far capolino (magari con il pretesto che San Luca è patrono sia della pittura sia della medicina...).

Scriva il medico Lisa Sanders:

[Negli] studi di medicina non devi distogliere lo sguardo da ciò che è anomalo. Anzi, devi andarlo a cercare. [...] E non smetti uscendo dall'ambulatorio. Spesso (senza farmi accorgere) indico a mio marito le patologie che scorgo per strada: l'andatura barcollante di un uomo con la protesi sopra il ginocchio; lo strano colorito grigiastro di qualcuno con una sindrome da sovraccarico di ferro, nota come emocromatosi, il movimento incessante delle labbra e della bocca di una donna schizofrenica. [...] Adesso vivo in un mondo pieno di anomalie.³¹⁰

La Sanders fa riferimento a quella sorta di "mania nosografica" che coglie i medici dinanzi a qualsiasi realtà della vita: una piccola ossessione professionale che, nel caso che ci interessa, li porta a suggerirci che la storia dell'arte è piena di gentiluomini in sovrappeso che mettono a repentaglio la loro salute cardiovascolare, di giovani malaticce delle quali è impossibile conoscere il tasso di emoglobina (chissà, forse scrostando un po' di colore...), di indemoniati che, dopo alcune centinaia d'anni e troppa ingerenza della secolarizzazione, si trasformano in nevrotici, o di malinconici panofskiani che si rassegnano a una diagnosi di depressione endogena.

In sostanza, molti degli studi realizzati da medici sulle opere d'arte non si discostano granché dagli approcci positivisti. Talvolta sono un poco circospetti, ma ci pare che ciò derivi più dalla consapevolezza delle difficoltà di stilare una diagnosi corretta in tempi di medicina difensiva che non da quella relativa alle regole dell'arte. D'altra parte, sui rapporti che tra i medici e la storia dell'arte, Henry E. Sigerist, già nel 1936, era ben poco ottimista:

³⁰⁹ E. H. Gombrich, *Riflessioni sulla storia dell'arte*, cit., p. 111.

³¹⁰ L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia*, cit., p. 130.

Whenever a doctor goes on a vacation trip to Europe, accompanied by his wife, who insists on seeing the galleries, he spends his time hunting for pathological subjects, sure to make a “discovery” and to write a paper about it.³¹¹

Non ci pare che dall’epoca di Sigerist le cose siano molto cambiate. Facciamo alcuni esempi, partendo dalla quarta di copertina di un libro dal titolo *Sciences & Arts* curato nel 2009 da Evelyne Barbin, docente di epistemologia, e Dominique le Nen, professore universitario, chirurgo, ortopedico ma anche “docteur en épistémologie, histoire des sciences et des techniques”:³¹²

Quand un chirurgien d’aujourd’hui observe la main droite de la Dame à l’hermine sur le portrait qu’en a laissé Léonard de Vinci, il y décèle le savoir anatomique sur lequel s’est appuyé l’artiste. Quand un autre chirurgien regarde les représentations de la crucifixion du Christ, il remarque que les endroits où sont plantés les clous révèlent là encore un savoir anatomique.³¹³

Non c’è dubbio che avvenga proprio così, come dimostrano i contributi presenti nel volume. Ci viene detto, infatti, che la mano destra di Cecilia Gallerani presenta una leggera deformazione della seconda articolazione dell’indice, “appelée interphalangiennne proximale”,³¹⁴ ed è pure leggermente sovradimensionata – il che, non è una novità in Leonardo, visto che lo sarebbe anche l’indice dell’angelo Uriel nella *Vergine delle Rocce* del Louvre.³¹⁵ Tuttavia, lo sanno tutti, Leonardo è un “artista”, un genio e, soprattutto, ha studiato l’anatomia: non è quindi possibile ipotizzare che abbia commesso un errore, ed è molto più probabile che abbia voluto espressamente di “attribuer plus de force à la portée symbolique du geste”.³¹⁶ Ma non si va oltre.

Qualche pagina dopo troviamo l’intervento di Bruno Lussiez, chirurgo ortopedico e specialista dalla mano, che ci presenta una *Anatomie de la crucifixion*, con tanto di “preuves de l’enclouage” radiografate.³¹⁷ Intende dimostrarci che, nonostante la maggior parte degli artisti abbiano sempre rappresentato i chiodi al centro dei palmi, l’unica posizione di inchiodatura in

³¹¹ H. E. Sigerist, *The historical aspects of art and medicine* (1936), cit. in F. Clifford Rose, a cura di, *Neurology of the Arts*, Imperial College Press, London 2004, p. VI.

³¹² E. Barbin e D. Le Nen, a cura di, *Sciences & arts*, Vuibert, Paris 2009, p. 3.

³¹³ Ivi, quarta di copertina.

³¹⁴ Ivi, p. 19.

³¹⁵ Ivi, p. 20.

³¹⁶ *Ibidem*.

³¹⁷ Ivi, p. 3.

grado di reggere il peso del corpo sarebbe stata quella del polso, in un suo punto preciso che permetta al ferro di passare attraverso le strutture nervose, tendinee e articolari senza provocare fratture.³¹⁸ E, nel caso di scelta corretta, assicura Lussiez, “un clou est suffisant pour permettre un attachement solide”.³¹⁹

Questo volume non è un caso isolato. In un articolo comparso su “The Lancet” nel 1995 la scena di San Pietro che guarisce gli infermi della Cappella Brancacci viene letta come documento che attesterebbe la presenza di un poliomielitico all’epoca del Masaccio. E, visto che poliomielite verrà descritta da Jacob von Heine e Oskar Medin solo nell’Ottocento, è possibile inferire che “Masaccio anticipa la fisiopatologia” (fig. 34).³²⁰

Un saggio pubblicato nel 2004 da Frank Clifford Rose, neurologo, esperto di emicrania e di storia della neurologia, esamina invece *Lo storpio* di Ribera oggi al Louvre (fig. 35). Il ragazzino potrebbe soffrire di emiparesi infantile ed essere afasico, dice l’autore. Ma se l’emiparesi destra fosse stata causata da un danno al lobo sinistro nell’età dell’infanzia, l’emisfero destro avrebbe assunto le capacità linguistiche di quello sinistro. Perché allora il giovane regge quel foglio con scritto “Fatemi l’elemosina, per amor di Dio”? I casi sono due, conclude Clifford Rose: o il ragazzino era stato colpito anche l’emisfero destro o quel messaggio non è che uno stratagemma per impietosire e ottenere qualche soldo.³²¹

Anche il contributo di Manfredo Fanfani, fondatore di un celebre centro fiorentino di ricerche cliniche, non è da meno.³²² Prende in esame la *Guarigione del diacono Giustiniano* nel Museo di San Marco: Beato Angelico, dice Fanfani, è “cronista e anticipatore” perché rappresenta la chirurgia con quello che è sempre stato uno dei sogni prediletti dell’uomo: il trapianto di un organo” (fig. 36).³²³ Poi l’autore si esprime a proposito di un altro caso, un dipinto di Jan Steen che rappresenta un medico alle prese con una giovane donna: secondo il nostro autore, la fanciulla non sarebbe, come si a lungo è creduto, “malata d’amore” ma sarebbe “affetta da reumatismo articolare acuto”: lo dimostrano le tumefazioni delle articolazioni delle mani.³²⁴

Nel 2008 sulla rivista “Medical Humanities” compare un’analisi della *Piccola pelliccia* di Rubens. Vi si afferma che è uno dei primi dipinti a rappresentare un “corpo vero”.³²⁵ Hélène

³¹⁸ Ivi, p. 58.

³¹⁹ Ivi, p. 64.

³²⁰ C. H. Espinel, *Masaccio’s cripple*, “The Lancet”, n. 346, 1995, pp. 1684-1686.

³²¹ F. Clifford Rose, *The neurology of art*, in Id., a cura di, *Neurology of the Arts*, cit., pp. 43-76, poi anche in C. Cappelletto, *Neuroestetica*, cit., p. 39

³²² M. Fanfani, *A piene mani nello scrigno delle immagini*, R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., pp. 257-260.

³²³ Ivi, pp. 258-259.

³²⁴ Ivi, p. 260. Si veda qui, Parte II.

³²⁵ P. Abastado e D. Chemla, *A portrait of a female body*, “Medical Humanities”, vol. 34, n. 2, 2008, p. 84.

Fourment, la moglie del pittore, al momento del ritratto ha ventidue anni: il suo volto è ancora giovane ma

her body no longer obeys all the rules of the canon, no longer conforms to the “ideal” imposed in painting academies. Her skin has lost its elasticity, especially on her sides and belly. Her breast are not firm [...]. But it’s the lower limbs that are particularly *intriguing*. The internal surface of the left thigh appears to have marks that stand out in relief. The pinkish tint of the ankles is a surprising contrast to the pearly white of the rest of the body. [...] The mark on her left thigh could be that of an internal suspended varicose saphenous vein, ending under the knee in the form of a perforant scar. Below that point, the legs are regular in shape but lead down to the faintly brownish ankles. Swelling of the veins around the malleolus is clear.³²⁶

Questo dipinto, dunque, romperebbe con il passato: perché dimostra che Rubens ha davvero analizzato il corpo della moglie, e ha dato importanza alle sue parti più rilevanti dal punto di vista diagnostico, cioè la zona inferiore delle gambe. Ma gli autori vanno oltre: oggi i medici scoprirebbero subito in Hélène una sospetta insufficienza venosa, con infiltrazione di cellulite. D’altra parte, aveva appena avuto il terzo figlio e ai suoi tempi, la profilassi prenatale non esisteva... Sospettano anche un principio di alluce valgo al piede destro e una qualche anomalia alle mammelle ma, per fortuna, nulla di serio.³²⁷ D’altronde, si sa, per i medici è facile scorgere anche nelle *Tre grazie* del Prado qualcosa di anomalo: i chiari segni di una scoliosi, con associata iperlordosi, una iperestensione dell’articolazione metacarpale, i piedi piatti e così via, tanto da poter stendere una diagnosi di “benign familial hypermobility syndrome”.³²⁸

In un volume collettaneo del 2008, dal titolo *L’arte nella medicina, la medicina nell’arte*, l’endocrinologo e diabetologo Paolo Pozzilli passa in rassegna alcune opere celebri: diagnostica un “sospetto morbo di Cushing” ad Alessandro del Borro ritratto da Charles Mellin (fig. 37), ci parla del “cretino” di Morazzone della XXXVI cappella del Sacro Monte di Varallo, che, oltre al riso sardonico tipico dei cretini, presenta anche un turgore delle vene giugulari del collo: nulla di sorprendente, precisa Pozzilli, visto che questi “viveva” in Piemonte, regione in cui il gozzo “è stato radicato solamente negli ultimi decenni grazie alla iodo-profilassi”.³²⁹

³²⁶ Ivi, p. 85.

³²⁷ Ivi, p. 85.

³²⁸ B. Dequeter, *Benign familial hypermobility syndrome and Trendelenburg sign in a painting “The Three Graces” by Peter Paul Rubens (1577-1640)*, “Ann. Rheum. Dis.”, n. 60, 2001, 894-895 e S. E. Hensen, *Scoliosis and Trendelenburg sign in a painting by P. P. Rubens*, “Ann. Rheum. Dis.”, n. 61, 2002, pp. 182, cit. ivi, p. 86.

³²⁹ Ivi, p. 130.

Poi l'autore passa ad analizzare una delle figure femminili del *Giudizio* della Sistina, i cui occhi si caratterizzano per una evidente protrusione del bulbo (fig. 38). Anche in questo caso, come in quello precedente di Masaccio, la straordinarietà dell'immagine dipenderebbe dal fatto che essa precede di molti anni la descrizione di Graves e Basedow dell' "ipertiroidismo con gozzo associato a esoftalmo".³³⁰ Ma chi è questa donna, si chiede Pozzilli? Forse è Santa Monica, la madre di Sant'Agostino, che spesso è stata rappresentata con un turbante sulla testa, lineamenti che evocano una chiara origine nordafricana e, soprattutto, con gli "occhi gonfi": la berbera Monica, ricorda il nostro medico, pianse molto a lungo, fino al giorno in cui Agostino non abbandonò la sua condotta dissoluta e non si convertì.³³¹ È malata, dunque, o ha soltanto pianto? Nella seconda ipotesi, questo ritratto le sarebbe stato fatto in un momento precedente alla conversione di Agostino? Impossibile a dirsi. Ma è evidente che, se si procedesse ancora lungo questa via, magari con un po' di acribia in più, il *Giudizio* inizierebbe a somigliare a un affollato pronto soccorso.

Ci troviamo nuovamente dinanzi all'iconodiagnosi, con l'aggravante del fatto che gli autori di questi recenti scritti non ci paiono manifestare più dubbi di quelli che, in momenti particolari, molestavano Charcot e i suoi (i quali, come si è visto, dichiaravano pure le loro "rimozioni"). Ovvero, in questi contributi continua a insinuarsi un pregiudizio di realismo secondo cui le figure dipinte sarebbero a tutti gli effetti dei pazienti, pronti a trasformarsi in una "immagine antropomorfizzata della malattia".³³²

Supponiamo che questi scritti, nella maggioranza dei casi, rappresentino una sorta di *divertissement*, e che i loro autori ne siano coscienti. Il medico Alejandro Aris, ad esempio, nell'introduzione al suo *Art et médecine*, ci confida in tutta sincerità di avere voluto pubblicare un libro "d'arte" *tout court*, ma riconosce di avere una "deformazione professionale" che lo porta a scovare nei dipinti gli errori anatomico-clinici. Tuttavia, afferma che nell'epoca di

[une] médecine protocolaire et hautement technologique, hasarder un diagnostic à partir de la seule observation d'un tableau constitue un défi et un exercice passionnant pour un médecin.³³³

Non dichiara, insomma, di voler dare un contributo alla storia o alla critica dell'arte. Aris vuole mettersi in gioco come medico; o meglio vuole giocare a indossare i panni di un medico che, per un curioso "ritorno al futuro", si trovasse disarmato, sguarnito di tutte le attrezzature della diagnostica per immagini (non solo quelle per la TAC o per la Risonanza Magnetica, ma

³³⁰ *Ibidem*.

³³¹ *Ivi*, p. 131.

³³² S. Gilman, *Immagini della malattia*, il Mulino, Bologna 1993, p. 12.

³³³ A. Aris, *Art et médecine*, Mengès, Paris 2002, p. 11.

persino di quelle primitive messe a punto alla fine dell'Ottocento), e che pure volesse dimostrare di saper esercitare le sue competenze di clinico. Lo seguiamo quindi nel suo gioco, e proviamo a lasciarci guidare dalla sua stessa intenzione... Ma anche noi abbiamo le nostre piccole manie professionali. Troviamo la *Trasfigurazione* di Raffaello, dove secondo Aris vi compare un "epilettico tipo"; troviamo il vecchio con ragazzino del Ghirlandaio, a cui il medico diagnostica un'acne rosacea; troviamo un Cristo di El Greco, oggi al Prado, che, spruzzando dalla ferita sangue e acqua, manifesta di soffrire di un versamento pleurico, forse di origine tubercolotica (fig. 39).³³⁴ Ci viene anche fatto notare che la *Friggitrice di uova* di Velázquez ha una rizartriosi alla base del pollice destro,³³⁵ che stranamente il *David* di Michelangelo non è circonciso ma soprattutto che quasi tutti gli artisti hanno Adamo rappresentato Adamo con un inammissibile ombelico:

Il n'a pas eu de vie intra-uterine, et il semble donc rationnel de penser qu'[il était] dépourvu de nombril. Cependant, des gros peintres [...] l'ont représenté avec un nombril. Seul Jérôme Bosch a osé faire abstraction de cet élément anatomique si particulier. Dans le panneau gauche de son triptyque du Jardin des délices [...]. Adam n'a qu'une ébauche de nombril. Ève n'en a pas. Il est vrai que bien des personnages fantastiques peints par Bosch sont dépourvus de nombril; quoi qu'il en soit, il est le seul à avoir eu l'audace de représenter nos premiers ascendants avec un abdomen complètement lisse.³³⁶

Crediamo sia impossibile non sorprendersi di fronte a questa, apparente incapacità – prendiamo l'espressione dello stesso Aris – di "fare astrazione". Sta di fatto che ben pochi autori dimostrano di prendere sul serio i dubbi da cui vengono assaliti solitamente verso la fine del loro scritto di paleopatologia: che alcune rappresentazioni abbiano più a che vedere con la "convenzione artistica" o con lo "stile" che non con la medicina? Che queste immagini non siano solo trasparenti finestre sul passato, che non siano solo "evidenze" ma anche "arte"?³³⁷ Viene in mente la celebre affermazione di Constable: "perché allora non considerare la pittura di paesaggio come un ramo della filosofia naturale di cui quadri sarebbero gli esperimenti?"³³⁸ Va detto, comunque, che questi medici desiderosi di condurre i loro *divertissements* non sono affatto aiutati dagli storici dell'arte, i quali, il più delle volte, si limitano a ricordare come i

³³⁴ Ivi, p. 42. L'autore non dimentica però di riconoscere che, dal punto di vista teologico, il riferimento è piuttosto ai simboli dei due sacramenti: l'eucarestia (il sangue) e il battesimo (l'acqua), *ibidem*.

³³⁵ Ivi, p. 161.

³³⁶ Ivi, p. 11 (corsivi nostri).

³³⁷ T. Delamothe, *Looking at the pictures*, "British Medical Journal", vol. 301, 3 ottobre 1990, p. 680.

³³⁸ J. Constable, *The History of Landscape Painting* (1836), cit. in L. Maffei e A. Fiorentini, *Arte e cervello*, Zanichelli, Bologna 2008², p. XVI.

grandi artisti del passato possedessero conoscenze anatomiche, frutto di incursioni, più o meno regolari, nelle sale anatomiche. Così, al cospetto dell'arte, alcuni medici intraprendono in piena autonomia la via del passatempo, paragonandosi a tanti Sherlock Holmes a cui qualcuno avesse rubato la lente d'ingrandimento. Altri, invece, connotano francamente la loro operazione seconda una prospettiva compensatrice rispetto alla loro dura vita professionale, magari facendo appello al ruolo riparatore della meraviglia e recuperando una connotazione dell'arte in senso spirituale e psicologico. È il caso, ad esempio, di Bruno Domenichelli, cardiologo, e di un suo contributo dal titolo *Il buon uso della storia dell'arte in medicina*, dove leggiamo:

Molti medici, in equilibrio fra scienza, umanità e fantasia, scrivono versi, compongono quadri o comunque sentono il bisogno di esprimere se stessi in altre forme d'arte. [...] Fare arte per il medico è auto-psicoterapia, per tentare di opporsi all'usura interiore che ogni giorno lo brucia, stritolato com'è dalle farragini delle normative assistenziali, dalle pretese gestionali del direttore generale, dalla solitudine operativa e dall'impotenza di fronte a una sofferenza che ogni giorno si rinnova, come un drago dalle mille teste. [...] Fare arte è un mezzo privilegiato per conoscere se stessi, un filo diretto con l'inconscio.³³⁹

È un poco imbarazzante ridurre l'arte a un'auto-psicoterapia. Ma comprendiamo le ragioni della scelta da parte di un autore che si dichiara "usurato", "stritolato", solo e in balia di mille pretese altrui. Continuiamo a leggere quanto scrive il dottor Domenichelli:

L'uso delle immagini dell'arte come supporto didattico e di divulgazione scientifica è assimilabile al valore delle metafore nella poesia. Nell'illustrare un articolo di divulgazione scientifica, e ancor più nel contesto di una lezione o di una conferenza, niente meglio della proiezione di un'immagine analogica estratta dal gran libro della storia dell'arte [...]. Se ben utilizzato il linguaggio dell'arte ci consente di intuire l'invisibile, traducendolo in simboli, metafore o immagini cariche di suggestioni di senso. [...] L'arte si fa maieutica dello spirito.³⁴⁰

³³⁹ B. Domenichelli, *Il buon uso della storia dell'arte in medicina*, R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., p. 253. Si veda anche Id., *Il medico e lo stupore*, "Cardiology Science", vol. 4, gennaio-febbraio 2006, pp. 5-11. Cfr. il numero monografico di "rMH. Rivista per le Medical Humanities" dal titolo *Prospettive estetiche in medicina*, n. 19, luglio-settembre 2011.

³⁴⁰ B. Domenichelli, *Il buon uso della storia dell'arte in medicina*, cit., p. 246. Un'altra stramberia: "Attraverso la metafora, l'arte può diventare profetica, aprendoci le porte per farci percepire in anticipo eventi carichi di potenziale rilevanza patologica per la mente o per il corpo. La donna con lo sguardo perso nel vuoto ritratta da Toulouse-Lautrec tenderà il suicidio pochi giorni dopo il ritratto. L'occhio dell'artista aveva forse percepito il destino di morte della donna: uno psichiatra ne avrebbe potuto far tesoro e prevenirlo", *ivi*, pp. 246-247.

L'immagine, insomma, è ancora una volta presentata come suadente supporto per la parola, come elemento di suggestione che permette una più agevole trasmissione del messaggio in chiave, per dirla con le parole dell'autore, "poliparametrica".³⁴¹ Certo, l'idea che il valore dell'immagine sia paragonabile a quello delle "metafore nella poesia" non può essere un'ipotesi metodologica che ci soddisfa – neppure se formulata da un medico che tratta le malattie del *kardia*, le quali, spesso, pongono questioni di ordine poetico...³⁴² Ma Domenichelli, su questa via, non è affatto solo.

In molti studi sull'arte condotti da medici l'analogia e la metafora hanno la meglio, e avvalorano fantasiosi giochi di riconoscimento formale. È il caso *Dermart*, volume pubblicato nel 2012 che raccoglie diversi contributi presentati nel corso delle edizioni dell'omonimo congresso. Premettiamo che la dermatologia è, ovviamente, una delle specialità più attente ai particolari morfologici e visivi (e dunque non sorprenderà, che il primo trattato medico illustrato da fotografie sia stato proprio un trattato di dermatologia: *La Clinique photographique de l'Hôpital Saint-Louis*, realizzato da Alfred Hardy e dal suo allievo de Montméja nel 1868).³⁴³ I curatori di *Dermart*, Massimo Papi e Biagio Didona, entrambi dermatologi, si interrogano subito sulla natura squisitamente ispettiva della loro professione:

Noi dermatologi guardiamo la cute decine di volte al giorno in modo automatico [...]. Osservare la pelle con la consapevolezza di effettuare un'operazione di analisi *estetica* significa impegnarsi a riconoscere le malattie cutanee attraverso *similitudini* con le arti visuali.

Ovvero,

Di fronte alla cute modificata nella sua struttura e nel colore, a causa di un disturbo o di una malattia, possiamo porre una diagnosi precisa facendo lo stesso tipo di analisi e, in relazione al nostro grado di conoscenza e di piacere, *confrontare* quanto recepito con opere d'arte o loro frammenti, intesi come figure, simboli, sfumature di colore o segni.³⁴⁴

Con questi presupposti si aprono strade infinite per le similitudini, analogie e metafore, tutte al servizio di una scienza, o di un'arte, molto "diagonale". Ecco il risultato: la tipica lesione a bersaglio della tinea è messa in relazione con uno dei *Target* di Jasper Johns (quello celeberrimo del 1955, sovrastato dai quattro volti, conservato al MoMA), una

³⁴¹ Ivi, pp. 246-247.

³⁴² J. Pigeaud, *Melancholia*, Payot & Rivages, Paris 2008, p. 25.

³⁴³ A. Hardy e A. de Montméja, *La Clinique photographique de l'Hôpital Saint-Louis*, Chamerot et Lauwereyns, Paris 1868. Si veda anche il mio *Anatomie fantastiche*, Clueb, Bologna 2010, in part. pp. 57-87.

³⁴⁴ M. Papi e B. Didona, *Dermart*, Mazzotta, Milano 2012, pp. 7-8 (corsivi nostri).

lipodermatosclerosi sulla gamba di un paziente viene messa in relazione con i cipressi di Van Gogh, mentre una cheratosi lichenoidale striata con il *Pagliaio al sole* di Boccioni.³⁴⁵ Una vera e propria malattia del paragone, che accosta i volti di Yayoi Kusama alle manifestazioni cliniche dell'acne nella fase eruttiva, che individua nei ritratti di Lucien Freud dei volti "francamente seborroici" e fa delle giovani pensose nelle opere di Kirchner e Munch la chiara dimostrazione di "quanto sia sottostimato l'aspetto psicologico che l'acne porta con sé"...³⁴⁶ E così via: la rara *incontinentia pigmenti*, dal nome quanto mai evocativo, è affiancata alle opere di Larionov e al suo manifesto raggista,³⁴⁷ mentre la dermatofitosi è paragonata ai cellotex di Burri o agli anelli concentrici di Kandinsky.³⁴⁸ Ci si chiede anche se la sclerodermia di Klee abbia influenzato la sua produzione artistica (la risposta è positiva),³⁴⁹ o come mai Maria, nella *Deposizione* di Lotto conservata alla Pinacoteca Civica di Iesi, abbia un nevo melanocitico sulla mano...³⁵⁰

Secondo i curatori, l'utilità prima di questo metodo riguarderebbe i dermatologi: in primo luogo perché essi si allenerebbero a "interpretare la cute"³⁵¹ memorizzando i pattern delle lesioni e distinguendone le minime varianti; in secondo luogo perché, grazie all'arte, essi potrebbero arricchire il loro lessico, in particolare quello relativo ai colori:

Dal rosso porpora delle vasculiti degli arti inferiori al rosso zucchero caramellato della tubercolosi cutanea, alla sfumatura violacea che evoca la diagnosi di lichen planus, al rosso lillaceo delle connettivopatie, al rosso cardinale delle tassidermie, al rosso rosaceo della psoriasi, che diviene rosso arancio nella pitiriasi rubra pilaris e infine rosa rameico nelle lesioni della sifilide secondaria.³⁵²

Insomma, una buona tavolozza di sostantivi addestrerebbe i medici a discriminare le infinite modulazioni cromatiche delle malattie della pelle. Tuttavia, al di là di queste dichiarazioni di

³⁴⁵ M. Papi, *Osservare la cute come superficie pittorica*, ivi, pp. 16-17.

³⁴⁶ Id., *L'acne nell'arte*, ivi, pp. 34-36.

³⁴⁷ M. El Hachem, *Incontinentia pigmenti*, ivi, p. 39.

³⁴⁸ M. Papini, *Le micosi figurate*, ivi, p. 69.

³⁴⁹ C. Angelo, *Quando il dermopaziente è un artista*, ivi, pp. 77-79. Cfr. D. Katz, *Ma El Greco era davvero astigmatico?*, Armando, Roma 2009 e il celebre M. Merleau-Ponty, *Il dubbio di Cézanne* (1945), in Id. *Senso e non senso*, Il Saggiatore, Milano 1962, pp. 27-44. Scrive Merleau-Ponty: "e se la novità della sua pittura [derivasse] da un disordine dei suoi occhi", "se tutta la sua vita si fosse impostata in base un difetto del suo corpo"?", ivi, p. 27.

³⁵⁰ B. Didona, *La dermatologia nell'arte sacra*, ivi, pp.85-86.

³⁵¹ M. Papi, *Osservare la cute come superficie pittorica*, cit., ivi, p. 19.

³⁵² M. Papi, *Fare diagnosi con il colore*, ivi, p. 24. Cfr. il metodo utilizzato da Irwin M. Braverman, docente di dermatologia a Yale, il quale, per far sì che i suoi studenti imparino a descrivere i segni cutanei, dal 1998 propone loro di compiere esercizi di osservazione "in un contesto che non richied[a] alcuna conoscenza specialistica": li conduce così al Center for British Art, con l'ausilio della dottoressa Linda Friedlander, responsabile della didattica, dove gli studenti provano le loro abilità sui dipinti e non sui pazienti. Una regola fondamentale: mai leggere i cartellini! Si veda L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia*, cit., pp. 127-128.

intenti, il metodo ci pare dar vita a una sorta di “patadermatologia”. Non utilizziamo a caso questa espressione: la ricalchiamo su quella scelta da tre radiologi, Yves Ligier e Dominique Didier e, soprattutto, Osman Ratib (co-creatore e direttore di OsiriX, fondazione che milita per la maggiore diffusione delle tecnologie di *imaging* digitale all’interno della comunità scientifica), per definire il loro ambito di azione: la “pataradiologia”. Ecco la sua descrizione:

Comme la pataphysique, qui est la science des solutions imaginaires [...], la pataradiologie est la radiologie de l’imaginaire visuel [...], qui accorde symboliquement et graphiquement aux linéaments d’une image médicale sélectionnée les propriétés des objets visualisés par leur virtualité. La pataradiologie tient à mettre en évidence et à étudier les phénomènes de perception de l’image et leurs variantes en fonction des connaissances acquises par l’observateur.³⁵³

È interessante che questa nuova disciplina, presentata nel corso di congressi internazionali di radiologia a partire dal 1992, sia nata grazie ad alcuni medici, sulla base di una serie di riflessioni sulle differenze nel modo di percepire e interpretare la stessa immagine da parte di radiologi e di profani: infatti, mentre un radiologo cerca subito di identificarvi le strutture anatomiche e patologiche, un osservatore comune vi individua altre caratteristiche, assolutamente invisibili al radiologo, la cui fruizione visiva è “oblitérée par sa connaissance”.³⁵⁴ In sostanza, dinanzi a una stessa immagine radiologica, le due categorie di osservatori manifestano differenti complessi di cognizioni, che permettono loro di coordinare i vari dati in maniera, evidentemente, diversa. Come si è visto nel capitolo precedente, non è una consapevolezza da poco, specie se sono medici a darne prova. Non vi è dubbio che le immagini della “pataradiologia” non siano quelle che potremmo definire immagini “artistiche” (figg. 40-41) e, certo, possiedono anch’esse, più che mai, tutte le prerogative di un divertissement. Tuttavia, nella loro elementarità, ci ricordano un’altra analogia, questa volta per nulla secondaria: ossia che i clinici e gli artisti, nel loro esercizio professionale, sono “essenzialmente sensisti”.³⁵⁵ E che anche l’occhio si educa attraverso la parola, non solo viceversa.

*

³⁵³ O. Ratib, *Le corps et son image*, Favre, Lausanne 2010, p. 87.

³⁵⁴ *Ibidem*.

³⁵⁵ L. Premuda, *Rapporti fra arte e medicina e spunti di metodo nello studio di essi*, “Il Policlinico”, n. 44, 1952, p. 1476. Cfr. A. Bleakley, R. Farrow, D. Gould e R. Marshall, *Making sense of clinical reasoning: judgement and the evidence of the senses*, “Medical Education”, vol. 37, 2003, p. 551.

Come si è detto, le medical humanities sono molto influenzate dalla cornice nella quale sono inserite, e quindi sarà importante capire come venga utilizzata la storia dell'arte all'interno di questi contesti. Esamineremo dunque alcuni programmi didattici che sono stati parte dell'offerta formativa di alcune facoltà di medicina (in particolare di quelle nordamericane) dagli anni Novanta fino al 2011, anticipando un elemento importante: più le medical humanities si accostano alle immagini, più riconoscono che il “vedere” non è affatto una operazione semplice o immediata, e che “looking at the picture is the more arduous option”.³⁵⁶ L'assunto da cui partono pressoché tutti questi programmi didattici è che la frequentazione delle arti visive sarebbe in grado di incrementare le capacità osservative e interpretative degli studenti, capacità che poi potranno essere trasferite nella loro attività clinica quotidiana. In altri termini, potremmo dire che essi muovono dal presupposto che la “fiction” dell'arte sarebbe utile per la “non-fictional life”.³⁵⁷ In un articolo del 2000, leggiamo che quando i medici parlano di “vedere un paziente” non comprendono il significato profondo di questa espressione: cioè, non capiscono che ogni visione, o ogni visita (dal frequentativo *visitāre*, cioè “andare a vedere spesso”), è un'operazione che obbliga a osservare oltre la superficie, visto che dalla stessa *evidence* possono scaturire diverse interpretazioni.³⁵⁸ In sintonia con gli obiettivi delle medical humanities, il fatto di acquisire questa consapevolezza permetterebbe ai medici di agire in maniera nuova nel rapporto con il paziente. La ragione è chiara: la relazione visiva è il primo, fondamentale momento nella comunicazione medico-paziente, e dunque sarebbe quanto mai opportuno ipotizzare la messa a punto di una “optotecnica clinica” in cui il pensiero creativo aiuti il medico a prendere in considerazione nuove prospettive.³⁵⁹

Bene. Passiamo ad esaminare il programma dei “Visual Studies” proposto dalla facoltà di medicina dell'Università del Texas, sede di Galveston, a partire dal 1990, così come è presentato in un articolo comparso sull’“American Journal of the Medical Sciences” nel 2000. Si menzionano i grandi classici del rapporto tra arte e medicina: il dottor Tulp di Rembrandt, i monomaniaci di Géricault, i ritratti della moglie di Rubens (così commentati dagli studenti: “to

³⁵⁶ T. Delamothe, *Looking at the pictures*, cit., p. 681.

³⁵⁷ D. Wear, *The medical humanities at the North-eastern Ohio University College of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 999.

³⁵⁸ E. V. Boisaubin e M. G. Winkler, *Seeing patients and life contexts*, “American Journal of the Medical Sciences”, vol. 319, n. 5, maggio 2000, p. 292.

³⁵⁹ P. Laín Entralgo, *Il medico e il malato*, Apèiron, Bologna 1999, p. 113. Cfr. S. K. Krackov *et alii*, *Medical humanities at New York University School of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 977-982; P. B. Schaff, S. Isken e R. M. Tager, *From Contemporary Art to Core Clinical Skills*, “Academic Medicine”, vol. 86, n. 10, ottobre 2011, p. 1275; J. Shapiro, L. Rucker e J. Beck, *Training the clinical eye and mind*, “Medical Education”, vol. 40, n. 3, 2006 p. 267 e C. M. Klugman, J. Peel e D. Beckmann-Mendez, *Art Rounds*, “Academic Medicine”, vol. 86, n. 10, 2011, p. 1266.

us, she is obese, or simply fat”),³⁶⁰ fino alle celebri illustrazioni di Norman Rockwell, pubblicate sul “Saturday Evening Post” per diversi decenni (figg. 42-43). I problemi pratici e metodologici emergono subito con forza:

The difficulty in using visual materials in medical education is that time pressure and lack of student, or even instructor, background can lead teachers into a purely instrumental use of art. [...] Given the small amount of time generally allowed for image study, [...] the question [...] asked is: “What do you see?”. Through *quiet and intent observation*, students may begin to create *their own critical apparatus*. Instructors can aid this process by posing such questions as: “What is the subject of the picture?” “What is the feeling or tone?” “How do color, light, and composition help you understand the meaning of the image?” “What do you think the artist wants you to know about his or her subject?”. This method does not completely address the problem of decontextualization, but it does respect the work in its own right and leads toward thoughtful, critical, and sensitive interpretation – which is, finally, the purpose of the exercise.³⁶¹

Sintetizziamo: sarebbe auspicabile mettere gli studenti di medicina in condizione di imparare a leggere le immagini (dato che esse, come i pazienti, hanno le proprie “storie”). Purtroppo, però, gli studenti di medicina hanno ben poco tempo da dedicare all’arte: ci dovremo dunque accontentare di invitarli a una “quiet and intent observation” e costruirsi un loro, personale, “critical apparatus”.

Molti progetti si basano sull’osservazione di dipinti “representational”, ossia figurativi e realistici, più adatti a far presa sugli studenti e a facilitare il trasferimento di informazioni dall’immagine alla vita reale, ossia all’esame di un potenziale paziente. È il caso del progetto descritto in un articolo pubblicato nel 2001 sul “Journal of the American Medical Association”, svolto presso la facoltà di medicina di Yale con la collaborazione dello Yale Center for British Art. L’obiettivo era quello di implementare le abilità interpretative degli studenti e dunque, si legge, era importante che essi non leggessero i “cartellini esplicativi” che

³⁶⁰ E. V. Boisaubin e M. G. Winkler, *Seeing patients and life contexts*, “American Journal of the Medical Sciences”, vol. 319, n. 5, maggio 2000, p. 293.

³⁶¹ Ivi, p. 295 (corsivi nostri). In un articolo del 2003, pubblicato da due insegnanti di medical humanities dell’università di Oslo, si dice espressamente che il corso dal titolo “is not in-depth; rather, it provides an overview of medicine and the arts issues and is intended to be an ‘appetizer’”. Il suo obiettivo è quello di “addresses the importance of paintings and photography as a source of insight into the doctor’s role, the human condition in general, and the history of medicine. Students are presented with slides, and they are encouraged to interpret what they see. [...] For example, we have had good experiences with presenting and discussing the work of the Norwegian artist Edvard Munch, who richly portrayed human emotions in paintings”. J. C. Frich e P. Fugelli, *Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 1037.

accompagnavano le opere.³⁶² Nello stesso anno, su “Medical Education”, si riferisce del progetto che il Weill Cornell Medical College ha messo a punto con la Frick Collection di New York. Viene chiesto agli studenti di partecipare a tre diverse sessioni di visita, di osservare attentamente una serie di ritratti, da Tiziano a Ingres (figg. 44-45), di trarne informazioni sul carattere dell’effigiato ma soprattutto sul suo stato di salute, e infine di paragonarvi alcune fotografie di pazienti. Ma qualsiasi commento relativo all’estetica o alla storia dell’arte è considerato “off limits”.³⁶³ È evidente che, in progetti come questi, la finalità è quella di trasferire una serie di dati dalla finzione dell’arte alla verità della vita.

Un altro programma di Medical Humanities&Art, svolto a Irvine, California, utilizza invece un metodo diverso. Questa volta, per implementare le capacità osservazionali, emozionali ed empatiche degli studenti si sono scelti anche esempi di arte “non-representational”, in grado di stimolare i medici in formazione

to observe and look for pattern – such as presence or absence of symmetry, precise colours and shake, themes with variants, or relationship – without any familiar frame of reference.³⁶⁴

Le opere erano selezionate a seconda dell’obiettivo: *La melanconia della partenza* di De Chirico e il *Ponte ferroviario ad Argenteuil* di Monet per incoraggiare il “deep seeing”, un video di *Points in space* di Merce Cunningham e John Cage, un *Vaso di fiori con orologio da taschino* di Aelst, la *Composizione n. 8* di Kandinsky e la *Bevitrice di assenzio* di Picasso per la “pattern recognition”, e così via. Le reazioni degli studenti sono state interessanti: alcuni sono scoppiati a ridere davanti al *Number 20* di Pollock, e lo hanno descritto come “splatter”, mentre la *Colazione dei canottieri* di Renoir ha incontrato un ampio apprezzamento.³⁶⁵ Così l’*art instructor* ha avuto questa intuizione: perché non mostrare loro alcuni dipinti “figurativi” che ritraessero soggetti grotteschi, o “less aesthetically pleasant” (come la *Duchessa brutta* di

³⁶² J. C. Dolev, L. K. Friedlaender e I. M. Braverman, *Use of fine art to enhance visual diagnostic skills*, “Journal of the American Medical Association”, vol. 289, n. 9, 2001, p. 1020. Si veda anche supra, n. 84.

³⁶³ C. L. Bardes, D. Gillers e A. E. Herman, *Learning to look*, “Medical Education”, vol. 35, n. 12, 2001, pp. 1157-1159. La stessa regola compare anche nella descrizione di un altro progetto, realizzato dalla Keck School of Medicine dell’università della Southern California con la collaborazione del Los Angeles Museum of Contemporary Art: gli studenti erano incoraggiati a seguire un percorso visivo che li portasse a distinguere “primary, observable, confirmable visual information, from secondary, derived inferences” (Ivi p. 1158), dovevano verbalizzare una serie di “visual clues” ma veniva loro chiesto di descrivere un’opera di Rothko senza utilizzare alcun termine che si riferisse ai colori. Si veda B. Schaff, S. Isken e R. M. Tager, *From contemporary art to core clinical skills*, “Academic Medicine”, vol. 86, n. 10, ottobre 2011, pp. 1276

³⁶⁴ J. Shapiro, L. Rucker e J. Beck, *Training the clinical eye and mind*, cit., pp. 264-265. Sulla maggiore complessità di fruizione di opere “non-representational” si veda la descrizione del programma svolto allo Health Science Center di San Antonio, Texas, nel 2010, in C. M. Klugman, J. Peel e D. Beckmann-Mendez, *Art Rounds*, cit., pp. 1267. Cfr. M. Sirridge e K. Welch, *The program in Medical Humanities at the University of Missouri-Kansas City School of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 973-976.

³⁶⁵ J. Shapiro, L. Rucker e J. Beck, *Training the clinical eye and mind*, cit., p. 266.

Quentin Metsys)? In questo modo sarebbe stato possibile rapportare l'avversione suscitata in loro da questi soggetti dipinti con quella che, nella vita reale, può coglierli al cospetto di pazienti dall'aspetto poco piacevole... La conclusione degli autori del progetto è la seguente: gli studenti hanno partecipato a queste sessioni di lezioni "arts-based" con la tendenza ad apprezzare l'osservazione o i pattern di riconoscimento

non only literally, but metaphorically and symbolically as well. In these groups, seeing was defined not only as observation of physical signs and features, but also as a process of understanding person and context.³⁶⁶

Considerazioni simili compaiono in molti articoli, ad esempio quello che descrive un progetto della Keck School, dove, come a Irvine, si sono utilizzate opere "non-representational". Vi si legge che, al cospetto di queste opere, gli studenti di medicina "iniziano subito a pensare in termini metaforici", ossia che "those stacks of geometric pieces and curved linear structures were transformed into images and symbol of the human condition".³⁶⁷ Non ci sorprenderà. Sappiamo che questi studenti vengono preparati ad avere a che fare con "l'uomo" (non si è detto che la medicina è una antropologia?), e sappiamo anche che tutti noi interpretiamo sempre qualsiasi immagine sulla base della sua analogia con forme che già conosciamo. È a partire da ciò che l'arte può esercitare il suo ruolo:

È sorprendente che una chiazza di colore sia vista come qualcosa di molto differente: per esempio, una donna che piange. Il significato è proiettato sulla chiazza in base all'esperienza trascorsa di donne e di pianto. Viceversa, l'arte può incrementare il significato delle esperienze della nostra vita, concentrando l'attenzione, fornendo nuovi contesti e suggerendo nuove domande. Quindi: perché sta piangendo, nell'immagine, la donna intravista nella chiazza di colore? Altre donne o altri uomini piangerebbero, in questa situazione ipotizzata? La donna sta piangendo per attirare la nostra compassione? E io che guardo, sto rispondendo come dovrei?³⁶⁸

È chiaro, dunque, che l'incremento dell'esperienza ci permetta una maggiore versatilità nell'interpretare il significato di queste "chiazze", anche se un procedimento troppo metaforizzante potrà far storcere il naso a qualche storico dell'arte o a qualche critico.

Proseguiamo. Nel 2008, sul "Journal of General Internal Medicine", compare l'interessante descrizione di *Training the Eye*, un progetto di arte e medicina che si è svolto presso il Boston

³⁶⁶ Ivi, 267.

³⁶⁷ P. B. Schaff, S. Isken e R. M. Tager, *From contemporary art to core clinical skills*, cit., pp. 1274-1276.

³⁶⁸ R. L. Gregory, *Vedere attraverso le illusioni*, Raffaello Cortina, Milano 2010, pp. 77-78.

Museum of Fine Arts nell'anno accademico 2004-2005. Gli studenti osservavano una serie di dipinti all'interno del museo, dopodiché, in aula, ne discutevano in chiave diagnostica (il modulo comprendeva anche una lezione facoltativa di disegno dal vero).³⁶⁹ Il progetto mirava a incrementare non solo le loro capacità visive ma anche quelle descrittive e verbali, ossia di traduzione in linguaggio clinico dei dati emersi dall'osservazione, così da trovare un *meaning* nella *imagery*.³⁷⁰

Riportiamo due tabelle relative alle fasi del lavoro (*Tabb. 1 e 2*):

Observation Focus	Didactics	Examples of Art Work*
Color, light, shadows	"Color and Luminance"	Paul Gauguin, <i>Where do we come from? What are we? Where are we going?</i> 1897-1898, oil on canvas Joseph Mallord William Turner, <i>Slave Ship (Slavers Throwing Overboard the Dead and Dying, Typhoon Coming On)</i> 1840, oil on canvas John Singer Sargent, <i>The Daughters of Edward Darley Boit</i> , 1882, oil on canvas
Contour	"Contour in Thoracic Radiological Imaging"	Edward Munch, <i>Sunmer Night's Dream (The Voice)</i> , 1893
Form	"Linking Form to Function in Pulmonary Pathophysiology"	Pablo Picasso, <i>Portrait of a Woman</i> , 1910 Seated Bodhisattva, Chinese, Eastern Wei dynasty, about A.D. 530, carved limestone Jan Steen, <i>Twelfth Night Feast</i> , 1662, oil on canvas Edward Manet, <i>Execution of the Emperor Maximilian</i> , 1867, oil on canvas
Texture and pattern	"Texture and Pattern Recognition in Dermatologic Diagnosis"	Jackson Pollack, <i>Number 10</i> , 1949
Line and symmetry	"Line and Symmetry in the Cranial Nerve Examination"	<i>Star and Crosstiles</i> , Iran 13th Century, composite body (quartz, clay, and glass frit) Susan C Waters, <i>The Lincoln Children</i> , 1845
Balance	"Detecting Balance and Imbalance in the Neurological Examination"	<i>Power figure nkisi nkondi</i> , Kongo people sculpture, 19th-20th C, wood glass, metal, pigment Claude Monet, <i>La Japonaise (Camille Monet in Japanese Costume)</i> , 1876, oil on canvas <i>Shiva as Lord of Music (Shiva Vinadhara)</i> , Southern India (Probably Tamil Nadu), (Female figure dancing)

Tab. 1 – *Examples of Observation exercise concepts, corresponding didactic session and viewed art work* S. Naghshineh, J. P. Hafler, A. R. Miller, et alii, *Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills*, "Journal of General Internal Medicine", vol. 23, n. 7, 2008, p. 992.

Color, light, shadows	Carefully observe and document characteristics related to color in up to five strangers, including such features as: skin, hair, iris, sclera, conjunctiva, evidence of jaundice/pallor/cyanosis/lesions
Contour	Please pick five advertisements, which use people to sell a product, from a magazine of your choice. While analyzing each image, first make a quick sketch of it in your journal. Go on to describe the role of color, contour, and shading in each picture, and how it affects the way you look at it. Please include how these elements influence your eye movement while observing the image
Form	Carefully observe three people, whom you see regularly, and document in your journal any new observations that you previously had not noticed. Please pay attention to form, including posture, shape, and body proportions, in your general assessment.
Texture and pattern	Carefully observe and document dermatologic findings in up to five strangers, including such features as: (1) skin color, and variations, (2) common skin lesions (patterns, colors, texture, size), and (3) uncommon skin lesions—blisters, vesicles, facial deformities, port-wine spots, angiomas (patterns, colors, texture, size)
Line and symmetry	Carefully observe and document characteristics related to line and symmetry in up to three people
Balance	Please complete the other half of the portrait

Tab. 2 – S. Naghshineh, J. P. Hafler, A. R. Miller, et alii, *Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills*, "Journal of General Internal Medicine", vol. 23, n. 7, 2008, p. 993.

³⁶⁹ *Ibidem*.

³⁷⁰ S. Naghshineh, J. P. Hafler, A. R. Miller et alii, *Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills*, "Journal of General Internal Medicine", vol. 23, n. 7, 2008, p. 991.

Anche in questo caso il procedimento utilizzato risulta evidente: si dichiara il focus di attenzione, se ne precisa l'ambito applicativo, si mostrano le immagini, si dichiarano gli obiettivi e si chiede agli studenti di compiere alcuni esercizi, visivi e verbali, a partire dalle opere a seconda di specifiche finalità cliniche.

Un altro approccio ci viene presentato in un articolo comparso nel 2011 sul "Journal of Graduate Medical Education", firmato da una docente di psichiatria di Harvard e dal direttore dello Harvard University Art Museum. Gli studenti erano invitati a scegliere alcune opere all'interno del museo, sulla base del loro gusto e dei loro interessi ma a partire da una serie di proposte avanzate prima della visita – ad esempio: "Focus on a memorable patient, and find a work of art that person would find meaningful or powerful"; oppure: "Find an object that for you expressed pure joy", e così via. Nell'articolo sono riportate le domande e una selezione delle risposte degli studenti. Ne ricordiamo due. All'invito "Find an image of a person with whom you have difficulty empathizing, and think about the barriers", la scelta di un allievo ricade sul *Ritratto della marchesa Pompadour* di François Boucher (fig. 46) per la seguente ragione:

The aristocratic woman in this painting [...] is looking at herself in a mirror, applying make-up and seems so vain. But then you notice that in fact she is not very attractive and her make-up is not very well-applied. I started imagining that she was deeply insecure and using the make-up as a "cover-up". I started creating a story for myself of what her life was like. I wish I could ask her some questions to get to know her better.³⁷¹

Alla domanda "If you were bringing a depressed friend to the museum, what work would you share with [him/her] and why?", uno studente sceglie *Light prof for an Electric Stage* di Moholy-Nagy (fig. 47) e compie queste considerazioni:

This question really got me to think. If someone is depressed, is it better to bring them to a painting that is cheerful – with flowers and lots of colours – in an attempt to cheer them up? Or to a more sombre work – so they understand that they are not alone in their suffering? [...] I ended up choosing this abstract sculpture which I think conveys strength, resilience and possibility.³⁷²

³⁷¹ E. Gaufberg e R. Williams, *Reflection in a museum setting*, "Journal of Graduate Medical Education", vol. 3, n. 4, dicembre 2011, p. 548.

³⁷² *Ibidem*.

Gli studenti di medicina, dunque, riflettono a partire dall'arte, e ciò non può che essere positivo. Tuttavia, in questi articoli, soprattutto in quelli più recenti, emergono con chiarezza anche i limiti e i problemi di tali proposte: dalla difficoltà, da parte degli studenti, “to be away from the clinical environment”,³⁷³ alla complessità, da parte dei docenti, di valutare i risultati raggiunti. Nel 2011, su “Medical Education”, compare una buona analisi sulla letteratura fin qui pubblicata al riguardo. In sintesi, sostengono gli autori, gli studi presi in esame diffondono l'idea che l'arte produca una “simulazione” della vita e che, dunque, attraverso di essa, i medici possano esplorare i propri sentimenti, metterli in discussione e sviluppare nuove modalità di pensiero (auspicabilmente “empatiche”).³⁷⁴ Viene però anche sottolineato il fatto che le spiegazioni metodologiche sono sempre piuttosto carenti e che nessuno studio valuta gli effetti a lungo termine sul comportamento degli studenti e sulle loro presunte abilità – ovvero: al di là di considerazioni di buon senso, che naturalmente ci portano a supporre che l'esercizio visivo sia utile, resta comunque da stabilire se questa sensibilizzazione all'immagine avrà ricadute concrete anche nel momento in cui gli studenti, una volta diventati medici, si troveranno davvero a contatto con i pazienti.³⁷⁵

Si dirà che l'arte, di per sé, non si presta a banali “valutazioni di efficacia”. Ma ciò non significa che, con il suo aiuto, non si possa fare qualcosa. Soprattutto se pensiamo che l'immagine, oggi più che mai, sia quella dell'arte sia quella della medicina, è mediata dalla tecnologia. Se lo chiedeva già Paul Richer nel 1902: “ Avec le règne de la machine, que devient le sentiment esthétique?”.³⁷⁶

³⁷³ Ivi, p. 549.

³⁷⁴ M. Perry, N. Maffulli, S. Willson e D. Morrissey, *The effectiveness of arts based interventions in medical education*, “Medical Education”, vol. 45, 2011, p. 142.

³⁷⁵ Ivi, p. 141.

³⁷⁶ P. Richer, *Introduction à l'étude de la figure humaine*, cit., p. 2. Si veda supra, n. 22.

I.4. Per partito preso

*Tenez votre corps propre. Et gardez-le en constant surveillance.*³⁷⁷

Conosciamo tutti il successo del ciclo di mostre itineranti realizzate da Gunther Von Hagens, al secolo Gunther Liebchen, ovvero “amoruccio”. Vi sono esposte una serie di preparazioni anatomiche, ottenute grazie a un metodo brevettato, in cui i corpi, scorticati o vuotati dagli organi, sono messi in posa in maniera sensazionale.³⁷⁸ Von Hagens tiene molto a promuovere le finalità educative della sua operazione: mostrare la verità anatomica significa far comprendere al pubblico che il corpo, il *nostro* corpo, è un oggetto fragile, che ne siamo responsabili e dobbiamo tenerlo sotto controllo, evitando qualsiasi condotta pericolosa che possa mettere a repentaglio la nostra salute (non a caso, in mostra troviamo anche i preparati di fegati cirrotici e di polmoni di fumatori).

Von Hagens viene definito dai suoi come un grande genio visionario, un “Vesalius redivivus”, un Avicenna del XXI secolo – e, talvolta, come “die Leichen Beuys”, ovvero il Beuys cadavere, per la straordinaria somiglianza con l’artista Joseph.³⁷⁹ Per riuscire nell’intento pedagogico, i promotori delle mostre si affidano a una retorica molto simile a quella utilizzata nei musei di anatomia popolare dei secoli scorsi (il “mistero”, la “meraviglia del corpo”, l’“universo interiore”...). Inoltre sottolineano il fatto che i corpi presentati sono corpi veri e, per agevolare le possibilità “proiettive” da parte del pubblico, li collocano nello spazio espositivo senza vetrine o *garde-fous* o li fanno interagire con alcuni oggetti della modernità (racchette da tennis, computer, sassofoni, e così via).

Queste mostre, come sappiamo, hanno fatto abbondantemente discutere. Ma quello che ci importa qui, al di là di aspetti legali, delle polemiche, degli scandali o dei richiami all’ordine, è il fatto che Von Hagens, dal punto di vista visivo, sceglie modelli e

³⁷⁷ *Grand Musée Anatomique et Ethnologique du Docteur Spitzner* (1895), cit. in E. Stephens, *Anatomy as Spectacle*, Liverpool University Press, Liverpool 2011 p. 47.

³⁷⁸ Tra i numerosissimi contributi che riguardano le mostre di Von Hagens ne segnaliamo alcuni provenienti dagli ambiti più vicini alle medical humanities: L. Burns, *Gunther Von Hagen’s Body Worlds*, “The American Journal of Bioethics”, n. 7, 2007, pp. 12-23; J. T. H. Connor, *Faux reality show?*, “Bulletin for the History of Medicine”, n. 81, 2007, pp. 848-865; J. Desmond, *Postmortem eExhibitions*, “Configurations”, n. 16, 2008, pp. 347-77; J. van Dijck, *Bodyworlds*, “Configurations”, n. 9, 2001, pp. 99-126. Cfr. www.bodyworlds.com.

³⁷⁹ A. Whalley, a cura di, *Pushing the limits*, Arts&Science, Heidelberg 2007, pp. 146, 205 e 220. Si veda anche G. Von Hagens e A. Whalley, a cura di, *Body Worlds*, Institut für Plastination, Heidelberg 2002. Cfr. J. van Dijck, *The Transparent Body*, cit., p. 59.

paradigmi molto tradizionali per mettere in mostra i suoi corpi. Cioè, per avvalorare il mito della verità e della trasparenza del corpo, ricorre alle stesse convenzioni di cui si servivano gli illustratori anatomici di un tempo per dimostrare che le loro rappresentazioni erano state realizzate sulla base di una osservazione diretta. I cadaveri di Von Hagens hanno tutti gli occhi aperti, paiono consapevoli del fatto che l'anatomia sia stata compiuta sul *loro* corpo (sono tutti corpi "donati" alla scienza), e vi partecipano attivamente, come quegli scorticati che, secoli addietro, stringevano tra le mani i coltelli che erano serviti allo scopo (figg. 48-49).

Von Hagens, però, non è un "artista". Non è Beuys, che utilizzava la medicina in modo metaforico e concettuale per dare vita a una biografia o a una terapeutica possibile – figuriamoci: Beuys i coltelli li fasciava! (fig. 50).³⁸⁰ Non è neppure Fritz Kahn, lo scrittore e ginecologo berlinese che, sull'impronta delle teorie di Ernst Kapp, illustrava le forme e le funzioni degli organi in analogia con l'universo delle macchine: pensiamo al suo *Die Mensch als Industriepalast*, dove il cuore è un pistone, lo stomaco una raffineria, il fegato un'apparecchiatura chimica e i reni una struttura di filtraggio.³⁸¹ L'arte del Novecento è piena di metafore sul corpo ma Von Hagens, di queste metafore non sa che farsene: la sua è vera anatomia...

Ciononostante, i suoi specimen sono pesantemente connotati in senso artificiale. Non solo perché "artificioso" è lo stesso procedimento che consente di ottenere questi oggetti destinati all'eternità, ma perché essi, con i loro gesti e i loro colori – che, secondo Von Hagens, servirebbero soprattutto ad "attenuare il disgusto" –³⁸² si ispirano a un tipo di rappresentazione anatomica *d'antan*. Ricordano le figure del Musée Fragonard o quelle del chirurgo Jean-Galbert Salvage, che, nella seconda metà del Settecento, faceva assumere ai cadaveri di soldati morti in duello le pose della statuaria

³⁸⁰ J.-Ph. Antoine, *La pillule d'art du docteur Beuys*, in L. Barbier, a cura di, *L'art médecine*, Musée Picasso-RMN, Antibes-Paris 2000, p. 16. Si veda T. Davila, *Joseph Beuys, le remède dans le mal*, in M. Fréchuret e T. Davila, *L'art médecine* (catalogo della mostra), RMN, Paris 1999, pp. 171-186 e A. H. Murken, *Joseph Beuys und die Medizin*, F. Coppenrath, Münster 1978. Cfr. E. Scarry, *La sofferenza del corpo*, cit., p. 35.

³⁸¹ Scriveva Gombrich: "Se i vittoriani prendevano le loro metafore visive nei musei, noi prendiamo le nostre nelle sale operatorie e nelle fabbriche", E. H. Gombrich, *Metafore visive dei valori nell'arte* (1952), in Id., *A cavallo di un manico di scopa*, cit., p. 29. Si veda F. Kahn, *Das Leben des Menschen*, vol. III, Franckh'sche Verlagshandlung, Stuttgart 1926, E. Kapp, *Grundlinien einer Philosophie der Technik* (1877), Stern-Verlag Janssen, Düsseldorf 1978. Si veda U. e T. von Debschitz, *Fritz Kahn*, Springer, Wien-New York [2009].

³⁸² G. von Hagens, cit. in C. e M. Bouffard, *Body Worlds*, in P. Paul e R. Gagnayre, *Le Rôle de l'art dans les éducations en santé*, cit., p. 94. Cfr. T. Besterman, *Body language*, "Museum Journal", vol. 102, n. 5, 2002, p. 16, cit. ivi, p. 103. Cfr. E. D. Lestermann, *Visitors' reactions to Body Worlds* [<http://koerperwelten.de>].

antica (fig. 51).³⁸³ Su queste anatomie, insomma, agisce una sorta di re-intrusione postuma dell'artisticità (qualcuno ha addirittura confrontato il corridore di Von Hagens con *Forme uniche della continuità nello spazio*),³⁸⁴ che ne fa delle “immagini di immagini”, forse postmoderne, come si sarebbe detto un po' di tempo fa, ma più probabilmente anacronistiche, tanto per l'arte quanto per la scienza

Von Hagens è una figura pop, un esperto nel ribaltamento da interno e esterno. Come viene sottolineato sempre più spesso, molti media – televisione, cinema, pubblicità, riviste generaliste, letteratura, moda e, ovviamente, la Rete (figg. 52-54) – continuano a proporci immagini anatomiche altamente spettacolarizzate con finalità “educative”.³⁸⁵ Qualcuno ha detto che le mostre di Von Hagens, proprio come le proposte di questi media, offrono a grandi e piccini “il brivido di una profanazione senza rischi” e dunque soddisfano “una curiosità infantile” collegabile al “ritorno del rimosso”.³⁸⁶ A ciò sarebbe dovuto il loro successo. Sta di fatto che, innegabilmente, le rappresentazioni del corpo “interno”, ossia le traduzioni visive del *Körper*, fanno ormai parte della nostra cultura e del nostro immaginario.

Lo dimostra anche la “medical art” che, negli ultimi vent'anni, ha operato sulle raffigurazioni del corpo mediate dalle tecnologie biomediche. Pensiamo, ad esempio, all'influenza esercitata sugli artisti dal Visible Human Project, messo a punto negli anni Novanta dalla National Library of Medicine, e presentato come il primo data base di un “corpo”, o meglio di due corpi, uno maschile e uno femminile, segmentati millimetro per millimetro, puntualmente rappresentati grazie al concorso di più tecniche di imaging e caricati in Rete (fig. 55).³⁸⁷ Nonostante tutta questa fedeltà al reale, né l'uomo né la donna “visibili” rispecchiano appieno l'ideale della trasparenza, ed è proprio questa problematicità ad aver interessato gli artisti. È il caso, tra i tanti, di Alexander Tsiaras, che nel suo *Body Voyage* del 1997, un libro corredato da un CD-Rom, utilizza le immagini del Visible Human Project non solo per compiere un

³⁸³ Cfr. L. Cadot, *Hier et aujourd'hui*, in C. Degueurce, *Honoré Fragonard et les écorchés*, RMN, Paris 2010, p. 131 e P. S.[énéchal], *Le Gladiateur Borghèse écorché*, in J.-P. Cuzin, J.-R. Gaborit e A. Pasquier, a cura di, *D'après l'antique*, RMN, Paris 2000, pp. 392-394.

³⁸⁴ J. van Dijk, *Bodyworlds*, cit., p. 113. Cfr. Ead., *The Transparent Body*, cit., pp. 51-52 e C. e M. Bouffard, *Body Worlds*, in P. Paul e R. Gagnayre, *Le rôle de l'art dans les éducations en santé*, cit., p. 91.

³⁸⁵ E. Stephens, *Anatomy as Spectacle*, cit., pp. 140-141. Cfr. qui § I, 3. Si veda anche A. Brodesco, *I've got you under my skin*, “Nuncius”, vol. 26, n. 1, 2011, pp. 201-221. Cfr. S. Dionisio, *Quando la medicina si fa in Tv*, Guida, Napoli 2009, passim.

³⁸⁶ Si veda L. Laufer, *La morgue: voir l'irreprésentable*, “Recherches en Psychanalyse”, n. 8, 2009, cit.

³⁸⁷ Si veda <http://www.nlm.nih.gov/research/visible/>. Nel 1995 era già on line il “visible man” (Joseph Paul Jerigan, un condannato a morte che ha accettato di donare il suo corpo alla scienza), nel 1996 la “visible woman” (una casalinga del Maryland di cinquantanove anni deceduta per attacco cardiaco). Cfr. J. van Dijk, *The Transparent Body*, cit., p. 131.

“viaggio nel corpo” ma per ricostruire l’integrità di questo stesso corpo;³⁸⁸ è anche il caso di Carlyne Henne, autrice nel 2001 di un autoritratto composto di ottantanove lastre in vinile sospese, che, da lontano, restituiscono l’impressione di un corpo fluttuante e, da vicino, o sfiorate appena, ne disfano qualsiasi supposta unitarietà (fig. 56).³⁸⁹

Già a partire da questi esempi intuivamo un aspetto importante: gli artisti utilizzano l’imaging per parlare di ciò che, dinanzi alle sue astrazioni, percepiamo come eliminato o rimosso, ovvero l’unitarietà del *Leib*, assieme ai ricordi, le sensazioni e i pensieri di cui esso è portatore. Non vi è nulla di sorprendente nel fatto che l’arte utilizzi il *Körper* per parlare del *Leib* (Bachelard diceva che “una scienza che ammetta le immagini è più di ogni altra vittima delle metafore”).³⁹⁰ Ma, come si vedrà, se si ricorre alla bioimmagine, e poi se ne sovrainveste l’aspetto simbolico o metaforico, essa finirà per assumere le prerogative di una “anti-immagine”.

Scrive Belting:

I media digitali reintroducono l’analogia con il corpo attraverso la sua negazione. La perdita del corpo aveva già pervaso l’immaginario ottocentesco legato agli specchi nel momento in cui il *Doppelgänger* non obbediva più allo spettatore e smetteva di essere immagine del corpo riflesso. Le immagini digitali si rivolgono alla nostra immaginazione corporea e attraversano il confine tra immagini visive e immagini virtuali, tra immagini viste e immagini proiettate. In questo senso la tecnologia digitale persegue l’imitazione della nostra immaginazione. [...] Le rappresentazioni esterne e le rappresentazioni interne sono spinte a fondersi le une nelle altre.³⁹¹

Ci pare che, con l’imaging biomedico, accada proprio così, e che la “medical art” abbia spesso un solo obiettivo di fondo: dimostrare che, a fronte della pervasiva diffusione delle immagini tecnologiche sul corpo, l’interesse debba restare concentrato sulla dicotomia tra oggettività e soggettività, tra spossessamento e riappropriazione del

³⁸⁸ N. Lizama, *The post-biological body*, in E. Klaver, a cura di, *The Body in Medical Culture*, cit., p. 138. Si veda A. Tsiras, *Body Voyage*, Warner, New York 1997.

³⁸⁹ M. Sappol, *Dream anatomy*, National Library of Medicine, Washington 2006, in part. pp. 158-159. Per un elenco dei progetti artistici influenzati dal Visible Human Project si veda <http://www.nlm.nih.gov/research/visible/products.html>.

³⁹⁰ G. Bachelard, *La formazione dello spirito scientifico*, cit., p. 42. Cfr. L. Cartwright, *Screening the body*, cit., p. 107. Cfr. anche M. Sturken e L. Cartwright, *Practices of Looking*, Oxford University Press, New York 2001, pp. 279-314.

³⁹¹ H. Belting, *Immagine, medium, corpo*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell’immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, p. 84.

corpo, così da evitare che la biologia, la medicina o la scienza si coalizzino davvero “contro il nostro pathos”.³⁹²

Utilizziamo un esempio noto ai più, il celebre *Corps étranger* del 1994, realizzato da Mona Hatoum, con il supporto di un'équipe medica, per il Centre Pompidou (figg. 57-59). Come sappiamo, il visitatore era invitato ad entrare in un cilindro bianco, a osservare le immagini endoscopiche ed ecografiche del corpo dell'artista, e ad ascoltare il suono del suo respiro e del suo battito cardiaco. Si è parlato di “voyeurismo della profondità”, dello “stupore” che chiunque prova dinanzi a queste immagini estranee che tuttavia ci appartengono (o meglio: dinanzi alle immagini di un corpo che è *étranger* anche per l'artista).

Alcuni studiosi hanno analizzato *Corps étranger* alla luce delle teorie psicoanalitiche, in particolare di quelle lacaniane.³⁹³ Altri si sono opposti a tali letture, e hanno fatto notare che la psicoanalisi non presterebbe troppa attenzione al “corpo interno”, concentrandosi sulla pelle e sugli orifizi, cioè sulle soglie tra interno ed esterno.³⁹⁴ O meglio: per la psicoanalisi, il biologico sarebbe, sì, la “roccia basilare sottostante”, ma questa roccia sarebbe sempre vincolata a uno “strato” metafisico, psicologico appunto, che lo ridurrebbe a un traslato o a una metafora.³⁹⁵ Per comprendere il funzionamento di questo Io primordiale e sensibile, potrà dunque essere utile rivolgersi alla tradizione fenomenologica, in particolare a quella di Merleau-Ponty e alla sua idea di “corpo proprio”.

Secondo il filosofo,

la scienza manipola le cose e rinuncia ad abitarle. Se ne costruisce dei modelli interni e, operando su questi indici o variabili [...], si confronta solo di quando in quando con il mondo effettuale. Essa è, ed è sempre stata, quel pensiero mirabilmente attivo, ingegnoso, disinvolto, quel *partito preso* di trattare ogni essere come “oggetto in

³⁹² V. Jankélévitch, *L'ironia*, il melangolo, Genova 1987, p. 37.

³⁹³ E. Lajer-Burcharth, *Real bodies*, “Art History”, vol. 20, n. 2, 1997.

³⁹⁴ J. Slatman, *L'imagerie du corps interne*, “Methodos”, n. 4, 2004, § 17-18. Cfr. ovviamente D. Anzieu, *L'io-pelle*, Borla, Roma 1987, passim e Id., *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, Raffaello Cortina, Milano 1992, passim. Cfr. F. Dagognet, *La Peau découverte*, Les Empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, Paris 1993. La mostra *Skin* ha avuto luogo presso la Wellcome Collection di Londra dal 10 giugno al 26 settembre 2010. Cfr. S. Freud, *L'io e l'Es* (1922), Boringhieri, Torino 1989, p. 39; J. Lacan, *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*, in Id., *Scritti*, trad. it. Einaudi, Torino 1974, pp. 87-94.

³⁹⁵ Si veda S. Freud, *Analisi terminabile e interminabile* (1937), in Id., *Opere*, vol. 11, Boringhieri, Torino 1979, p. 535. Cfr. anche *Prendere corpo. Il dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi*, a cura di P. Carignano e F. Romano, Franco Angeli, Milano 2006, in part. p. 44.

generale”, cioè come se non ci fosse niente per noi e tuttavia si trovasse predestinato ai nostri artifici.³⁹⁶

Perciò le rivolge un appello:

È necessario che il pensiero scientifico [...] si ricollochi in un “c’è” preliminare, nel luogo, sul terreno del mondo sensibile, e del mondo lavorato così come lo sono nella nostra vita, per il nostro corpo; non quel corpo possibile che è lecito definire una macchina dell’informazione, ma questo corpo effettuale che chiamo mio, la sentinella che vigila silenziosa sotto le mie parole e sotto le mie azioni. [...] Il mio corpo è insieme vedente e visibile. Guarda ogni cosa, ma può anche guardarsi, e riconoscere in ciò che allora vede “l’altra faccia” della sua potenza visiva. [...] *Il mio corpo è annoverabile tra le cose, è una di esse, è preso nel tessuto del mondo e la sua coesione è quella di una cosa. Ma poiché vede e si muove, ritiene le cose in cerchio intorno a sé, [...] incrostate nella sua carne, [...] e il mondo, la casa degli altri, è fatto della medesima stoffa del corpo.*³⁹⁷

Merleau-Ponty, con questi passaggi scritti nell’estate del 1960, arricchisce le posizioni già emerse venticinque anni prima nella sua immensa *Fenomenologia della percezione*, dove l’autore rifletteva sulla relazione tra corpo-oggetto e corpo-soggetto – il primo con precise qualità fisiche e spaziali, il secondo con una spazialità e una fisicità assai più complesse e sfuggenti, perché ascrivibili all’ambito della “auto-affezione”.³⁹⁸ Tuttavia, nella versione di gran parte della “medical art”, dove “interiorità” è sinonimo di “soggettività”, la relazione tra *Körper* e *Leib* mediata dall’imaging si irrigidisce in forme esasperate: ovvero, viene ribadito, più o meno costantemente, che tra il corpo che vedo con gli occhi della scienza e quello che vedo con i miei “occhi interiori” vi sarebbe un divario incolmabile.

Corps étranger è esemplare in questo senso, già a partire dal titolo. Realizzato quasi vent’anni fa, come franca critica all’appropriazione delle immagini corporee da parte della tecnologia, chiarisce bene che in arte l’imaging biomedico serve primariamente a

³⁹⁶ M. Merleau-Ponty, *L’occhio e lo spirito*, SE, Milano 1989, p. 13 (corsivo nostro).

³⁹⁷ Ivi, pp. 15-19.

³⁹⁸ Si veda ovviamente M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003; P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, Franco Angeli, Milano 1973; M. Klein *Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia* (1952) in Ead., *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978, pp. 460-493; J. Kristeva, *La folie. Melanie Klein ou le matricide comme douleur et comme créativité*, Fayard, Paris 2000, pp. 225-236; F. Dolto, *L’immagine inconscia di sé*, Red, Como 1996.

confermare lo scarto tra il *Körper* e il *Leib*. Mona Hatoum si è espressa in maniera chiara:

I wanted to give the feeling that the body becomes vulnerable in the face of the scientific eye, probing it, invading its boundaries, objectifying it.³⁹⁹

Le sue immagini endoscopiche, assieme ai rumori del suo corpo, ci hanno catturati, hanno fatto appello ai nostri fantasmi e ci hanno ricordato che l'idea di "estraneità" è sempre consustanziale a quella di corpo. Ma a partire dagli anni Novanta del secolo scorso un numero di artisti pressoché sterminato ha riflettuto su queste stesse tematiche, riconducendole ai loro argomenti fondamentali – l'io, l'altro, l'identità, la soggettività e, ovviamente, l'aggressività dello sguardo medico, il tutto condito da una versione semplificata del pensiero di Foucault, che, ci permettiamo di supporre, avrebbe infastidito lo stesso filosofo (fig. 60).

Non è nostra intenzione tracciare una mappa esaustiva delle esperienze della "medical art" susseguitesì negli ultimi vent'anni.⁴⁰⁰ Ci limitiamo a menzionare alcuni esempi, a partire quello di Helen Chadwick che, dopo un soggiorno presso il Kings College Hospital di Londra, ha scelto di intitolare *Autoritratto* (1991) una fotografia in cui le sue mani (vere) reggono un cervello (vero) e *Unnatural Selection* (1996), una serie di foto di embrioni umani (figg. 61-62). Pensiamo anche a Joyce Cutler-Shaw, già artist in residence presso la Medical School di San Diego, che, in *Anatomy lesson* (1992), sovrappone le immagini della diagnostica a comuni fotografie di volti (fig. 63), per evidenziare lo scarto tra i due concetti di corpo; pensiamo anche ai "ritratti generici" di Justine Cooper, realizzati a partire dalle immagini della risonanza magnetica, del microscopio elettronico o del DNA sequencing (figg. 64-65).

Susan Aldworth, artist in residence presso il Royal London Hospital, ha realizzato una serie dal titolo *Brainscape* (2006), con al centro i suoi angiogrammi cerebrali (fig. 66). È la stessa Aldworth a riferirci della meraviglia provata nell'osservare quelle immagini:

³⁹⁹ M. Hatoum [intervista con C. Spinelli], in M. Archer, G. Brett e C. de Zegher, *Mona Hatoum*, Phaidon, London 1997, p. 138.

⁴⁰⁰ Per avere un'idea della vastità del fenomeno si veda la sezione "Medicine Now" del sito del Wellcome www.wellcomecollection.org. Cfr. anche <http://www.medecine-des-arts.com/>.

Looking up at the screens, I could see the inside of my brain with my eyes—my brain was working, while I was looking inside it. I will never make sense of that moment.⁴⁰¹

È chiara la ragione di questa meraviglia: l'artista può vedere il suo cervello "between a thing and a thought" (è il titolo di un'altra sua opera). Ma se poi si vanno a vedere i testi di accompagnamento della Aldworth si rimane un po' delusi: "You can look INTO my brains but you will never find me", scrive; oppure "I'm both in my head, and out of my brain".⁴⁰² Certo, illustrano il suo pensiero, o la sua poetica, ma ci paiono ben poca cosa: un appiattimento, o una banalizzazione, di celebri posizioni del passato.

Anche la fotografa Katherine du Tiel, nella serie *Inside-Outside* (1994), lavora su queste tematiche. La serie, presentata nella mostra *Dream Anatomy* del 2003, comprende alcune opere nate dalla proiezione di immagini anatomiche su comuni ritratti fotografici. Tuttavia, l'artista ha volutamente commesso degli errori (ad esempio, ha proiettato l'immagine dell'anatomia anteriore su un corpo fotografato posteriormente, o viceversa). Ecco che cosa dichiara sul suo sito:

With the projection work, I am projecting the interior onto the exterior with the intention of *inverting* and *confounding* insides and outsides. Combining dichotomies, a double take creates a third-take or whole. I am interested in unifying the polarities of inner/outer realities, life/death, mortality/immortality, mind/body, body/spirit. I am looking at scientific representation and how it is *imposed* upon the body. We demand some sense of order in the world. And we are always defeated. This is the human condition. Scientific/technological progress particularly since the late 19th century has reinforced the *schism* between the concrete and the intangible, privileging physical absolutes and human authority over spiritual considerations.⁴⁰³

Non vi sono dubbi sulla coerenza di intenti di questi artisti: l'imaging accentua la frattura tra le dimensioni fisiche e metafisiche dell'uomo, imponendo le sue verità in maniera inflessibile, per quel "partito preso" di cui parlava Merleau-Ponty. È il pensiero che pare essere alla base anche di *Magic forest* (2002), presentato alla mostra *Head on* dello Science Museum di Londra sponsorizzata dal Wellcome Trust, dove il "paesaggio" neuronale è utilizzato per riflettere sulla memoria e sulle malattie

⁴⁰¹ S. Aldworth, cit. in R. van de Vall, *A penny for your thoughts*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within*, cit., p. 92..

⁴⁰² Ivi, p. 104. Si veda anche <http://www.susanaldworth.com>

⁴⁰³ <http://www.katherinedutiel.com/series/inside-outside/statement.html> (corsivi nostri). Cfr. M. Sappol, *Dream Anatomy*, cit., pp. 150-153.

genetiche (fig. 67); o di quello di Annie Cattrell, che in *Sense* (2001-2003) ha utilizzato i dati della risonanza magnetica funzionale, eseguita durante l'esposizione dei soggetti a determinate esperienze sensoriali, per convertirli in sculture 3D (fig. 68).⁴⁰⁴

Ci sono molti ritratti e autoritratti tra le opere di questi artisti. Pensiamo al *Family Portrait* (2003) di Marilene Oliver, dove quattro figure anonime e fantasmatiche sono la trasposizione in tre dimensioni delle immagini della risonanza magnetica dell'artista e dei congiunti (fig. 69) – artista che dichiara: “I seek to reclaim the body from the contemporary medical and digital gaze in order to poetically subvert it”.⁴⁰⁵ Su una linea vicina, ma più ludica e meno polemica, si collocano invece i *Functional portraits* (2002) di Marta de Menezes, che ha fatto sottoporre a risonanza magnetica funzionale una serie di soggetti mentre compivano alcune azioni specifiche – tra questi lo stesso Martin Kemp, invitato a osservare “a not very good reproduction of the painting of *The Ambassadors* by Hans Holbein” (fig. 70).⁴⁰⁶

La de Menezes (anch'essa artist in residence, questa volta presso il Clinical Sciences Centre di Londra) scrive:

For years artists have been attempting to portrait not only someone's appearance, but also how the person is. [...] Science has developed powerful tools to image the interior of the body. [...] I have been using fMRI equipment more powerful than the ones used for medical diagnosis in order to achieve better images. [...] It is a case where it becomes possible to create art by simple thought.⁴⁰⁷

Nello stesso anno, Marta de Menezes realizza *Proteic portrait* (2002), un autoritratto, in realtà, a partire dalla sequenza di lettere-codice con cui si indicano gli amminoacidi che danno vita alla proteina “MARTA”.⁴⁰⁸ Alcuni mesi prima, anche Marc Quinn, con tutto il tempismo delle star, aveva riflettuto sulla genetica e sulla biologia cellulare nel suo celeberrimo ritratto genomico di John Sulston – biologo, premio Nobel per la medicina nel 2002 e animatore dello Human Genome Project (fig. 71). L'opera, commissionata dal Wellcome Trust, venne subito esposta alla National Portrait Gallery di Londra e fu

⁴⁰⁴ Si veda C. Gere, *Thought in a vat. Thinking through Annie Cattrell*, “Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science”, n. 35, 2004, pp. 415-436.

⁴⁰⁵ <http://www.rca.ac.uk/Default.aspx?ContentID=505418&CategoryID=36646>.

⁴⁰⁶ M. Kemp, *Seen/Unseen*, Oxford University Press, London-Oxford 2006, p. 320.

⁴⁰⁷ www.martademenezes.com.

⁴⁰⁸ Si veda M. de Menezes, *Retrato proteico-Proteic Portrait*, PLP 09-Meiac, Badajoz 2009, passim.

salutata come una sorta di icona, il ritratto più realistico del mondo, l'unico capace di raffigurare l'identità essenziale di un uomo.⁴⁰⁹

L'opera utilizza alcune colonie di batteri prelevate dal liquido seminale di Sulston presentate in gelatina. L'effetto, si disse, è che questi pattern cellulari appaiano come per magia,⁴¹⁰ un effetto che era incrementato da precisi accorgimenti allestitivi ideati dall'artista per la prima uscita pubblica dell'opera: il visitatore doveva entrare in un'anticamera, dove poteva leggere un testo che spiegava con quali tecniche fosse stato realizzato il ritratto; poi era invitato a scostare una pesante tenda di velluto scuro, dietro alla quale c'era una sorta di "cappella privata". Solo qui, in pieno raccoglimento, avrebbe potuto ammirare l'opera, illuminata da un singolo raggio di luce e racchiusa in una cornice di acciaio inossidabile su cui si riflettevano i volti degli astanti. Accanto ad essa, un banale ritratto fotografico.

Secondo Quinn, l'opera conteneva "tutte le informazioni genetiche" necessarie a farne la più compiuta rappresentazione di un uomo. Il ritrattato, però, non era dello stesso avviso:

The portrait contains a small fraction of my DNA, so it's only a detail of the whole, though there is ample information to identify me. [...] It's not me. It's my starting point.⁴¹¹

Si potrebbe obiettare che, talvolta, anche i primi clienti di Nadar non si riconoscevano nei loro ritratti. È lui stesso a ricordare, con un certo humour, il loro disappunto:

Il m'en retomba un, une fois dès le grand matin du lendemain de sa visite d'épreuves tout endérouté par un cheveu – je dis *un cheveu* – qui se trouvait dépasser la ligne et qu'il tenait absolument à voir rentrer dans le rang. [...] De la nuit entière, il n'avait pu fermer l'œil, et en plein candeur il me l'avouait.⁴¹²

In questo caso è come se la fotografia, avendo registrato la presenza di un solo capello ribelle, avesse davvero espulso quest'uomo dalla sua natura o, appunto dalla sua identità. Ovviamente, è possibile che anche Sulston sia un cliente esigente o

⁴⁰⁹ Si vedano le affermazioni di Jonathan Jones pubblicate all'epoca sul "Guardian", poi riportate M. van Rijnsingen, *Framing the interiority*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within*, cit., pp. 188-190.

⁴¹⁰ S. Anker e D. Nelkin, *The Molecular Gaze*, Cold Spring Harbor, New York 2004, pp. 9-10.

⁴¹¹ C. Martin, *The scientists new clothes*, "The Lancet", 358, 2001, p. 1560 cit. *ivi*, p. 10 e 42.

⁴¹² Nadar, *Quand j'étais photographe*, Seuil, Paris 1994, pp. 162-163. Cfr. anche il mio *Anatomie fantastiche*, Clueb, Bologna 2010, pp. 65-67.

decisamente vanitoso. Ma la sua perplessità ci sembra appartenere a un diverso ordine del discorso: ci dice che il gene è soltanto un'entità biologica minimale e che l'identità, anche per uno scienziato, è ben altra cosa. In seconda battuta, pare anche suggerirci di stare in guardia dalle migrazioni arbitrarie, lungo le vie della denuncia, della provocazione, della trascendenza o persino del gioco, delle potentissime icone della genetica e della biologia (figg. 72-76).⁴¹³ Non ci dice di diffidarne, ma di rifletterci.

In altri termini, crediamo che Sulston metta in evidenza il rischio di riduzionismo a cui si espongono molti artisti che utilizzano le tecnologie o l'imaging biomedici. I quali, pur riflettendo su temi profondi, essenziali, quasi ontologici (superficie-profondità, personalizzazione-spersonalizzazione, e così via), nell'ossessione di cadere nel riduzionismo, appunto, vi cadono realmente. Perché smarriscono la natura prima di queste stesse tecniche e addomesticano forzatamente un tipo di immagine che, come la loro opera, ha bisogno della conoscenza e della comprensione dei propri simboli. Insomma, paiono chiedere a questa immagine di farsi un'anti-immagine, e di lasciarli liberi di vagare per i sentieri dell'invisibile.

È assai indicativo il commento di Siân Ede, pioniera degli studi su arte e scienza:

Scientific images of human cells or brain scans in artworks were remarkable *the first time they were used*. [...] Marc Quinn's 2001 genomic portrait of [...] sir John Sulston features [...] cells from his subject's sperm containing segments of his DNA – *but you can't make this witty gesture twice*, or a visit to the National Portrait Gallery, where this portrait can be found, would soon become dreary. X-Rays, brain scans, the double helix have become commonplace icons in advertising and popular journalism – artists need to be more inventive.⁴¹⁴

Insomma, l'imaging biomedico pone senza dubbio interrogativi all'ordine simbolico, ci rinvia all'abisso dell'immaginario e ci fa riflettere su tutta una serie di possibili verità del corpo che superano le sue apparenze. Ma di qui a parlare costantemente dei pericoli della frattura soggetto-oggetto, o dei rischi della perdita di "autenticità" ce ne passa, a

⁴¹³ Si veda P. Wald, J. Clayton e K. Holloway, a cura di, *Genomics in Literature, Visual Arts, and Culture*, "Literature and Medicine", vol. 26, n. 1, primavera 2007, in part. L. Lynch, *Culturing the pleebland*, ivi, pp. 180-206. Cfr. M. Kemp, *The Mona Lisa of modern science*, "Nature", n. 421, 2003, pp. 416-420, S. Anker e D. Nelkin, *The Molecular Gaze*, cit., passim, E. Kac, a cura di, *Biotechnology, art and culture*, The MIT Press, Cambridge-London 2007, Id., a cura di, *Sign of life*, The MIT Press, Cambridge-London 2007 e B. M. Stafford, *Visual analogy*, The MIT Press, Cambridge 1999, pp. 148-151.

⁴¹⁴ S. Ede, *Art and Science*, Tauris, London 2005, p. 4 (corsivi nostri).

meno che non ci si accontenti di ripetere all'infinito le stesse "arguzie" con finalità unicamente e costantemente metaforiche.

Dunque, affermazioni come la seguente, proveniente dall'ambito delle medical humanities, ci paiono quanto meno riduttive, o persino ingenuie:

In research one finds the obvious appropriation of the image – and even the living or dead tissue – of the person turned object, disempowered and converted into object; reshaped, reinterpreted, reinvented – and all beyond the subject's control. [...] The solution proposed by artists and art theory is to begin a self analysis, turning the object back into subject.⁴¹⁵

D'altra parte in queste stesse pubblicazioni leggiamo anche che l'arte fa appello all'universo "emozionale e viscerale", e che, pur essendo difficile valutare se essa sia davvero efficace per formare dei buoni medici, non vi è dubbio che offra molte "risorse immaginative per organizzare le metafore" e "riflettere sulla natura 'incarnata' dell'uomo".⁴¹⁶ Solo che, in questo modo, le tante metafore sull'interno del corpo si fanno metafore per l'interiorità.

Già diversi anni or sono, la storica Bettyann Kevles spiegava in questi termini le ragioni che spingevano tanti artisti all'utilizzo delle immagini biomediche:

Medical imagery attracts artists for [...] the inherent beauty of natural structures; [for] the very conflicted attitudes of our age towards technology in general and medical instruments in particular; and [for] the effort to redefine the purpose of art even as they, as artists, reaffirm the value and possibility of portraiture [...]. The [radiology] has evolved into a *series of mirrors*.⁴¹⁷

Dunque: per la bellezza delle forme naturali che esse evidenziano, per le controversie dei nostri tempi circa lo statuto dello "sguardo medico" e prima di tutto perché, attraverso queste immagini, gli artisti possono ridefinire il ruolo dell'arte, confermando il valore del ritratto. La radiologia, quindi, ci offre un nuovo tipo di specchio, una serie di specchi.

⁴¹⁵ L. Schwartz, *Parallel experience*, "Medical Humanities", n. 29, 2003, pp. 62 e 64.

⁴¹⁶ R. J. Macnaughton e H. M. Evans, *Why pay attention to the artist?*, "Medical Humanities", n. 31, 2005, p. 1.

⁴¹⁷ B. Kevles, *Naked to the Bone*, cit., p. 296 (corsivo nostro). Cfr. M. Serres, *Variations sur le corps*, Le Pommier-Fayard, Paris 1999, p. 5, 81-82 e J. Dumit, *Picturing Personhood*, cit., passim.

Da un certo punto di vista è senz'altro così: ormai i risultati dell'imaging sono "integrabili nell'immagine speculare del nostro corpo".⁴¹⁸ Ma tutto sta nella maniera in cui questi specchi vengono utilizzati, o meglio nelle qualità che si attribuiscono loro. Sappiamo che la contemporaneità, oltre a produrre orde di iconofili, ha anche incrementato le schiere degli iconoclasti. Tra questi, ovviamente, ci sembrerebbe paradossale trovare anche gli artisti visivi, ma con l'imaging biomedico molti di loro ci paiono comportarsi come chi, settanta o ottant'anni prima, accusava la fotografia, l'immagine meccanica per antonomasia, di "spazzare [via] gli argini della memoria".⁴¹⁹ Questi figli Novecento – il secolo del "ritorno dell'anatomico represso" –⁴²⁰ giocano quindi con il vocabolario del *Körper* per evocare, invariabilmente, quello del *Leib*. Ciò che in loro sembra fare maggior difetto è il beneficio del dubbio sull'*ambigua* relazione tra l'idea di corpo come "oggetto" e quella di corpo come "soggetto" (non dimentichiamo che la parola "ambiguo" deriva dal latino *ambīre*, "inclinare da più parti" ma anche "sollecitare", magari conservando qualche intima incertezza...). È come se, per dirla con Caillois, si contentassero di un "fantastico per partito preso", istituzionalizzato, meno insidioso di quanto vorrebbe o dovrebbe essere, e dinanzi al quale, ormai, possiamo stupirci solo "per convenzione" o "per educazione".⁴²¹

Caillois è assai severo con questo tipo di fantastico:

Al fantastico necessita qualcosa di involontario, di subito, un interrogativo inquieto non meno che inquietante, scaturito all'improvviso da chissà quali tenebre e che il suo stesso autore è stato costretto ad accettare così come è venuto e a cui talvolta ha desiderato perdutamente poter dare una risposta [...]. Si direbbe che [a questa arte] la licenza non giovi. Le occorre, se non una disciplina, almeno una resistenza.⁴²²

Se sostituiamo al termine "fantastico" le parole "artistico", "estetico" o "simbolico", capiamo subito perché la maniera in cui l'imaging biomedico viene recuperato dagli artisti sia piuttosto deludente. Perché questi artisti, sebbene manifestino un ostinato desiderio di conservare le suggestioni di un'estetica notturna, finiscono per operare nel

⁴¹⁸ J. Slatman, *L'imagerie du corps interne*, cit., § 6.

⁴¹⁹ S. Kracauer, *La massa come ornamento*, Prismi, Napoli 1982.

⁴²⁰ M. Sappol, *Dream anatomy*, in part. pp. 61-64 e 68.

⁴²¹ R. Caillois, *Nel cuore del fantastico*, cit., p. 14 e 46.

⁴²² Ivi, pp. 46-47 e 137. "L'artista moderno è libero di lasciarsi andare all'avventura in spazi ignoti, perché alla società è indifferente se e con quali mezzi di scoperta egli ritorna a casa. La creatività artistica è stata rivalutata come mai prima [...]; ma ciò che risulta meno chiaro è cosa la società debba fare con i prodotti di questa attività artistica. I musei diventano 'camere d'arte e di meraviglia' nelle quali si va di sorpresa in sorpresa, ma mancano i canali di diffusione della meraviglia nella società", C. Blok, cit. in P. Feyereabend e C. Thomas, a cura di, *Arte e scienza*, Armando, Roma 1989, p. 125.

panorama di una estetica diurna, avvalorando l'immagine antica delle "due culture": la scienza come il prodotto di "naively over-optimistic gung-ho chaps", l'arte e le scienze umane come "misteriously omniscient", nonché detentrici di un sapere moralmente superiore.⁴²³ Inoltre, in un certo senso, le loro opere funzionano un po' come le medicine alternative, che esprimono tutta la loro ostilità per quella tradizionale ma spesso non fanno altro che

rovesciare lo schema corpo-macchina, senza cambiare i termini del problema: se non sono i processi naturali e fisiologici, saranno allora i processi psichici e spirituali, l'ansia e i dolori della vita, a causare le malattie.⁴²⁴

Così il fantasma cartesiano cacciato dalla porta rientra dalla finestra.

Mentre le immagini scientifiche, attraverso i media, diventano pop (figg. 77-80),⁴²⁵ mentre alcuni tengono nel portafogli la "fotografia" del proprio cervello o mettono in cornice le loro ecografie, molti artisti restano intrappolati in un pensiero "romantico" e moralistico, unicamente pro-*Leib*.⁴²⁶ Fingono di assumere una posizione miopica per tutelare, o celebrare, quella ipermetrope:⁴²⁷ trascurano il fatto che la stessa idea di *Leib*, alla luce delle nuove realtà scientifiche e tecnologiche, è sempre più articolata e complessa, e ne sposano la causa (una causa "pro-*Leib*") non considerando la sua profonda, rinnovata eterogeneità. Perciò la loro risposta a questi problemi complessi non stupisce più – così come non stupisce più l'espressione "somatizzare", più o meno corredata dal prefisso "psico-". Già nel 1983, Starobinski apriva la sua *Brève histoire de la conscience du corps* riportando una citazione di Valéry: "Somatisme: hérésie de la

⁴²³ S. Ede, *Art and Science*, cit., p. 5. Cfr. C. Cappelletto, *Neuroestetica*, cit., pp. 153-154.

⁴²⁴ L. Boella, *Neuroetica*, cit., p. XIII.

⁴²⁵ Si veda J.-J. Wunenberger, *L'immaginario*, trad. it. il melangolo, Genova 2008, in part. p. 19. Cfr. anche l'interessante sito www.steetanatomy.com sul legame tra l'anatomia medica e la pop culture, ideato da Vanessa Ruiz, "art director, medical illustrator, blogger, and all out anatomy fanatic". Si veda, ivi, le decine di organi ricamati all'unicinetto o fatti a maglia, in particolare *Embroidered MRI* di Becky Stern (fig. 81) e *Knitted brain* dell'artista e psichiatra Karen Norberg (fig. 82), creatrice, assieme a Marjorie Taylor, del Museum of Scientifically Accurate Fabric Brain Art, creatore dinanzi alla malattia.

⁴²⁶ Scrive James Elkins: "La tendenza degli artisti a impiegare la scienza per ispirare l'arte è la continuazione di un atteggiamento romantico e tardo-romantico [...] che, di norma, reinventa l'"arido" materiale scientifico per estrarne i suoi significati espressivi", J. Elkins, *La storia dell'arte e le immagini che arte non sono*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, cit., p. 161.

⁴²⁷ Si veda J. Elkins, *Pictures of the Body*, Stanford University Press, Stanford 1999, p. 16. L'autore propone una tabella relativa alle possibili "posizioni" degli artisti riguardo alla rappresentazione del corpo, dalla "conversational" alla "anamorphic position", e, appunto, e dalla "hyperopic" alla "myopic position".

fin des Temps”.⁴²⁸ Bene: gli artisti, perpetuando questa innocua “eresia”, la hanno trasformata in ortodossia di massa.

Chiediamoci dunque se, per le finalità delle medical humanities (alimentare le dinamiche interne al pensiero medico, e quelle tra il sé del medico e il sé del paziente), l’arte contemporanea possa essere *più* utile di quella prodotta nei secoli passati. La risposta evidentemente non potrà essere univoca e dovrà considerare tante variabili quante sono le poetiche dei differenti artisti. Il celebre clinico Didier Sicard, già presidente del “Comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé”, alla domanda “Lei è favorevole al fatto che l’arte contemporanea e militante sia presente negli ospedali?”, risponde: “Certo, perché sull’arte contemporanea non grava il peso della storia!”.⁴²⁹ Crediamo che Sicard si riferisse a ciò che abbiamo chiamato “i rischi dell’esofalmo”, ossia alle conseguenze provocate dall’osservare un fenomeno troppo dal di fuori, attribuendogli comunque la nobiltà che sempre si attribuisce all’arte con la “A” maiuscola.

Seguiamo dunque Sicard:

Le problème est le regard que l’on doit porter sur [le corps]. La question qui se pose est celle de l’externalisation du corps par des chiffres, des images, un corps qui n’est plus réinvesti. Si l’art est externalisé par ses concepts, on se retrouve dans une situation identique car la véritable œuvre d’art permet au contraire le réinvestissement. [...] Le drame actuel est que l’imagerie n’est plus un plus, elle est “à la place”. La mutation est dans le processus de substitution, d’évacuation. [...] C’est pourquoi il n’y a jamais eu tant besoin d’art, [...] d’une esthétique qui permette de retrouver un lien d’humanité.⁴³⁰

È un medico a dirlo. Ma questo “legame di umanità”, dal punto di vista estetico, può assumere facilmente un odore di trascendenza, per la semplice ragione che, per Sicard come per altri, l’arte, appunto, “parle à l’âme”, e dunque può tradurre “la substance palpitante de nos êtres”.⁴³¹ Cosicché, conclude Sicard, “ce n’est pas d’un surplus de

⁴²⁸J. Starobinski, *Brève histoire de la conscience du corps*, in R. Ellrodt, a cura di, *Genèse de la conscience moderne*, PUF, Paris 1983, p. 215.

⁴²⁹D. Sicard, *Hippocrate et le scanner*, Desclée de Brouwer, Paris 1999, pp. 133-134.

⁴³⁰Ivi, pp. 157 e 170. Cfr. J. Elkins, *Pictures of the Body*, cit., pp. 128-129, dove leggiamo: “Older medical illustration is a better place to study these ideas than contemporary medical imaging, because the latter has been built, over the last two centuries, on ideals of simplicity and schematization. [...] To what degree is idealization preferable in order to help the eye ‘process information’?”.

⁴³¹*Ibidem*.

sciences humaines dont la médecine a besoin; c'est d'un ébranlement de ses fondations".⁴³²

Ci pare che stia qui il nucleo del problema, ancora una volta riassumibile nella sovrapposizione tra scienze umane e "umanitarismo". Per un approccio che si senta dispensato dalle valutazioni di efficacia, è perfetto: buona parte dell'arte contemporanea, nell'affrontare tematiche "mediche", si colloca a mezza via tra una versione semplificata della denuncia foucaultiana e un tentativo di ricavare, dalle sue immagini, un sistema che faccia appello alla meraviglia. Non sorprende dunque che funzioni perfettamente, tanto per i medici quanto per i pazienti, in una direzione pseudo-compensatoria. Tuttavia, ci pare che proprio questa arte trascuri il fatto che, per rispondere alle domande della contemporaneità "bisognerebbe riscrivere tutta un'*Archeologia del sapere delle immagini* e, possibilmente, farvi seguire una sintesi che potrebbe intitolarsi *Le immagini, le parole e le cose*".⁴³³ Lo diceva Didi-Huberman, senza specificare l'ambito di appartenenza di queste immagini. Ma ci sentiamo di far nostro questo appello.

Scriveva Debray:

Il giorno in cui le immagini via scanner e risonanza magnetica costituiranno l'oggetto oltre che di un apprezzamento commerciale, anche di una celebrazione istituzionale, la medicina avrà trovato altri modi di visualizzazione degli organi.⁴³⁴

È probabile, visto che, come si dice, si venera sempre ciò che si perde. Ma per il momento abbiamo l'impressione che l'immaginario dell'arte sia, in un certo qual modo, sopraffatto dall'immagine scientifica, e dunque non evochi "ciò che dovrebbe essere"⁴³⁵ ma ciò che è già. Ci si accontenta, insomma, che il controverso cranio di Londra, dopo aver influenzato troppi crani super-pop, sia oggi al sicuro in una sala del British Museum, e compaia come ultima immagine del *Museo dei musei* di Malraux: un posto d'onore, forse, ma anche un omaggio alla deriva e allo scacco della rappresentazione.⁴³⁶ Mal che vada, dunque, accadrà ciò che raccontava Molière nel

⁴³² Ivi, p. 171.

⁴³³ G. Didi-Huberman, *L'immagine brucia*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, cit., p. 244. Cfr. D. Freedberg, *Antropologia e storia dell'arte*, cit., p. 6.

⁴³⁴ R. Debray, *Vita e morte dell'immagine*, cit., p. 10.

⁴³⁵ J.-P. Changeux, *Ragione e piacere*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 117.

⁴³⁶ A. Malraux, *Il museo dei musei*, Leonardo, Milano 1994, p. 446. Sul "cranio di Londra" si veda M. Sax et alii, *The origin of two purportedly pre-Columbian Mexican crystal skulls*, "Journal of Archaeological Science", vol. 35, n. 10. ottobre 2008, pp. 2751-2760.

Malato immaginario. Quando Diafoirus estrae dalla tasca una grossa tesi contro “les circulateurs” e la presenta ad Angélique, “comme un hommage que je lui dois des prémices de mon esprit”, questa risponde : “Monsieur, c’est pour moi un meuble inutile, et je ne me connais pas à ces choses-là”. Perché la giovane non rifiuti il dono, dovrà intervenire la perspicace Toinette:

Donnez, donnez, elle est toujours bonne à prendre pour l’image, cela servira à parer notre chambre.⁴³⁷

⁴³⁷ Molière, *Il malato immaginario*, Garzanti, Milano 2009, p. 120.

Epilogo

There was never yet philosopher
That could endure the toothache patiently.⁴³⁸

In mezzo a tutte queste scienze umane quale ruolo viene riservato alla storia della medicina? Sappiamo che la medicina ha tante “storie” possibili. La prima, la più antica e persistente, è quella iatrocetrica, scritta da medici per i medici. La ragione alla base della permanenza di questo modello può essere riassunta così: sembra più facile insegnare la storia ai medici che la medicina agli storici.⁴³⁹ Tuttavia, dal momento che è sempre stato difficile trovare giovani medici disposti a rinunciare alla clinica o alla ricerca per dedicarsi a questioni che appartengono al passato, a lungo la storia della medicina è stata percepita come un dotto passatempo per sanitari in pensione, che, godendosi finalmente il meritato riposo, potevano dedicarsi all’“inventario divertito e ben poco sistematico delle singolarità di un tempo”, condendolo con i “ricordi un po’ confusi delle lezioni di latino e delle gioie del collegio.”⁴⁴⁰

Talvolta, questi medici attempati riflettono in maniera critica sulle prassi della loro professione e si trasformano in pensosi umanisti – un po’ come il dottor Borg del *Posto delle fragole*, il quale, è stato detto, avrebbe anticipato le istanze delle medical humanities.⁴⁴¹ Ma il più delle volte, quando i medici parlano di storia della medicina lo fanno con un certo trionfalismo: con erudita fierezza, collocano le scoperte e i progressi della loro disciplina in un processo lineare, cumulativo e inclusivo, rassicurando i loro lettori. “Ai tempi nostri, tutto questo non sarebbe più possibile”.

È evidente che, oggi più che mai, è necessario inquadrare i problemi pratici e conoscitivi della medicina in contesti più ampi. Infatti, negli ultimi decenni, l’approccio iatrocetrico è stato affiancato in maniera sempre più regolare e rilevante da altri metodi e altre prospettive, più orientati in senso apertamente “storico”, filosofico o

⁴³⁸ W. Shakespeare, *Much Ado About Nothing*, Atto V, scena 1, vv. 35-36.

⁴³⁹ M. Conforti e G. Corbellini, *Storia della medicina e medical humanities*, in R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., p. 121.

⁴⁴⁰ J. Starobinski, *Le passé de la médecine*, “Critique”, n. 70, 1953, pp. 256-270, cit. in M.D. Grmek, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 1, cit., p. XVII. Cfr. ivi, pp. XXV-XXVIII. Si veda anche S. Spinsanti, *Una prospettiva storica*, in R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, cit., pp. 24-25.

⁴⁴¹ M. P. Zamagni, *Modelli di approccio alla malattia: evidenza scientifica e narrazione in medicina*, Bononia University Press, Bologna 2012, p. 14.

sociologico, capaci di riflettere in maniera non lineare sull'evoluzione del pensiero medico e delle sue pratiche.⁴⁴²

Crediamo che una buona storia della medicina possa essere utile a situare molte sollecitazioni delle *medical humanities* in un quadro più preciso e, assieme, più articolato, offrendo loro la possibilità di sottrarsi a un vacuo, e astorico, eclettismo. La storia ci insegna a considerare lo stesso oggetto da diversi punti di vista, rende flessibile nozione di “interpretazione” e, soprattutto, ci permette di uscire dalla quotidianità e riorientare il nostro pensiero. È esattamente ciò che vogliono le *medical humanities*. Al contempo, però, la storia può anche insegnarci che molte questioni sollevate dalle *medical humanities* hanno origini antiche. Jean Starobinski, nel 1986, osservava quanto segue:

Il est [...] inévitable que la médecine soit visée par les accusations mêmes qui s'adressent à la civilisation qui l'a produite et qui lui est consubstantielle. Le “malaise de la civilisation” est, du même coup, malaise dans la médecine. [...] À la sur-médicalisation, où la part de l'exigence du public n'est pas négligeable, s'oppose en même temps, de la part du même public, une défiance et une protestation quelque peu désordonnée et confuse.⁴⁴³

È qui che interviene lo storico per dimostrare come le pratiche della medicina siano sempre state accompagnate da critiche, e per illustrare come tali critiche si siano declinate nel corso del tempo. Starobinski fa un esempio assai appropriato alle questioni di cui ci siamo occupati: per secoli la medicina fu accusata di prestare troppa importanza alla salute del corpo, dimenticando che “la santé de l'âme, ou mieux, la salut de l'âme sont de loin le plus importants”.⁴⁴⁴ Ma fu a partire da questa critica così radicale, e dai dibattiti sulla relazione tra sofferenza del corpo e salvezza dell'anima, che emersero nuove, fondamentali pratiche per lo sviluppo e la diffusione della medicina nel suo complesso: l'istituzione degli ordini ospedalieri, la creazione di

⁴⁴² G. Corbellini, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004, pp. 12-14. Si veda anche R. Porter, *The patient's view: doing medical history from below*, “Theory and Society”, n. 4, 1985, pp. 175-198, in cui ci si auspica la messa a punto di una storia della medicina dal punto di vista del paziente.

⁴⁴³ J. Starobinski, *Médecine et anti-médecine* [1986], “Revue médicale de la Suisse Romande”, n. 112, 1992, pp. 1005-1006.

⁴⁴⁴ Ivi, p. 1110.

lazzaretti, la realizzazione di ospizi e di “maisons Dieu”.⁴⁴⁵ È un esempio di cui le medical humanities dovrebbero tener conto.

La storia, inoltre, ci permette di ipotizzare l'esistenza una diversa “interdisciplinarietà”. Nei decenni passati, si è tanto discusso sull'opportunità che universi differenti condividessero metodi e saperi. Tuttavia, è diventato sempre più chiaro che la stessa nozione di “interdisciplinarietà” è assai problematica – a meno che non ci accontenti di farne un'astrazione o un passepartout per rilassanti divagazioni. Il più delle volte, e nei migliori dei casi, i progetti che nascono con dichiarate finalità interdisciplinari finiscono per essere, nella pratica, semplicemente multidisciplinari, ovvero non giungono davvero a una interrelazione tra metodi e saperi.⁴⁴⁶ Dal nostro punto di vista, non vi è nulla di grave o di irreparabile: anche un dialogo multidisciplinare può essere proficuo. L'importante è che ciascuna disciplina, pur conservando la sua diffidenza nei confronti delle altre, non abbandoni il campo e non interrompa questo dialogo, continuando a percepire come valido solo il suo punto di vista.

È ancora una volta uno storico a esprimersi così:

La scienza decompone il reale solo per osservarlo meglio, grazie a un gioco di fuochi incrociati [...]; i guai cominciano quando ogni proiettore pretende di vedere tutto da solo, quando ogni regione del sapere crede di essere una patria.⁴⁴⁷

Non vi è dubbio che il corpo incoraggi l'approccio multidisciplinare tra i territori della medicina e quelle delle scienze umane.⁴⁴⁸ Ma non è affatto un caso che si parli di “scienze umane in medicina” (le prime al plurale, la seconda al singolare), visto che ciascuna “scienza umana” conserva al suo interno le proprie specifiche convenzioni o abitudini teoriche che, spesso, confliggono palesemente con quelle di altre discipline in apparenza attigue. Figuriamoci che cosa può accadere se una “scienza umana” qualsiasi inizia a confrontarsi con una “scienza applicata” dalle caratteristiche così peculiari come la medicina... Sta di fatto che se vogliamo davvero prevedere una relazione fertile tra tipi e forme di conoscenze così diverse, non sarà certo sufficiente auspicare che la medicina passi da un approccio *high tech* a uno *high touch* grazie a un generico ausilio delle “scienze umane”. Ognuna di esse, infatti, dovrebbe rivedere i propri metodi perché diventino utili allo scopo. Nel 1972, Roland Barthes scriveva:

⁴⁴⁵ Ivi, p. 1111.

⁴⁴⁶ H. M. Evans e J. Macnaughton, *Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study?*, “Medical Humanities”, n. 30, 2004, p. 1.

⁴⁴⁷ M. Bloch, *Apologia della storia*, Einaudi, Torino 1969, p. 131.

⁴⁴⁸ C. Fintz, a cura di, *Le imaginaires du corps*, vol. 1, L'Harmattan, Paris 2000, p. 11.

Il lavoro interdisciplinare, di cui tanto si discute ai nostri giorni, non consiste nel mettere a confronto discipline già costituite (nessuna delle quali è pronta ad arrendersi). Per fare qualcosa di interdisciplinare non è sufficiente scegliere un soggetto (un tema) e fargli girare attorno due o tre scienze insieme. L'interdisciplinarità consiste nel creare un nuovo oggetto che non appartenga a nessuno.⁴⁴⁹

Pur essendo trascorso molto tempo da queste considerazioni, la sfida per la conquista di una nuova e autentica interdisciplinarità ci pare ancora aperta. Ovvero, nello specifico, con le scienze umane in medicina non si tratta di cercare qualcosa di *intermedio* tra la "oggettività" scientifica e l'arbitraria "soggettività" delle scienze umane.⁴⁵⁰ Si tratta, come suggerisce Barthes, di trovare un nuovo oggetto che non appartenga (ancora) a nessuno. E ciò, ovviamente, è quanto mai arduo.

Nelle pagine della prima sezione abbiamo cercato, il più possibile, di fare astrazione dalle nostre posizioni. Abbiamo scelto di privilegiare l'altro sguardo, quello medico, così da mettere alla prova l'idea secondo cui, per capire qualsiasi evento complesso, è necessario andare al di là della "prima persona", nel convincimento che per ogni pedagogia (questo sono, in primis, le medical humanities) valga il principio "colui a cui si insegna deve insegnare".⁴⁵¹

Pensiamo alle immagini. Oggi, come si è detto, la medicina ha costantemente a che fare con loro. La storia e la teoria dell'immagine dovrebbero dunque essere al centro dell'interesse delle medical humanities. Tuttavia fin qui i contributi al riguardo ci sono parsi piuttosto carenti: se provengono da medici, si collocano sulla linea neo-positivista o su quella della compensazione spiritualistica; se sono scritti da storici dell'arte, il più delle volte sono incentrati sul ruolo e sulle conoscenze degli artisti, senza una sufficiente attenzione alla medicina del tempo, nonché ai metodi della *visual culture*.⁴⁵² Infine, se sono gli artisti contemporanei ad utilizzare le immagini biomediche, spesso si

⁴⁴⁹ R. Barthes, *Giovani ricercatori* (1972), in Id., *Il brusio della lingua*, Einaudi, Torino 1984, cit. in D. Freedberg, *Antropologia e storia dell'arte*, "Ricerche di Storia dell'arte", n. 94, 2008, p. 13.

⁴⁵⁰ Pensiamo al celeberrimo passo: "Un uomo che vuole la verità, diventa scienziato; un uomo che vuol lasciare libero gioco alla sua soggettività diventa, magari scrittore, ma che cosa deve fare un uomo che vuole qualcosa di intermedio tra i due?", R. Musil, *L'uomo senza qualità*, Einaudi, Torino 1990, vol. 1, p. 245 [§ 62].

⁴⁵¹ G. Bachelard, *La formazione dello spirito scientifico*, cit., p. 290. "Ci sono più intensità della proposizione 'soffre' che in 'soffro'", ricordava Deleuze sulla scorta di Blanchot, in G. Deleuze, *La pittura infiamma la scrittura*, in Id., *Divenire molteplice*, Ombre corte, Verona 1999, pp. 109-110

⁴⁵² Si veda al contrario B. M. Stafford, **Body Criticism**, The MIT Press, Cambridge-London 1991 e Ead., *Good Looking*, The MIT Press, Cambridge-London 1996.

limitano a reiterare l'idea della distanza incolmabile, e dunque intrinsecamente illegittima, tra il *Körper* e il *Leib*. Che fare, dunque?

La nostra proposta è quella di un recupero critico, da tutti i punti di vista, della storia o delle storie – della scienza, della medicina, dell'arte e dell'immagine – in una chiave diversa sia da quella dichiaratamente metaforica, sia da quella manifestamente iconografica. Conosciamo i rischi della prima, riconducibili al divario che viene a crearsi nell'approcciare un'immagine che nasce per una finalità specifica, pratica, con metodi e argomenti che ne trascurano, o ne travisano, questa stessa natura. Sappiamo che, al contrario, la chiave iconografica dà spesso vita a una lettura che fa dell'immagine un semplice materiale illustrativo, a servizio di lezioni figurate di storia della medicina o di medical humanities.⁴⁵³ Eppure crediamo si dovrebbero prevedere altre vie, sempre che i medici ne abbiano voglia, e tempo, e che la storia e la teoria dell'arte provino a rimettere in gioco il proprio arsenale di nozioni.⁴⁵⁴

Un'ipotesi in questo senso ci arriva da un bel libro di Florence Chantoury-Lacombe pubblicato nel 2010. L'autrice, storica dell'arte e allieva di Daniel Arasse, analizza lo statuto dell'immagine medica dal XIV al XVII secolo, e si pone alcune, essenziali domande: come identificare la malattia in un'opera d'arte? Come trattare la stessa ampiezza semantica del concetto di "malattia"? Come si accordano gli obiettivi estetici del tempo con la raffigurazione della patologia? E con i valori morali di allora?⁴⁵⁵ Cosicché, quello che sulle prime sembra un tradizionale studio iconografico sulla rappresentazione della malattia dal tardo medioevo al barocco si arricchisce di interrogativi fondamentali che permettono di ripensare la stessa storia e critica dell'arte, anch'esse dibattute tra la preminenza da attribuire a una lettura realistica o a una metaforica.⁴⁵⁶ L'autrice, insomma, "contre une histoire de l'art constituée de catégories esthétiques et d'une psychologie anecdotique", propone un pensiero singolare dell'immagine che non rischi di annullare la sua ambivalenza.⁴⁵⁷

Rispettare l'ambivalenza delle immagini significa molte cose assieme. Significa soprattutto riconoscere che esistono tanti tipi di immagini con funzioni diverse, che la storia dell'arte è una delle branche della *visual culture*, e che essa ha quanto mai

⁴⁵³ L Dixon, *Visual prescriptions*, in Ead., a cura di, *In Sickness and in Health*, University of Delaware Press, Newark 2004, p. 9.

⁴⁵⁴ T. Davila, *Esthétique et clinique*, in M. Fréchuret e T. Davila, *L'art médecine*, RMN, Paris 1999, p. 59.

⁴⁵⁵ A. Laframboise, *Plus loin que ce que montre l'image*, prefazione a F. Chantoury-Lacombe, *Peindre les maux*, Hermann, Paris 2010, p. 12.

⁴⁵⁶ F. Chantoury-Lacombe, *Peindre les maux*, cit., p. 19.

⁴⁵⁷ Ivi, p. 44.

bisogno di essere “antropologicamente informata”.⁴⁵⁸ Nel nostro caso, crediamo che per fare buone *medical humanities* con le immagini sia necessario domandarsi, innanzi tutto, se la medicina sia davvero così idolatra, quali ricadute abbia la diffusione delle bioimmagini sui (potenziali) pazienti e come esse partecipino della loro comprensione del reale... Crediamo insomma che sia necessario interrogarsi *sulle* immagini, senza presupporre alcuna “superiorità morale” della nostra disciplina di appartenenza: solo nel profondo rispetto delle competenze e delle pratiche settoriali è possibile operare davvero un trasfert tra i saperi e tra i loro sistemi simbolici, e, nel nostro caso, giungere a un’ipotesi iconologica specifica.

Come dovrebbe essere questa iconologia? A nostro avviso, per dirla con Augé, dovrebbe essere un’iconologia “strabica”,⁴⁵⁹ ovvero dovrebbe tener presente, nello stesso momento, le ragioni, gli intenti e i metodi dell’arte e quelli della medicina, e non cercare di operare perché sia la diluizione dei paradigmi dell’una a condurre al successo di quelli dell’altra. Perché, se Leon Battista Alberti scriveva “A chi ha la febbre giova notevolmente l’aver davanti agli occhi pitture raffiguranti sorgenti e ruscelli”, Régis Debray, nello smisurato compito di trattare della vita e della morte dell’immagine, commentava così: “se siamo febbricitanti, preferiamo l’aspirina alla vista di una marina”.⁴⁶⁰

Con queste premesse, procediamo a un lavoro di semantica storica sulle immagini, osservando il medico mentre è alle prese con le *passioni* (ovvero con le sofferenze) di alcune, speciali pazienti. Per quanto è possibile, lasceremo parlare linguaggi antichi, cercando di non sovrapporvi griglie interpretative posteriori: ovvero, cercheremo di non fare di dipinti del passato le immagini di un falso presente. Certo, non potremo fare a meno di parlare anche il nostro linguaggio, che è un linguaggio del presente (“quando un uomo vede il mondo, nello stesso momento vede il proprio naso”, diceva James J. Gibson),⁴⁶¹ ma tenteremo di farlo il meno possibile. L’obiettivo è quello di far riconquistare la parola alle immagini di questi medici e di queste malate.

⁴⁵⁸ D. Freedberg, *Antropologia e storia dell’arte*, cit., pp. 5-10. Id., *Il potere delle immagini*, Einaudi, Torino 1993, p. 41.

⁴⁵⁹ Lo strabismo metodologico è per Augé la “condanna” a “non perdere di vista né il luogo immediato della sua osservazione, né le sue eternalità, le connessioni significative con il suo esterno”. M. Augé, *Nonluoghi*, Eleuthèra, Milano 1993, p. 108.

⁴⁶⁰ R. Debray, *Vita e morte dell’immagine*, cit., p. 15 (vi si cita, L. B. Alberti, *Dell’Architettura*, IX, 4, Il Polifilo, Milano 1966, vol. II, pp. 804-806).

⁴⁶¹ J. J. Gibson, *Un approccio ecologico alla percezione visiva*, trad. it. il Mulino, Bologna 1999, p. 191.

MACBETH: Come sta la malata, dottore?

MEDICO: Non tanto ammalata, monsignore, piuttosto ossessionata da visioni che le tolgono il riposo.

MACBETH: Tu curala. Non sai curare, tu, una mente inferma; strapparle dal ricordo una sua pena che vi sta radicata; cancellare gli squilibri mentali in essa iscritti e con qualche dolce antidoto d'oblio alleggerirle il cuore da questo peso che l'opprime e la minaccia?

MEDICO: In questi casi sta al paziente curarsi da solo.⁴⁶²

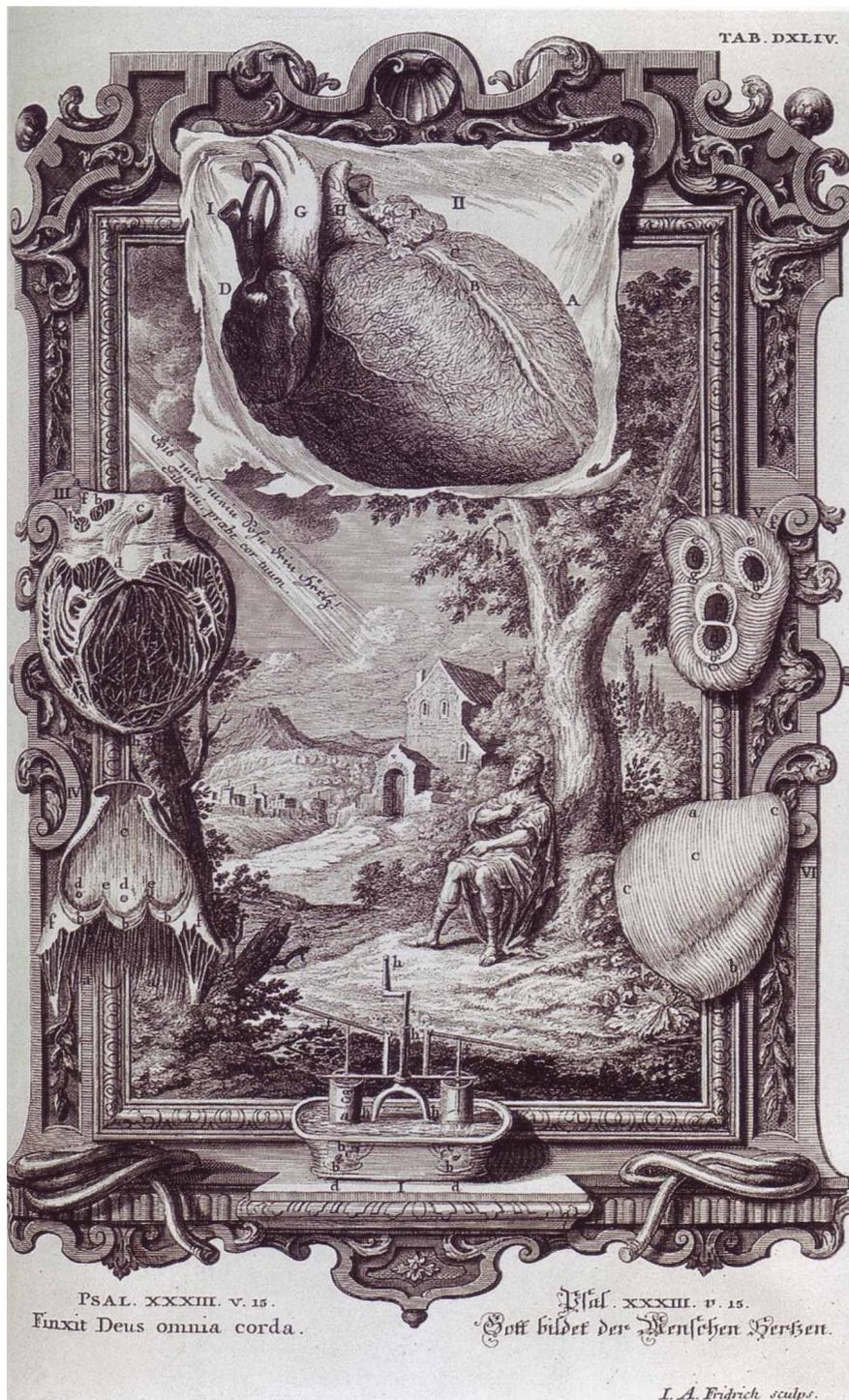
⁴⁶² W. Shakespeare, *Macbeth*, Atto V, scena 3, in Id., *Teatro*, vol. IV, Einaudi, Torino 1981, pp. 624-625, cit. anche in K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., p. 92.

parte seconda

STUDIO DI *CASO*

IL MAL D'AMORE NELLA PITTURA OLANDESE DEL SEICENTO

*Qu'est-ce qu'un cœur figuré?**



Johannes Jacob Scheuchzer, *Physika Sacra: Salmi, 33.15*, 1731, Londra, Wellcome Library.

* F. Broussais, *De l'irritation et de la folie*, Delaunay, Paris 1829, p. 343.

Ringrazio Giorgio Tartarini, che mi sorprende sempre con il suo rigore e la sua pazienza. Senza il suo aiuto non ce l'avrei fatta.

Premessa

Nella sezione seguente analizzeremo una serie di dipinti olandesi del periodo 1610-1670 che rappresentano la visita del medico ad alcune “malate d’amore”. Solitamente queste opere vengono interpretate come moniti moralizzanti, come parodie dell’amore giovanile o come caricature del *kwakzalver*, ossia del ciarlatano. Assai spesso sono letti in chiave “teatrale”: ovvero, sarebbero raffigurazioni di carattere, per così dire, molièriano che mettono in ridicolo il medico.⁴⁶³ A nostro avviso, tuttavia, questi dipinti si prestano anche a una lettura diversa: con una malattia per cui è difficile distinguere il letterale dal metaforico, cioè l’universo finzionale da quello reale, è la natura principalmente *visiva* della scena e della diagnosi a farsi parodia. Avremo modo di spiegarlo meglio. Per ora ci basta dire che gli artisti anticipano il responso del medico e realizzano i loro “quadri di sintomi”, facendo emergere il “rimosso della malattia”. Cercheremo, dunque, di riconsiderare la teatralità di queste rappresentazioni, di leggerle in chiave antropologica – in particolare, di quella relativa al rapporto medico-paziente. Il percorso, attraversando la teoria dei vapori del Settecento (il “sourire rocaille”),⁴⁶⁴ giungerà fino al tardo Ottocento, e considererà anche l’isteria, i cui sintomi sono stati a lungo sovrapponibili a quelli del mal d’amore. Non a caso, proprio sulla *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, nel 1899, è apparso uno dei primi studi sulla serie di dipinti in oggetto. Cercheremo così di delineare la possibilità di una fenomenologia storica che suggerisca una via per l’utilizzo della storia dell’arte nelle *medical humanities*, in maniera un po’ diversa da quanto viene fatto di solito (ovvero, servirsi delle immagini come supporto per lezioni figurate o per diagnosi retrospettive).

Sul sito della New York University, nella sezione “Literature, Arts & Medicine”, troviamo questa descrizione della *Visita del dottore* di Jan Steen oggi al Philadelphia Museum of Art (*fig. 1*):

The doctor looks with concern at his patient, a young girl, dressed in silk and leaning on a table, as he takes her pulse. Behind her stands a smirking young man who holds a holds a

⁴⁶³ Come vedremo nelle prossime pagine, è la posizione dei principali testi moderni che si occupano dell’argomento, tra cui segnaliamo già S. J. Gudlaugsson, *The Comedians in the Work of Jan Steen and his Contemporaries* [1945], Davaco, Soest 1975; E. Petterson, **Amans amanti medicus**, Mann, Berlin 2000 e L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, Cornell University Press, Ithaca-London 1995.

⁴⁶⁴ M. Fumaroli, *La mélancolie et ses remèdes*, in J. Clair, a cura di, *Mélancolie. Génie et folie en Occident*, Gallimard-RMN, Paris 2008, p. 222.

herring in one hand and two small onions in the other. At her feet is an opened letter, alongside a bowl with a piece of burnt ribbon, and a heating box filled with coals, known as a brazier. Behind the physician, a woman playing a harpsichord smiles at the young girl. Behind her, a maidservant beckons a tall, dark, and handsome young man in a red cloak to enter the room. Lovesickness, known as *minne-pijn* (pain of the heart) or *minne-koortz* (fever of the heart) and apparently widespread in the Netherlands, was the subject of numerous medical treatises. Thought to result in a disequilibrium of the four humours, unsatisfied or unrequited love caused melancholy, erratic pulse, pallor, changes in appetite, and mood swings. The cure was usually marriage, which satisfied the needs of both the *minne* (heart), and the body. Lovesickness shared many of the symptoms of pregnancy, which was often part of the differential diagnosis. In this visual narrative, the diagnosis is clear to everyone but the hapless doctor. His clothing is outdated and looks more like theatrical costume from the *com[m]edia dell'arte*. The physician seems out of date and out of touch with the realities of adolescent development. If the doctor is befuddled by love, the smirking young man (likely a Steen himself) clearly knows the diagnosis, and the objects in his hands are bawdy symbols of what is needed to cure the patient. The herring and the two small onions, have an explicit sexual meaning. The woman at the harpsichord, positioned between the lover and the young girl, also smiles knowingly. Music, as a medical therapy, was thought to cure melancholy; in art it was a love symbol, representing the harmonious duet of two lovers. Likely the young man's arrival has quickened the young lady's pulse, a symptom of lovesickness causing alarm to the physician who does not see the lover, and does not interpret the multiple clues – the love letter at her feet, the herring and onions, and the smouldering ribbon, a dubious medical test for assessing pregnancy. In one variant, the ribbon, dipped in the patient's urine, was burned; if she became nauseated at the smell, this was diagnostic of pregnancy.⁴⁶⁵

Non vi è nulla di errato in questa descrizione: c'è la "preoccupazione" del medico e ci sono i sorrisi di scherno e disincanto della giovane alla spinetta e dell'uomo (forse lo stesso Steen) con l'aringa e le cipolle; c'è un bel giovane che si affaccia sulla porta, la servetta che lo invita ad entrare, una lettera d'amore caduta a terra, lo scaldino, il cordone bruciato... C'è tutto. Troviamo anche una sintetica spiegazione umorale della patologia in questione: una malattia diffusissima nell'Olanda del tempo, e facilmente diagnosticabile da chiunque – da chiunque ma non dallo "hapless doctor". Eppure la

⁴⁶⁵ Nella "nota", redatta da S. Brown Clark (e presente in rete dal 27 aprile 2005), viene citato solo M. Westerman[n], *The Amusements of Jan Steen*, Waanders, Zwolle 1997. Si veda <http://litmed.med.nyu.edu>.

presenza sulla scena di alcuni dettagli avrebbe dovuto orientare anche lui: i simboli sessuali, la fanciulla che suona (la musica era uno dei rimedi più efficaci per la melanconia amorosa), l'arrivo del giovane che, sicuramente, avrà fatto accelerare il polso della paziente... Niente da fare: pare che il medico non colga queste *claves interpretandi*, che sia il solo ad essere preoccupato e a non risolvere il rebus.

L'autrice di questa nota sul dipinto, per suffragare la medesima ipotesi – la malata soffre di mal d'amore ma il medico non vede nulla –, avrebbe potuto scegliere anche altri dipinti simili, in cui troviamo gli stessi “segni”: cordoncini bruciacchiati, scaldini, limoni, vasi da notte, statuette di Amore, dipinti con temi mitologici, paesaggi o marine, e molti animali domestici, variamente interpretati come simboli di fedeltà, di concupiscenza o di impudicizia.⁴⁶⁶ Come si spiega la mancanza di attenzione o di perspicacia del povero medico? Eppure, questi doveva conoscere le peculiarità di questa malattia...

Nelle pagine seguenti cercheremo di esaminare tali peculiarità, seguendone le polarizzazioni di senso o le vere e proprie inversioni semantiche, a seconda delle differenti “volontà selettive” del tempo. Con il mal d'amore, infatti, funziona bene la celebre teoria warburghiana dei dinamogrammi.⁴⁶⁷ Per schematizzare un po', potremmo dire che nel Medioevo la cupa sindrome dell'*amor hereos* connota al negativo tutti gli elementi dell'amore dei poeti, che nel Rinascimento se ne riscopre una sfumatura positiva, mentre nel Seicento, l'epoca che ci interessa, è oggetto di biasimo, al pari di altre manifestazioni melanconiche che spesso vengono caricature e messe in ridicolo. Ovvero, se fino alla metà del Cinquecento l'attitudine genericamente melanconica era ancora aristotelicamente collegata alle qualità degli *andres perittoï*, sul finire del secolo inizia ad essere considerata una deplorable convenzione,⁴⁶⁸ o una rischiosa abitudine. Tuttavia, ogni schematizzazione porta con sé semplificazioni e astrazioni. Bill Bynum, in un articolo pubblicato su “The Lancet”, parla del mal d'amore in questi termini (non prima di aver augurato ai suoi lettori medici “buon San Valentino”):

⁴⁶⁶ Per la sintesi di tutti questi dettagli utilizzati come *clavis interpretandi* E. Petterson, **Amans amanti medicus**, cit., in part. p. 49.

⁴⁶⁷ “I dinamogrammi dell'arte antica sono lasciati in retaggio in uno stato di tensione massima ma non polarizzata, rispetto alla carica energetica attiva o passiva, all'artista che può reagire, imitare o ricordare. È solo il contatto con la nuova epoca a produrre la polarizzazione. Questa può portare a un radicale rovesciamento (inversione) del significato che essi avevano nell'antichità classica”, A. Warburg [1927], cit. in E. H. Gombrich, *Aby Warburg*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2003, p. 215. Cfr. G. Agamben, *Stanze*, Einaudi, Torino 1993, pp. 131 e 136.

⁴⁶⁸ È quanto esprime Ben Jonson, in *Every Man in His Humour*: “Have you a stool there, to be melancholy upon? [...] Cousin, is it well? am I melancholy enough?”, B. Jonson, *Every Man in his Humour* (1598), Atto III, scena 1, cit. in R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la melanconia*, Einaudi, Torino 2002, p. 222.

For doctors since Hippocratic times, lovesickness was not so much about love as about what we would call *fixation*. Its victims would find themselves unable to rid themselves of obsessive thoughts about some unattainable object. Sleep and appetite would depart, and an accumulation of peccant humours would render the body economy seriously diseased. [...] Pagan Greek and Roman doctors felt no compunction about prescribing intercourse for their lovesick patients. As Galen insisted, health conscious men make love even when the act gives them no particular pleasure. For medieval physicians, brought up on St Paul's doctrine that even marriage was little more than a seedy backdoor to salvation, the dilemma was formidable. Could one really prescribe the pleasures of the flesh as a cure, even for a potentially fatal disease? And was lust just as bad an affliction as lovesickness?⁴⁶⁹

Insomma, nei secoli la bile nera assume mille sfumature diverse ma sempre ambigue, mai rassicuranti. Il periodo e l'area geografica scelti per la nostra indagine, il Seicento olandese, risultano quanto mai funzionali a evidenziare i segni di queste disarmonie. Siamo alla fine dell'*âge d'or* della malinconia, nell'epoca del cosiddetto "rinascimento scientifico" che vede il progressivo abbandono delle ipotesi umorali, un'epoca densissima di paradossi concettuali, che si propongono con forza e, con la stessa forza, si erodono a vicenda, che trovano eco nelle letterature, nel teatro, nell'emblematica – cioè in ambiti altri rispetto alla medicina, che, tuttavia, finiscono per confluire nel suo caotico pluralismo (si sta costruendo una "torre di Babele", dice Robert Burton).⁴⁷⁰

Questa "confusione" non è soltanto dovuta al sovrapporsi di diverse tradizioni scientifiche, o epistemologiche, ma anche al fatto che a ciascuna di esse sottende una sequenza logica indipendente e completa.⁴⁷¹ Ogni sistema, insomma, si regge da sé ma, non appena si confronta con un altro, inizia a mostrare le sue aporie. Solitamente, al laicismo nordico si chiede "di emulare il reale e di surrogarlo, con un condimento di significati morali o moralistici".⁴⁷² Perciò è facile supporre che se i medici di Leida – la prima università protestante, fautrice di un insegnamento "clinico" – sollevano lo sguardo per osservare in trasparenza una matula con l'urina, la ragione prima del loro atto debba essere individuata nel crescente, fiducioso e razionalistico interesse per la

⁴⁶⁹ B. Bynum, *Discarded diagnosis. Lovesickness*, "The Lancet", vol. 357, n. 9253, 2001, p. 403.

⁴⁷⁰ R. Burton, *Anatomy of melancholy*, I, 3, 1, II.

⁴⁷¹ D. Beecher, *The lover's body*, "Renaissance and Reformation", vol. 24, n. 1, 1988, p. 4.

⁴⁷² S. Danesi Squarzina, *Malattia e guarigione senza miracoli*, in S. Rossi, a cura di, *Scienza e miracoli nell'arte del '600*, Electa, Milano 1998, p. 111. Cfr. R. Capozzi, *La malattia nella pittura del Seicento*, ivi, p. 103.

fisicità dell'esistenza. Per suffragare questa ipotesi interpretativa basterà ricordare che, tra il 1628 e il 1671, in Olanda del tempo si contano ben sette edizioni del *De motu cordis* di Harvey.⁴⁷³

Tuttavia, con i nostri dipinti, è proprio questo mito razionalistico a costituire un problema. Non vi è dubbio che lo *hapless doctor* dei dipinti di Steen pecchi di una certa superficialità, dovuta, forse, all'eccessivo rispetto per la tradizione antica. Non vi è dubbio, neppure, che il pittore abbia registrato con crudele minuzia tutti gli elementi della scena che avrebbero potuto suggerirgli facilmente una diagnosi – la stessa minuzia che, tra l'altro, farà di questi pittori, agli occhi di molti storici dell'arte del passato, solo dei “meravigliosi artigiani”. Sta di fatto che, dinanzi a questi dipinti, capiamo subito di avere a che fare con una narrazione visiva che si declina a criptogramma, che necessita di una cieca fiducia nei dati realistici e, assieme, di una presa d'atto della loro tendenza alla contraffazione. Dovremmo dunque andare alla ricerca del segno patognomiconico, del dettaglio rivelatore, come se fossimo al cospetto di una immagine diagnostica del nostro tempo e cercassimo di interpretarla secondo una iconologia funzionale.

In queste immagini, destinate a uno sguardo privato che si appagava nella buona resa del particolare, in un'epoca e in un'area geografica in cui la differenza tra un *fijnschilder* e un *kladschilder* veniva determinata dalla misura del pennello adoperato dall'artista,⁴⁷⁴ il dettaglio assume al rango di elemento fondante. Sarà proprio il realismo della pittura olandese del secolo d'oro, magnificato da Fromentin e Thoré-Bürger, a fornire l'iconografia della “religione dell'umanità” del XIX secolo; ovvero, in seconda battuta, a offrire un modello sia a coloro i quali, riflettendo sulle possibilità di interpretare un fenomeno attraverso il dato visivo, misero a punto specifici dispositivi di rappresentazione del corpo, sia a figure come il medico Morelli e alla sua semeiotica artistica ispirata a Sherlock Holmes, attenta ai “rimasugli”, ai rifiuti dell'osservazione, ai tratti minimi e involontari dell'espressione.⁴⁷⁵

Il dettaglio, però, non è mai privo di insidie. Perché un conto, dice Ginzburg, “è analizzare orme, feci (ferine o umane), catarri, cornee, pulsazioni [...]; un altro è

⁴⁷³ F. Huisman, *Medicine and the health care in the Netherlands*, in K. Van Berkel, A. Van Helden e L. Palm, a cura di, *A History of the Science in The Netherlands*, Brill, Leiden-Boston-Köln 1999, p. 351 e R. French, *Harvey in Holland*, R. French e A. Wear, a cura di, *The Medical Revolution of the Seventeenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1989, pp. 46-86.

⁴⁷⁴ D. Arasse, *Il dettaglio*, Il Saggiatore, Milano 2007, p. 174. Cfr. F. W. J. Schelling, *Filosofia dell'arte*, trad. it. Prismi, Napoli 1986, p. 196, cit. *ivi*, p. 219.

⁴⁷⁵ G. Schwartz, *Art in History*, in D. Freedberg e J. de Vries, *Art in History, History in art*, cit., p. 9; D. Arasse, *Il dettaglio*, cit., p. 182.

analizzare scritte o dipinti o discorsi”.⁴⁷⁶ È così che, talvolta, la volontà di interpretare un dettaglio, specie se esso presentato con la scrupolosa fedeltà al reale di cui è capace un *fijnschilder*, adesca l’esegeta, gli fa perdere il significato dell’insieme e lo confonde nel tumulto di elementi isolati. Scrive Daniel Arasse:

Per il fatto stesso che la pittura sia oggetto dello sguardo, il dettaglio è solo parzialmente governabile, ed essenzialmente *irragionevole*. Durante la visione crea un effetto di rimbalzo, suscitando inevitabilmente, fuori da ogni possibile controllo, la dispersione dell’opera attraverso uno sguardo indiscreto e *passionale*.⁴⁷⁷

Paradossalmente, insomma, il dettaglio alimenta una fascinazione che intralcia la decifrazione. È lo stesso Carlo Ginzburg a chiedersi se un “paradigma indiziario” possa essere autenticamente “rigoroso”:

Viene [...] il dubbio che questo tipo di rigore sia non solo irraggiungibile ma anche indesiderabile per le forme di sapere più legate all’esperienza quotidiana – o, più precisamente, a tutte le situazioni in cui l’unicità e l’insostituibilità dei dati è, agli occhi delle persone implicate, decisiva. [...] Nessuno impara il mestiere del conoscitore o del diagnostico limitandosi a mettere in pratica regole preesistenti. In questo tipo di conoscenza entrano in gioco (si dice di solito) elementi imponderabili: fiuto, colpo d’occhio, intuizione.⁴⁷⁸

Le medical humanities dovrebbero prestare attenzione: perché se è vero che spesso i “testi” non fanno nulla per respingere interpretazioni che, poi, si dimostrano arbitrarie e dimentiche della storia, è comunque necessario essere consapevoli del fatto che spesso, dinanzi a documenti complessi, siamo noi a imporre un’aggiunta interpretativa.⁴⁷⁹

Torniamo al Seicento. A quell’epoca la medicina iniziava a spostare la sua attenzione sui principi sperimentali. Ma che fare con la malattia “psichica”? Come avremo modo

⁴⁷⁶ C. Ginzburg, *Spie*, in Id., *Miti, emblemi, spie*, Einaudi, Torino 1986, p. 185. Si veda anche ivi, pp. 161-162 e A. Hauser, *Le teorie dell’arte*, Einaudi, Torino 1969, p. 97. Cfr., ovviamente, S. Freud, *Il Mosè di Michelangelo* [1913], in Id., *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 293-328.

⁴⁷⁷ D. Arasse, *Il dettaglio*, cit., pp. 56-57 (corsivi nostri). La metafora funziona, per noi e per Arasse, in maniera perfetta: l’autore commenta infatti qui l’errata interpretazione dello scaldino posato a terra dietro la *Lattaia* di Vermeer come una “trappola per topi” (vedi C. Bianconi, *Vermeer*, Rizzoli, Milano 1967, p. 90). Baudelaire parla di “sommossa dei dettagli”, ivi, p. 209. Ingres, invece, con un ottimismo quasi paterno, che i dettagli sono “bimbi che meritano considerazione e che bisogna far ragionare”, ivi, p. 56. p. 282. Cfr. Id., *L’ambizione di Vermeer*, Einaudi, Torino 2006, *passim*.

⁴⁷⁸ C. Ginzburg, *Spie*, cit., pp. 192-193. Cfr. P. Skrabanek e J. McCormick, *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, Venezia 1992, p. 172.

⁴⁷⁹ J. Starobinski, *La spada di Aiace*, in Id., *Tre furori*, SE, Milano 2006, p. 28 (corsivo nostro).

di vedere, le nosografie del tempo, anche le più celebri, cioè quelle che all'esame del tempo si riveleranno più longeve, restano complesse e contraddittorie, non presentano affatto la coerenza che ci auspicheremmo. Scrive Foucault:

Basta seguire il filo stesso di queste classificazioni a partire dal loro ordine generale, fino al dettaglio delle malattie classificate: arriva sempre il momento in cui il grande tema positivista – classificare in base ai segni visibili – si trova deviato o aggirato; surrettiziamente, interviene un principio che altera il senso dell'organizzazione e situa tra la follia e le sue figure percepibili sia un insieme di denunce morali, sia un sistema causale.⁴⁸⁰

Evidentemente, la complessità della malattia psichica è estrema: nei suoi segni e nei suoi sintomi, permane un livello traslato, metaforico che non può essere tradotto in classificazioni basate su ciò che è percepibile ai sensi. Essa, insomma, comunica su un piano simbolico, ed è principalmente su questo piano che trova una possibilità di comunicazione. Non è dunque un caso che Foucault definisca la passione, la passione assoluta, pervasiva e morbosa, e dunque a suo modo “depressiva”, una “superficie di contatto tra il corpo e l'anima”.⁴⁸¹

Pensiamo alla depressione. Per secoli i suoi segni sono stati quelli della “melanconia”, ma oggi, qualsiasi bravo psichiatra può distinguerla dalla melanconia come *Stimmung*, cioè come “stato d'animo”.⁴⁸² Tuttavia, la netta distinzione di questi due livelli è in un certo qual senso una forzatura, che la versione “pre-medicalizzata” della depressione, ossia la melanconia, presentava già una serie di caratteristiche della nuova categorizzazione. Se poi, consapevoli del rischio, aggiungiamo alle classi di “malinconia” o “depressione” l'aggettivo “amorosa”, il problema, e con esso l'azzardo degli anacronismi, sarà ancora più consistente.⁴⁸³

Pensiamo ai nostri dipinti e a un osservatore di oggi, magari a un giovane studente di medicina che cercasse di comprenderli. Orientato dal titolo dell'opera (titolo che, peraltro, spesso è stato attribuito a posteriori) dovrà possedere una serie di nozioni di massima relativa ai segni di questa “malattia”; dopodiché, dovrà evitare l'incuria dell'a-

⁴⁸⁰ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2011, p. 310.

⁴⁸¹ Ivi, pp. 350-351. Cfr. G. Didi-Huberman, *L'invenzione dell'isteria*, trad. it. Marietti, Genova-Milano 2008, p. 105.

⁴⁸² E. Borgna, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992, p. 12.

⁴⁸³ G. S. Rousseau, *Depression's forgotten genealogy*, “History of Psychiatry”, “History of Psychiatry”, vol. 11, n. 41, 2000, p. 74. N. C. Andreasen, *Changing concepts of schizophrenia and the ahistorical fallacy*, “American Journal of Psychiatry”, n. 151, 1994, pp. 405-407, cit. in G. Corbellini, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, cit., pp. 12-13

storicità, medica ma anche umanistica, che lo condurrebbe a raffronti immediati con il suo tempo e a stilare le famigerate diagnosi retrospettive. Cioè, dovrà tenere a mente che ogni cultura e ogni epoca ha il suo *stile patologico*, correlativo di quello pittorico, letterario e così via, che non si caratterizza solo in base alle malattie che vi prevalgono ma anche ai significati che le diverse culture attribuiscono loro.⁴⁸⁴ Insomma, lo studente di medicina dovrà pensare alla malattia rappresentata dai dipinti in chiave storica.

Se le cose stanno così, siamo sicuri che insegnare la storia ai medici sia più facile che insegnare la medicina agli storici? In un articolo comparso nel 2007 su “Medical Humanities” venne riportato il risultato di una serie di incontri relativi al seminario “Art&Medicine”, tenutosi alla facoltà di medicina dell’Università di Helsinki nell’anno accademico 2001-2002. In quell’occasione fu proposta la lettura dell’*Inganno* di Thomas Mann, che, come sappiamo, narra le vicende di Rosalie, una vedova in età matura che perde la testa per un giovanotto, interpreta le sue emorragie come un ritorno del ciclo mestruale e tralascia l’ipotesi, assai più concreta, di un tumore ovarico. Rosalie morirà.⁴⁸⁵

Amore, malattia, e morte: dovrebbe esserci quasi tutto per stimolare qualche considerazione. Invece, le reazioni degli studenti coinvolti, undici donne e un uomo, sono diverse da quanto che ci attenderemmo. Una studentessa scrive:

I was annoyed by the excessive mystification and romanticizing of female body functions, and by the multiplicity of meanings attached to limping, menstruation, labour pain, and other physiological functions... A text written by a man!

Un’altra:

If old people fall in love with younger ones, something ought to be wrong.

O ancora:

Maybe the author is trying to dramatize the death situation, or maybe I cannot see death as dramatic any more because of my medical studies.⁴⁸⁶

⁴⁸⁴ M. Sendrail, *Le serpent et le miroir*, Plon, Paris 1954.

⁴⁸⁵ T. Mann, *L’inganno* [1953], Marsilio, Venezia 1992.

⁴⁸⁶ A. M. Lahtinen e M. Torppa, *Medicalisation of falling in love*, “Medical Humanities”, n. 33, 2007, pp. 44-48.

Ci mancano dati importanti circa l'orientamento formativo di questi studenti (sappiamo che le medical humanities vengono insegnate nei primi anni di corso). Sta di fatto che queste esternazioni sono seguite dallo sconcolato commento dei curatori del seminario:

Despite the widely accepted notion of the educative value of arts and literature in medical education, the conditions for using this potential require more exploration. More study is needed to examine the various ways of working with literature in medical education if we are to go beyond the level of theoretical hypothesizing. To focus on experiences in reading literature is to deal with art. Perhaps *we ought to accept* the fact that many such things happen in reader's minds that are beyond conscious reflection [...]: perhaps true literary understanding is too intricate to grasp completely.⁴⁸⁷

Eppure dei guai dell'innamoramento, nelle sue diverse declinazioni (anche in quelle della terza età), si parla così tanto... È difficile accettare che il caso della povera Rosalie venga squalificato in questo modo, ma non ci permettiamo di giudicare un'esperienza condotta da studiosi preparati e sensibili, e con loro diciamo: *we ought to accept*. Forse avrebbe potuto essere utile affiancare alla lettura del romanzo alcuni testi completamente diversi, cioè dai quali gli studenti dovessero aspettarsi qualcosa di diverso – magari il *Discorso sul metodo* di Cartesio, paladino dell'evidenza scientifica e nemico giurato dei sentimentalismi, che a proposito delle passioni scriveva: “Potevo fingere di non avere il corpo e che non esistesse il mondo, [...] ma non per questo potevo fingere che io non fossi”.⁴⁸⁸

Sta di fatto che negli ultimi anni abbiamo assistito a un revival del mal d'amore. “Non piangere! Prendi AMOREX!” (*fig. 2*): così recita il claim della casa farmaceutica Coropharm, che da qualche anno a questa parte ha commercializzato un prodotto a base di vegetali e vitamine che agirebbero sugli ormoni, i neurotrasmettitori e le neurotrofine la cui attività è alterata nei periodi di sofferenza amorosa. AMOREX non è soggetto a prescrizione medica: si consiglia l'assunzione di due compresse al dì, una alla mattina, a digiuno, e l'altra alla sera, prima di coricarsi. È l'ausilio ideale per “per cuori spezzati e abbandonati”, cioè per tutti le coloro che (leggiamo il bugiardino):

⁴⁸⁷ *Ibidem* (corsivo nostro).

⁴⁸⁸ R. Descartes, *Discorso sul metodo*, in Id., *Opere filosofiche*, Laterza, Roma-Bari 1986, vol. 1, p. 312.

faticano a ritrovare l'equilibrio psico-fisico, lamentano disturbi dell'umore e del sonno, mancanza di rilassamento, alterazione dell'appetito e/o aumentato stress mentale in conseguenza di: pene d'amore; separazione e abbandono; perdita di un caro.⁴⁸⁹

Il farmaco allevierebbe, insomma, la depressione e il cosiddetto "romantic stress", dando così una nuova allure scientifica alle antiche pene d'amore. In mancanza di "Amorex" potremmo assumere anche una compressa di paracetamolo (non meno di un grammo però, altrimenti l'effetto sarà nullo). Recenti studi condotti negli Stati Uniti hanno dimostrato, infatti, che il paracetamolo è in grado di estendere la sua azione analgesica dalle aree cerebrali responsabili del dolore fisico a quelle responsabili del dolore "emotivo", dal momento che tali aree sono in parte sovrapposte o sovrapponibili, il paracetamolo (cioè la più nota "Tachipirina").

A scoperte del genere, ovviamente, sia affianca sempre l'utilizzo massiccio dell'*imaging* che permette di osservare le aree cerebrali di soggetti malati d'amore. Non vi è nulla di strano:

Romantic love is primarily a reward system, which leads to various emotions rather than one specific emotion. These new angles in love science allow the onlookers to envisage another *mise en scène*, different metaphors, and new signifiers. Hormones (neurotransmitters) and love scents (pheromones) are Cupid's chemistry for preparing the brain for love, to digest the lover's messages, to attract mating candidates through the air.⁴⁹⁰

Crediamo che i nostri dipinti sul mal d'amore possano essere abbastanza pazienti da sopportare queste ed altre metafore. Perché, mentre il paradigma scientifico della melanconia amorosa è cambiato da secoli, quello visivo e linguistico permane

⁴⁸⁹ Amorex, foglietto illustrativo. <http://www.amorex.it> [15 aprile 2011] e www.infocoropharm.com. Il principio attivo di Amorex, in vendita in Italia dall'ottobre 2010 al prezzo di 18,70 euro, è un estratto della griffonia simplicifolia, che contiene grandi quantità di triptofano, un aminoacido precursore della serotonina e già utilizzato per scopi analoghi dalla fine degli anni Sessanta (quando prese corpo l'ipotesi catecolaminergica-serotoninergica per la cura della depressione, e il triptofano in capsule fu commercializzato, in Italia, con il nome di Tript-OH, senza però incontrare il successo sperato). Cfr. E. Emanuele, M. Bertona, P. Minoretti e D. Geroldi, *An open-label trial of L-5-hydroxytryptophan in subjects with romantic stress*, "Neuro Endocrinology Letters", vol. 31, n. 5, 2010, pp. 663-666.

⁴⁹⁰ J. Oomen e W. L. Gianotten, *Lovesickness*, "Medische Antropologie", vol. 20, n. 1, 2008, p. 83. N. Eisenberger, *Broken hearts and broken bones*, "Psychological Science", n. 21-1, 2012, pp. 42-47. Cfr. N. Arikha, *Gli umori*, Bompiani, Milano 2009, pp. 432-441. Si veda anche F. Tallis, *Love Sick*, Century, London 2004; H. Fisher, *Why We Love*, Holt, New York 2004. Cfr. J.-C. Beaune, a cura di, *La philosophie du remède*, Champ Vallon, Seyssel 1993. Sull'approccio neuroscientifico si veda N. I. Eisenberger, *Why rejection hurt*, in J. Decety e J. Cacioppo, a cura di, *The Oxford Handbook of Social Neuroscience*, Oxford University Press, New York 2011, pp. 586-598.

pressoché immutato dalla classicità. Collochiamoci dunque a mezza via tra la posizione del medico, quella delle malate e quella del pittore, e pur rischiando di fare ammalare anche il significato, proviamo a comprendere il quadro di sintomi.

II. 1. Visioni malinconiche

Come son contento d'esser scontento di me.

*E il mio fegato tesse ricami di bile*⁴⁹¹

Parente stretta della licantropia, della nostalgia e del furor uterino, la melanconia amorosa rende assai problematica una classificazione nosologica precisa.⁴⁹² Nelle pagine seguenti cercheremo di tracciare una sua storia possibile, ovviamente senza alcuna pretesa di esaustività, a partire dall'opera di Arnaldo da Villanova, celebre medico, teologo e alchimista catalano, che viene considerato il primo vero e proprio trattato sul mal d'amore. Composto probabilmente tra il 1276 e il 1286, il suo *De amore heroico* fu pubblicato per la prima volta a Lione, nel 1504, e conobbe molte edizioni nel corso del XVI secolo. Arnaldo lo definisce "una cogitazione intensa e permanente sull'oggetto del desiderio, unita alla ferma speranza di trarne il godimento immaginato",⁴⁹³ e ne spiega così l'origine: quando una forma ci si presenta davanti agli occhi, e pensiamo che da essa possiamo ricavare qualcosa di piacevole, la nostra facoltà immaginativa trattiene saldamente l'impressione di quell'oggetto, e fa sì che la mente, le idee e l'attenzione ne siano polarizzate. Ne deriva, così, un'assolutizzazione dell'oggetto d'amore.⁴⁹⁴

Se la causa formale dell'*amor hereos* è questa cogitazione intensa – ovvero quello che in termini psicoanalitici, chiameremmo "sovrainvestimento" sull'oggetto d'amore –

⁴⁹¹ M. Marchesi, *Essere o benessere?*, Rizzoli, Milano 1962, cit. in A. Bonito Oliva, a cura di, *Preferirei di no*, Electa, Milano 1994, p. 37.

⁴⁹² A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2006, p. 71 e H. King, *Once upon a text*, in S. Gilman et alii, *Hysteria beyond Freud*, cit. p. 3 e sgg.

⁴⁹³ "Dico igitur [...] quod amor talis (videlicet qui dicitur hereos) est vehemens et assidua cogitatio supra rem desideratam cum confidentia obtinendi delectabile apprehensum ex ea", *Tractatus Arnaldi de Villanova de amore heroico*, in *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, III, Granada-Barcelona, Seminarium Historiae Medicae Granatensis, 1985, p. 46. Sul mal d'amore nel medioevo, sia dal punto di vista letterario che medico-scientifico e filosofico, si veda soprattutto M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1990 e M. Ciavolella, *La "malattia d'amore" dall'antichità al medioevo*, Bulzoni, Roma 1976, in part. p. 70 e sgg.

⁴⁹⁴ "Primo namque cum forma rei cuiuspiam presentatur alicui seu devenit ad apprehensum eiusdem [...], et ex forma dicte rei vel accidentibus eius apprehendens aliquod concipit delectabile, sicut in rebus omnibus ex grate speciei intuitu aut in homine ex suavitate colloquii seu liberalitate persone seu consuetudinis lenocinio seu circumstantiis quibuscumque; tunc si prefatum delectabile preiudicet estimativa eius excellentissimum in re tali (cuius erronee operationis causa inferius ostendetur), exinde sequitur cum appetitus inquam talis delectabilis sit – quod ipsum vehementer desiderat obtinere eo quod excellentissimum delectabile iudicavit. Et ex hoc ulterius necessario sequitur quod propter hoc rei desiderium vehemens eius formam impressam fantastice fortiter retinet et memoriam faciendo de re continue recordatur", *Tractatus Arnaldi de Villanova de amore heroico*, cit., pp. 46-47; M. Ciavolella, *La "malattia d'amore" dall'antichità al medioevo*, cit., p. 78; R. Poma, **Metamorfosi dell'hereos**, in S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, "RiLUNe", n. 7, 2007, pp. 39-52.

sarà facile immaginare che una proposta terapeutica possibile consisterà nell'indurre la *virtus* fantastica a funzionare alla rovescia, cioè a immaginare cose che rendano odioso l'oggetto fin qui ritenuto appetibile. Tale operazione può aver luogo parzialmente attraverso il graduale inserimento nella vita quotidiana del paziente di elementi di distrazione o di sostituzione (passeggiate, bagni tiepidi, musica, viaggi, ecc...), o più radicalmente, attraverso autentiche pratiche di capovolgimento valoriale, che inducano il malato a sovrainvestire, questa volta, le difformità e le nefandezze dell'oggetto. Nel primo caso, evidentemente, si agirà attraverso palliativi che, a poco a poco, potranno influire positivamente sull'immaginazione; nel secondo, si agirà *ex post*, tentando di provocare la repulsione.⁴⁹⁵

Arnaldo pare essere il primo a offrire una teoria "psico-fisiologica" del mal d'amore in contesto medico. La sola fonte citata nel suo scritto è il *De moto animalium* di Aristotele ma in filigrana si individua l'influenza dell'*Etica Nicomachea* e della teoria dei sensi interni del *Canone* di Avicenna. Questi sosteneva che, per comprendere la vera causa del male natura malinconica, fosse necessario prendere il polso dell'ammalato mentre si pronunciano i nomi dei possibili colpevoli, così da individuare quale tra di essi provochi un mutamento nella frequenza nel battito. Dopodiché sarà necessario perfezionare l'indagine, passando in rassegna i dettagli delle sembianze dell'amato. Una volta che questi è stato identificato si passerà alla terapia: se i due amanti si potranno unire in matrimonio, il male scomparirà da sé; se invece non sarà possibile, si dovrà ricorrere al salasso; infine, in caso di insuccesso di questo metodo, a una terapia genericamente "psicologica": lunghe dormite, musiche dolci, moderata attività fisica ma anche il ricorso all'azione di vecchie donne che denigrino l'amato dinanzi all'amante.⁴⁹⁶

Questi suggerimenti sono ripresi anche da Bernardus Gordonius, uno dei medici più celebri della scuola di Montpellier, attivo tra la fine del Duecento e l'inizio del Trecento. In un capitolo del suo *Lilium Medicinae* dedicato alle malattie "cerebrali", Bernardus tratta dell'*aegritudo amoris*: una "sollicitudo melancholica", causata da una corruzione delle capacità estimative, per cui le forme esteriori dell'amato ci appaiono le

⁴⁹⁵ "Tales vera forme delectationem afferentes acquirunt ex omni delectabili sensibus obiecto, ex quorum delectabilium numero consistit balneum temperatum, confabulatio dilectorum, intuitus pulchrarum / ac delectabilium facierum, et etiam quantum est ex arte coitus-precipue si cum iuuenibus et magis delectationi congruis exerceatur; incessus iterum per viridaria seu prata virentia florum varietate distincta multiplici, necnon etiam musicalium cantuum seu instrumentorum suavitas. Profundus etiam somnus distrahit a predicto. De summe vera iuvantibus et distrahentibus est in partes remotas et etiam peregrinas recedere", *Tractatus Arnaldi de Villanova de amore heroico*, cit., pp. 53-54.

⁴⁹⁶ M. Ciavolella, *La "malattia d'amore" dall'antichità al medioevo*, cit., p. 60 e sgg. Cfr. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], Marsilio, Venezia 1991, pp. 29, 80 e sgg.

più belle e le sue qualità morali le migliori. I *signa* sono gli stessi già indicati dagli antichi: tremori, pallore, sudore e battito irregolare del polso; la *pronosticatio* può essere fatale; quanto alla terapia, una soluzione possibile sta nel convincere il malato “ad diligendum multas, ut distrahatur amor unius propter amores alterius”.⁴⁹⁷

Appare dunque evidente come alla causa e alla natura immaginative del mal d’amore debbano corrispondere, già nel Medioevo, terapie altrettanto immaginative, o meglio contro-immaginative (altre parole, altre immagini, altre azioni...). Nella tradizione medica antica l’immaginazione ha una forte natura fisiologica: sono gli “spiriti vitali”, i vapori del sangue, puri e caldi, prodotti dall’azione del calore del cuore sulla parte più sottile e aerea del sangue, che, una volta giunti al cervello, entrano in contatto con l’anima, la quale, poi, elabora le sensazioni trasmutandole in “immaginazione”.⁴⁹⁸ Siamo dunque lontanissimi da una psicologia così come la intendiamo oggi.⁴⁹⁹

C’è un aspetto essenziale. Nel Medioevo, e nel primo Rinascimento, l’*amor hereos* assume anche una connotazione diversa, “cortese” e declinata al maschile. Per l’errata comprensione e trascrizione dell’opera di Arnaldo assistiamo, infatti, a una sovrapposizione tra *eros* e *heros*: il mal d’amore colpirebbe soprattutto i nobili, la cui vita è dominata dall’*otium*, e li spingerebbe a comportarsi con gli amati come i sudditi verso i loro signori. Sarà dunque un *amor heroicus* e, contemporaneamente, *dominalis*.⁵⁰⁰ È in questa forma che il mal d’amore compare, il più delle volte, nella letteratura profana. Ritroviamo il mal d’amore in quasi tutto il lessico della lirica cortese; lo ritroviamo nel *Collare della colomba* di Ibn Hazm, nel *De amore* di Andrea Cappellano, in alcune storie delle *Mille e una notte*, nel *Roman de Tristan*, in alcune novelle del *Decameron*, così come nella storia di Antioco e Stratonice, attribuita a Erasistrato, poi tramandata da Valerio Massimo (*Memorabilia*, V, 7, ext 1) e Plutarco

⁴⁹⁷ Bernardus Gordonius, *Practica dicta Liliu medicinae* (1305 ca.), II sez., XX cap., cit. in M. Ciavolella, *La “malattia d’amore” dall’antichità al medioevo*, cit., pp. 115-116. “Causa huius passionis est corruptio existimativae propter formam et figuram fortiter affixam, unde cuin aliquis philocaptus est in amore alicuius mulieris, ita fortiter concipit formam et figuram et modum quoniam credit et opinatur hanc esse meliorem, pulchriorem, magis venerabilem, magis speciosam, et melius dotatam in naturalibus et moralibus quam aliquam aliarum; et ideo ardentur concupiscit eam, et sine modo et mensura opinans si posset finem attingere quod haec esset sua felicitas et beatitudo. Et intantum corruptum est iudicium rationis, quod continue cogitat de ea, et dimittit omnes suas operationes.... Et quia est in continua meditatione, ideo sollicitudo melancholica appellatur”, *ibidem*.

⁴⁹⁸ S. Marinozzi e M. Conforti, *Dal sangue come terapia alla terapia attraverso il sangue nel XVII secolo*. “Medicina nei secoli”, vol. 17, n. 3, 2005, p. 695.

⁴⁹⁹ M.F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, Pennsylvania University Press, Philadelphia 1990, p. 79.

⁵⁰⁰ D. Jacquart e C. Thomasset, *L’amour “héroïque” à travers le traité d’Arnauld de Villeneuve*, in J. Céard, a cura di, *La folie et le corps*, Presses de l’Ecole Normale Supérieure, Paris, 1985, pp. 150-154. Cfr. J. L. Lowes, *The lovers maladye of hereos*, “Modern Philology”, vol. 11, n. 4, aprile 1914, pp. 491-546.

(*Vita Demetri*, 38), che viene ripresa in pressoché tutti i testi medici che trattano del mal d'amore.⁵⁰¹ Qualsiasi selezione sarebbe necessariamente arbitraria.

Sarà utile, invece, evidenziare la virtualità negativa, e visiva, di questo tipo di amore. Pensiamo a Lucrezio, che nel *De rerum natura* descrive in maniera incomparabile l'amore come dolore: gli sventurati coinvolti nelle illusioni d'amore [*in amore Venus simulacris ludit amantis*], per una piaga segreta si consumano nell'incertezza [*usque adeo incerti tabescunt volnere caeco*].⁵⁰² Pensiamo alla novella boccacciana del Conte di Anguerra, dove l'amore è descritto come una *cogitatio* permeabile alla vista: Giachetto si innamora "sì forte" di Giannetta "che più avanti di lei *non vedeva*":

Avvenne un giorno che, sedendosi appresso di lui un medico assai giovane, ma in scienza profondo molto, e lui per lo braccio tenendo in quella parte dove essi cercano il polso, la Giannetta, la quale, per rispetto della madre di lui, lui sollicitamente serviva, per alcuna cagione entrò nella camera nella quale il giovane giacea. La quale come il giovane vide, senza alcuna parola o atto fare, sentì con più forza nel cuore l'amoroso ardore, per che il polso più forte cominciò a battergli che l'usato; il che il medico sentì incontante e maravigliosi, e stette cheto per vedere quanto questo battimento dovesse durare.⁵⁰³

La positività dell'alto e nobile *amor hereos* va quindi rimessa in discussione. Giorgio Agamben ci ricorda che la natura ambigualmente dolorosa di questo tipo di amore è più evidente nelle trattazioni dei poeti che non in quelle dei medici. Scrive Agamben:

Se i medici consigliano come rimedio principale all'*amor hereos* il coito, e raccomandano tutto ciò che possa distogliere il malato dalla sua "falsa immaginazione", l'amore dei poeti è invece rigorosamente e ossessivamente mantenuto all'interno del proprio circolo fantasmatico. Esso appare così come la "malattia mortale" dell'immaginazione che bisogna aver scavalcato fino in fondo, senza né eluderla né scavalcarla, perché essa, accanto a un rischio letale, racchiude un'estrema possibilità di salvezza. [...] Come appropriarsi dell'inappropriabile oggetto d'amore (cioè del fantasma), senza incorrere nella sorte di Narciso (che soccombette al proprio amore per

⁵⁰¹ Per una sintesi si veda il fondamentale M. Ciavolella, *La "malattia d'amore" dall'antichità al medioevo*, cit., in part. p. 25 e 97.

⁵⁰² Lucrezio, *De rerum natura*, IV, 1097-1120, in part. 1101 e 1120. Cfr. M. Menghi, *La temperanza erotica*, "Medicina nei secoli", vol. 11, n. 1, 1999, pp. 29-41.

⁵⁰³ *Decameron*, II, 8. anche in M. Ciavolella, *La "malattia d'amore"...*, cit., pp. 117-118.

una *ymage*), né in quella di Pigmalione (che amò un'immagine senza vita)? Come può, cioè, Eros trovare il proprio spazio tra Narciso e Pigmalione?⁵⁰⁴

Non sorprende il fatto che i poeti sappiano mettere in luce gli elementi più sottili e più complessi della psiche. Ce lo ha insegnato lo stesso Freud.

Continuiamo a seguire l'evoluzione del mal d'amore, condiderando quanto avviene nella seconda metà del Cinquecento, quando l'accezione positiva delle "melanconie", cioè le varianti della malinconia, è ormai fortemente compromessa.⁵⁰⁵ Da un lato, infatti, le malinconie iniziano ad essere "medicalizzate", dall'altro diventano equiparabili a stati d'animo e ad atteggiamenti convenzionali, manierati, femminei, insignificanti. Quella amorosa, in particolare, diventa una "petite mérencolie" – secondo l'espressione con cui, già nella poesia tardomedievale, si definivano le lagnanze degli innamorati cagionate da futili bisticci con l'amato.⁵⁰⁶ È evidente che le malinconie, più o meno amoroze, potranno allora farsi oggetto di scherno. Non a caso Shakespeare, in *As you like it*, farà dire a Rosalind:

The poor world is almost six thousand years old, and in all this time there was not any man died in his own person, videlicet, in a love cause. [...] Men have died from time to time, and worms have eaten them, but not for love.⁵⁰⁷

Così Rosalind rimprovera Orlando. Ma nel *Midsummer Night's Dream* Teseo dirà:

Lovers and madmen have such seething brains,
Such shaping fantasies, that apprehend
More than cool reason ever comprehends.
The lunatic, the lover and the poet
Are of imagination all compact:
One sees more devils than vast hell can hold,
That is, the madman: the lover, all as frantic,
Sees Helen's beauty in a brow of Egypt.⁵⁰⁸

⁵⁰⁴ G. Agamben, *Stanze*, cit., pp. 142-145. Cfr. M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, cit., p. XII

⁵⁰⁵ R. Suciù, *Introduction*, in A. Du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques* [1594], Klincksieck, Paris 2012, p. LXXXII

⁵⁰⁶ R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la malinconia*, cit., p. 207 e n. 8.

⁵⁰⁷ W. Shakespeare, *As you like it*, Atto IV, scena 1.

⁵⁰⁸ Id., *Midsummer Night's Dream*, Atto V, scena 1.

Il disturbo del folle, dell'innamorato, resta dunque un disturbo dell'immaginazione, o meglio una corruzione della *virtus* immaginativa: in qualsiasi oggetto, anche nel meno piacevole, l'amante scorgerà il volto dell'amato, vorrà baciarlo, vorrà accarezzarlo, e smetterà di mangiare, di bere e di dormire...⁵⁰⁹ È una malattia, insomma, che fa perdere la ragione. Non è più la condizione esemplificata dalla celeberrima *Melancholia I* di Dürer, che, secondo il non meno celebre testo di Panofsky, raffigurerebbe il primo grado di un'ascesi dalla *melancholia rationalis* alla *melancholia mentalis*; non è neppure il furor metafisico dell'uomo di genio o l'*acedia* medievale. È la patologia della passione divorante, da cui bisogna guardarsi in ogni modo: dovremmo tutti diventare anti-malinconici, prendere le distanze da questo sentimento, votandolo al ridicolo e, magari, alla commedia.

Pensiamo a Montaigne, che considera il malinconico un *songe-creux* (espressione traducibile con "meditabondo", ma che si ricollega anche al nome di un attore comico dell'epoca), e lo irride in uno di quei suoi passi che sono, a tutti gli effetti, delle prove meravigliose di illuminata ragione scettica:

Quanto a me, immagino che vi sia determinazione, consenso e compiacimento a nutrirsi di malinconia [...]. C'è qualche ombra di squisitezza e delicatezza che ci ride e ci lusinga nel grembo stesso della malinconia. [...] La natura ci rivela questa confusione: i pittori ritengono che i moti e le pieghe del volto che servono al pianto servano anche al riso.⁵¹⁰

Montaigne, lo sappiamo, estendeva il suo scetticismo anche alla medicina, facendola bersaglio di critiche e accuse. Nell'ultimo saggio del secondo libro degli *Essais*, scritto tra il 1579 e il 1580, si scaglia contro i medici, che "non si accontentano di avere la malattia sotto il loro dominio, ma rendono malata la salute, per impedire che uno possa in qualche modo sfuggire alla loro autorità".⁵¹¹ Si dirà che la medicina, e in particolare quella del suo tempo, fondava il proprio agire su troppe variabili per potere dare adito a certezze (la chirurgia, invece, per Montaigne sarebbe molto più sicura, perché "vede e tocca ciò che fa" e ha "molto meno da congetturare e da indovinare").⁵¹² Ma in realtà è

⁵⁰⁹ Si veda M. Ciavolella, *Eros and the phantasms of hereos*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992, p. 76. M. Simonin, *Aegritudo amoris et res literaria à la Renaissance*, in J. Céard, a cura di, *La folie et le corps*, Presses de l'École Normale Supérieure, Paris 1985, pp. 88-89

⁵¹⁰ Montaigne, *Saggi*, Adelphi, Milano 1998, vol. II, p. 899. Ivi, vol. I, p. 111. Cfr. M. Fumaroli, *La mélancolie et ses remèdes*, in Id., *La Diplomatie de l'esprit*, Hermann, Paris 1994, pp. 406-407 e 419.

⁵¹¹ Montaigne, *Saggi*, cit., vol. II, p. 1015.

⁵¹² Ivi, pp. 1021 e 1026. Cfr. L. S. King, *Medical Thinking*, Princeton University Press, Princeton 1982, p. 15.

un tipo di tradizione scettica che attraversa i secoli della nostra cultura in maniera piuttosto coerente e robusta.⁵¹³

Torniamo alla melanconia amorosa. Negli anni di Montaigne, e nei decenni posteriori, ne scrivono diversi medici: gli spagnoli Andrés Velazquez nel 1585, Luis de Mercado nel 1604 e Alonso de Santa Cruz nel 1613; e ancora, gli inglesi Timothie Bright, Robert Burton e Thomas Willis, e i francesi André Du Laurens e Jacques Ferrand. Ne parla anche lo svizzero Félix Platter, il cui *Praxeos medicae opus* (1602-1608) conobbe grande successo nel Seicento. Scrive Platter:

La melanconia, che prende il nome dalla bile nera, è una sorta di alienazione mentale in cui l'immaginazione e il giudizio sono così alterati al punto tale che senza nessun motivo le vittime divengono tristi o impaurite. Esse non possono addurre nessuna causa certa di dolore o di paura, fatta eccezione che per cause triviali o opinioni false, che hanno concepito come risultato di apprensioni disturbate. [...] Questa terribile melancholia, che spesso conduce gli uomini alla disperazione, è la forma più comune. Nel curarla io sono stato di frequente in difficoltà.⁵¹⁴

Quindi, nella “difficoltà”, consiglia purghe, vomito, una selezione di bevande, l'induzione del sonno, bagni e salassi e altre pratiche per evacuare gli “umori offensivi”. Anch'egli, comunque, collega la malinconia all'immaginazione, secondo una tradizione secolare. Già Marsilio Ficino, nel 1491, in *El libro dell'amore*, scriveva:

L'Amore è arido, magro e squalido. Chi è quello che non sappia quelle cose essere aride e secche, alle quali manca l'omore? E chi negherà la squalidezza e giallura venire da difecto di caldo sanguigno? Ancora per lungo amore gli huomini pallidi e magri divengono, perché la forza della natura non può bene due opere diverse insieme fare. La intentione dello amante tutta si rivolta nella *assidua cogitatione* della persona amata, e quivi tutta la forza e la naturale complessione è attenta, e però el cibo nello stomaco male si cuoce.⁵¹⁵

⁵¹³ Su questo punto, si veda l'acuta analisi di A. Carlino, *Afflizione e scetticismo*, “Medicina nei secoli”, vol. 14, n. 2, 2002, p. 490 e 494. Cfr. anche qui, I.*Epilogo*.

⁵¹⁴ F. Platter, cit. in P. L. Cabras, D. Lippi e F. Lovari, *Due millenni di melancholia*, Clueb, Bologna 2005, pp. 98-99.

⁵¹⁵ M. Ficino, *El libro dell'amore* [1491], a cura di S. Niccoli, Olschki, Firenze, 1987, p. 135 [Orazione VI, capitolo IX].

Qualcuno ha sostenuto che, a partire dagli ultimi due decenni del Cinquecento, anche l'immaginazione, a poco a poco "divorzerebbe" dalla melanconia.⁵¹⁶ Osservazioni di questo tipo non tengono conto che il concetto di "immaginazione", come risulta chiaro dagli esempi fin qui riportati, dal punto di vista storico e filologico non è legato solo a quello di "ispirazione", "ingegno" o "creatività" ma più spesso si riferisce a quelli, assai più perniciosi, di "fantasma", "illusione" o "allucinazione". Ha dunque una dimensione visiva, o persino "oftalmica", che non può essere trascurata.

Nel 1584, Giovan Battista Della Porta spiega così l'innamoramento: gli spiriti scatenano negli umori del corpo una serie di reazioni disordinate; questi poi salgono verso gli occhi, li trovano "porosi" e da lì scagliano mille dardi che si conficcano negli occhi dell'affascinato, raggiungono il suo cuore e "l'infettano tutto" (*fig. 3*).

Et io di questo ne posso far fede che trassi a me una infermità di occhi, che un amico pativa, perché l'occhio infetta l'aria e quell'aria infetta e avvelena quello che gli sta appresso e così quell'aria che sta vicino a gli occhi del riguardante e porta seco un vapor di sangue corrotto della cui contagione s'infetta l'occhio di colui che guarda.⁵¹⁷

Certo, la descrizione di Della Porta è un po' confusa, ma qui ci interessa sottolineare come anche qui si istituisca una relazione serrata tra occhio e innamoramento, tra immagine-immaginazione e malattia. L'amore si insinua dagli occhi e raggiunge il cuore; così si spiegano i tanti perturbamenti (brividi, rossori, tremori, tachicardia) che si manifestano in presenza o nel ricordo dell'amato:

Quel splendente mirar d'occhi costringe la cosa amata insin la pazzia; [...] Dice Apuleio: questi occhi suoi, penetrando i miei, sono discesi fino in fondo nel mio cuore e m'hanno acceso nelle midolle una grandissima fiamma. [...] Considerando l'infirmità che sogliono venir per la contagione, come il prorito, la scabie, l'infiammatione de gli occhi e la peste, se 'l toccar, con la vista e con il parlare può ammazzare il vicino e infettarlo della sua infermità perché la peste amorosa, che è la maggior di tutte le pesti non può impestare i vicini e farle consumar nel fuoco? né solo basta infettar altri, ma alle volte impestano lor stessi. Si legge ne' scritti de gli antichi di Eutelida, che dalla riflessione dell'acque, de'

⁵¹⁶ Si veda H. Prigent, *Mélancolie*, Gallimard-RMN, Paris 2005, p. 75.

⁵¹⁷ G. B. della Porta, *Della Magia Naturale tradotta da latino in volgare*, Carlino & Vitale, 1611, VIII, 15 cit. in A. Paolella, *Linguaggio erotico in G.B. Della Porta*, "Quaderni di italianistica", vol. XVIII, no. 1 Primavera 1997 p. 37-39.

specchi e de' fonti, vedendo l'immagine sua, rivoltò l'amore in se stesso ed ivi in se stesso si rivoltò il fascino.⁵¹⁸

Gli amanti insoddisfatti possono impazzire, diventare “magri, neri, pelosi, di vene larghe e di colore rosso infocato”, avere “occhi in fuori, labbra grosse, colore fosco”, essere “balbuzienti, astuti, avari, timidi, seditiosi e invidiosi”⁵¹⁹ (ce n'è abbastanza per mille dipinti e per mille iconografie...). Ma Della Porta rassicura: per proteggersi da questa malattia, è sufficiente eliminarne le cause, ovvero *non guardare, né lasciarsi guardare*:

Rimedi contro l'amore. Molti n'imparò l'età vecchia. Se vorrai da te tor il fascino amoroso, così lo torrai: fuggi di mirarla, né far che gli occhi tuoi s'incontrino con i suoi, né s'accompagnino i tuoi guardi con i suoi; [poi, una volta fatto ciò] [togli] la conversazione; togli l'otio, cava fuori dal tuo corpo sangue, sudore e il seme e ogni altro escremento, che con quelli scacci fuori quei spiriti che sono remasti nel suo corpo.⁵²⁰

Insomma, nell'eziologia così come nella terapia della melanconia amorosa, la centralità degli occhi, dell'immagine-immaginazione, ci pare davvero centrale e, soprattutto, uno degli elementi che mantiene invariata la sua importanza nei secoli: lo sosteneva già Platone nel *Cratilo* (420b), e, in parte, nel *Fedro* e nel *Simposio*; lo sosteneva, diversamente, Aristotele (*De Anima*, I 4, 408 B, 1-15); lo afferma la medicina araba, lo riprendono Oribasio (*Sinossi*, libro VIII), Paolo di Egina (*De re medica libri septem*, III, 17, II sezione, XX capitolo) e Guglielmo da Saliceto (*Cirurgia*, 1275 ca., capitolo XVIII).⁵²¹ E così via, fino ai trattati della seconda metà del Cinquecento e della prima metà del Seicento che incontreremo di seguito.

⁵¹⁸ G. B. della Porta, *Della Magia Naturale*, [1611], p. 385, cit. ivi, p. 40. Cfr. R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, III, 2, 2; D. Beecher, *The lover's body*, “Renaissance and Reformation”, vol. 23, n. 1, 1988, pp. 8-9.

⁵²⁰ G. B. della Porta, *Della Magia* e Id., *Humana Physiognomonia*, cit. in A. Paoletta, *Linguaggio erotico in G.B. Della Porta*, cit., pp. 40-41.

⁵²¹ Per una sintesi di queste posizioni si veda M. Ciavolella, *La “malattia d'amore”*, p. 22.

*A naked man to a modest woman is no otherwise than a picture.*⁵²²

Nel 1564 Timothie Bright pubblica a Londra il suo *Treatise of Melancholy*, un'opera che appartiene all'ambito del militantismo protestante. Bright, che dedica il suo trattato a un "melanconick friend", presenta la melanconia secondo una concezione umorale. Per lui i melanconici sono freddi e secchi, ma se la loro temperatura interna aumenta troppo, allora la malattia diventa "adusta"; da ciò prende vita l'atrabile, un vero e proprio veleno capace di perturbare il funzionamento di ogni organo del corpo. Alla variante della melanconia amorosa, Bright dedica poche pagine in cui questa concezione umorale viene arricchita da una sorta di "dinamica delle passioni": se alla gioia e all'amore corrispondono movimenti centrifughi, una dilatazione del cuore e una scomparsa dello spirito vitale, nella tristezza, così come nella paura e nell'odio, si producono invece movimenti centripeti, accompagnati da una contrazione del cuore e da un rintanarsi degli spiriti animali al centro del corpo. Insomma: amare è un piacere, perché dilata il cuore e rende più chiaro il sangue.

Quanto all'effetto dannoso delle passioni, dice Bright, l'anima immortale non può essere alterata dal corpo mortale: ciò che invece può far difetto è il collegamento tra l'anima e il corpo. Le passioni che "importunano" l'anima sarebbero quindi dovute a un errore di comunicazione tra le parti (nonché, a un primo livello, a una nefasta disposizione di cervello e cuore – il primo adibito a cogliere l'oggetto, a valutarlo e a trasmettere il suo giudizio al secondo: per cui se il cervello "sbaglia" a compiere qualcuna di queste operazioni anche il cuore ne soffrirà).⁵²³ Quanto al legame tra melanconia e amore, Bright sostiene che la disposizione d'animo dei malinconici porta questi ultimi ad ammirare più gli altri che non loro stessi, cioè, diremmo oggi, idealizzano l'amato, ne esagerano il fascino, a detrimento di sé e del proprio valore.⁵²⁴

Quanto alla terapia, Bright fornisce gli stessi consigli di altri prima di lui e suggerisce,

⁵²² R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, a cura di H. Jackson, Vintage Book, New York, 1977, Third partition, p. 9 [da Dione Cassio, *Storia romana*, 58.2.4].

⁵²³ T. Bright, *Traité de la mélancolie* [1586], trad. fr. di E. Cuvelier, J. Million, Grenoble 1996, passim. Si veda anche, E. Cuvelier, *Introduction*, ivi, p. 15.

⁵²⁴ Ivi, p. 185.

se l'amore non è corrisposto, di insistere perché lo diventi o, al contrario, di persuadere il malinconico che l'oggetto del suo desiderio non è poi così attraente.⁵²⁵

Dunque propone spiegazioni e teorie che in buona parte provengono dal passato, un passato di secoli, e che per secoli vedremo riproporsi. Li troveremo anche nella gigantesca *Anatomy of Melancholy* di Burton, stracolma di erudizione, tanto immensa da suscitare nel lettore l'idea di trovarsi dinanzi a una sorta di smisurata nebulosa. È lo stesso Burton, in un passo giustamente celebre, a scrivere:

I never travelled but in map or card, hat I have read many books, but to little purpose, for want of good method; I have confusedly tumbled over divers authors in our libraries, with small profit, for want of art, order, memory, judgment. [...] I write of Melancholy by being busie of avoid Melancholy".⁵²⁶

L'idea che l'*Anatomy* sia solo l'opera di un pastore protestante che ha sfogliato molti libri, tra cui quelli di medicina, per potere comporre il suo, è inadeguata. In realtà, si tratta di una babelica impresa filosofica e umanistica, tipica di un'epoca che conobbe un vivacissimo dibattito tra una medicina come *ars* e una medicina come *scientia*.⁵²⁷ Così, dice Burton, quella messe di testi e citazioni sulla malinconia potrà essere utile, sia all'autore e al lettore, per sottrarsi a quella stessa malinconia. Non si tratta solo, come è spesso stato tradotto, di "adoperarsi" per evitarla, ma di sottrarsi alla malinconia fuggendo l'ozio, che è una delle sue cause principali, tenendosi occupati [*busie*] con la lettura e la scrittura. Non è un caso, infatti, che in questa bizzarria barocca compaia una celebre avvertenza al "lettore che impiega male il suo tempo" [*Lectori male feriato*].⁵²⁸

Burton dedica alla *love melancholy* la terza parte della sua opera. Inizia citando il *Fedro* [265 a-b], per distinguere tra forme pure e forme impure di eros; poi passa in rassegna una produzione letteraria copiosissima, da Sofocle a Lucrezio, da Ovidio ai testi di medicina galenica, da quelli patristici a quelli neoplatonici. Ma dietro il suo pensiero rimane centrale la posizione di Aristotele (in particolare quella della sua *Etica*

⁵²⁵ Ivi, p. 249.

⁵²⁶ R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, a cura di H. Jackson, Vintage Book, New York, 1977, Democritus to the reader, p. 26. J. Starobinski, *La mélancolie de l'anatomiste*, "Tel Quel", n. 10, estate 1962, p. 22. Cfr. J. Pigeaud, *Postface*, in R. Burton, *Anatomie de la mélancolie*, trad. fr. di B. Hopffner, José Corti, Paris 2000, vol. III, p. 1894. Cfr. anche J. Pigeaud, *Melancholia. La malaise de l'individu*, Payot & Rivages, Paris, 2008, pp. 29-66

⁵²⁷ A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy. Robert Burton in Context*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2006, p. 34. J. Starobinski, *La Leçon d'anatomie*, prefazione a R. Burton, *Anatomie de la mélancolie*, José Corti, Paris 2000, vol. I, p. VIII

⁵²⁸ Cfr. R. Burton, *Anatomia della malinconia*, Marsilio, p. 55.

Nicomachea, VII, 3.7), secondo cui l'ira, i desideri e le altre passioni alterano il corpo e perciò conducono alla follia.⁵²⁹

Ecco le parole con cui si apre la parte sulla melanconia amorosa:

There will not be wanting, I presume, one or other that will much discommend some part of this treatise of love-melancholy, and object (which Erasmus in his preface to Sir Thomas More suspects of his) that it is too light for a divine, too comical a subject to speak of love symptoms, too fantastical, and fit alone for a wanton poet, a feeling young lovesick gallant, an effeminate courtier, or some such idle person.⁵³⁰

Nonostante il fatto che a molti la melanconia d'amore possa apparire come un argomento frivolo, Burton preferisce ugualmente parlarne. Per giustificare la sua scelta, cita subito Orazio [*Ars poetica*, v. 343], secondo cui *Omne tulit punctum qui miscuit utile dulci*, cioè "chi sa unire l'utile al dilettevole raggiunge la perfezione". Perciò si dice persuaso che le sue pagine non solo divertiranno il lettore ma sapranno "rettificare la [sua] mente".⁵³¹ Chiede dunque al lettore di non censurarlo: tutto è puro se la mente è pura.

Tuttavia, nel momento in cui inizia a esaminare l'argomento, e a raccontare come l'amore tiranneggi l'uomo, si mostra cauto e intimorito ("I am almost afraid to relate, amazed"). Perché la love-melancholy non ha a che fare con l'amore onesto o legittimo: è una fissazione costante, un male del corpo più che dello spirito, "disease, frenzy, madness, hell".⁵³² Il malato d'amore è pallido, dorme pochissimo, ha gli occhi incavati e asciutti, arrossisce, suda copiosamente e ha il polso irregolare. La vista, gli occhi, sono anche qui al primo posto tra i colpevoli di tutte queste alterazioni: "Sight, of all other, is the first step of this unruly love".⁵³³ Dovremo quindi star lontani dalle immagini d'amore, così come da ogni altra possibile lusinga, in particolare da quelle che possono trovare ricetta nell'ozio: perché una vita votata all'operosità è il miglior modo per guarire dalla malattia d'amore.⁵³⁴

⁵²⁹ A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy. Robert Burton in Context*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2006, p. 67.

⁵³⁰ R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, a cura di H. Jackson, Vintage Book, New York, 1977, III Partition, pp. 3-4.

⁵³¹ Ivi, pp. 7-8.

⁵³² Ivi, p. 49.

⁵³³ Ivi, p. 65.

⁵³⁴ Ivi, p. 62. Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 146-151.

Quanto alle terapia, purtroppo è assai difficile trovarne una efficace. Già Ovidio, era stato perentorio: *Nullis amor est medicabilis herbis*.⁵³⁵ Ciò non impedisce a Burton di passare in rassegna filtri e pozioni, di raccomandare la flebotomia (“let them bleed in *vena Hymencaea*, for love is a pleurisy”),⁵³⁶ di abbozzare una terapia psicofisiologica, fatta di immagini dilettevoli, distrazioni, viaggi, musica, giardinaggio, attività fisica e di suggerire anche il ricorso al buon vino (“if need be to drunkenness itself”).⁵³⁷ Ma nessuno di questi stratagemmi è davvero risolutivo: per guarire la malattia d’amore, è necessario obbedire alla natura, cioè che l’amore sia soddisfatto. O meglio, dice Burton, bisogna che gli amanti “crucify Cupid till he grant their request, or satisfy their desires”:

Let them go together, and enjoy one another. [...] They may then kiss and coll, lie and look babies in one another’s eyes, as their sires before them did, they may then satiate themselves with love’s pleasures, which they have so long wished and expected; *Atque uno simul in toro quiescant, Conjuncto simul ore suavientur, Et somnos agitent quiete in una*.⁵³⁸

Un happy end? No, perché Burton tiene subito a menzionare tutte le difficoltà che possono opporsi alla felicità degli amanti: il sentimento potrebbe non essere corrisposto, l’amore potrebbe essere funestato dalla gelosia (a cui dedica il seguito della sua trattazione), le famiglie potrebbero non approvare la relazione...⁵³⁹ Pare proprio che alla malattia, e alle sue fatali conseguenze, non si sfugga facilmente.

La struttura argomentativa del ragionamento di Burton è chiara: l’autore descrive l’amore patologico attraverso una chiave morale e poetica sceglie alcune riflessioni mediche dal vastissimo ambito della trattatistica. Nella sua prospettiva, la malinconia è la condizione umana per eccellenza, e la medicina potrà servire per suggerire rimedi al male di vivere. È questo il senso della sua particolare “anatomia”.⁵⁴⁰

Nel frontespizio della terza edizione dell’*Anatomy*, illustrato da Le Blon, sotto il segno di Saturno, sta Democrito d’Abdera che scrive ai piedi di un albero; in basso, in

⁵³⁵ R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, cit., III Partition, p. 185.

⁵³⁶ Ivi, p. 229.

⁵³⁷ Ivi, p. 193.

⁵³⁸ Ivi, pp. 228-229. Cfr. p. 192.

⁵³⁹ Ivi, pp. 230-260.

⁵⁴⁰ Come è noto, nel Rinascimento, il termine *anatomia* ha spesso un significato metaforico, e indica la “messa a nudo” di un concetto. Si veda in J. Elkins, *Pictures of the Body*, cit., p. 127. Cfr. C. Imbroscio, *Verso un’archeologia dello sguardo*, in L. Van Delft, *Frammento e anatomia*, il Mulino, Bologna, 2004, pp. 12-13 e A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy*, cit., p. 133.

corrispondenza del riquadro centrale, c'è il ritratto di Burton (ovviamente come Democrito Junior). Accanto al Democrito "senior", invece, stanno la Gelosia e la Solitudine; poi l'*Inamorato*, il Superstizioso, il Maniaco e l'Ipocondriaco (fig. 4).⁵⁴¹

È interessante leggere ciò che scrive Burton per spiegare le figure dell'*Inamorato* e dell'Ipocondriaco. Sull'*Inamorato*:

I'th' under column there doth stand
Inamorato with folded hand;
Down hangs his head, terse and polite,
Some ditty sure he doth indite.
His lute and books about him lie,
As symptoms of his vanity. If this do not enough disclose,
*To paint him, take thyself by th' nose.*⁵⁴²

Quanto all'Ipocondriaco:

Hypocondriacus leans on his arm,
Wind in his side doth him much harm,
And troubles him full sore,
God knows, Much pain he hath and many woes.
About him pots and glasses lie,
Newly brought from's Apothecary.
This Saturn's aspects signify, You see them portray'd in the sky.⁵⁴³

L'Ipocondriaco si appoggia a un braccio, il vento lo colpisce e lo ferisce; è circondato da vasi e boccette "appena giunti dalla farmacia", che recano tutti i segni della presenza di Saturno. L'*Inamorato*, invece, ha le braccia conserte, è un tipo introverso, diremmo oggi, un giovane educato, elegante... Attorno a lui ci sono molti libri, segni della sua vanità... E, dice Burton, se tutto questo non vi è abbastanza chiaro, "To paint him, take thyself by th' nose"...

Un paio di decenni prima dell'*Anatomy of Melancholy*, nel 1594, il medico André du Laurens, formatosi a Montpellier, pubblica a Tours il primo libro in francese sulla malinconia, il cui titolo, *Discours de la conservation de la veue*, trova un eloquente

⁵⁴¹ Si veda R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la melanconia*, cit., in part. p. 350, n. 2.

⁵⁴² R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, cit., "The argument of the frontispiece", p. 7 (corsivo nostro).

⁵⁴³ Ivi, p. 8.

perfezionamento: *des maladies melancholiques des catarrhes*. In quindici capitoli, du Laurens descrive la malattia melanconica nei suoi quattro tipi – cerebrale, sanguigna, ipocondrica ed erotica – come una “*resverie sans fièvre accompagné d’une peur & tristesse ordinaire*”.⁵⁴⁴ Due di questi capitoli sono dedicati alla melanconia d’amore.

L’opera si rivolge a un lettore generalista e curioso. Anche qui vediamo profilarsi una medicina pittoresca, arricchita di aneddoti e storielle che fanno appello all’immaginazione. L’autore passa in rassegna molti grandi del passato, facendoli discutere tra loro: ad esempio, se per Galeno “*les melancholiques, ayans dans leur cerveau une continuelle nuict, sont en craint perpetuelle*”,⁵⁴⁵ per Averroè questa notte può non far paura, perché – il passo è magnifico: “*Or, il n’y a point d’yeux dans le cerveau; comme donc se pourra elle troubler de la noirceur de l’humeur melancholique, puisqu’elle ne la peut voir ?*”.⁵⁴⁶ Appunto...

Du Laurens intervalla la descrizione del mal d’amore, che si sviluppa negli ipocondri o nel basso ventre, con quella della melanconia, localizzabile nelle parti alte del corpo e in particolare nel cervello. Suggestisce così l’esistenza di una misteriosa complicità tra l’alto e il basso, tra una tenace *cogitatio* che dall’alto muove verso il basso e un umore adusto che, dal basso, si propaga fatalmente verso l’alto. Il meccanismo alla base di questi movimenti è così riassumibile: il cervello, ossessionato dai demoni, consegna il corpo ai suoi disordini; a sua volta, il corpo corrompe l’organo in cui ha sede l’anima e ne perturba le facoltà di giudizio e l’immaginazione. L’amore, insomma “*consume il malato dai due lati, come una torcia infiammata*”.⁵⁴⁷

Primi colpevoli dello scatenarsi del mal d’amore sono ancora una volta gli occhi, e le immagini a cui hanno concesso la penetrazione:

[L’amour], ayant abusé les yeux, comme vrais espions & portiers de l’âme, se laisse tout doucement glisser par des canaux, & cheminant insensiblement par les veines jusques au foye, imprime soudain un désir ardent de la chose qui est, ou paroist aimable, allume ceste concupiscence, & commence par ce désir toute la sédition: mais craignant d’estre trop foible pour renverser la raison, partie souveraine de l’âme, s’en va droit gagner le cœur, duquel s’estant une fois assurée comme de la plus forte place, attaque après si

⁵⁴⁴ A. du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques* [1594], Klincksieck, Paris 2012, p. 23 (corsivi nostri). Cfr. J. Postel e E. Farjon, *Melancholia 1597*, in D. Gourevitch, a cura di, *Maladie et maladies*, Droz, Genève 1992, pp. 249-256.

⁵⁴⁵ A. du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit., p. 23.

⁵⁴⁶ Ivi, p. 30.

⁵⁴⁷ R. Suciù, *Mélancholie érotique*, ivi, p. LXXXIV.

vivement la raison & toutes ses puissances nobles, qu'elle se les laisse assubjettit [*sic*], & rend du tout esclaves.⁵⁴⁸

Gli stessi disordini delle funzioni viscerali, lo stesso imbarazzo del cuore e del sangue; gli stessi perturbamenti del giudizio, gli stessi deliri dell'immaginazione: il tutto nuovamente provocato dalla sconsideratezza di questi “spioni e portieri dell'anima”!

Da una prospettiva prossima al neostoicismo, du Laurens sostiene l'idea che la malinconia amorosa sia a tutti gli effetti una patologia; ma recupera figure, fiabe, storie antiche e moderne con una particolare abilità narrativa che trasforma il suo discorso medico in un seducente discorso poetico.⁵⁴⁹ Riporta anche ingegnose narrazioni sulla catarsi dell'immaginazione. Eccone un esempio:

T. escrit avoit veu une femme qui pensoit avoir dévoré un serpent, il la guarit en la faisant vomir, & jettant quant & quant un serpent qu'il tenoit tout prest, dans le bassin. J'ay leu qu'un jeune escolier estant en son estude fut surprins d'une estrange imagination, il se mit en fantasie que son nez estoit tellement grossi & allongé qu'il n'osoit bouger d'une place, de peur qu'il ne heurtast en quelque lieu: tant plus on le pensoit dissuader, tant plus il s'opiniastroit. En fin le Médecin ayant pris un grand morceau de chair et le tenant caché, l'assura qu'il le guariroit sur le champ, & qu'il luy fallait oster ce grand nez: & soudain pressant un peu son nez, & coupant ceste chair qu'il avoit, luy fit croire que ce gros nez estoit coupé.⁵⁵⁰

L'artificio non sorprenderà se pensiamo che Du Laurens, a proposito dei metodi per alleviare il mal d'amore (al di là ovviamente del rimedio *major*, che resta sempre la “jouissance de la chose aimée”), accanto al ricorso a cibi leggeri o alla vita all'aria aperta, suggerisce anche di distrarre l'amante dall'oggetto del desiderio con l'ausilio di *belles paroles*. Un buon medico, insomma, dovrebbe sapere utilizzare l'eloquenza, “de l'artifice & de l'industrie”, e proporre al paziente una salutare contro-immaginazione.⁵⁵¹

⁵⁴⁸ A. du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit., p. 72.

⁵⁴⁹ R. Suciù, *Discours savant et séduction littéraire chez André du Laurens*, in A. Carlino e M. Jeanneret, *Vulgariser la médecine*, Droz, Genève 2009, p. 61 e sgg. Sull'idea della malinconia in chiave neostoica, si veda anche R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la melanconia*, cit., p. 40 e sgg.

⁵⁵⁰ A. du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit. p. 46. Cfr. R. Suciù, *Discours savant et séduction littéraire chez André du Laurens*, in A. Carlino e M. Jeanneret, *Vulgariser la médecine*, cit., p. 63. Sugli animali che le donne percepivano dentro di sé – dall'Ippocrate del *De morbis vulgaribus* al “bosom serpent”, fino a Ruysch, si veda R. Knoeff, *Anatomy, interiority and virtue in the early modern Dutch Republic*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within*, cit., pp. 31-50

⁵⁵¹ A. du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit. p. 81 (corsivi nostri).

Scrive du Laurens:

[Dans la melancholie amoureuse] l'imagination est tellement dépravée que le melancholique pense tousjours voir ce qu'il ayme, il court tousjours après, il baise ceste idole en l'air, la caresse comme si elle y estoit: & ce qui est estrange, encores que le subject qu'il ayme soit laid, il se le représente comme le plus beau du monde: il est tousjours après à descrire la perfection de ceste beauté, il luy semble voir des cheveux longs & dorez, mignonement frisez, & entortillez en mille crespillons, un front voûté, ressemblant au ciel esclaircy, blanc & poly comme albastre, deux astres bien clairs à fleur de teste, & assez tendus, qui dardent mille rayons amoureux, qui sont autant de flèches, les sourcils d'hebene, petits & en forme d'arc, les joues blanches & vermeilles comme lis pourprez de roses, monstrans aux costez une double fossette, la bouche de corail, dans laquelle se voyent deux rangées de petites perles Orientales, blanches, & bien unies, d'où sort une vapeur plus suave que l'ambre & le musc, plus fleurante que toutes les odeurs du Liban: le menton rondement fosselu, le teint uny & poly comme du satin blanc, le col de laict, la gorge de neige, & dans le sein tout plein d'œilletts, deux petites pommes d'alabastre rondelettes, qui s'enflent par petites secousses, & s'abaissent tout quant & quant, represantant le flux & reflux de la mer, au milieu desquelles on voit deux boutons verdelets & incarnadins, & entre ce mont jumelet une large vatee: la peau de tout le corps comme jaspe ou porphyre, à travers de laquelle paraissent les petites veines: Bref ce pauvre melancholique s'en va tousjours imaginant les trente six beutez qui sont requises à la perfection, & la grâce qui est par dessus tout, resve tousjours à cet object, court après son ombre, & n'est jamais en repos.⁵⁵²

Il medico du Laurens ci dimostra di saper utilizzare a perfezione le astuzie dell'eloquenza, nonché il lessico della lirica amorosa. L'innamorato vede nell'amata, anche nella più brutta, le "trentasei bellezze" della perfezione: vede riccioli d'oro, pelle d'alabastro, di porfido e di diaspro, denti come perle lucenti, occhi come astri, seni bianchi e rotondi che si muovono al respiro come il flusso e il reflusso del mare, monti e vallate... Poi l'inciso: "& ce qui est estrange, encores que le subject qu'il ayme soit laid". Qui du Laurens ci colloca evidentemente a mezza via tra il Bembo e il Berni, in un intreccio tra il "crin d'oro crespo" e le "chiome d'argento fine, irte e attorte", tra "ciglia di neve" e "denti d'ebano rari e pellegrini", tra "labbra di latte" e "viso d'oro".⁵⁵³

⁵⁵² Ivi, pp. 78-79.

⁵⁵³ Mi riferisco ovviamente al sonetto del Berni (*Rime*, XXX).

Ma le facezie non hanno la meglio: a vincere, invece, è l'immaginario del malato, con cui du Laurens scende a patti, anzi vi aderisce in una sorta di delirio erotico al quadrato. Da buon medico-oratore, nel suo racconto si serve di verbi d'azione (*courir, baiser, caresser...*) e simula così l'espansione del desiderio del malato;⁵⁵⁴ oppure utilizza precise tecniche di distanziamento, ricorrendo alla seconda persona e, dunque, costringendo il lettore a osservare il povero amante mentre che si dibatte tra i suoi fantasmi:

*Il devient palle, maigre, transi, sans appétit, ayant les yeux caves & enfonchez, & ne peut (comme dit le Poëte) voir la nuict, ny des yeux, ny de la poitrine. Tu le verras pleurant, sanglottant, & souspirant coup sur coup, & en une perpétuelle inquiétude, fuyant toutes les compagnies, aymant la solitude pour entretenir ses pensées; la crainte, le combat d'un costé, & le desespoir bien souvent de l'autre, il est (comme dit Plaute) là où il n'est pas, ores il est tout pleinde flammes, & en un instant il se trouve plus froid que glace. Son cœur va tousjours tremblottant, il n'y a plus de mesure à son pouls, il est petit, inégal, fréquent, & se change soudain, non seulement à la veüe, mais au seul nom de l'object qui le passionne.*⁵⁵⁵

Basta il nome, basta una parola per scatenare i sintomi della passione, dice du Laurens. Il quale, appunto, alle parole presta grande attenzione, e grazie a un loro utilizzo accorto riesce a rendere piacevole l'argomento del suo trattato. A un secondo livello, però, forse le parole servono a du Laurens anche per proporre un modello di terapia. I suoi lunghi passaggi letterari presentano le immagini del delirio e lo mostrano per ciò che è – cioè, un delirio molto affascinante; contemporaneamente funzionano come “purgativi dell'immaginazione” (*fig. 5*), perché l'autore sa interrompere l'eloquenza del delirio (quello del malato, il suo, e dunque anche quello del lettore) con la perizia di un terapeuta navigato che padroneggia appieno l'arte della conversazione.⁵⁵⁶

Ma anche du Laurens, che domina così bene le parole, non dimentica la forza delle immagini. Nel lungo passo citato più sopra ci parlava di una battaglia di sguardi, con occhi che “dardent mille rayons amoureux, qui sont autant de flèches”.⁵⁵⁷ Nel 1599, cinque anni dopo la pubblicazione del suo *Discours des maladies mélancoliques*, il medico Jean Aubery, intendente alle acque minerali di Francia, presenta *L'Antidote*

⁵⁵⁴ R. Suciù, *Discours savant et séduction littéraire chez André du Laurens*, in A. Carlino e M. Jeanneret, a cura di, *Vulgariser la médecine*, cit., p. 69-71.

⁵⁵⁵ A. Du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit. p. 73 (corsivi nostri).

⁵⁵⁶ R. Suciù, *Discours savant et séduction littéraire chez André du Laurens*, cit., pp. 75-76.

⁵⁵⁷ Si veda supra, n. 62.

d'amour, dedicato al suo conterraneo du Laurens.⁵⁵⁸ Anch'egli si interroga sull'eziologia del mal d'amore: si chiede come si formi in noi il desiderio e l'amore ("la plus grande, la plus violente, & pernicieuse passion de l'âme") e quali tra i nostri sensi ne siano i maggiori responsabili. La risposta è chiara: gli occhi sono degli "zolfanelli amorosi", i pericolosi specchi di vanità capaci di accendere bracieri.⁵⁵⁹ Cosicché, rivolgendosi al "casto lettore", Aubery si esprime così:

L'œuvre que j'expose au jour (amy lecteur) est une Vénus, mais plus chastement peinte, que celle d'Apelles, sujette comme la sienne à la censure, que je veux souffrir des peintres et non d'un impudent cordonnier. Quelques uns me voyant armé, pour combattre l'impudique Amour, me croiront quelque eunuque fugitif du grand sérail, estably pour surveillant de la pudicité des dames, d'autres me reprocheront avoir jadis plus employé de soin à peindre et peigner les ailes de l'Amour, qu'à les déplumer maintenant par quelque défaveur reçue en sa court...⁵⁶⁰

Nel trattare l'amore, insomma, è necessaria una cautela speciale – e d'altra parte, poche pagine dopo, Aubery si dice persuaso che l'uomo non sia "par nature necessitez à l'amour".⁵⁶¹

Diversamente doveva pensarla Jacques Ferrand che, nel 1610, pubblica la prima edizione del suo *Traité de l'essence et de la guérison de l'amour ou De la mélancolie érotique*, seguita poi dalla seconda, più celebre edizione del 1623. Scrive Ferrand:

Dall'amore derivano una complessione pallida e esangue, accompagnata da una febbre lenta che i professionisti di oggi chiamano febbre amorosa, palpitazioni al cuore, rigonfiamento del viso, perdita dell'appetito, dolori, sospiri, lacrime senza motivo, fame insaziabile, sete rabbiosa, sincopi, oppressioni, soffocamenti, insonnia continua, mal di capo, malinconia, epilessia, follia, furori uterini, satiriasi e altri sintomi perniciosi.⁵⁶²

Ferrand, come gli altri, si trova in difficoltà dinanzi a una malattia che compendia tutte le perturbazioni dell'anima e perciò, come gli altri, cerca il sostegno dei saggi del passato, li ammassa l'uno sull'altro, spesso in maniera dissonante, senza preoccuparsi

⁵⁵⁸ J. Aubery, *L'Antidote d'amour*, Claude Chappelet [...] à l'insegne de la Licorne, Paris 1599.

⁵⁵⁹ J. Aubery, *L'Antidote d'amour*, cit. p. 13 e sgg.

⁵⁶⁰ J. Aubery, *L'Antidote d'amour*, cit., pp. iij. Il *cordonnier*, ovviamente, fa riferimento al latino *Sutor, ne ultra crepidam* e al racconto di Plinio che vede coinvolti, appunto, Apelle e il ciabattino [*Naturalis Historia*, XXXV, 36, 85].

⁵⁶¹ J. Aubery, *L'Antidote d'amour*, cit., p. 5.

⁵⁶² J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], a cura di M. Ciavolella, Marsilio, Venezia 1991, p. 7.

di conferire una coerenza argomentativa al suo testo. Insomma, chiama tutti a rapporto per cercare di fare un po' di chiarezza attorno a una malattia così polimorfa: il "divino" Platone, Euripide, Plutarco, Ovidio, Catullo, Ippocrate, Galeno, Avicenna, Ficino, Mercuriale, Valleriola, Teofrasto, Areteo, Cicerone, Seneca, Plauto, Apuleio, Aristofane, Oribasio, Paolo di Egina, Arnaldo di Villanova, Gordonio, e così via, fino a uno studente di Agen, città in cui Ferrand iniziò a esercitare la professione, che non si stancava mai di ripetere un verso di Properzio ("L'amore non sa cedere alle vecchie immagini").⁵⁶³ Costruisce così una specie di enciclopedia sul mal d'amore, che tuttavia, a differenza del testo di Robert Burton, anch'egli umanista dell'ultima ora,⁵⁶⁴ viene definita dai più come un libro di medicina a tutti gli effetti, destinato in primis ai *physici* e poi ai "beaux esprits épris par la beauté [des] dames" che, tuttavia, vogliono conservarsi in salute.⁵⁶⁵

Per prima cosa Ferrand si chiede come si diagnostichi il mal d'amore. A suo avviso, la "confessione" del paziente non è fondamentale: è sufficiente che un medico avveduto osservi il suo colorito smorto, si accorga dell'irregolarità del respiro e del polso, dell'agitazione delle palpebre, degli occhi infossati, che sia venuto a conoscenza della sua inappetenza, della sua insonnia e delle sue lacrime improvvise.⁵⁶⁶ Se però i sintomi non sono ancora conclamati, il medico dovrà utilizzare metodi più sofisticati che gli consentano di trarre informazioni più occulte: sarà utile, allora, valutare la temperatura degli organi genitali, la quantità di peli sul corpo, i *signa* degli scompensi umorali, i tratti fisiognomici, ma anche far ricorso alla divinazione o alla "interpretazione dei sogni" (tutte tecniche che, precisa Ferrand, richiedono una certa cautela).⁵⁶⁷

Una volta ricevuta la diagnosi di "mal d'amore", il paziente dovrà seguire alcune raccomandazioni: rifuggire dal profumo di muschio, dallo zibetto o dall'ambra; niente polvere di viole o unguento di ranuncolino; niente vestiti foderati di pelliccia, o di velluto, perché riscaldano il sangue; abbondare di canfora, invece. Quanto al cibo, si

⁵⁶³ Properzio, *Elegia 5*, Libro I, cit. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 46.

⁵⁶⁴ M. Jeanneret, *Un médecin poète*, in A. Carlino e M. Jeanneret, a cura di, *Vulgariser la médecine*, cit., p. 83 e n. 7.

⁵⁶⁵ Questa "dedica" compare nella prima edizione, messa al bando dal tribunale ecclesiastico di Toulouse nel 1620 (la seconda si rivolge invece "à Messieurs les étudiants de médecine à Paris", perché trovino i rimedi contro la malinconia erotica per sé e per gli altri). J. Ferrand, *Traité de l'essence et de la guérison de l'amour ou De la mélancolie érotique* [1610], Anthropos, Paris 2001, pp. 5-6. Sulle principali differenze tra la prima e la seconda edizione, che è quella che ha conosciuto maggiore diffusione e longevità (e che è quella che citiamo qui più diffusamente), si veda G. Jacquin, *Introduction*, ivi, pp. XVIII-XXI.

⁵⁶⁶ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 39-41 (§ 13, "Se il medico possa diagnosticare l'amore senza la confessione del malato"). Cfr. M. Ciavolella, *Introduzione*, ivi, pp. XVI-XVII e O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel 1971.

⁵⁶⁷ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 53-133 e M. Ciavolella, *Introduzione*, ivi, p. XVIII.

consiglia l'assunzione di portulaca, acetosa di giardino, indivia, cicoria e tanta lattuga – (“la quale è talmente efficace contro questa malattia, che Venere, volendo dimenticare i suoi amori illeciti, sotterrò il suo amato Adone sotto un letto di lattuga”);⁵⁶⁸ e ancora: meloni, ciliegie, prugne, mele, pere, aceto, succo di limone e di cedri, l'agresto... Si raccomanda di evitare l'abuso di sale, che provoca lussuria, le carni ad alto valore nutritivo, “le pernici i piccioni, i passerii, le quaglie, le lepri giovani e soprattutto l'oca, [...] pinoli, pistacchi, scalogno, carciofi, carote, cipolla, ruchetta, ostriche”.⁵⁶⁹ Se la dieta non è sufficiente, al paziente potrà essere somministrato qualche “rimedio farmacologico”, di cui Ferrand fornisce la ricetta:

Prendete 1 onza di rosato e 6 dramme di confettura di fiori di nenufero e di borragine, ½ onza di polpa di limone ed lattuga condita con dello zucchero, 2 dramme di embloce in una conserva di zucchero e una confettura di alchermes. [...] Aggiungete 1 dramma del confortativo di Galeno polverizzato, 4 scrupoli di perle orientali e 2 scrupoli di avorio in polvere. Mischiate tutti gli ingredienti con uno sciroppo di frutta e fatene un oppiato, che il paziente prenderà in una quantità della grandezza di una castagna e che inghiottirà con un po' di vino diluito con abbondante acqua di buglossia. Deve venir preso 1 volta ogni 2 giorni circa 2 ore prima del pasto.⁵⁷⁰

Oppure:

Prendete 2 piccole manciate di lenticchie e 1 grossa manciata di fiori e foglie di salice. Fate un decotto di 1 libbra, in cui scioglierete 1 dramma della pillola bianca di Rhazes e di canfora. Mescolate e fate un clistere che introdurrete nella vagina.⁵⁷¹

In alternativa, potrà essere utile fare annusare ai pazienti qualche sacchetto aromatico:

Prendete 1 dramma di giusquiamo e di cicuta, 4 scrupoli di corteccia della radice della mandragola e 1 scrupolo d'oppio. Mischiate con olio di mandragola e succo di aizoon maggiore, aggiungete 1 grano di perla e fatene un sacchetto aromatico.⁵⁷²

⁵⁶⁸ Ivi, pp. 21, 87-89.

⁵⁶⁹ Ivi, pp. 89-91.

⁵⁷⁰ Ivi, p. 128.

⁵⁷¹ Ivi, pp. 129-130.

⁵⁷² Ivi, p. 132.

E avanti così con altri con una farmacopea barocca, rabelaisiana, dilatata ed espansa, sosteneva Camporesi, come “gli spazi multipli delle immense cattedrali barocche”.⁵⁷³

Il trattato di Ferrand nasce in un’epoca in cui la medicina moderna si avvia lentamente alla sua travagliata costituzione. Ferrand conosce bene la moda della malinconia e del mal d’amore, e ne denuncia il mito, difendendo la ragione e la moderazione. Ma il percorso è irto di ostacoli. Non a caso l’autore, alla ricerca dell’approvazione, fa meno ricorso alle sue esperienze dirette che non alle letture dei classici, in particolare dei medici e dei poeti. In realtà, si chiede se fosse davvero necessario, dal momento che

ogni giorno possiamo notare giovani innamorati, azzimati, profumati e riccioluti, irretiti perdutoamente nei lacci di qualche vecchia megera curva e lardosa, dalla fronte butterata, le sopracciglia irte di folti peli, gli occhi catarrosi e lacrimosi, le orecchie pendenti, il naso schiacciato, le grosse labbra rigonfie e piegate all’interno, i denti neri e fetidi, il mento che sporge in un grugno distorto e dispettoso; i quali ciononostante giureranno trattarsi di una seconda Elena la cui bellezza sta proprio in quelle rughe superlative, la cui fronte a volta rassomiglia al cielo sereno, bianco e nitido come alabastro, le cui sopracciglia sono di ebano, al di sotto delle quali si situano due astri splendenti che irradiano e saettano senza pari mille raggi d’amore, dalle cui straordinarie influenze dipende la loro vita e la loro felicità. Questi hanno creato nella loro immaginazione un nasino all’insù, guance bianche e vermiglie quali gigli purpurei di rose, che mostrano sui due lati delle fossette tra le quali fanno bella mostra due file di perle orientali perfettamente bianche e uniformi, da cui emana un vapore più dolce dell’ambra e del muschio. [...] Mi sorprende che non ne lodino gli escrementi, o non si nutrano, come fece Lucio Vitellio, della saliva di una liberta che amava follemente, mischiandola al miele.⁵⁷⁴

Esattamente come per du Laurens, qui palesemente citato, gli artifici poetici sono deleteri, e mistificatori, perché rinforzano le passioni e le chimere dell’amante. Tuttavia anche le pagine del trattato di Ferrand traboccano di descrizioni dalla profonda sensualità, e finiscono per intrattenere con la malattia un rapporto piuttosto ambiguo – ambiguità confermata dal fatto che Ferrand, con un certo humour, data la sua dedica della prima edizione al 9 agosto, giorno di “Saint Amour”.⁵⁷⁵

⁵⁷³ P. Camporesi, *I balsami di Venere*, Garzanti, Milano 1989, p. 88.

⁵⁷⁴ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 15-16. È evidente qui il recupero di A. Du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques*, cit., cap. 10 [vedi sopra]

⁵⁷⁵ J. Ferrand, *Traité de l’essence et de la guérison de l’amour* [1610], cit., p. 5.

Il problema è complesso. L'artificio poetico può essere utile alle verità della medicina? Nel caso della melanconia amorosa, evidentemente, la risposta dovrà essere positiva. In primo luogo perché i poeti sono i massimi esperti dell'amore: Saffo, dice Ferrand, è "altrettanto dotta ed esperta in quest'arte dei nostri medici greci, arabi e latini".⁵⁷⁶ In secondo luogo, perché la poesia è uno dei tratti costanti di questa patologia: sotto l'egida di Apollo, dio della poesia e della medicina, la poesia diventa vero *pharmakon*, nel doppio significato del termine, e la medicina si fa omeopatica, ovvero guarisce gli eventuali misfatti della poesia attraverso la parola. Cosicché anche per Ferrand, la prima cosa che il medico deve saper fare per curare il mal d'amore è utilizzare a proposito l'arte dell'eloquenza – cosa che d'altra parte egli dimostra di saper fare. Perché, se le parole sono la medicina dell'anima, esse, proprio come i farmaci, devono essere utilizzate con grande attenzione. Solo così potranno essere utili e non dannose. La vera prova dell'efficacia terapeutica, comunque, si avrà quando il malato,

désabusé de son erreur, prendra à son tour la parole et, le jugement affermi, jouera à son tour d'éloquence, en attendant un bon parti de mariage. [...] [II] se fait acteur, retournant contre les coquettes les signes de la séduction [...]. Ainsi le médecin, Protée de la parole et des signes, s'est fait tour à tour philosophe moral, avocat, dramaturge, pédagogue, guide de lectures et conseillers de grâces pour reverse la fatalité mélancolique, rendre au malade sa liberté d'action, son indépendance de jugement, bref, à la fois "raison" et "oraison".⁵⁷⁷

Ma, lo sappiamo, per qualsiasi medico è assai rischioso "rendere la parola al paziente". Per di più, i tempi di Ferrand non erano affatto maturi.

*

Nei decenni e nei secoli a seguire, Jacques Ferrand e il suo libro conobbero, oltre a una certa fama, anche uno strano destino. Nel 1838 Esquirol, nel suo *Des maladies mentales*, si rifece proprio a questo testo per definire la "monomania erotica", una

⁵⁷⁶ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 13, 45, 87-95. A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy*, cit., p. 127.

⁵⁷⁷ M. Fumaroli, *La mélancolie et ses remèdes* [1984], in Id., *La diplomatie de l'esprit*, Hermann, Paris 1994, pp. 424-426.

affezione cerebrale, cronica, caratterizzata da un amore eccessivo sia per un oggetto conosciuto, sia per un oggetto immaginario [...]. Colpisce in particolare i giovani dal temperamento nervoso e dall'immaginazione ardente, che conducono una vita inoperosa e dominata dai piaceri, che si esaltano per la lettura di romanzi e hanno ricevuto un'educazione molle ed effeminata.⁵⁷⁸

In un'epoca di romantici impulsi – un'epoca, cioè, in cui la malinconia si confondeva con lo *Weltschmerz* –, Esquirol, nel tentativo di dipanare la questione della monomania erotica, attinge a piene mani dalla stessa letteratura di cui si era servito Ferrand (da Plutarco a Galeno, da Lucrezio a Cervantes), sancendo così la sua influenza sulla nascente psichiatria ottocentesca (fig. 6).⁵⁷⁹

Ma che cosa era avvenuto nel frattempo negli studi sulla natura della patologia amorosa? In sostanza, furono definitivamente abbandonate le concezioni umorali e quelle che individuavano nel cuore il centro della fisiologia delle emozioni; al contrario l'attenzione si spostò sulle fibre, sui nervi e sui “vapori”.⁵⁸⁰

Nel 1771, quando de Bienville pubblicò *La Ninfomanie, ou Traité de la fureur uterine*, evidentemente il paradigma non è più quello di Ferrand. Nella sua descrizione troviamo tutti i *topoi* del mal d'amore declinati in una direzione organica ma non più umorale, e dunque “melanconica”. Leggiamo le sue parole:

On entend par nymphomanie, un mouvement dérégulé des fibres dans la partie organique de la femme. [...] Cette maladie, surprend les jeunes filles nubiles, dont le cœur prématuré pour l'amour a parlé en faveur d'un jeune homme dont elles sont devenues éperdument amoureuses, et pour la jouissance duquel elles trouvent des obstacles insurmontables.⁵⁸¹

Sappiamo che qualsiasi nosografia fa sempre tesoro di quelle precedenti. Per Bienville le vittime principali della ninfomania sono le giovani donne dal cuore “prematuro per l'amore” (in questo caso il cuore non ha un'accezione fisiologica), le cui fibre, specie quelle delle parti “organiche”, cioè intime, si muovono in maniera sregolata. Poco oltre,

⁵⁷⁸ J.-E. D. Esquirol, *Des maladies mentales* [1938], Arno Press, New York 1976, voll. II-III, pp. 32, 47-48. Sulla natura “femminile” della malinconia si veda, tra gli altri, L. Jordanova, *Sexual Visions*, University of Wisconsin Press, Madison 1989, in part. pp. 19-42.

⁵⁷⁹ Si veda M. Ciavolella, *Eros e malinconia*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia*, Donzelli, Roma 2001, pp. 41-49.

⁵⁸⁰ F. Bound Alberti, *Emotions in the early modern medical tradition*, in Ead., a cura di, *Medicine, Emotion and Disease*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2006, p. 4.

⁵⁸¹ J. D. T. Bienville, *La nymphomanie* [1771], M. M. Rey, Amsterdam 1784, p. 32 (corsivi nostri).

l'autore precisa che da questa malattia non sono esenti neppure le donne sposate, soprattutto quelle unite a mariti "d'un tempérament faible qui exige de la sobriété dans les plaisirs", o le vedove, specie quelle giovani che, private del vigore dei commerci amorosi, sono in preda ad amare nostalgia.⁵⁸² La ninfomania, affezione organica che spinge le donne alla continua ricerca del soddisfacimento sessuale, condivide quindi con il più generico mal d'amore un aspetto fondamentale: la depravazione dell'immaginazione e del ricordo (potenziamento dell'illusione e suo prolungamento nel tempo) che può immobilizzare le pazienti di un *ennui mortel*:

Vous les voyez continuellement absorbées dans la même pensée, et leur plus grande crainte est d'en être distraites un seul moment. Elles ne songent qu'au fatal objet qui cause leur maladie; elles ne voient que lui, toutes les puissances de leur âme en sont comme immobiles; elles n'aperçoivent et n'entendent plus rien de ce qui se passe autour d'elles, c'est là leur principale affaire; elles négligent absolument toutes les autres, même celles d'où dépend le bon ordre de leur maison, et par conséquent leur fortune. Tristes et mélancoliques, elles aiment le repos et le silence; et si elles l'interrompent, ce n'est que pour parler avec elles-mêmes: mais malheur à celui ou à celle qui osera venir troubler ce délicieux silence!⁵⁸³

L'iper-sessualità, dunque, può anche condurre queste pazienti all'immobilità, alla malinconia e al silenzio. Un silenzio, però, che è avido di parole lusinghiere, alle quali le malate rispondono con parole, sguardi e pose che tradiscono "l'affreux secret de leur vilaine âme", incurante della modestia e del pudore.⁵⁸⁴ Un delirio, un desiderio insaziabile, che spinge questi "monstres malheureusement revêtus d'une figure humaine" a utilizzare ogni bieco stratagemma: affilati rimproveri, tenaci persecuzioni, atroci vendette. Insomma possono diventare malinconiche, ma la loro malinconia, per interposte fibre nervose, declina subito nella polarità maniacale:

C'est alors qu'elles crient et s'emporent continuellement comme des insensées, qu'elles disent et contredisent, sifflent et applaudissent, nient et affirment, font des signes et des gestes ridicules, tiennent des propos qui leur sont propres pour émouvoir les passions des hommes; et afin d'y réussir plus sûrement, elles affectent des nudités qu'elles ont l'imbécillité de croire qu'on voudra bien attribuer à des distractions vives,

⁵⁸² Ivi, cit., pp. 34-36.

⁵⁸³ Ivi, p. 36.

⁵⁸⁴ Ivi, pp. 32-51.

qu'elles feignent assez maladroitement pour que le jeune homme le moins expérimenté ne puisse jamais être leur dupe. Si malgré tout on les désespère, elles se jettent sur vous toutes furieuses, et l'excès de leur frénésie vous donne à peine le temps d'échapper de leurs mains.⁵⁸⁵

Una mania d'amore, dunque, che ha un'origine fisiologica e si lega principalmente al sistema nervoso. Bienville però si chiede se non sia il caso di riflettere sulla malattia anche in altro modo, e conclude la sua trattazione con un capitolo dal titolo "Observations sur l'imagination par rapport à la Nymphomanie". Tiene molto a precisare che si guarderà bene dal trattare questo tema dal punti di vista metafisico, ma scrive:

L'imagination est un miroir où se rendent les objets qui intéressent et qui font agir l'homme. La glace de ce miroir varie dans sa composition comme tous les organes; elle doit son jeu à la nature et aux préjugés; voila le canevas sur lequel elle travaille. La nature lui fournit les premiers objets et les penchants que le tempérament décide. Cette glace grossit, diminue, multiplie ou rend les objets tels qu'ils sont, suivant son gré de perfection. [...] L'amour est une des [passions] sur lesquelles elle travaille le plus.⁵⁸⁶

L'immaginazione, pur originata dai dati sensoriali semplici e naturali, può diventare, a seconda dei temperamenti, uno specchio virtualmente deformante, che aumenta, diminuisce, raffina e muta profondamente la "fisionomia" di tali dati. Nel caso dell'amore, ovviamente, a questo specchio è sufficiente pochissimo per produrre un incendio rovinoso... Ogni medico saggio, tuttavia, potrà trovare proprio nell'immaginazione spunti importanti non solo per la diagnosi ma anche per il trattamento della ninfomania: "il n'y a point d'occasion", scrive Bienville, "où l'on puisse dire avec plus de vérité: *contraria contrariis curantur*".⁵⁸⁷

Non capita quasi mai, infatti, che i soli rimedi fisici possano operare una cura radicale **perché in questa malattia entrano in campo** troppe variabili che, appunto, non sono "fisiche": le cattive compagnie, che spesso si trovano anche in casa, con domestici e falsi amici; l'educazione, che se è troppo rigida finisce per ottenere sulle giovani l'effetto opposto, stimolando in loro una morbosa curiosità su alcuni aspetti della natura

⁵⁸⁵ Ivi, pp. 32-51.

⁵⁸⁶ Ivi, pp. 156-158 (corsivo nostro). Sul potere dell'immaginazione, si vedano anche le pp. 35, 36, 39, 59, 60, 78 e 89.

⁵⁸⁷ Ivi, p. 160.

umana; le canzoni d'amore, che con i loro svenevoli artifici instillano veleno nell'animo di queste donne e soprattutto i romanzi lussuriosi, che "commencent par disposer le cœur aux sentiments tendres, et finissent par inspirer et apprendre les lascivetés les plus grossières".⁵⁸⁸

Nello stesso periodo, si pronuncia in tal senso anche Tissot:

Une lecture continuée produit toutes les maladies nerveuses; peut-être que de toutes les causes qui ont nui à la santé des femmes, la principale a été la multiplication infinie des romans depuis cent ans. Dès la bavette jusqu'à la vieillesse, elles les lisent avec une si grande ardeur, qu'elles craignent de se distraire un moment, ne prennent aucun mouvement, et souvent veillent très tard pour satisfaire cette passion; ce qui ruine absolument leur santé; sans parler de celles qui sont elles mêmes auteurs, et ce nombre s'accroît tous les jours. Une fille qui, à l'âge de dix ans lit au lieu de courir, doit être à vingt une femme à vapeurs et non point une bonne nourrice.⁵⁸⁹

Dunque, con le malattie d'amore esistono tante, troppe variabili che impongono limiti sia alla chiarezza nosografica sia a quella terapeutica e, talvolta oscurano, la luce delle nuove conquiste scientifiche. Ciononostante, anche nel Settecento resta viva la "teoria immaginativa", che, come vedremo, sarà quanto mai utile per l'analisi dei nostri dipinti. Che cosa succede alla più generica "malinconia"? A partire dalla fine del Seicento, assumerà le sembianze di uno stato d'animo dominato da una mesta meditazione, da una insoddisfazione di sé e del mondo.

Nell'*Encyclopédie* Diderot la descrive così

MELANCOLIE, s. f. – C'est le sentiment habituel de notre imperfection. Elle est opposée à la gaieté qui naît du contentement de nous mêmes: elle est le plus souvent l'effet de la faiblesse de l'âme & des organes: elle l'est aussi des idées d'une certaine perfection, qu'on ne trouve ni en soi, ni dans les autres, ni dans les objets de ses plaisirs, ni dans la nature: elle se plaît dans la méditation qui exerce assez les facultés de l'âme pour lui donner un sentiment doux de son existence, & qui en même temps la dérobe au trouble des passions, aux sensations vives qui la plongeraient dans l'épuisement. La *mélancolie* n'est point l'ennemie de la volupté, elle se prête aux illusions de l'amour, & laisse savourer les plaisirs délicats de l'âme & des sens. L'amitié lui est nécessaire, elle s'attache à ce qu'elle aime, comme le lierre à l'ormeau. [...] M. Vien l'a représentée sous

⁵⁸⁸ Ivi, p. 40.

⁵⁸⁹ S. A. D. Tissot, *De la santé de gens de lettres*, François Grasset, Lausanne 1769², p. 199.

l’emblème d’une femme très jeune, mais maigre & abattue: elle est assise dans un fauteuil, dont le dos est opposé au jour; on voit quelques livres & des instruments de musique dispersés dans sa chambre, des parfums brûlent à côté d’elle; elle a sa tête appuyée d’une main, de l’autre elle tient une fleur, à laquelle elle ne fait pas attention; ses yeux sont fixés à terre, & son âme toute en elle – même ne reçoit des objets qui l’environnent aucune impression.⁵⁹⁰

La malinconia, dunque, è abbattimento, dolente scontento (*fig. 7*). Dal punto di vista medico però, precisa Diderot, malinconia e mania sono originate da cause molto simili: “les chagrins, les peines d’esprit, les passions, & sur-tout l’amour & l’appétit vénérien non satisfait”, così come “les impressions trop fortes que font certains prédicateurs trop outrés” che parlano solo di “désespoir, vengeance, punition”, insieme con “les dérangements qui arrivent dans le foie, la rate, la matrice, les voies hémorroïdales” e i regimi di vita erronei.⁵⁹¹ Assistiamo così a una distinzione tra sintomi e cause o, diciamo meglio, tra segni (riscontri obiettivi del medico) e fattori di rischio (elementi che concorrono alla patogenesi).

Ma, pur individuate le cause, resta il problema della localizzazione, non risolvibile neppure con l’ausilio della dissezione. Infatti,

le ouvertures des cadavres des personnes mortes de cette maladie, ne présentent aucun vice sensible dans le cerveau [...] et tout le dérangement s’observe presque toujours dans le bas-ventre, & sur-tout dans les hypocondres, dans la région épigastrique; le foie, la rate, l’utérus [parsemées d’une grande quantité de nerfs extrêmement sensibles] paraissent principalement affectés & semblent être le principe de tous les symptômes de la manie [*sic*].⁵⁹²

Ci troviamo all’interno di una nosologia elastica, che sostanzialmente sovrappone malinconia e mania. Ma a questo punto una cosa è certa:

Il faut dans la curation de la mélancholie, pour que le succès en soit plus assuré, commencer par guérir l’esprit & ensuite attaquer les vices du corps, lorsqu’on les connaît; pour cela il faut qu’un médecin prudent sache s’attirer la confiance du malade, qu’il entre dans son idée, qu’il s’accommode à son délire, qu’il paroisse persuadé que les choses sont

⁵⁹⁰ D. Diderot, *Mélancolie*, in *Encyclopédie*, vol. 10, s.v.

⁵⁹¹ *Ibidem*.

⁵⁹² *Ibidem* (corsivi nostri).

telles que le mélancholique les imagine [...], & pour l'opérer, il est souvent obligé d'en venir à des remèdes singuliers.⁵⁹³

Spetta al medico istruito e ingegnoso il compito di cogliere le occasioni offerte dallo stesso delirio dei pazienti: solo se questi si districa tra i suoi inganni, potrà districarsi anche tra le fibre nervose, tra gli organi inquieti, e porre così rimedio al tormento di malati che mancano della giusta misura (anestesia, iperestesia, parestesia).⁵⁹⁴

Siamo quindi dinanzi a una malattia che fa il suo corso, storico e teorico, oscillando tra diverse polarizzazioni quantitative (di intensità) e qualitative (di valore). Non a caso, quando nel 1838 Esquirol parla di erotomania, la metterà nuovamente in stretta correlazione con la malinconia, perché essa, a differenza della ninfomania e della satiriasi, originate dall'irritazione degli organi riproduttivi, è un disordine mentale, una "monomania malinconica" in cui tutto "sta nella testa".⁵⁹⁵

Viene a mutare così anche il significato morale delle malattie nervose. Scrive Foucault:

Finché i mali di nervi erano rimasti associati ai movimenti organici delle parti inferiori del corpo, si situavano all'interno di una stessa etica del desiderio: essi rappresentavano la rivincita di un corpo grossolano; ci si ammalava per colpa di una violenza eccessiva. Ormai si è malati per troppo sentire.⁵⁹⁶

Da questo punto di vista, comprendiamo il valore che Esquirol attribuisce al testo di Ferrand. Tuttavia, a partire da questo momento (siamo nel 1838), il povero Ferrand non viene più citato all'interno di nessun trattato medico. Ritroveremo il suo nome in uno dei più popolari romanzi ottocenteschi, *Les mystères de Paris*, dove Eugène Sue, figlio di un chirurgo della guardia napoleonica, lo affibbia a un notaio erotomane (*fig. 8*)

Sue lo descrive così:

[Il signor Ferrand] era un avaro eccezionale; ma oltre l'avarizia, una passione sovente lo esaltava in modo da diventare frenesia. Questa passione era la lussuria; la lussuria del

⁵⁹³ *Ibidem* (corsivi nostri).

⁵⁹⁴ Si veda D. Diderot, *Eléments de physiologie*, Honoré Champion, Paris 1994, pp. 229-230.

⁵⁹⁵ J.-E. D. Esquirol, *Des maladies mentales*, cit., voll. II-III, *passim*. Si veda anche D. A. Portemer, *Les érotomanes*, tr. ing. parz. "History of Psychiatry", vol. 11, n. 44, 2000, pp. 439-443. L'ultima concezione dell'erotomania culmina con A. Ferdière, *L'érotomani*, Doin, Paris 1937 e si riferisce all'illusione di essere amato. Si veda G. E. Berrios e N. Kennedy, *Erotomania*. "History of Psychiatry", n. 13, ottobre 2002, pp. 381-400. Cfr. ovviamente G. G. de Clérambault, *Les psychoses passionnelles*, in Id., *Oeuvres Psychiatriques*, PUF, Paris 1942, pp. 315-451 e Id., *L'érotomanie*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1993.

⁵⁹⁶ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 437.

bruto e della belva. [...]. Aveva al più cinquant'anni, [...] di statura media, era robusto, quadrato, tozzo, rosso e peloso come un orso.⁵⁹⁷

Nella descrizione di questo Ferrand emerge l'aspetto francamente turpe della malattia, con tutta la pruderie che ben si addice a un feuilleton.

Resta il fatto che il mal d'amore, pur liberatosi di Ferrand e in accezioni che, come si è visto, confondono qualità e quantità, continua a conoscere una certa fortuna. Nel 1891, il dottor Pierre Garnier, curatore della collana "Hygiène de la génération", dopo il successo di *Le mariage, dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux*, pubblica *Le mal d'amour. Contagion, préservatifs et remèdes*, che in realtà – a prescindere dalla massima che si trova sul frontespizio (*Primum non nocere*) e delle considerazioni riguardanti, ancora una volta, le polarità eccesso-difetto ("aphrodisiasie ou anaphrodisiaie, c'est à dire surexcitation [...] ou insensibilité du sens génital") – si occupa prevalentemente delle malattie veneree, o "segrete", come lui dice.⁵⁹⁸

Altra cosa, invece, è il curioso studio del neurologo Joseph Grasset, comparso cinque anni dopo, dal titolo *Le médecin de l'amour au temps de Marivaux*, in cui viene recuperato il pensiero sul mal d'amore di François Boissier de Sauvages, medico e botanico, nonché autore di poesie e, nel 1763, di una celebre *Nosologia methodica*, che riordinava le malattie in dieci classi, duecentonovantacinque generi e duemilaquattrocento specie. Secondo questa sistematizzazione, il furor uterino rientrerebbe tra le *morositates*, cioè tra le stravaganze, assieme alla fame canina, alla sete eccessiva, alla nostalgia del proprio paese, al timor panico, all'idrofobia e alla satiriasi.⁵⁹⁹

Nel 1724, Sauvages presentò una *Dissertatio medica atque ludicra de amore*, dove, nel sottotitolo, *Utrum sit amor medicabilis herbis?*, converte in forma interrogativa il celebre adagio ovidiano dei *Remedia amoris* ("Nullis amor est medicabilis herbis"). Fu probabilmente questo testo, assieme alla sua passione per versi e poesie, a fargli meritare il curioso appellativo di "medico dell'amore", dinanzi al quale Grasset finge sulle prime di sorprendersi: "si direbbe che l'amore fugga alla sola vista di un medico...".⁶⁰⁰ Tuttavia, prosegue Grasset, Sauvages non è uno di quei "ginecologi

⁵⁹⁷ E. Sue, *I misteri di Parigi* [1843], Lucchi, Milano 1990, p. 146.

⁵⁹⁸ P. Garnier, *Le mal d'amour*, Garnier Frères, Paris 1891, p. 1.

⁵⁹⁹ F. Boissier de Sauvages, *Nosologia methodica* De Tournefort, Amsterdam 1763. Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 308.

⁶⁰⁰ [J.] Grasset, *Le médecin de l'amour au temps de Marivaux*, Camille Coulet-G. Masson, Montpellier-Paris 1896, p. 6. Ecco che cosa dice Étienne-Hyacinthe de la Ratte, astronomo e matematico, nell'*Éloge* a Boissier de Sauvages che apre l'edizione del 1772 della *Nosologia* circa il curioso nomignolo del suo

moderni” che si adoperano solo per facilitare la realizzazione delle conseguenze dell’amore legittimo o per rimediare a quelle spiacevoli dell’amore illegittimo. Perché, per Sauvages, nell’amore si manifesta in massimo grado “l’unione del fisico e del morale” e dunque affronta le patologie da esso derivate in una maniera che si rivela particolarmente utile anche per l’epoca di Grasset. Il quale, finisce per intrecciare le sue idee con quelle di Sauvages.

L’amore è una malattia diffusa in particolare tra i giovani, i cui sintomi sono, diremmo oggi, alquanto “bipolari”: l’innamorato è triste o ilare, loquace o taciturno, ha le gote arrossate, oppure è sempre pallido... Quanto alla fisiologia, le responsabili di tutta questa varietà oppositiva sono le “fibre del cervello”, messe in movimento dall’impressione dell’oggetto desiderato, e le tensioni delle “fibre di Venere”, queste ultime affrontate dagli autori, Boissier e Grasset, con una verve più consona al côté *ludicrus* che non a quello *medicus*. Quanto ai rimedi indicati, sono quelli che ormai conosciamo: salassi, purgativi, bagni freddi, bevande acide, distrazioni e sane occupazioni, in grado di produrre un generale rilassamento di tutte le fibre nervose che “conduisent” l’amore (un’immagine, diremmo, post-galvaniana).⁶⁰¹

Nel 1893, anche Gaston Danville, noto per i suoi racconti fantastici, ci parla dei sintomi dell’amore passionale:

Il nous suffira [...] de comparer le tableau des manifestations de ces symptômes pathologiques auxquels nous faisons allusion avec celui que les romanciers et les philosophes nous ont tracé de l’amour. Nous serons frappés alors d’une concordance presque parfaite. Ces manifestations rentrent pour la plupart dans ce que les psychiatres ont nommé les obsessions conscientes.⁶⁰²

Incontriamo dunque una nuova definizione, quella di “ossessioni coscienti”. Danville prosegue:

autore: “Il fut le Médecin de l’amour. Il eut dans sa jeunesse, ou parut avoir le cœur tendre; il faisoit des vers, et on ne parloit [...] que des pièces de Poésie qui lui échappoient fréquemment, pour ou contre le beau sexe, selon qu’il en étoit bien ou mal traité. Les pièce qu’un peu de dépit lui arrachoit, tenont souvent lieu de remède pour une guérison que les plantes n’auroient pas opérée”.⁶⁰⁰ Dopodiché, suggerisce de la Ratte, Boissier abbandonò queste “distrazioni importune”, sacrificò “les petits vers son devoir” e proseguì la sua carriera mosso solo dall’“amour de vérité, É.-H. de la Ratte, *Éloge de M. de Sauvages* (1772), in F. Boissier de Sauvages, *Écrits divers*, a cura di G. Barroux, Éditions Universitaires de Dijon, Dijon 2011, pp. 14 e 18. Si tenga presente che *Le médecin de l’amour* è anche il titolo di un’opera “médico-romanesque” del medico e scrittore François-Amédée Doppet [Leroy, Paris 1787], nonché di un’opéra-comique di Louis Anseume messa in scena a Parigi nel 1758.

⁶⁰¹ F. Boissier de Sauvages, in [J.] Grasset, *Le médecin de l’amour...*, cit., pp. 113-123.

⁶⁰² G. Danville, *L’amour est-il un état pathologique?*, “Revue philosophique de la France et de l’étranger”, nn. 1-6, 1893, pp. 267-270. Cfr. Id., *La psychologie de l’amour*, Félix Alcan, Paris 1894.

Il nous paraît résulter des considérations précédentes, que l'amour, produit différencié du développement émotionnel au point de vue physiologique, modalité particulière du mécanisme général de la connaissance au point de vue psychologique, loin de constituer une forme morbide et de régression, ressortit à l'évolution mentale normale et progressiste.⁶⁰³

Le cose non sono così semplici, dato che il pensiero medico, e in particolare quello psichiatrico, fatica molto a tracciare confini certi tra normalità e patologia, come dimostrano i più celebri studi degli ultimi trent'anni dell'Ottocento a proposito dell'amore, come la *Psycopathia sexualis* di Krafft-Ebing, del 1886 o *La fisiologia dell'amore* e *La fisiologia del piacere* pubblicati da Mantegazza rispettivamente del 1873 e del 1880.

Ci accorgeremo ancor meglio di questa complessità non appena inizieremo ad esaminare le nostre immagini. Per farlo prenderemo le mosse dallo scritto di uno degli esponenti della "scuola" della Salpêtrière, Henry Meige, medico, neurologo e allievo di Charcot, che nel 1899 pubblica sulla "Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière" una serie di articoli sui dipinti del secolo d'oro olandese che riguardano il mal d'amore. Questo testo – influenzato da quello di Grasset, che infatti viene profusamente citato –, a nostro avviso rimane l'indagine più completa sulle manifestazioni visive del mal d'amore per interposta pittura. Risente ovviamente dei limiti del tempo, così come delle teorie e delle pratiche della Salpêtrière – ovvero, del desiderio di vedere troppo oltre l'immagine pittorica e di fare iconologia medica mescolando il clinico con lo storico. Tuttavia, le sue argomentazioni vengono agitate da dubbi che, innestandosi sul discorso principale, ne fanno un documento di straordinaria importanza, e di singolare acume.⁶⁰⁴

Meige si accorge di una strana "localizzazione" del mal d'amore:

Vers le milieu du XVII^e siècle, une épidémie insolite fit son apparition dans les Pays Bas. Singulier mal! ... Seules, les femmes en étaient frappées, et non les vieilles ni les laides, mais bien les jeunes et les jolies. C'était un fléau raffiné: il méprisait les demeures des humbles pour pénétrer dans les intérieurs aisés où il s'installait en maître. On en souffrait

⁶⁰³ G. Danville, *L'amour est-il un état pathologique?*, cit., p. 83.

⁶⁰⁴ Si veda la lettura degli scritti di Meige, e di quelli della "Scuola della Salpêtrière", in E. Petterson, **Amans amanti medicus**, cit., pp. 27-31: "Wenn es das Verdienst der französischen Forschung gewesen ist, die medizinische Ikonologie begründet und entwickelt zu haben, so ist es das Verdienst den deutschen Forschung gewesen, die Begrenzungen der medizinischen Ikonographie erkannt zu haben. Von Anfang an behandelten die deutschen Forscher die 'medizinischen' Darstellungen in der bildenden Kunst mehr als medizinhistorische denn als medizinische Dokumente", ivi, p. 31.

de cruelle manière; pourtant, ce mal n'était pas sans attraits [et] la Faculté en fut émue. Elle accourut, visita les victimes, tâta le pouls, lorgna l'urine, drogua, purgea, saigna, puis, finalement,... se retira. Le mal n'était pas de sa compétence.⁶⁰⁵

È probabile che Meige abbia pienamente ragione e che la malattia non sia, come dice, di pertinenza medica. Ma se i medici moderni conservavano una posizione estremamente circospetta – medicina difensiva *ante litteram*? – è pur vero che, immagini alla mano, possiamo affermare che nel Seicento, in Olanda, alcuni pittori si trovarono a transitare per quelle stanze di dolore, rimasero affascinati dallo charme di questa malattia e ritrassero le malate che ne erano affette. Non erano mai vecchie e brutte, dice Meige; erano sempre giovani e graziose.⁶⁰⁶

Possiamo supporre che a guidare queste indagini fosse una sorta di passione, magari solo parzialmente conscia, del nostro Meige per i Paesi Bassi, dato che questi definì per primo la sindrome “di Brueghel”, unione di un blefarospasmo con una distonia oro-mandibolare. Tuttavia, se leggiamo con attenzione il suo resoconto di viaggio, e delle sue visite ai musei più importanti d'Europa, sfoglieremmo “tout un chapitre de médecine en images”⁶⁰⁷ e, forse, trarremo suggerimenti importanti sulla ragione per cui il mal d'amore mieté tante vittime tra le giovani olandesi di buona famiglia. Seguiamolo dunque nelle sue visite, immaginando, almeno all'inizio, che le gallerie di dipinti si trasformino in corsie ospedaliere.

⁶⁰⁵ H. Meige, *Le mal d'amour*, “Nouvelle iconographie de la Salpêtrière”, tomo XII, 1899, p. 57. Il numero della rivista è curato da F. Raymond, A. Joffroy e A. Fournier (con la collaborazione di Paul Richer, Albert Londe e Gilles de la Tourette). Meige, all'epoca, è segretario di redazione; la rubrica in cui compaiono gli articoli ha per titolo “Les peintres de la médecine”. Cfr. P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., pp. 399-407.

⁶⁰⁶ H. Meige, *Le mal d'amour*, “Nouvelle iconographie de la Salpêtrière”, Tome XII, 1899, p. 57.

⁶⁰⁷ *Ibidem*.

II. 2. Visite di reparto

Le visite di Henry Meige cominciano al Rijksmuseum di Amsterdam (*fig. 9*). Ecco la descrizione dell'incontro con questa prima paziente:

Une chambre proprette, des meubles assez cossus; un fauteuil, une table recouverte d'un tapis d'Orient, sur le mur une horloge, et dans le fonds un lit à baldaquin et à rideaux verts. Là se tient une petite bourgeoise approchant de son vingtième printemps. [...] Aujourd'hui, le mal vient de la frapper. Elle a perdu ses roses couleurs ; elle a pleuré; sa guitare abandonnée pend tristement sur la muraille. La pauvre est bien malade. Elle se soutient à peine; elle n'a pu, comme à l'ordinaire, faire la toilette de sa chambre, ni s'attifer elle-même un peu. Son caraco de satin gris bordé de fourrure blanche et les reflets d'or de sa robe flattent l'œil agréablement. Mais cela ne la touche guère. Et même, n'a-t-elle pas oublié de dissimuler sous son lit certain vase intime – Quelle faute pour une ménagère hollandaise! Hélas! – elle est sans forces et sans courage: tout lui fait mal, tout lui est indifférent, tout l'ennuie. Sa pauvre tête est si faible, si douloureuse... Elle a cependant tenté plusieurs remèdes : une potion qui reste à tiédir sur sa chaufferette, une mouche qu'elle a posée sur sa tempe droite. Rien n'y fait. Aussi, désespérée, a-t-elle fait quérir son docteur. Le voici près d'elle. C'est un vieux brave homme de médecin, blanchi par une rude pratique, n'aimant point l'apparat [...]. Il ne porte ni la robe longue ni le haut bonnet, qui seraient pour lui une gêne dans les rues boueuses et les logis étroits; un justaucorps noir, un court manteau marron et un béret, de couleur sombre, le tout sans aucun ornement: cela suffit à ses yeux pour assurer le décorum professionnel. Il est vraiment de ceux dont la vue n'appelle pas le sourire, car il est très simple et très consciencieux.⁶⁰⁸

Una descrizione che procede secondo dati obiettivi, eccezion fatta per pochi commenti che riguardano malata e medico. Circa la malata, Meige fa notare l'inopinata stravaganza del suo comportamento rispetto alla buona creanza: in un'abitazione ammodo e "proprette" dei Paesi Bassi, dove l'immane tappeto d'Oriente ricopre il tavolo buono, una giovane altrettanto ammodo, vestita di raso e pelliccia, dimentica di nascondere sotto il letto il suo vaso da notte. Da cui il commento di Meige: "Quelle faute pour une ménagère hollandaise!". Riguardo al medico, invece, l'autore tiene

⁶⁰⁸ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 59-60.

molto a precisare subito, senza che nessuno gli abbia dato adito di sospettare il contrario, che è un collega perbene, un brav'uomo, per nulla amante delle apparenze, avvezzo alla sobrietà richiesta dalle umide città olandesi: a che mai potrebbero servirgli i copricapo ingombranti o i voluminosi pastrani? Si inzacchererebbero nel fango delle strade.

Meige manifesta un'accorata simpatia per questo collega, si mette "nei suoi panni" e lo fa esprimere con paterna bonomia (lasciamo dunque le virgolette):

"Las! Voilà une jeune personne capuchonnée comme une mère-grand qui enfouit son petit minois dans un gros oreiller. Quel peut être son mal?... Une grande pesanteur de la tête. Il se pourrait. Nous connaissons de ces méchantes migraines qui torturent cruellement les jeunes filles; mais je gage que notre malade souffre encore par ailleurs: ces yeux rougis, ces lèvres décolorées, cette grande langueur où elle semble être tombée, tout cela me donne à penser que le cœur aussi doit être atteint. Bien sot qui ne verrait qu'elle a beaucoup pleuré... Hum!... Je crois bien que *ma* visite n'est pas celle qu'elle souhaitait le plus ardemment de recevoir. Voyons le pouls... Il n'est pas mauvais; mais c'est celui d'une jeune personne qui a le cœur bien gros. *Ne cherchons pas plus avant*. Notre malade me semble atteinte de cette affection à la mode qui, pénétrant par les yeux, va se loger au cœur... Sera-ce grave? – Oui et non. Ces Messieurs de la Faculté dissertent encore pour savoir s'il faut attribuer ce mal à quelque vapeur subtile engendrée par quelque humeur volatile, ou réciproquement... Pour moi, qui ne suis point si savant, je n'ai d'autre désir que de le guérir".⁶⁰⁹

Perché mai una giovane graziosa dovrebbe nascondere il suo bel musetto e indossare una cuffia che la fa somigliare a una vecchia? Soffre forse di quelle forti emicranie che molestano le giornate di tante adolescenti? O c'è dell'altro? Ha la testa pesante, le labbra biancastre, gli occhi arrossati (deve avere pianto...), ha il polso alterato ma nulla di preoccupante... A poco a poco il medico intuisce qualcosa: forse il male non è di sua competenza, forse non è la *sua* visita che la giovane desiderava ricevere. È inutile "andare oltre": impiastri e pozioni non servirebbero a nulla – e "il ne serait guère bienséant que je prescrive un remède qui n'est point fabriqué par nos apothicaires".⁶¹⁰ Meige non osa contestare la posizione del collega più anziano. Tuttavia, è possibile che la sua localizzazione della malattia (il vecchio medico parla più volte di "cuore") non lo soddisfacesse granché...

⁶⁰⁹ Ivi, pp. 61-62 (corsivi nostri).

⁶¹⁰ Ivi, p. 62.

Così, in piena autonomia, Meige continua le sue indagini, alla ricerca di altre pazienti e di altri colleghi (fig. 10). Ma non prima di aver riflettuto sulla natura di questa strana malattia. Perché, misure di frequenza alla mano, arriva a questa conclusione: alla metà del Seicento, in Olanda, questa patologia si diffonde in maniera epidemica, ma pare colpire solo le donne, specie quelle giovani, graziose e di buona famiglia. Bisognerà dunque procedere a un rigoroso studio osservazionale su questo “raffinato flagello”,⁶¹¹ capire quali siano le relazioni di causa-effetto tra la malattia e i fattori di rischio (essere donne, abitare in Olanda alla metà del Seicento, appartenere a una classe agiata, e così via). Oggi parleremmo di epidemiologia “descrittiva” e di epidemiologia “analitica”...

Perché le malate sono sempre donne? Alcuni studiosi, in epoche successive a quella di Meige, hanno fatto notare che dalla fine del XVI secolo la variante “amorosa” della melanconia sarebbe stata appannaggio delle donne: ovvero, se l'*amor hereos* era connotato al maschile, la melanconia al “negativo” si declina quasi unicamente al femminile. La questione è assai problematica, così come sono problematiche le ragioni che avrebbero portato a questo mutamento di valore. Secondo alcuni, questo cambiamento di genere della melanconia amorosa sarebbe stato dovuto, in buona parte, alla diversa localizzazione del male, cioè al suo trasferimento a livelli sempre più “bassi” e organici, ossia dal cervello, o dal cuore, agli organi genitali femminili. Cosicché gli uomini malati d'amore, che pure non scompaiono del tutto né dalla trattatistica medica né dalla letteratura, metterebbero così a rischio la loro mascolinità; simmetricamente, le donne malate d'amore sarebbero considerate più femminili...⁶¹² D'altra parte, già dai trattati di Ferrand e di Burton possiamo ricavare letture di tipo “psico-sociale”: anche gli uomini soffrono per amore, ma la loro natura “di azione” fa sì che essi non possano abbandonarsi alla *rêverie* erotica (che peraltro, precisa Burton, negli uomini sarebbe originata da una “repressed anger”).⁶¹³

Sta di fatto che, già nel Cinquecento, troviamo molte novelle Didone, o Saffo. Una testimonianza a proposito è quella di Hélienne de Crenne, nel suo *Les angoisses douleureuses qui procèdent d'amour* databile al 1539. Le pene dell'eroina, innamorata e *mal-mariée*, vengono descritte in prima persona con la precisione degna di un trattato scientifico – o almeno di uno di “medicina narrativa” che concentri la propria

⁶¹¹ Ivi, p. 57.

⁶¹² M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1990, p. 126.

⁶¹³ G. S. Rousseau, *A strange pathology*, in S. Gilman et alii, *Hysteria beyond Freud*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1993, pp. 113-114.

attenzione al racconto dei sintomi. I medici, dice la protagonista, non possono nulla; così ella si mette a scrivere, trovando a suo modo un *remedium amoris*:

Mon amoureux cœur se debattoit dans mon estomach; en muant couleur du principe devins palle et froide, puis après une chaleur véhémence licentia de moy la palle couleur et devns chaulde et vermeille [...]. J'estois agitée par affluence de soupirs. [...] Et quand je voulois prononcer quelque propos [...], l'extrême détresse de ma douleur interrompoit ma voix. Je perdis l'appetit de manger, et dormir m'estoit impossible.⁶¹⁴

È la fisiologia femminile a esporre le donne a disturbi di questo genere. Ed è questa fisiologia a interessare i medici. Tra la fine del Cinquecento e l'inizio del Seicento compaiono molti testi di “nuova medicina” per le donne – pensiamo, tra gli altri, a Luis Mercado (*De mulierum affectionibus*, 1579), a Girolamo Mercuriale (*De morbis mulieribus*, 1582), a Rodrigues de Castro (*De universa mulierum medicina*, 1603) e, soprattutto, a Jean Varandal (*Tractatus therapeuticum de morbis mulierum*, 1619). Non è questa la sede per analizzare nel dettaglio questo trattati. Basti però dire che attorno al 1600 quasi nessun testo di medicina al passo con i tempi parla più del sesso fisiologico della donna come variante incompleta di quello maschile. Ad esempio, nel 1623 il medico romano Emilio Parisano, abbandonata in parte la posizione aristotelica a favore di una versione modificata del galenismo, scrive:

*Foemina perfecta est, nec perfectior esse potest: quotiamo ad concipiendum, ad procreandam prolem, continendam, fovendam, aleandam, perficiendamque talibus instrumentis, talique temperatione opus habuit.*⁶¹⁵

Il sesso fisiologico della donna, l'utero in particolare, evoca dunque ammirazioni ed elogi per la sua specifica funzione generativa. Il che, a dire il vero, non stupisce affatto, specie se consideriamo lo sviluppo delle conoscenze anatomiche e settorie. Già nel secolo XIV e XV, il corpo maschile veniva anatomizzato per comprendere le strutture di un corpo “generico” (“the male bodies are mostly surfaces”, scrive Katharine Park);

⁶¹⁴ H. de Crenne, *Les angoisses douloureuses qui procèdent d'amour* [1539. ca], cit. in B. Marczuk, *Les maladies d'amour au féminin*, in O. A. Duhl, a cura di, *Amour, sexualité et médecine aux XV^e et XVI^e siècles*, Éditions Universitaires de Dijon, Dijon 2009, p. 57.

⁶¹⁵ Parisano, *De subtilitate*, Venezia, 1623, pp. 147-48, cit. in I. Maclean, *The Renaissance Notion of Woman*, Cambridge University Press, Cambridge 1995, p. 104, n. 39. Cfr. L. Jordanova, *Sexual Visions*, cit., in part. pp. 43-65.

quello femminile, invece serviva soprattutto per conoscere il sistema riproduttivo, ovvero era “identified with a visualizable inside”).⁶¹⁶

Ma se abbandoniamo la dimensione fisiologica per rivolgerci a quella, più generale, della “femminilità”, la situazione si complica. In alcuni testi della nuova ginecologia menzionati più sopra (Mercado in testa), leggiamo spesso che l’utero, l’“animal *avidum* generandi”, è colpevole dei comportamenti irrazionali delle donne, della loro abulia, della melanconia, del mal d’amore e persino della loro eccessiva loquacità.⁶¹⁷ Lo stesso Burton ribadisce che la natura “fredda e umida” della donna, pur non essendo indice di imperfezione (il suo “metabolismo” fa sì che ella consumi il cibo meno velocemente e destini dunque parte del nutrimento al feto e alla produzione del latte), la rende più incline all’instabilità di passioni e affetti, nonché alla corruzione immaginativa.⁶¹⁸

Insomma, attraverso le perturbazioni dello spirito la donna manifesta più dell’uomo la sinistra potenzialità metaforica del suo misterioso universo interiore. Siamo di fronte al contraltare di un tropo, quello della segretezza, con cui i “medici delle donne”, nella teoria ma anche nella pratica, dovevano quotidianamente fare i conti. Come dirà Philippe Peu nella *Préface* al suo *La pratique des accouchements*, è necessario in ogni modo esercitare rispetto, pudore e “châtier ses expressions”. Spiega l’autore:

Quoi que je fasse état des figures gravées, qui donnent une idée, et qui acheminent à la connaissance des choses, j’en ai mis peu, et seulement dans quelques endroits importants. [...] L’on ne se plaindra point que j’ai dressé des pièges à l’innocence, et des embûches à la pudeur par des représentations ou des traits d’érudition plus lascives qu’utiles. Il m’a paru même qu’il était de mon devoir de châtier mes expressions, et de bannir tout ce qui pouvait attirer la censure. Si la matière que nous traitons est délicate, c’est pour cela qu’il faut apporter plus de précaution, et ne pas croire que nous soyons en droit de flatter la passion du libertin, sus prétexte de captiver les bonnes grâces, et de nous en faire un lecteur facile et indulgent.⁶¹⁹

⁶¹⁶ K. Park, *Secrets of Women*, Zone, New York 2006, pp. 27 e 262-264.

⁶¹⁷ Mercado, *De mulierum affectionibus*, 1579, cit. in I. Maclean, *The Renaissance Notion of Woman*. Cambridge University Press, Cambridge 1995, p. 41. Cfr. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 79-80 [§28, “Se l’amore delle donne sia più forte e peggiore di quello degli uomini”].

⁶¹⁸ I.n Maclean, *The Renaissance Notion of Woman*, cit., pp. 34 e 42; F. Bound Alberti, *Emotions in the early modern medical tradition*, in Ead., a cura di, *Medicine, emotion and disease*, cit., pp. 2-7.

⁶¹⁹ Ph. Peu, *Préface*, in Id., *La pratique des accouchements*, Jean Boudot, Paris 1694, pp. 5-6, cit. in S. Arnaud-Lesot, *La pudeur en médecine aux XVIII^e et XIX^e siècles*, “Medicina nei secoli”, vol. 16, n. 1, 2004, pp. 96-97.

Un pudore che conserverà la sua importanza per molti decenni e giungerà sino all'Ottocento – quello del nostro Meige (*fig. 11*). Maxime Simon nella sua *Déontologie médicale* del 1845, nel capitolo intitolato “Des devoirs particuliers que les médecins ont à remplir à l'égard des femmes dans leurs maladies”, scrive :

En même temps qu'il ne parlera jamais à la femme qui souffre que d'une voix douce et amie, qu'il redoublera vis-à-vis d'elle de prévenance et de sollicitude, le médecin devra constamment, dans ses relations avec elle, se montrer plus de réserve et de circonspection. Sa pudeur doit lui être une chose sacrée, et il devra s'imposer la loi de ne soulever jamais les voiles qui la couvrent, que quand les nécessités de la science le lui commanderont impérieusement.⁶²⁰

Si tratta, chiaramente, di un doppio livello di pudica invisibilità, anatomica e ontologica, che avrà conseguenze diverse a seconda delle epoche: se l'anatomia femminile non può e non deve essere osservata per intero, nei suoi imperscrutabili recessi potranno continuare a prodursi clandestinamente spiriti maligni (siamo nel Seicento); ovvero: le sue fibre nervose (siamo nel Settecento), più corte, delicate e mobili di quelle degli uomini, accederanno in loro passioni effimere e brucianti. Le donne “sentono” il mondo, non lo analizzano: perciò sono predisposte a soccombere all’“impero delle passioni”.⁶²¹

Pensiamo al mal d'amore. Con le posizioni organiciste, esso diventa più che mai sovrapponibile all’“isteria”, ossia al furor uterino (e come qualcuno ha fatto notare, nella storia della medicina non incontriamo mai teorie, altrettanto organiciste, che ipotizzino la presenza di un “morbidly wandering scrotums”).⁶²² Già nella seconda metà del Seicento, l'inglese Thomas Willis scriveva:

[W]hen at any time a sickness happens in a woman's body, of an unusual manner, or more occult original, so that its causes lie hid, and a curatory indication is altogether

⁶²⁰ M. Simon, *Déontologie médicale* [1845], cit. in S. Arnaud-Lesot, *La pudeur en médecine aux XVIIIe et XIXe siècles*, cit., p. 102. Nella *Commare o raccoglitrice*, Girolamo Mercurio, forniva consigli ai colleghi che dovessero soccorrere una partoriente in difficoltà, ma si scontrassero con il suo pudico rifiuto di accettare la loro presenza: in questi casi, suggerisce Mercurio, ci si potrà introdurre nella stanza della partoriente “senza saputa”, e ciò risulterebbe più facile se queste donne abitassero in “camere oscure” e se il medico “fosse introdotto senza parlare, travestito in abito di donna, con la testa bendata”, G. Mercurio, *La commare o raccoglitrice*, libro II, cap. XVI [1601], cit. in M. L. Altieri Biagi *et alii*, *Medicina per le donne nel Cinquecento*, UTET, Torino 1992, p. 25.

⁶²¹ A. Wenger, *La médecine et le corps des femmes au XVIIIe siècle*, in C. Fintz, a cura di, *Le corps comme lieu de métissages*, L'Harmattan, Paris 2004, p. 110.

⁶²² G. S. Rousseau, *A strange pathology*, in S. Gilman *et alii*, *Hysteria Beyond Freud*, cit., pp. 113-114.

uncertain [...] we declare it to be something hysterical [...], which oftentimes is only the *subterfuge of ignorance*".⁶²³

Che si tratti o meno di uno stratagemma per dissimulare la mancanza di conoscenze, l'idea di isteria, per secoli o millenni, imputa all'utero tutti i delitti. Certo, le donne non governano i loro affetti, e quindi si ammalano; ma ciò ha un'origine organica, e solo una volta localizzata questa origine si potrà avvalorare l'ipotesi di una di causalità reciproca tra il fisico e il morale. Una reciprocità che, però, è tutt'altro che governata dall'equilibrio. Perché l'isteria è una malattia psichica di *derivazione* organica: non è dovuta a quella che nel Novecento sarà definita "compiacenza somatica" ma ha, letteralmente, origine nel corpo e nei suoi organi. Sarà dunque necessario prevedere un attento studio della geografia interiore delle donne.

Tuttavia, sono le stesse donne, proprio nel periodo di epidemia di mal d'amore, poco distante dal luogo in cui si ricoverano le pazienti di Meige, a complicare ulteriormente questa geografia, materializzando a proprio modo i collegamenti tra corpo e spirito. Pensiamo alla celebre *Carte de Tendre* (1654), ossia alla rappresentazione topografica dell'immaginaria provincia di "Tenezza", attribuita a François Chauveau e posta a corredo della prima parte di *Clélie* di Madame de Scudéry (*fig. 12*). Questa mappa, evidentemente ispirata all'anatomia femminile, racconta di un itinerario amoroso: per andare da Nouvelle-Amitié a Tendre-sur-Estime, bisogna attraversare Grand-Esprit, Jolis-vers, Billet-galan e Billet-doux; nei pressi, il fiume Inclination scorre tranquillo, il lago Indifférence, si ripara in una depressione fin troppo soporifera e prende le distanze dalla burrascosa *Mer*. Una cartografia sentimentale, dunque, che tuttavia si comporta come un vero e proprio atlante anatomico, con l'apparato riproduttivo femminile e un reticolo di vasi in cui scorrono corsi d'acqua in fluida relazione reciproca.⁶²⁴ Una struttura *double face* dove il racconto anatomico prende la voce delle emozioni e degli affetti e consente di evitare lo spaesamento sentimentale disponendo in maniera chiara e ordinata tutto ciò che il cuore può provare di più confuso... Possiamo pensare a questa mappa come a una suggestiva bizzarria barocca, o a un gioco sugli equivoci tra "interiore" e "interno". Ma non ci pare un documento di poco conto, soprattutto se pensiamo che è stato realizzato in un'epoca, appunto, di crescente organicismo localizzatore. Forse in questo modo la sua geografia ci parrà meno stramba.

⁶²³ T. Willis, cit. in R. Porter, *The body and the mind, the doctor and the patient*, S. Gilman et alii, *Hysteria Beyond Freud*, cit., p. 241 (corsivo nostro).

⁶²⁴ G. Bruno, *Atlante delle emozioni*, Bruno Mondadori, Milano 2006, in part. p. 209.

Torniamo a Meige. Il secondo dato che emerge con forza dalle sue riflessioni, oltre alla prevalenza di pazienti donne, è il fatto che l'epidemia di mal d'amore parve interessare soprattutto i Paesi Bassi. È difficile pensare a questa malattia del passato nei termini, diremmo oggi, di demografia sanitaria – o parlare di patocenosi, con i suoi correlati di sinergismo genetico, ambientale, sociale.⁶²⁵ Sa di fatto che Bienville, che visse a lungo in Olanda (nel 1771 pubblicò il proprio ad Amsterdam suo *Nymphomanie*), scrive: “J'aurais cru avec tout le monde que cette maladie devait presque être ignorée dans les pays froids”.⁶²⁶ Eppure pare proprio che le pallide giovani del nord Europa non siano affatto immuni dal mal d'amore, né da altri morbi consimili.

Nel 1544, il medico tedesco Johannes Lange individua un nuovo *morbus virgineus*. Il caso, raccontato in una lettera indirizzata al padre di una paziente, è il seguente: la giovane è in età da marito, ma è malata e il padre rifiuta i pretendenti. I medici hanno formulato diagnosi diverse – cardialgia, palpitazioni, problemi digestivi... Nel frattempo, il volto della giovane assume un colorito terreo, ha le labbra pallidissime, come se non vi scorresse il sangue. Anna, questo è il suo nome, si sente esausta dopo il minimo sforzo, le si gonfiano le caviglie, le pulsano le tempie e il suo stomaco rifiuta il cibo, soprattutto la carne. Lange si sorprende del fatto che i medici convocati dal padre non siano stati di alcun aiuto (che abbiano supposto, come il dottore del Rijksmuseum incontrato da Meige, che la malattia non fosse di loro pertinenza?). A Lange, invece, è tutto chiaro: è un caso di “morbus virgineus”, la malattia che le donne del Brabante chiamano *febrem amatoriam* o *febrem albam*, per indicare il pallore che compare sul volto di chi ne è colpito. Il sangue di queste pazienti è denso, i loro mestruî restano imprigionati, ostruiscono i canali e il loro cuore si indolenzisce: bisognerà dunque utilizzare medicinali che liberino i dotti intasati. Ma se si vuole davvero guarire la povera Anna, bisognerà seguire il consiglio del “divino Ippocrate”, ovvero far sì che si sposi al più presto. Così conclude il medico, rivolgendosi al padre in ansia: “Quare

⁶²⁵ M. D. Grmek, *Préliminaires d'une étude historique des maladies*, “Annales E.S.C.”, n. 6, 1969, pp. 1437-1483 e Id. e J. C. Sournia, *Le malattie dominanti*, in Id., a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, cit., pp. 417-450. Cfr. G. Cerasoli, *La patocenosi*, “Storia e futuro”, n. 1, 2002 [on line].

⁶²⁶ M. D. T. Bienville, *La nymphomanie*, cit., pp. 50-51.

bono sis animo, filiam tua elocato: nuptiis quoque ego libens intererero”, ossia: “Coraggio, fidanzata tua figlia! Parteciperò volentieri al suo matrimonio”.⁶²⁷

La malattia assume dunque anche l'appellativo, *febrem albam*, che conferisce una tonalità ai volti di queste donne. Lo aveva già detto Ovidio, con il suo *palleat omni amans, hic est color aptus amanti*,⁶²⁸ ma Jacques Ferrand sarà più preciso:

Non bisogna interpretare “pallido” nel senso di “bianco”, né pensare che si tratti di uno scolorimento della pelle [...] ma piuttosto di un misto di bianco e di giallo, o di bianco, giallo e verde, [...] il colore che prende il grano quando il calore eccessivo e i venti che soffiano dal sud lo fanno maturare troppo rapidamente; [...] o quello che si vede nel fuoco, o nel medicamento che noi chiamiamo oca o orpimento, [...] una tonalità prodotta nel corpo da una mescolazione di bile gialla e della parte acquosa del sangue, [...] un colore di lenticchie. [...]. I poeti sapevano che questo, e non il bianco, è il colore degli innamorati.⁶²⁹

Un melange di colori, variabile come l'umore degli amanti, che porta a rappresentazioni estreme, come quella di Sir Andrew Clark che nel 1887, con stupefacente abilità artistica, descrive la compresenza di mille sfumature su un solo volto:

The skin is of the colour *of long-kept white wax*, lighter or darker at different parts; on the forehead it is of a greenish-white tint; on the temples and neck it is of a yellow hue; about the lips and nostrils it is of a very pale purple colour; and about the eyelids it is like a whitered autumn leaf.⁶³⁰

Clark sta parlando della “clorosi”, descritta da Jean Varandal nel 1615. Sulle prime, si ipotizzò che la causa della malattia fosse di origine digestiva, o meglio “nutrizionale”: ossia, il colorito di queste giovani era dovuto al fatto che esse mangiavano poca carne, o che il loro corpo ne assimilava male le sostanze nutritive. Cosicché, per semplice omeopatia visuale, qualcuno (William Langham) propone terapie a base di piante rosse

⁶²⁷ J. Lange, *De morbo virgineo*, in Id., *Medicinalium epistolarum miscellanea*, Johannes Oporinus, Basel 1554, pp. 74-77 e *Epistolae medicinales*, Apud heredes Andreae Wechelii, Francofurti 1589, p. 100 e sgg. [trad. ingl. in H. King, *The disease of virgins*, cit., pp. 46-48. Cfr. *ivi*. p. 19].

⁶²⁸ Ovidio, *Ars amatoria*, I, 729.

⁶²⁹ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 47-48. Cfr. *ivi*, pp. 44-45.

⁶³⁰ A. Clark, *Anaemia or chlorosis of girl*, “The Lancet”, 19 novembre 1887, vol. 130/2, n. 3351, p. 1004. Cfr. H. King, *The Disease of Virgins*, cit., p. 30 e sgg. [§ *How green was green sickness?*].

e qualcun altro (Jane Sharp) suggerisce di evitare i frutti verdi.⁶³¹ Ma quando si iniziò a considerare altre cause di natura genericamente “isterica”, la faccenda si complicò: per stabilire un legame tra gli effetti della discrasia del sangue e quelli della psiche, si dovette costringere il segno *princeps* della malattia, ossia il colorito verdognolo, a far da ponte tra due dimensioni apparentemente irriducibili l’una all’altra.⁶³²

Dalle ipotesi secentesche, fino a quelle ottocentesche e primo novecentesche, la clorosi presenta sempre una dimensione caleidoscopica, che frustra il desiderio di assegnare una struttura, almeno parzialmente regolare, agli “umori” delle pazienti (non a caso, dopo la scoperta dei raggi X, si valutò la possibilità di radiografare il torace delle pazienti per scoprire se, per caso, non avessero il cuore “dalla parte sbagliata”).⁶³³ In questo senso, la clorosi ha molto in comune con l’isteria (nel 1803 William Cullen parlò assai chiaramente di *chlorosis amatoria*),⁶³⁴ malattia con la quale condivise anche il tempo della scomparsa dai quadri nosologici. Tuttavia, a differenza delle isteriche, spesso presentate come pericolose e manipolatorie, la natura eminentemente fisiologica, cioè ematica, della clorosi, fa delle giovani che ne sono colpite delle pazienti maggiormente inoffensive, più controllabili dalla famiglia, soprattutto dal padre o dal medico che talvolta si erge a suo degno sostituto.⁶³⁵ **Non** per nulla è il padre a gridare a Giulietta: “Out, you green-sickness carrion! Out, you baggage! / You tallow-face!”⁶³⁶

Torniamo ad un’epoca più vicina a quella dei nostri dipinti, e soprattutto torniamo in Olanda. Escludendo la testimonianza di Lange sulle donne del Brabante, possiamo davvero credere, assieme a Meige, che la *febrem albam* o *febrem amatoriam* si fosse propagata come un’epidemia tra le giovani donne dei Paesi Bassi? Qualcuno ha parlato

⁶³¹ Si veda W. Langham, *The Garden of Health* [1554] e di J. Sharp, *The Midwives Book* [1672], citt. in H. King, *The Disease of Virgins*, cit., pp. 27-38. Cfr. K. I. Guggenheim, *Chlorosis*, “Journal of Nutrition”, n. 7, 1995, pp. 1822-1825; I. S. L. Loudon, *Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa*, “British Medical Journal”, vol. 281, 1980, p. 1669 (l’articolo è corredato dalle illustrazioni di dipinti di Gabriel Metsu e Gerrit Dou e di quella di un’incisione tratta dalla Visita del dottore del 1667 di Samuel van Hoogstraten); F. Gonzalez-Crussi, *Lovesickness in art and medicine*, “Hektoen International. A Journal of Medical Humanities”, vol. 3, n. 4, dicembre 2011 [on line].

⁶³² J. Parrot, *Chlorose*, s.v., *Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales*, 1^{ère} série, n. 16, 1874, pp. 699-719.

⁶³³ Si vedano G. Ward [1914], A. Trousseau [1841], W. Johnson [1849] e B. Bramwell [1899], citt. in H. King, *The Disease of Virgins*, cit. pp. 117-120.

⁶³⁴ W. Cullen, *The Edinburgh Practice of Physic, Surgery and Midwifery* [1803] cit. in *ivi*, p. 36

⁶³⁵ H. King, *The Disease of Virgins*, cit., p. 7. Per Mercado, questa differenza si spiega per il fatto che *se dell’isteria è lo stesso utero a essere disturbato, nel caso della clorosi l’ostruzione avviene fuori dall’organo stesso*, *ivi*, p. 15. “The disease of virgins was a condition with a ‘father’ – Lange, who also acted as a father-figure to the nubile Anna – and a ‘godfather’ – Varandal, who gave it its most long loved of names: chlorosis”, *ivi*, p. 139. Cfr. L. Dawson, *Lovesickness and Gender in Early Modern English Literature*, Oxford University Press, Oxford 2008, pp. 47-79 (§ *A thirsty womb*).

⁶³⁶ W. Shakespeare, *Romeo and Juliet*, Atto III, scena 5. Cfr. R. E. McFarland, *The rhetoric of medicine*, “Journal of history of medicine and allied sciences”, vol. 30, n. 1, 1975, pp. 250-258.

della clorosi come di una “Dutch folk disease”.⁶³⁷ Certo, le donne di queste zone sono più pallide rispetto a quelle mediterranee, ma ciò (dovette supporlo anche Meige) dipende più dalla quantità di melanina presente nel loro derma che non ai loro cattivi umori. Tuttavia, dato che ogni epidemia ha fondamenti biologici, sociali e culturali, cerchiamo di capire che cosa avvenisse in quelle zone di così adatto allo svilupparsi del male, o almeno che cosa spingesse i pittori olandesi del secolo d’oro a ritrarre tante giovani malate d’amore con tale impellenza.

*

Nell’Olanda del XVII secolo si parlava molto di *Soetepijn*, di *minne-pijn* o di *minne-koortz*: sono queste le espressioni con cui si definiva il male o la febbre d’amore. Sappiamo che il Seicento è il secolo d’oro delle rivoluzioni scientifiche e soprattutto quello della diffusione di concezioni “razionaliste” e “materialiste” in medicina. In Olanda queste posizioni assunsero una grande rilevanza, maggiore che da altre parti d’Europa, in particolare attorno all’università di Leida, la prima università protestante, fondata nel 1575.⁶³⁸ Nessun fenomeno “psicologico” poteva essere svincolato dalla sua base fisiologica.

Jan Baptista Van Helmont, leader della direzione iatrochimica e paracelsiana, il cui *Ortus medicinae* (1648) costituisce una delle ultime grandi sintesi medico-filosofiche prima della presunta frattura cartesiana, sostiene che la localizzazione dell’“anima sensitiva” non sia affatto un’ipotesi peregrina. A suo avviso, la vita corporea sarebbe regolata da un duumvirato stomaco-milza – a cui ovviamente, nella donna, si aggiunge l’utero. Da esso dipende il controllo del ritmo sonno-veglia, la produzione dei sogni, l’istinto della fame e della sete, l’angoscia, la tristezza e la gioia.⁶³⁹ Ed è una motivazione immediata, quasi di buon senso che, almeno a livello comunicativo, lo porta a sostenere questa teoria: benché alcuni pongano la sede dell’anima nel cuore, e altri nel cervello, io, dice Van Helmont,

⁶³⁷ H. King, *The Disease of Virgins: Green Sickness, Chlorosis and the Problems of Puberty*, Routledge, London, 2004, p. 140.

⁶³⁸ Si veda O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel, 1971, p. 48. Si tenga presente che Clemente VIII, nel 1603, arrivò persino a scomunicare gli iscritti all’Università di Leida: perché il titolo conseguitovi fosse riconosciuto nella maggior parte d’Europa bisognerà aspettare il Trattato di Münster, nel 1648, che sanciva l’indipendenza della Repubblica delle Sette Province Unite.

⁶³⁹ J. B. Van Helmont, *Ortus Medicinae*, [1648], cit. in G. Giglioli, *Immaginazione e malattia*, Franco Angeli, Milano 2000, pp. 68-69 [§ 13, *De conceptis*].

la penso *come la gente comune* che, quando vuole riferirsi al principio vitale o alla sede dell'anima, tutte le volte che si è incalzati dalle angustie, siano esse le ansie che derivano dalla vita e dal corpo o le affezioni mentali, indica con la mano l'orifizio dello stomaco.⁶⁴⁰

È l'antico *ubi dolor, ibi digitus*, principio empirico della localizzazione, espresso da van Helmont in sintonia con l'antintellettualismo peculiare della sua cultura. Ma le teorie antigaleniche e antiscolastiche di Van Helmont, con la mediazione la spagirica paracelsiana, si ispirano all'atomismo e a tradizioni antiche tutt'altro che terragne.

Ugualmente iatrochimica, è la posizione di Franciscus de le Boë, detto Sylvius, che influenzò largamente la facoltà di Leida. Egli, sulla scorta di Paracelso, vedeva il corpo come un immenso laboratorio chimico, una fornace o un'enorme provetta – magari antropomorfa (*Fig. 13*)... Secondo questa prospettiva, dunque, qualsiasi malattia avrebbe origine nella ridondanza, o pletora, nonché nella cattiva mescolanza delle diverse costituenti chimiche dell'organismo.

Su questa linea si colloca, ad esempio, Thomas Willis, allievo di Sylvius e anch'egli assai influente per la scuola di Leida, che considera la malinconia un disturbo del cervello e del cuore, ma pensa che sia il sangue, a causa di un rallentamento, a popolarsi di “confused animal spirits”⁶⁴¹ e a diventare “melanconico”. Queste posizioni ebbero grande successo nella letteratura medica del tempo: in una delle *dissertatio inauguralis* repertorate nel bel volume di Oskar Diethelm, leggiamo di una giovane francese, nobile e in età da marito, che conduceva una vita oziosa e seguiva una dieta riscaldante. Questa, dopo aver avuto una storia d'amore a cui, ovviamente, i genitori non diedero l'assenso, iniziò ad essere tormentata dall'insonnia: giorno e notte invocava il nome dell'amato, esibiva le parti del corpo “che distinguono i sessi”, cantava motivetti lascivi, lanciava sguardi feroci – e se qualcuno provava a placare la sua eccitazione, questa, paradossalmente, aumentava. I familiari convocarono un dottore, il quale indirizzò la giovane in una “carnificina”, dove, con trenta salassi in sei giorni, i medici estrassero, assieme ai cattivi spiriti, anche “il suo amore folle”.⁶⁴²

⁶⁴⁰ Ivi, p. 68 [§ 21, *Jus duumviratus*]. Cfr. G. Cosmacini, *L'arte lunga*, cit., p. 272.

⁶⁴¹ T. Willis, *Opera omnia*, Genève 1579, Pass. Secunda, Cap. XI, cit. in O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel, 1971, p. 48.

⁶⁴² M. F. Lochner, *De nymphomania historiam medicam*, Altdorf, 1689, cit. in O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel 1971, p. 66. Vedi anche M. Ciavolella, *Eros and the phantasms of Hereos*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992, pp. 81-82.

A ciò serviva la flebotomia. Osserviamo una celebre incisione di Abraham Bosse e leggiamo la didascalia, che riporta le parole della donna (*fig. 14*):

Lá courage Monsieur vous laues enterpris
Je tiendray bon, frottez, serrez la ligature,
Picquez asseurement faictes bonne ouuerture
Ah! Ce bouillon de sang vous a comme surpris.

Que la phlebotomie espure les Espritz
Et descharge le sang de grande pourriture,
O Dieux la douce main lagreable picquure;
Le souvenir m'en faict reuenir le soubzris.

Qu'un peu de sang tiré me rend fort allegéé
Sur tous medicamens J'estime la saignéé
Je me sens retourner en nouvelle vigueur
Sy vous reconnoissiez, qu'il me fut necessaire
Recommancez le coup; j'ay bien assez de cœur
J'endurerays autant que vous en voudriez faire.

Sono parole dall'indubbio doppio senso, proferite mentre un cane, strusciandosi contro un gatto, guarda verso una finestra aperta; mentre un ragazzetto impertinente si allunga su un tavolo per prendere chissà cosa; mentre un paravento, sul cui spessore si sostengono due vasi, nasconde qualcosa che non possiamo vedere e soprattutto mentre i ritratti dei "padroni di casa", collocati sopra un innocuo ma allusivo paesaggio, partecipano attivamente alla scena.

L'altro fluido corporeo fondamentale per gli itrochimici era ovviamente l'urina, la cui ispezione continuava ad essere compiuta secondo i metodi tramandati dalla Scuola Salernitana. Il medico doveva osservare la matula contro luce e valutare lo stato delle quattro "sezioni" dell'urina; dopodiché poteva argomentare quanto osservato, procedendo dal basso verso l'alto, a seconda delle parti del corpo corrispondenti a ogni "sezione": il "fondo" per organi inferiori (in particolare i reni), la "sostanza" o "corpo" per i *membra nutritionis* (stomaco e fegato), la "superficie" per i *membra spiritualia* (cuore e polmoni) e la "corona" o "circolo" per i *membra animata* (il cervello). Una vera e propria scienza dell'osservazione su base anatomica (*fig. 15*).

Già nei secoli precedenti, alcuni si dichiararono persuasi che questa scienza potesse essere così esaustiva da rendere superflua la presenza del paziente in carne e ossa. “Aportez moi un orinal, Et si verrai dedenz le mal”, si leggeva nel *Roman de Renart*.⁶⁴³ Non si trascurava, certo, di esaminare l’urina anche col tatto, stimando la consistenza del suo sedimento, con l’olfatto, fiutandone l’odore attraverso il collo del recipiente, con il gusto, assaggiandone una goccia in punta di lingua. Ma in questa semeiotica la vista era certamente il senso più impegnato, tanto che venne messa a punto anche una “ruota dei colori” dell’urina, riprodotta sia nell’**Epiphanie Medicorum** (1506) di Ulrich Pinder (*fig. 16*), sia nel *Looßbuch zu ehren der Römische* (1546) di Paul Pambst. Ecco le venti definizioni che accompagnano la ruota dei colori:

Albus color ut aqua fontis
Glaucus color ut cornu lucidum
Lacteus color ut serum lactis
Caropos color ut vellus cameli
Subpallidus color ut succus carnis semicoctus non remisse
Remissus pallidus ut succus carnis semicoctus remissi
Subcitrinus ut pomi subcitrini non remissus
Citrinus color ut pomi citrini remissi
Subruffus color ut aurum remissum
Ruffus ut aurum purum intensum
Subrubicundus color ut crocus occidentalis
Rubeus ut crocus orientalis
Subrubicundus ut flamma ignis remissa
Rubicundus ut flamma ignis non remissa
Inops color ut epatis animalis
Kyanos color ut vinum bene nigrum
Viridis color ut caulis viridis
Lividus color ut plumbum
Niger ut incaustum
Niger ut cornu bene nigrum.

È evidente che i paragoni verbali si rivelano sorprendentemente efficaci nell’esprimere distinzioni cromatiche talvolta impalpabili, ovvero a raccontare una chimica visuale di

⁶⁴³ *Le Roman de Renart*, T. II, v. 19510, Treuttel & Würtz, Paris, 1826, p. 363. Cfr. anche P. Gambaccini, *I mercanti della salute. Le segrete virtù dell’imbroglio in medicina*, Le Lettere, Firenze, 2000, p. 156. Cfr. G. Ceronetti, *Il silenzio del corpo. Materiali per studio di medicina*, Adelphi, Milano, 1990⁵, p. 159

estrema complessità – che, certamente, non agevola la possibilità di stabilire quale colore debba presentare l’urina di un uomo in salute...⁶⁴⁴ Sta di fatto che l’urina, *albicans*, *citrina*, *rubicunda* o *subrubicunda* che sia, resta per secoli l’elemento fondamentale per qualsiasi diagnosi, tanto che, dall’antichità all’Ottocento, il medico è spesso raffigurato come colui che, con aria trasognata, sta ore a osservare la pipì. Ovvero, come ricorda Eugene Holländer, così come era impossibile pensare a un San Rocco senza il bubbone della peste o a un San Lorenzo senza la graticola, per secoli il medico viene rappresentato per secoli con l’attributo della matula.⁶⁴⁵

Tuttavia, come sappiamo, la diffusione di un metodo non lo dispensa dalle critiche. Già Petrarca, nella sua *Epistola* a Clemente VI, definiva sarcasticamente “color di medico” il giallore riflesso sul volto di quel maestro che scrutava l’urina pensando, principalmente, al denaro che avrebbe potuto lucrare al paziente: “il tuo pallore è dovuto alla tua cupidità. [...] Tu ragguardi l’orina e il tuo pensiero è pur nell’oro”, scrive Petrarca.⁶⁴⁶ Evidentemente si tratta di distinguere tra due sfumature principali, il gialliccio e il giallo oro... Inoltre, talvolta l’osservazione dell’urina trascendeva gli obiettivi della semeiotica per diventare altro: in questo fluido magico il medico-divinatore poteva intravedere origini e destini, predeterminazioni e finalità. L’uroscopia, insomma, si trasformava in uromanzia.

Contro tali pratiche, nel 1637 venne anche pubblicato un pamphlet ad opera di Thomas Brian, dal titolo *The Pisse-Prophet or Certain Pisse-Pot Lectures*, in cui si deridono gli “empirici” che utilizzano queste modalità un tempo degne di prestigio.⁶⁴⁷ L’Olanda,

⁶⁴⁴ Alcuni anni fa Luca Serianni ha esaminato la varietà e l’incidenza dei nomi di colore in fisiologia e patologia. Per quanto riguarda l’analisi delle urine, paragona un manuale di urologia recente, in cui si contemplano solo cinque colori fondamentali (giallo, arancio, verde, rosso, marrone), con un testo del 1819, dove leggiamo che il colore delle urine “può essere acqueo, verdiccio, citrino, ranciato, rossigno, lionato, filigginoso, rugginoso, nericcio, ecc. Queste tinte non sono sempre uniche e determinate, ma si mescolano; e quindi le urine hanno talvolta un colore che nel giallo rosseggia, o fra giallo e tané, ed altre varietà mostrano che non è facile di significare con parole ma che un occhio esercitato sa ben distinguere e valutare. [...] Non si può colla descrizione supplire all’atto del vedere”, E. Acerbi, *Annotazioni di medicina pratica*, Silvestri, Milano 1819, pp. 259-260, cit. in L. Serianni, *Un treno di sintomi*, cit., pp. 273-274.

⁶⁴⁵ E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 270. Il gesto caratteristico, „so selbstverständlich wie dem Kinde heute das Erfordernis erscheint, dem Arzte die Zunge zu zeigen“! *ibidem*.

⁶⁴⁶ Il passo dell’epistola petrarchesca è ripreso da L. Felci, *Francesco Petrarca, Erasmo da Rotterdam e la medicina*, cit. in G. Cosmacini, *L’arte lunga*, cit., p. 216. Cfr. G. Bárberi Squarotti, V. Boggione e B. Zandrino, a cura di, *E se permette faremo qualche radioscopia*, cit., p. 39 e sgg.

⁶⁴⁷ T. Brian, *The Pisse-Prophet or Certain Pisse-Pot Lectures*, R. Thrale, London 1637 e 1679 [poi EEBO Editions, ProQuest, s.l., 2010]. Cfr. P. Gambaccini, *I mercanti della salute*, Le Lettere, Firenze 2000, p. 155. Cfr. H. D. Nöske, *The “Pisse-Prophet” or the “English fortune-teller from urine”*, “Der Urologe”, vol. 44, n. 9, 2005, pp. 1062-1063. Cfr. H. Connor, *Medieval Uroscopy and its Representation*, “Clinical Medicine”, vol. 1, n. 6, 2001 p. 507 e R. Harvey, *The Judgment of Urines*, “Canadian Medical Association Journal”, n. 159, 1998, pp. 1482-1484. Cfr. C. L. Foot e J. F. Fraser, *Uroscopic rainbow*:

tuttavia, era all'avanguardia anche in questo senso. Nel 1589, Pieter van Forest, o Forestus, strenuo oppositore della iatrochimica, aveva già pubblicato in latino il *De incertum, fallaci, urinarum iudicio*, poi tradotto in olandese nel 1626. Forestus, mette in guardia pazienti e medici (ricorda, infatti, che alcuni, per saggiare le competenze del dottore, gli inviavano matule con dentro pipì di uomo invece che di donna, pipì di asino, o anche solo vino bianco) sulle pratiche uroscopiche assurte a unica tecnica diagnostica, cioè non supportate da una attenta e completa visita del paziente. Fu così che in Olanda, e in particolare ad Amsterdam, a partire dai primi decenni del Seicento, per regolamentare l'attività dei *piskijers* (letteralmente "ispettori della pipì") si stabilì per legge che i pazienti, nel momento dell'esame delle urine, dovessero almeno presenti (figg. 17-18).⁶⁴⁸

Contemporaneamente alla prevalenza della tendenza iatrochimica, l'università di Leida propugnava, ovviamente, l'importanza degli studi anatomici (anche il celeberrimo Nicolaes Tulp, prima di diventare membro della gilda dei chirurghi di Amsterdam, studiò in questa università con Reinier Bontius, Aelius Vorstius e Pieter Paauw) (fig. 19)⁶⁴⁹ e di quelli clinici. A Leida, la medicina non era solo una scienza filosofica. Tuttavia, proprio a Leida, fu centrale la presenza di Cartesio.

Cartesio soggiorna in Olanda già nel 1618, ma vi si trasferisce più stabilmente nel 1628-1629, entrando in contatto con i suoi celebri medici e filosofi del tempo – Isaac Beeckman, Vopiscus Fortunatus Plemp, Johan van Beverwijck, Henricus Regius, Cornelis van Hogelande, Johan Elichman, e lo stesso Sylvius.⁶⁵⁰ Negli anni Trenta e Quaranta, risiede proprio a Leida, dove la sua dottrina provoca scalpore e le sue *Meditazioni* sono accusate di pelagianesimo.⁶⁵¹ Tuttavia, il suo pensiero riesce ugualmente a penetrare e a diffondersi.

Uno dei suoi scritti è di particolare rilevanza per il nostro studio. Ci riferiamo alle *Passioni dell'anima*, iniziato nel 1645 e pubblicato nel 1649, contemporaneamente a Parigi (presso Louis Le Gras) e ad Amsterdam (presso Louys Elzevier). Nato dallo

modern matula medicine, "Postgraduate Medical Journal", n. 82, 2006, pp. 126-129, dove si recupera questo aspetto "visivo" della medicina del passato.

⁶⁴⁸ H. J. Cook, *Matters of Exchange*, Yale University Press, New Haven-London 2007, pp. 151 e 159-161.

⁶⁴⁹ R. M. Goldwin, *Nicolaas Tulp (1593-1674)*, "Medical History", vol. 5, n. 5, 1961, pp. 270-276 e W. Schupbach, *The paradox of Rembrandt's Anatomy of Dr. Tulp*, "Medical History", suppl. n. 2, Wellcome Institute for the History of Medicine, London 1982.

⁶⁵⁰ G. A. Lindeboom, *Descartes and Medicine*, Rodopi, Amsterdam 1979, pp. 15-32 e T. Verbeek, *Descartes and the Dutch*, Southern Illinois University Press, Carbonade-Edwardsville 1992, pp. 13-51.

⁶⁵¹ Altre università, come quella di Utrecht, a breve faranno altrettanto. P. Geyl, *The Netherlands in the Seventeenth Century*, vol. 2, Benn, London 1964, pp. 107-109 e, soprattutto, T. Verbeek, *Descartes and the Dutch*, cit., capp. 1-2. Cfr. G. A. Lindeboom, *Herman Boerhaave*, Methuen, London 1968, p. 266.

scambio epistolare con Elisabetta di Boemia e Cristina di Svezia, il trattato muove dall'idea di discutere "di passioni" per giungere a considerare, "par occasion", scrive Cartesio, "l'intera natura dell'uomo".⁶⁵² Da ciò, la complessità dello scritto, che si misura con tutte le difficoltà di trasferire gli assiomi della fisica alle più impalpabili passioni.

Per Cartesio, per conoscere le nostre passioni, è necessario innanzi tutto esaminare a fondo la differenza tra anima e corpo; in tal modo, per via negativa, capiremo "a quale dei due si debba attribuire ciascuna delle funzioni che si trovano in noi".⁶⁵³ Per cui il filosofo, dopo aver esaminato le funzioni ascrivibili solo al corpo, conclude che

non resta niente in noi che dobbiamo attribuire alla nostra anima, *ad eccezione dei nostri pensieri*, che sono principalmente di due tipi: cioè, gli uni sono le *azioni* dell'anima, gli altri sono le sue *passioni*. [...] Si possono definire sue passioni tutti i tipi di percezioni o conoscenze che si trovano in noi, perché spesso non è la nostra anima che li fa tali quali sono, e le riceve sempre delle cose che sono rappresentate da esse.⁶⁵⁴

Dal punto di vista anatomico e fisiologico, la parte del corpo attraverso cui l'anima esercita le proprie funzioni non è affatto il cuore, e neppure tutto il cervello ma soltanto una piccolissima ghiandola, la ghiandola pineale, situata "al centro della sua sostanza" e "sospesa [...] al di sopra del dotto attraverso cui gli spiriti delle sue cavità anteriori comunicano con quelli della posteriore". I minimi movimenti di questa ghiandola possono modificare il "corso" degli spiriti, il quale, reciprocamente, può modificare i movimenti della ghiandola.⁶⁵⁵

Perciò qualsiasi donna che, in preda alle passioni, percepisca un dolore al cuore e lo indichi con la mano, non potrà che far sorridere: si tratta solo, dice Cartesio, dell'effetto di un "piccolo nervo" che dal cervello scende verso il muscolo cardiaco, alterandone la funzione. Più precisamente: gli spiriti, una volta penetrati, eccitano nella ghiandola pineale un movimento particolare, stabilito dalla natura per far sentire all'anima una certa passione; ma dato che i pori da cui penetrano gli spiriti si relazionano principalmente con quei piccoli nervi che servono a stringere o allargare gli orifizi del cuore, è nel cuore che l'anima si fa sentire.⁶⁵⁶ Per di più, nelle manifestazioni delle

⁶⁵² R. Descartes, *Passioni dell'anima*, a cura di S. Obinu, Bompiani, Milano 2010, pp. 112-113.

⁶⁵³ Ivi, art. II, p. 114-115. Cfr. anche E. Petterson, **Amans amanti medicus**, cit., pp. 266-275.

⁶⁵⁴ Ivi, art. XVII, pp. 142-143.

⁶⁵⁵ Ivi, art. XXXI, pp. 162-163.

⁶⁵⁶ Ivi, art. XXXIII, pp. 164-173.

passioni il ruolo del cuore non è di poca importanza: ad esso, per esempio, dobbiamo il fatto che arrossiamo o impallidiamo facilmente.⁶⁵⁷ Quanto alle lacrime, si formano dai vapori che fuoriescono dagli occhi e sgorgano solo in momenti precisi, quando l'appassionato “fa qualche nuova considerazione sugli oggetti che ama”;⁶⁵⁸ i sospiri, invece, si formano quando i polmoni sono pressoché vuoti, quando “qualche immaginazione di speranza o di gioia apre l'orifizio dell'arteria venosa che la tristezza aveva ristretto [...] e spinge immediatamente l'aria dalla bocca nei polmoni per occupare il posto lasciato da questo sangue”.⁶⁵⁹

Insomma, un'interpretazione meccanicistica delle passioni e delle loro manifestazioni, in sintonia con le leggi del moto. Cartesio, che praticò l'anatomia e studiò la circolazione del sangue (supportando le scoperte di Harvey ma modificandone la dottrina: il cuore non poteva generare da sé il suo movimento),⁶⁶⁰ si sforza di mostrare che nelle passioni, o meglio nelle loro manifestazioni, non vi è nulla di metafisico. Ciononostante, dobbiamo ricordare che il trattato ebbe origine dai quesiti, tutt'altro che “fisici”, inviati da Cristina di Svezia nel 1646 (che cos'è l'amore? può la sola *lumière naturelle* insegnarci ad amare Dio? è peggiore l'eccesso di odio o quello di amore?) e dal “malessere” di Elisabetta di Boemia, a cui il filosofo, oltre a dedicare il trattato, consiglia paternamente di controllare l'immaginazione attraverso l'intelletto, e di imparare a guardare le cose dal lato migliore.

Elisabetta ci prova, e inizia un rapporto epistolare con Cartesio sul *De vita beata* di Seneca. Quanto a Cristina, la risposta fornita da Cartesio al suo terzo quesito è molto chiara: le passioni si rivelano migliori o peggiori a seconda che ci rendano più o meno virtuosi; perciò sia l'odio sia l'amore vanno accortamente sorvegliati. L'amore è “un'emozione dell'anima, causata dal movimento degli spiriti, che la incita a unirsi volontariamente agli oggetti che sembrano esserle convenienti”: per cui ogni amore “positivo” non può che giovare alla salute.⁶⁶¹ Ma la *passione* d'amore fa sì che gli spiriti, rafforzando “l'impressione che vi ha fatto il primo pensiero dell'oggetto amabile [...], costring[a]no l'anima a fermarsi su questo pensiero”: da ciò derivano l'alterazione del polso, i tremori, il languore, gli svenimenti, le risa, le lacrime, i gemiti, i sospiri, e tutto il corredo di segni e di sintomi che già conosciamo. L'unico rimedio davvero utile,

⁶⁵⁷ Ivi, art. CXIV, pp. 284-285.

⁶⁵⁸ Ivi, artt. CXXVIII e CXXXI, pp. 304-309.

⁶⁵⁹ Ivi, art. CXXXV, pp. 314-315.

⁶⁶⁰ R. French, *Harvey in Holland*, in R. French e A. Wear, a cura di, *The Medical Revolution of the Seventeenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1989, pp. 46-86.

⁶⁶¹ R. Descartes, *Passioni dell'anima*, cit., art. LXXIX, pp. 232-233 e 263.

dice Cartesio, è la forza di volontà, la “volontà sovrana”, l’unica capace di moderare le passioni e di “trattenere” molti dei movimenti violenti e nocivi alla salute a cui esse dispongono il corpo.⁶⁶²

L’importanza della moderazione, nei Paesi Bassi, non è cosa nuova. Alcuni decenni prima, infatti, Dirck Volkertszoon Coornhert aveva pubblicato lo *Zedekunst dat is Wellevenskunste*, primo compendio sulla filosofia morale scritto in olandese, e dunque rivolto a tutti, non solo agli uomini più colti. Vi leggiamo che l’amore spirituale (*Liefde*) si contrappone a quello carnale (*Minne*), che l’ozio è il “cuscino del diavolo”, che la concupiscenza ha origine nelle illusioni e che la malinconia è abiezione morale. Leggiamo, anche qui, pur sulla base di una teologia e di un’etica cristiane, che l’unica soluzione al male è la moderazione delle passioni.⁶⁶³ Ma sta di fatto che le teorie cartesiane diedero certamente impulso a queste posizioni in favore della razionalità e dell’ordine morale.

Ma il razionalismo, né quello di Cartesio né quello di altri, non poté fare ordine in maniera risolutiva tra le contraddizioni delle passioni. Nel 1622, il poeta e drammaturgo Bredero scriveva infatti: “*Ach, God, hoe dick en menigh reys / Weer-streeft dit stribblich weelich vleys / Mijn redelijck vermogen? / Wel duystmael (leider!) oop een dach*”, ovvero “O, Dio, quante volte ancora / la mia ostinata carne sensuale / resisterà al potere della ragione? / Ahimè! Un migliaio di volte al giorno”.⁶⁶⁴ Per di più il razionalismo cartesiano nel tentativo di chiarire, e localizzare fisiologicamente, il binomio passione-follia lo problematizza ulteriormente: anzi, che tale razionalismo mostra appieno le sue risorse proprio nei momenti di palese *impasse* che accompagnano le sue ambizioni di chiarezza.

Nel trattare delle passioni, Cartesio sa che l’approccio “neurofisiologico”, pur basandosi su un logos osservativo-analitico che tutto sa ricondurre a una fisica *more geometrico demonstrata*, non afferra tanto le passioni per ciò che essere rappresentano nella nostra esperienza, ma le raffigura come meri simulacri, come modelli ideali di tale

⁶⁶² Ivi, artt. XLVI, CII e CXII CXLI, pp. 186-187, 266-267 e 280-281, 326-327. Sugli eccessi delle passioni e il dominio della “volontà sovrana”, si veda anche E. Pulcini, *La passione del moderno*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., pp. 138-139. Cfr. W. Riese, *Descartes as a psychotherapist*, “Medical History”, vol. 10, n. 3, luglio 1966, pp. 237-244.

⁶⁶³ D. V. Coornhert, *Zedekunst dat is Wellevenskunste* (1586), Brill, Leiden 1942. Si veda E. Petterson, *Amans amanti medicus*, cit., pp. 253-266 e 280.

⁶⁶⁴ G. A. Bredero, *Boertigh, Amoreus en Aendachtigh Groot Liedboeck* (1622), cit. in M. A. Schenkeveld, *Dutch Literature in the Age of Rembrandt*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 1991, p. 61

esperienza.⁶⁶⁵ Anche Cartesio deve aver dubitato, almeno per qualche istante, della reale efficacia dei suoi pacati tentativi di rendere immanenti le passioni, e soprattutto degli effetti di questi tentativi sul comportamento quotidiano delle sue nobili interlocutrici. Forse però, questi ragionamenti, per lui che in gioventù era stato “un po’ chimerico” (Leibniz) o addirittura “un cervello riscaldato” (Huygens), ebbero davvero una qualche utilità.⁶⁶⁶ Peraltro, risulta di grande superficialità definire la posizione di Cartesio autenticamente dualistica, dal momento che una lettura attenta delle sue *Passioni* dimostra assai la presenza, piuttosto, di un “dualistic interactionism”.⁶⁶⁷ Certo, risulta quanto mai azzardato parlare di un’ipotesi di “psicosomatica” cartesiana...

Ripercorriamo nuovamente le teorie sulle malattie d’amore nel Seicento. Ormai lo sappiamo, è intollerabile abbandonarsi alla melanconia, alle incessanti fantasticherie amorose e ai suoi continui tormenti. I moralisti del tempo, tutti, e quelli di Leida in testa, ne sono persuasi, e dunque non vi è nulla di sorprendente nel fatto che essi, sulla scorta di Cartesio o delle posizioni neostoiche raccomandino di porre la passione sotto il controllo della ragione. Parallelamente, però, la malinconia amorosa viene sempre più accostata, o sovrapposta, al furor uterino e a tutta una serie di disturbi genericamente collegabili all’isteria. Non ci sembra paradossale, dal momento che ormai i medici più progressisti ne parlano come di una patologia del sistema nervoso?⁶⁶⁸

Secondo Foucault, questa nuova “localizzazione” cela la permanenza di posizioni ben più tradizionali. A proposito di Thomas Willis, che, appunto, era tra coloro che sostenevano che l’isteria fosse una malattia del sistema nervoso e non dell’utero, Foucault è molto severo:

⁶⁶⁵ S. Moravia, *Esistenza e passione*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., p. 14. Cfr. S. James, *Passion and Action*, Clarendon Press, Oxford 1997; E. Franzini, *Filosofia dei sentimenti*, Bruno Mondadori, Milano 1997, pp. 62-72.

⁶⁶⁶ K. Jaspers, *La pensée de Descartes et la philosophie*, “Revue Philosophique”, n. 123, maggio-agosto 1937, pp. 39-148. Cfr. M. Galzigna, *Le ferite della perdita*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia*, cit., pp. 78 e 89. È curioso, al limite dell’aneddotica, che il bisnonno di Cartesio (cioè il padre della nonna), si chiamasse Ferrand e fosse autore di un *Traité sur la maladie de la pierre* (1570): si veda G. A. Lindeboom, *Descartes and medicine*, cit., p. 3. Su Cartesio e la follia si veda ovviamente M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, cit., in part. 113-116; J. Derrida, *Cogito e storia della follia* (1963), trad. it. in Id., *La scrittura e la differenza*, Einaudi, Torino 1971, pp. 39-79, e M. Foucault, *Il mio corpo, questo foglio, questo fuoco*, in Id., *Storia della follia nell’età classica*, cit., pp. 770-800

⁶⁶⁷ Su questo argomento si veda T. M. Brown, *Descartes, dualism, and psychosomatic medicine*, in W. F. Bynum, R. Porter e M. Shepherd, *The Anatomy of Madness*, vol. 1, Tavinstock, London 1985, in part. p. 46.

⁶⁶⁸ A. Civita, *Neuroscienze e malattia mentale*, in A. Civita e D. Cosenza, a cura di, *La cura della malattia mentale*, 1, Bruno Mondadori, Milano 1999, p. 57 e sgg. P. Mengal, *Quand la maladie d’amour devient hystérie*, in S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, “RiLUnE”, n. 7, 2007, p. 122.

[Willis] non ha messo in dubbio un'assenza di fondamento organico nei sintomi della passione isterica. [...] Afferma soltanto, e in maniera esplicita, che la nozione di isteria raccoglie tutti i fantasmi: non i fantasmi di colui che è o si crede malato, ma quelli del medico ignorante che finge di sapere. Anche il fatto che l'isteria sia classificata da Willis tra le malattie della testa non sta a indicare che egli ne faccia un disturbo della mente, ma solo che egli ne attribuisce l'origine [...] a un'alterazione dell'ordine naturale.⁶⁶⁹

Dal punto di vista dell'eziopatogenesi dell'isteria, dunque, nel pensiero del Seicento resta sempre e ovunque un fondamento organico, "naturale". Tuttavia, continuiamo a ritenere che gli scritti di quei medici contenessero elementi di inquietudine per nulla secondari, se non altro per la varietà dei sintomi che le malate dichiaravano: apatia, fiacchezza, sonnolenza, debolezza degli arti, pallore, *facies malinconica*, sensazione di freddo che sale per la schiena, agitazione, mal di testa, vertigini, acufeni, costrizione toracica, palpitazioni, battito del polso lento e filiforme, difficoltà respiratorie, ripugnanza per il cibo, nausea e vomito, eruttazioni acide, umore bilioso, borborigmi, flatulenze, crampi addominali, dolori toracici e nell'ipocondrio sinistro...⁶⁷⁰

*

Henry Meige dinanzi ai patemi d'amore delle sue pazienti non poté certo non pensare a Cartesio, e al suo desiderio di fare un po' di chiarezza. Si ricorderà infatti che il maestro di Meige, Paul Richer, fu responsabile di una curiosa "opera d'arte" realizzata a partire dal cranio del filosofo francese. La vicenda dei resti di Cartesio è nota: per decenni fecero perdere le loro tracce, poi venne ritrovato il suo cranio, che dopo essere stato oggetto di diversi studi frenologici nel corso dell'Ottocento, finì nelle mani di Richer. Questi decide di "l'expertiser sur le seul socle de l'objectivité",⁶⁷¹ e arriva a una conclusione. Non vi sono dubbi: è il cranio di Cartesio. Questa straordinaria scoperta lo porta a spingere il suo desiderio di "obiettività" oltre il ragionevole. Dopo uno studio comparativo sui dipinti che ritraggono il filosofo (anche su questo nessun dubbio: il più fedele è quello di Frans Hals), realizza un ritratto scultorio modellato sul suo cranio, o meglio: conserva il cranio all'interno di questo ritratto, e così ricostruisce la realtà

⁶⁶⁹ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 418.

⁶⁷⁰ P. Moris, *De suffucatione uterina* [Leida, 1676], cit. in O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel 1971, pp. 88-89.

⁶⁷¹ Ph. Comar, *Mémoires de mon crâne, René Des-cartes*, Gallimard, Paris 1997, p. 72.

visibile attraverso quella, solitamente, invisibile (*figg. 20-21*). Richer, che ha saputo sottrarre un soggetto dipinto dalla sua angusta bidimensionalità, deve avere abituato anche Meige all'idea che con le immagini si potessero fare miracoli. Continuiamo dunque a seguire il nostro medico nelle sue peregrinazioni per i musei.

Dopo l'incontro al Rijksmuseum con la prima vittima, Meige prosegue per L'Aja (*fig. 22*), dove si intrattiene con una nuova malata. Qui, però, la situazione è più grave: la paziente è allettata, e pur avendo braccia sode e rotondette, ha un volto davvero sofferente; il suo sguardo, invece, appare quanto mai vivace.⁶⁷² Il nuovo collega si presenta in maniera piuttosto diversa da quello di Amsterdam: indossa un ampio cappello e deve avere qualche anno in più rispetto al precedente. Ma anche lui dev'essere un bravo medico. Ha appena consigliato alla paziente di applicare sulla tempia una "mosca", un cataplasma preparato con la polvere di cantaride, efficace antiflogistico e sedativo del dolore (con qualche virtù afrodisiaca). Pare che le abbia anche prescritto un "brevage rougeâtre savamment composé", che, secondo Meige, la domestica si era incaricata di preparare.

La scena è così descritta:

Opulente personne, dont la poitrine rebondie ne demeure emprisonnée dans son corsage brun qu'à grand renfort d'aiguillettes, elle a pris soin de protéger avec un tablier sa belle robe de soie verte à galons dorés. Non sans quelque émotion, elle présente au docteur le verre à demi plein, prête à parfaire la mesure avec le contenu d'une aiguière de grès. Et, gravement, l'homme de l'art mesure des yeux le niveau du liquide, tandis que la patiente tourne vers lui son regard inquiet. "Pourvu", pense-t-elle, "que le docteur n'augmente pas la dose et qu'il ne me fasse pas avaler un grand plein verre de cette atroce potion!..." Dans ce coup d'œil anxieux, on devine toute l'angoisse d'un remède qui, peut-être, sera pire que le mal, et l'on prévoit que, si elle osait, la jeune alitée enverrait volontiers à tous les diables médecine et médecin.⁶⁷³

Vediamo bene. La stanza della malata è piuttosto ben arredata: c'è un bel letto a baldacchino con drappi di raso, o di velluto, sul tavolo in primo piano c'è l'immane tappeto orientale e, alle spalle del letto, un grande dipinto con cornice dorata, fatto arrivare da lontano, magari dalla Francia o dall'Italia, che rappresenta una lotta tumultuosa tra cavalli e uomini – forse vi si nascondono alcuni centauri, noti per il loro carattere irascibile e la loro intolleranza all'alcool: "Se si potesse entrare in quel

⁶⁷² H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 62.

⁶⁷³ Ivi, pp. 62-63.

dipinto”, dovette pensare Meige, “si udirebbero grida furiose, simili a quelle che risuonano nei ricoveri dei folli”.⁶⁷⁴

Secondo Meige, il calice che la domestica, per nulla preoccupata, sta porgendo al medico conterebbe una di quelle “atroci pozioni” preparate secondo le ricette degli antichi libri di medicina. Da ciò deriverebbe la tensione sul volto del dottore: siamo sicuri che il beverone faccia il suo effetto, che la sua efficacia sia stata provata? Tuttavia, a un primo sguardo, non ci pare che questo calice contenga una pozione consigliata dalla farmacopea del tempo. Ci sembra piuttosto che la domestica cerchi di ossequiare le regole di *xenia* (proprio quelle infrante dai centauri del dipinto durante le nozze di Ippodamia...). Ovvero, pensiamo con Holländer, che si tratti di un “Glas Wein”.⁶⁷⁵

Meige non lo sospetta. I bravi medici non bevono vino durante le visite! Ma se pure lo sospettasse ugualmente la questione non sarebbe semplice, né dal punto di vista etico né dal punto di vista medico. Infatti, anche se nell’Olanda del Seicento molti sermoni religiosi riguardavano proprio l’abuso d’alcool, alcuni scritti medici, in sintonia col proverbio *Sine Cerere et Libero friget Venus*, celebravano l’effetto salutare del vino sulla melanconia amorosa: perché “in un istante il vino restaura i nostri spiriti e ci rianima quando siamo in preda alla tristezza”.⁶⁷⁶

Nel 1889 Charcot e Richer, in *Les difformes et les malades dans l’art*, avevano esaminato la *Coppia che beve* di Jan Steen (fig. 23) e, attribuendo al dipinto il titolo un po’ ironico, di *Femme malade*, chiosano:

C’est d’un cordial que paraît avoir besoin la malade, dont les traits sont bien languissants et qui, par le geste de la main gauche placée sur la poitrine, semble indiquer le siège du mal.⁶⁷⁷

Anche Meige, chiamato a consulto, confermava l’ipotesi degli illustri colleghi, diagnosticando la *febris amatoria*: sotto il fazzoletto bianco che infagottava la testa

⁶⁷⁴ Sul significato di questo dipinto di veda E. de Jongh, *Tot lering en vermaak*, Rijksmuseum, Amsterdam 1976, pp. 240-242, che lo mette in correlazione con le *Symbolicarum quaestionum* di Achille Bocchi [240: ‘Semper libidini imperat prudentia’].

⁶⁷⁵ E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 310.

⁶⁷⁶ T. Bright, *Traité de la mélancolie* [1586], cit., p. 69. Cfr. H. R. Nevitt jr., *Art and the Culture of Love in Seventeenth-Century Holland*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2003, p. 65 e sgg. Al contrario sulla malinconia scatenata dal vino si veda, Aristotele, *La “melanconia” dell’uomo di genio* [*Problema XXX, I*], a cura di C. Angelino e E. Salvaneschi, il melangolo, Genova 1995; R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la melanconia*, cit., pp. 23-24. Cfr. J. Kristeva, *Sole nero*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1988, p. 14.

⁶⁷⁷ J.-M. Charcot e P. Richer, *Les difformes et les malades dans l’art* [1889], cit., pp. 116-117.

della donna gli parve, infatti, di scorgere una macchia nera in prossimità della tempia – cioè la “mosca” consigliata nei casi di mal d’amore.⁶⁷⁸ Certo, diceva Meige, è ben strano che una medicina venga servita in un calice da champagne... Ma “che importa il recipiente se il beverone è efficace?”.⁶⁷⁹ Quanto all’uomo che con aria premurosa affiancava la paziente, Meige vi riconosceva un giovane medico, molto attento e scrupoloso, disposto a fare appello a tutte le sue doti di persuasione per incoraggiare la malata a superare la ripugnanza dell’orrenda pozione: per cortesia, ha pure posato il cappello.⁶⁸⁰

Il medico dell’Aja, invece, indossa ancora il cappello (*fig. 22*). Ma perché Meige dovrebbe pensare che questi, arrivato al cospetto della malata, inizi a bere? Il bicchiere che gli sta porgendo la domestica dev’essere senz’altro destinato alla paziente! E nulla ci vieta di pensare che Meige abbia ragione, visto che egli pare udire distintamente tutto quanto che viene detto all’interno di queste stanze...

Terzo caso, dunque, sempre all’Aja (*fig. 24*). Il collega somiglia parecchio al precedente, se non fosse per il naso puntuto, e un po’ rubizzo, e per il mento prominente, accentuato dalla barba che spicca sulla gorgiera candida. Anch’egli

est un confrère soigneux de toute sa personne et plein de prévenances pour ses clients. On voit qu’il est rompu aux belles manières et qu’il sait formuler en termes galants. Son physique, à vrai dire, manque de distinction: il est franchement laid. Mais qu’importent les imperfections du visage si l’on sait les racheter par des dehors élégants? Sans doute, son œil est trop petit, son nez trop long, sa bouche trop grande, [...] ses cheveux résistent à tous les soins. Mais admirez l’apprêt et la blancheur de sa fraise, le violet si discret de son pourpoint, l’ampleur des rubans qui flottent au bas de ses chausses, la souplesse de ses gants, les larges bords de son chapeau, et comme il sait se draper avec aisance dans son manteau noir, tout en donnant sa consultation!... Voilà bien de docteur qui convient à une jeune et riche bourgeoise. Trop d’austérité ne serait pas de saison; moins de souci de la toilette risquerait de choquer les yeux. *Il faut savoir accommoder sa mise à la qualité de des malades. Il faut aussi que les paroles se montrent à l’unisson.*⁶⁸¹

⁶⁷⁸ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 245.

⁶⁷⁹ *Ibidem*.

⁶⁸⁰ *Ibidem*.

⁶⁸¹ Ivi, cit., pp. 64-65 (corsivi nostri).

Questo collega non ha l'eleganza del primo medico di Amsterdam, ma compensa la mancanza di grazia "accomodando" il proprio comportamento alla "qualità dei malati". Meige è ammirato, e ascolta in silenzio le sue parole:

"Souffrez donc que je connaisse la mal qui vous importune et daignez me permettre de consulter votre pouls: j'y sens une fréquence et je le trouve: *angustus*, et même *aequaliter inaequalis*..."⁶⁸²

È educato, e utilizza il latino – così farà certamente la giusta impressione. Conosce certamente l'efficacia del *logos kalòs*, quanto mai necessario nella relazione medico-paziente.⁶⁸³ Così Meige, fiducioso, lo lascia con la sua paziente e prosegue le sue visite, alla ricerca di conferme sulle sue intuizioni, che ancora non ci ha pienamente confessato.

Questa volta si spinge fino a Monaco di Baviera (*fig. 25*), e qui si imbatte in un collega dalle movenze sospette: prende il polso che la giovane gli porge con fare languido facendo una riverenza che, dice Meige, è "la plus comique du monde".⁶⁸⁴ L'elemento di per sé non dice molto: potrebbe trattarsi di un collega timido, che si imbarazza facilmente... Ma per Meige nella scena c'è qualcosa di strano. L'ambientazione è molto simile a quella degli altri dipinti – il letto a baldacchino, il tappeto, lo scaldino posato a terra, e un cane che pare annusare l'aria, o tendere l'orecchio per ascoltare quanto si dice fuori dalla porta (forse lo stesso animale presente sulla scena della seconda visita all'Aja; ma Meige non lo aveva notato; *fig. 24*). La giovane, che pare afflitta da cupi pensieri, veste un abito dalle tonalità cangianti grigio-azzurre, e una giacchetta rosso fuoco, foderata di pelliccia bianca;⁶⁸⁵ alle sue spalle c'è una fantesca dal volto scuro; a terra un filo, o un cordoncino, forse fuoriuscito dal *nécessaire* per il cucito; sul tavolo è in bilico un limone semipelato – molto simile a quello che vediamo in altri dipinti (*figg. 26-27*).

A Meige, però, non sfugge il dettaglio fondamentale: con la mano sinistra mollemente posata su un cuscino, la giovane regge un foglio di carta con su scritto *Daar baat gen / medesyn / want het is / minepeyn*, ovvero: "è mal d'amore: non serve nessuna

⁶⁸² Ivi, cit., p. 65.

⁶⁸³ Si veda P. Laín Entralgo, *Il medico e il malato*, cit., p. 118.

⁶⁸⁴ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., 1899, p. 67. Per Richer, due anni dopo, si tratterà invece di una "attitude fort civile, mais un peu embarrassée" dinanzi a una giovane che "traîne ses grâces laguissantes", P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 401.

⁶⁸⁵ Si veda N. Arikha, *Gli umori*, cit., pp. 270-271.

medicina”.⁶⁸⁶ Poi Meige nota un altro oggetto, collocato a maggiore distanza dalla malata ma non per questo meno rivelatore: la statuetta di Cupido sull’architrave della porta. La diagnosi di Meige, da questo momento in poi, subisce un’accelerazione, e noi assistiamo a una vera e propria impennata interpretativa: c’era un altro Cupido posato sul caminetto nella stanza della paziente dell’Aja! Ed entrambi questi cupidi si apprestano a scagliare una freccia in direzione del cuore della giovane!⁶⁸⁷ Una delle due figure che vediamo sullo sfondo, oltre lo specchio della porta, dev’essere senz’altro il corteggiatore o l’amato!⁶⁸⁸ E quel limone, che fa bella mostra di sé: per forza in casa dovrà essere nascosta qualche limonata o qualche altra bevanda acida, magari a base di cedro, acetosella, agresto – ovvero le sostanze aspre che Boissier de Sauvages, il medico dell’amore, raccomandava per porre rimedio alle perversioni dell’appetito delle nostre malate!⁶⁸⁹ La diagnosi è più che mai a portata di mano: è mal d’amore. Ma questo collega che cosa mai avrebbe potuto fare anche una volta lette le parole scritte su quel foglio? Andarsene educatamente, togliendo il disturbo? Ci teneva tanto a fare una buona impressione... Al limite è possibile imputargli una mancanza di gusto: sembra uno di quei

clumsy, enamoured greybeards, the heroic swaggerers and pedantic hypocrites who appeared on the stage time after time with their hackneyed jokes. Even the costumes they wore were comparatively stereotyped, so that the various comic characters were readily recognized by them, raising roars of laughter the moment they stepped on the stage.⁶⁹⁰

È agghindato con un abito che sarebbe stato di moda nel 1570, ma veste la tipica calzamaglia che circolava nel 1600 e un paio di scarpe databili, forse, al 1620 (*fig. 28*). O adora i pastiche o fatica davvero a trovare il suo posto nel presente... Soprattutto in quello olandese, dove i medici abbigliati in questo modo, ancora molto diffuso in Europa, venivano immediatamente considerati accademici *old fashioned*, e non solo dal

⁶⁸⁶ Cfr. P. C. Sutton, a cura di, *Masters of Seventeenth-Century Dutch Genre Painting*, Philadelphia Museum of Art, Philadelphia 1984, p. 313.

⁶⁸⁷ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 66.

⁶⁸⁸ P. Richer, *L’art et la médecine*, cit., p. 401.

⁶⁸⁹ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 237; P. Richer, *L’art et la médecine*, cit., pp. 405-406. Sul limone, cfr. S. Alpers, *Arte del descrivere*, trad. it. Boringhieri, Torino 1984, p. 162 e figg. 51, 52 e 59. Cfr. M. Westermann, *A Wordly Art*, Yale University Press, New Haven-London 1996, pp. 116-117.

⁶⁹⁰ S. J. Gudlaugsson, *The Comedians in the Work of Jan Steen and his Contemporaries* [1945], cit., pp. 9-10. Vedi anche ivi, p. 16. Cfr. B. Haak, *The Golden Age*, trad. ingl. Waanders, Harry N. Abrams, New York 1984, p. 426; P. C. Sutton, L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters*, Frances Lincoln, London, 2003, pp. 165-66; B. D. Kirschenbaum, *The Religious and Historical Painting of Jan Steen*, Phaidon, Oxford 1977, p. 83 e sgg. Cfr. M. Pelling, *Compromised by gender*, in H. Marland e M. Pelling, a cura di, *The Task of Healing*, Erasmus, Rotterdam 1996, p. 113.

punto di vista del guardaroba. È impossibile non pensare a Molière, campione della medicina e della malattia comiche, e alle sue satire sui ciarlatani, diffusissime anche in Olanda nella seconda metà del Seicento. Guardiamo il dottore dipinto da Jan Steen e leggiamo Molière: “la barbe fait plus de la moitié d’un médecin”.⁶⁹¹

Ma che tipo di satira è quella di Molière? A che cosa servono le sue malattie da ridere, i suoi malati per finta e suoi medici da burla? Alcuni anni or sono, Patrick Dandrey ha dedicato due volumi ricchissimi al rapporto tra medicina e teatro in Molière. L’autore interpreta le malattie che descritte nelle sue opere sia come franca impostura, funzionale al plot, sia come esempi della patologia di un’epoca – ovvero come malattie immaginarie per immaginazioni malate. Quanto ai medici, secondo Dandrey “è nella realtà, più che sul palcoscenico, che recitano sotto una maschera” – e, sorprendente rivelazione, anche alcuni malati fanno lo stesso.⁶⁹²

Saremmo dunque al cospetto di un magnifico defilé di travestimenti che dal palcoscenico passa alla corsia, o alla stanza del malato, per poi contagiare anche la relazione tra medico e paziente su entrambi i livelli, di finzione e di realtà. Ma con il mal d’amore non possiamo limitarci a ipotizzare che a una “falsa” malattia debba per forza corrispondere un medico altrettanto “falso” (e dunque comico).

Si è detto spesso che Molière sia un nemico giurato dei medici. Certo il suo “ciclo della medicina” si inaugura con la farsa del *Médecin volant*, dove Sganarelle si esprime in questo modo:

Hippocrate dit, et Galien par vives raisons persuade qu’une personne ne se porte pas bien quand elle est malade. Vous avez raison de mettre votre espérance en moi; car je suis le plus grand, le plus habile, le plus docte médecin qui soit dans la faculté végétale, sensitive et minérale.⁶⁹³

Ma quello di Molière non è un *argumentum ad personam*. Il suo vero obiettivo, più che i medici in senso stretto, è la medicina, con le contraddizioni del suo tempo che, tra ciarle, pomposità e battute folgoranti, si rivelano tra i fili del racconto, nelle messe in

⁶⁹¹ Molière, *Il malato immaginario*, III, 14, Garzanti, Milano 2009, p. 224. Cfr. J. B. F. van Gils, *De dokter in de oude Nederlandsche toneelliteratuur*, F. Bohn, Haarlem 1917, p. 53; H. Binneveld e R. Dekker, a cura di, *Curing and Insuring*, Verloren, Hilversum 1992, p. 69; W. Th. Kloek e A. K. Wheelock jr., *Jan Steen. Painter and Storyteller*, Yale University Press, New Haven-London 1996, p. 152.

⁶⁹² P. Dandrey, *Médecine et maladie dans le théâtre de Molière*, tomo 1, *Sganarelle et la médecine, ou de la mélancolie érotique*, Klincksieck, Paris 1998, p. XIX.

⁶⁹³ Molière, *Le médecin volant* [1659], Atto unico, scena 4.

scena dei suoi caratteri e delle sue maschere. Lo dice anche Béralde, tipico *raisonneur* molieriano, nel *Malato immaginario*: “Non sono i medici che lui canzona ma tutto il ridicolo che c’è nell’esercizio della medicina”.⁶⁹⁴

Ma leggiamo il prologo dell’opera, con il canto della Bergère:

Votre plus haut savoir n’est que pure chimère,
Vains et peu sages médecins;
Vous ne pouvez guérir, par vos grands mots latins,
La douleur qui me désespère:
Votre plus haut savoir n’est que pure chimère.
Hélas! hélas! je n’ose découvrir
Mon amoureux martyr
Au berger pour qui je soupire,
Et qui seul peut me secourir.
Ne prétendez pas le finir,
Ignorants médecins; vous ne sauriez le faire:
Votre plus haut savoir n’est que pure chimère.
Ces remèdes peu sûrs, dont le simple vulgaire
Croit que vous connaissez l’admirable vertu?
Pour les maux que je sens n’ont rien de salutaire:
Et tout votre caquet ne peut être reçu
Que d’un MALADE IMAGINAIRE.⁶⁹⁵

Che cosa succede se finzione e realtà si mescolano così tanto da mettere in crisi la stessa pratica medica? Che cosa succede se è lo stesso paziente a dire, tramite la Bergère, o magari attraverso la nostra paziente di Monaco, che solo colui per cui si sospira può guarirci, e tutto il resto, scienza medica *in primis*, è una chimera conveniente solo a “malati immaginari”? Evidentemente la questione si fa molto complessa, e forse non è un caso che Dandrey, intitolò i due tomi della sua opera “melanconia ipocondriaca” e “melanconia erotica”.

La sezione dedicata alla melanconia erotica si apre con una citazione di Charles Delorme, protomedico di tre re di Francia (Enrico IV, Luigi XIII e Luigi XIV), che nel 1608 dichiarava: “amanti e dementi si curano con gli stessi rimedi”.⁶⁹⁶ Dopodiché

⁶⁹⁴ Molière, *Il malato immaginario*, Atto III, scena 3, p. 180.

⁶⁹⁵ Molière, *Il malato immaginario*, cit., *Prologo* [1674], p. 20.

⁶⁹⁶ P. Dandrey, *Médecine et maladie dans le théâtre de Molière*, tomo 1, cit., p. 325.

Dandrey dedica un capitolo a *L'Amour médecin*, la comédie-ballet messa in scena da Molière nel 1665. La vicenda, ispirata alla novella *Olynthie* di Charles Sorel (1622), è la seguente: Lucinde è malinconica e qualsiasi tentativo del padre Sganarelle per alleviare il suo dolore è inutile. Quando però questi scopre che la figlia vorrebbe sposarsi va su tutte le furie e si rifiuta di dare il consenso. Con la complicità dell'astuta domestica Lisette, Lucinde finge il suicidio. Sganarelle, spaventato, convoca quattro medici, che iniziano a discutere: uno diagnostica un "chaleur du sang", l'altro una "réplétion d'humeurs", uno prescrive il salasso, l'altro un emetico... Ma qualcosa li accomuna: tutti sono d'accordo nel giudicare fatale il rimedio consigliato dagli altri. Due di loro, però, trovano un buon compromesso: la malattia di Lucinde sarebbe causata da umori putridi, evacuabili con purghe e salassi; se poi al termine della terapia la malata dovesse morire, almeno "elle sera morte dans les formes".⁶⁹⁷

Il finale è noto. Sopraggiunge un altro medico, "dalla barba giovane",⁶⁹⁸ formula una diagnosi diversa e propone il rimedio solutore: Lucinde è terribilmente malinconica, e solo matrimonio potrà guarirla. Questo medico, in realtà, è lo stesso Clitandre, il quale inscenerà un falso-falso matrimonio, che, appunto, si rivelerà reale. Il tutto sotto il naso di Sganarelle, e con la complicità di Lisette.

L'Amour médecin utilizza armi corrosive contro la medicina e contro i medici. Ma se osserviamo meglio, ci accorgiamo subito che la condizione di Lucinde è alquanto particolare. Cioché qualsiasi interpretazione che parli di solo di una "malattia di finzione" guaribile attraverso una "pseudo-finzione" si rivela davvero insufficiente. Certo, i medici chiamati al capezzale della paziente sono i soliti parolai e inconcludenti, che consigliano il ricorso al consueto corredo di terapie per la malattia atrabiliare. Agli occhi di un medico più accorto, tuttavia, Lucinde sarebbe apparsa subito autenticamente malinconica, cioè afflitta da un *tedium vitae* che poi, in un secondo tempo, la sua falsa malattia avrebbe accentuato. Non è questa l'essenza di ogni "malinconia isterica"? – è proprio questo l'essenza di ogni patologia isterica.

Neppure la disperazione di Sganarelle, pur nella comicità personaggio, è di finzione:

Ah, voilà ma fille qui prend l'air. Elle ne me voit pas. Elle soupire. Elle lève les yeux au ciel. Dieu vous garde! Bonjour ma mie. Hé bien, qu'est-ce? Comme vous en va? Hé! Quoi? Toujours triste et mélancolique comme cela, et tu ne veux pas me dire ce que tu as. Allons donc, découvre-moi ton petit cœur. Là, ma pauvre mie, dis, dis; dis tes petites

⁶⁹⁷ Molière, *L'Amour médecin*, Atto II, scena 5.

⁶⁹⁸ Ibidem.

pensées à ton petit papa mignon. Courage! Veux-tu que je te baise? Viens. [...] Mais, dis-moi, me veux-tu faire mourir de déplaisir, et ne puis-je savoir d'où vient cette grande langueur? Découvre-m'en la cause, et je te promets que je ferai toutes choses pour toi. Oui, tu n'as qu'à me dire le sujet de ta tristesse, je t'assure ici, et te fais serment, qu'il n'y a rien que je ne fasse pour te satisfaire. C'est tout dire: est-ce que tu es jalouse de quelqu'une de tes compagnes, que tu vois plus brave que toi? et serait-il quelque étoffe nouvelle dont tu voulusses avoir un habit? Non. Est-ce que ta chambre ne te semble pas assez parée, et que tu souhaiterais quelque cabinet de la foire de Saint-Laurent? Ce n'est pas cela. Aurais-tu envie d'apprendre quelque chose? et veux-tu que je te donne un maître pour te montrer à jouer du clavecin? Nenni. Aimerais-tu quelqu'un, et souhaiterais-tu d'être mariée? [*Lucinde lui fait signe que c'est cela*].⁶⁹⁹

Sganarelle è davvero preoccupato. Lucinde però non dice una parola, pare quasi non vederlo. Il padre ansioso la interpella sulle cause della sua malinconia, la incoraggia a parlare; poi, in mancanza di risposta, passa in rassegna alcuni rimedi un po' grossolani (o adatti a una *material girl*): desidera forse un abito nuovo? vuole un cabinet per la sua stanza? o magari preferisce un maestro di spinetta? Sganarelle un padre un po' rozzo, ma questi rimedi sono gli stessi consigliati, oltre che dai commercianti che, nel primo atto, cercano di raggirarlo, da molti trattati medici del tempo dove si esortano i genitori a far vivere le malate in ambienti dai colori vivaci, a sottoporre loro immagini piacevoli o a ricorrere ai benefici effetti della musica...⁷⁰⁰

Il mutismo di Lucinde, però, fa infuriare Sganarelle: “c'est une friponne!”, grida, “une ingrate”, “je la déteste”.⁷⁰¹ Certamente il padre rifiuta il matrimonio della figlia per spilorceria, cioè per “tenersi i suoi beni”, ma possiamo anche immaginare che, nondimeno, lo infastidisca la banalità di questo male di per sé – per lui che, conversando in intimità, ricordava con una mestizia sui generis:

Je n'avais qu'une seule femme, qui est morte [...]. Je ne puis m'en ressouvenir sans pleurer. Je n'étais pas fort satisfait de sa conduite, et nous avons le plus souvent disputé ensemble; mais enfin, la mort rajuste toutes choses. Elle est morte: je la pleure. Si elle

⁶⁹⁹ Molière, *L'Amour médecin*, cit., Atto I, scena 3.

⁷⁰⁰ Sull'importanza del clima allegro nelle stanze dei malati di malinconia, e su quella dei colori dei loro abiti, si veda L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., pp. 170-171, in cui vengono citati sia Ficino sia du Laurens.

⁷⁰¹ Molière, *L'Amour médecin*, cit., Atto I, scena 3.

était en vie, nous nous querellerions. De tous les enfants que le Ciel m'avait donnés, il ne m'a laissé qu'une fille, et cette fille est toute ma peine.⁷⁰²

Non è l'unica volta che Sganarelle sente la necessità di confessarsi. Pungolato da Lisette (“Il n'y a point de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre”),⁷⁰³ ammette in solitudine:

Il est bon quelquefois de ne point faire semblant d'entendre les choses qu'on n'entend que trop bien: et j'ai fait sagement de parer la déclaration d'un désir que je ne suis pas résolu de contenter [...]. *Je veux garder mon bien et ma fille pour moi.*⁷⁰⁴

“Voglio tenere i miei averi e mia figlia per me”... È anche l'espressione del desiderio di eterna simbiosi, ma anche uno dei pretesti utili a una burla divertente dell'*Amour médecin*. Appena introdotto in casa, il medico Clitandre prende il polso a Sganarelle e, sulla base della naturale simpatia che si stabilisce tra padre e figlia, sentenzia: “Votre fille est bien malade”...⁷⁰⁵ Forse Clitandre avrebbe dovuto proporre una terapia che coinvolgesse l'intero nucleo domestico...

Sta di fatto che propone a Sganarelle un rimedio diverso: guarisco, dice, “par des paroles, par des sons, par des lettres” (cui, a dire il vero, aggiunge anche talismani e “anelli costellati”).⁷⁰⁶ Ma anche la sua terapia, fatta di parole, suoni e lettere, è efficace solo nella dimensione della finzione, cioè all'interno della beffa nei confronti di Sganarelle. Infatti, una volta trovatosi al cospetto di Lucinde, Clitandre si esprime così:

Tant que je ne vous ai parlé que des yeux, j'avais, ce me semblait, cent choses à vous dire: et maintenant que j'ai la liberté de vous parler de la façon que je souhaitais, je demeure interdit: et la grande joie où je suis, étouffe toutes mes paroles.⁷⁰⁷

Anche le sue parole, insomma, una volta abbandonata la maschera dell'inganno si inceppano, e con loro pure quelle di Lucinde: “Je puis vous dire la même chose”, dice la giovane, “et je sens comme vous des mouvements de joie qui m'empêchent de

⁷⁰² Ivi, Atto I, scena 1.

⁷⁰³ Ivi, Atto I, scena 4.

⁷⁰⁴ Ivi, Atto I, scena 5 (corsivi nostri).

⁷⁰⁵ *Ibidem* (corsivi nostri).

⁷⁰⁶ Ivi, Atto III, scena 5.

⁷⁰⁷ Ivi, Atto III, scena 6, p. 75.

pouvoir parler”.⁷⁰⁸ Il “contratto” (sia quello relativo al falso-vero matrimonio, sia quello che sta all’origine di ogni possibile relazione di cura) viene dunque sottoscritto senza parole: perché in questo caso il “medico”-Clitandre ha agito in sintonia con i desideri del “malato”, ha assecondato il suo delirio e ha costruito un’illusione a due (che funzioni, si augura Clitandre, almeno “quelques jours”).

Siamo dunque di fronte a una malata singolare, attorno alla quale ruotano inevitabilmente alcune figure archetipiche che presiedono all’intrigo: il padre autoritario, l’amante intraprendente, la serva astuta... Capiamo anche che questo intrigo è, in un certo senso, consustanziale alla malattia stessa – una malattia che nasconde le sue cause, la cui terapia consiste prima di tutto nella conservazione di un segreto e, solo in un secondo momento, nel suo svelamento.⁷⁰⁹ Insomma, a una malattia a cui ben si attagliano infiniti travestimenti, dove la realtà dei fatti abita livelli multipli e si stabilisce sempre una connivenza tra la vittima e l’impostore, fino ad arrivare a una presunta beffa curativa, che pure, nella realtà dei fatti, ottiene il suo esito positivo. Non sorprenderà, quindi, che questa malattia possa esortare i medici a fornire i consigli più disparati. Nel periodo molièriano, infatti, la medicina

ne peut rien sur les âmes, sauf à entrer à son tour dans la scénographie des ruses que semble se plaisir à fomenter le mal d’amour. Situation à la fois spectaculaire et ambiguë, où chacun peut se trouver, l’un à son insu, l’autre à son corps défendant, distribué dans un rôle d’imposteur. Une telle situation [...] témoigne de l’inscription de la maladie amoureuse dans le contexte de l’incertitude, de l’égarement et de la ruse.⁷¹⁰

Pensiamo al medico di Monaco di Baviera, a cui il collega Meige rimprovera garbatamente di non aver fatto tesoro dei segni che gli avrebbero permesso di diagnosticare la malattia. Anzi: aveva diagnosi a portata di mano, scritta in rosso su un foglio di carta. Ma una volta lette quelle parole – “non serve alcuna medicina, è mal d’amore – che cosa avrebbe potuto fare se non andarsene, magari con la stessa solennità con cui era arrivato? Anche Meige sospetta che anche se fosse restato, se avesse continuato quella visita a domicilio, la malattia non sarebbe comunque stata alla sua

⁷⁰⁸ *Ibidem*.

⁷⁰⁹ Molière, *L’Amour médecin*, cit., Atto III, scena ultima, p. 80. Cfr. P. Dandrey, *Médecine et maladie dans le théâtre de Molière*, Tome I, *Sganarelle et la médecine, ou de la mélancolie érotique*, Klincksieck, Paris 1998, p. 344.

⁷¹⁰ P. Dandrey, *Médecine et maladie dans le théâtre de Molière*, tomo 1, cit., 462.

portata, e dunque egli avrebbe fatto una pessima figura in quella casa della buona borghesia olandese.⁷¹¹

Così Meige parte alla volta di Vienna, sperando di incontrare altre pazienti e altri colleghi con cui discutere dei suoi casi clinici. Si imbatte in una malata, con un fazzoletto sulla testa e una casacchetta di velluto bordato di piume di cigno (o almeno Meige ce la descrive così). Siede vicino a un tavolo sul quale ci sono una bacinella e una spugna; tiene una mano sul petto, e solleva mollemente l'altra perché il medico, sostenendo con due dita quel povero braccio, possa prenderle il polso. Sulle ginocchia ha una copia della Bibbia, e con sguardo umido e implorante chiede conferma al medico della sua condanna, preparandosi a morire santamente con il conforto di pie letture (*fig. 29*).⁷¹²

Ecco la descrizione di Meige relativa all'intera scena:

L'homme de l'art qu'elle consulte en cet instant critique n'est guère fait pour ranimer le courage de cette fausse moribonde. C'est un docteur très sévère, [...] qui ne traite pas la médecine en bagatelle, [...] [qui] sait la rendre grave jusqu'à l'austérité, digne, pompeuse, imposante, presque effrayante. [...] Voyez comme il fronce un sourcil menaçant, comme son œil est sévère, tout cela uniquement pour consulter un pouls. Voilà un médecin avec qui il ne ferait pas bon de risquer une plaisanterie à la façon de Steen. De l'index il montre sa front. C'est qu'une pensée profonde vient de lui traverser le cerveau – ce cerveau, où sans doute, comme Sganarelle, il a condensé toute la médecine. Il va parler. Nous savons ce qu'il va dire: quelque galimatias à la façon de Bahis e de Macroton, où il sera question "d'une vapeur fuligineuse et mordicante qui picote les membranes du cerveau..., de cette vapeur, que l'on nomme en grec *Atmos*, causée par des humeurs putrides, tenaces et glutineuses qui sont contenues dans les bas-ventre... et, comme ces humeurs ont été engendrées par une longue succession de temps, elles s'y sont recuites et ont acquis cette malignité qui fume vers la région du cerveau..." Voilà le mal. C'est celui de l'héroïne de l'*Amour médecin*; on ne niera pas que c'est le mal d'amour.⁷¹³

Lo Sganarelle di cui parla Meige non è quello dell'*Amour médecin*, ma il falso medico che presiede all'intreccio del *Médecin volant* o del *Médecin malgré lui*. Quanto al

⁷¹¹ Con Meige concorda il suo maestro Richer. Si veda P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 401.

⁷¹² H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 344.

⁷¹³ Ivi, p. 345.

galimatias, invece, è proprio quello di Macroton, il medico che nell'*Amour médecin* scandisce le parole fino al paradosso e che fa da spalla a Bahis, quello che tartaglia.

Meige sa certamente che nel 1666, in Olanda, luogo in cui egli ha individuato il focolaio dell'epidemia, venne messa in scena per prima volta *De liefdendokter* di Adriaan Bastiaanszoon Leeuw, la cui trama è perfettamente sovrapponibile all'*Amour médecin*. Cambiano soltanto i nomi: Angeniet al posto di Lucinde, Kommer al posto di Sganarelle, Barnaart per Clitandre e Radegont per Lisette.⁷¹⁴ Non è un caso, dunque, che Meige faccia riferimento a Molière.

Anche stavolta, la diagnosi non lascia dubbi: si tratta sempre di mal d'amore. L'attenzione di Meige, dunque, si concentra tutta sul collega, che sfoggia un abito da accademico, corruga il sopracciglio e si indica la fronte nello sforzo del pensiero (sempre che non stia contando i battiti del polso con le dita di una mano...). Per Meige gli si adatterebbe alla perfezione una celebre strofa che circolava ai tempi di Molière:

Affecter un air pédantesque,
Cracher du grec et du latin,
Longue perruque, habit grotesque,
De la fourrure et du satin:
Tout cela réuni fait presque...
Ce qu'on appelle un médecin.⁷¹⁵

La forte antipatia di Meige nei suoi confronti ci pare eccessiva, ma è innegabile che questo medico abbia un'espressione che spaventerebbe chiunque, soprattutto una povera giovane che crede di essere a un passo dall'oltretomba. Una condizione del genere non spinge certo all'umorismo, o a burlarsi di chi consideriamo il solo capace di impedire che l'inesorabile si compia. Questa novella Maddalena pare quasi passare silenziosamente in rassegna ogni suo peccato, e pentirsi di ognuno: ha uno sguardo che, se non fosse per il contesto molto laico, potremmo definire "mistico". Meige, che continua a udire alla perfezione ogni frase pronunciata in queste *dokterbezoeken*, la

⁷¹⁴ Si veda W. Th. Kloek, A. K. Wheelock jr., *Jan Steen. Painter and Storyteller*, cit., p. 153.

⁷¹⁵ Cit. in M. Raynaud, *Les Médecins au temps de Molière*, Didier, Paris 1882, p. 81, poi in H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 345 e in G. Doutrepoint, *La littérature et les médecins en France*, "Bulletin de l'Académie Royale de langue et de littérature françaises", t. 12, n. 4, 1933, p. 162. Si tenga presente che nell'Olanda del tempo l'utilizzo delle lingue antiche era oggetto di dibattito: Hendrick Laurenszoon Spiegel, il primo autore di una grammatica olandese, nel 1614 si chiedeva: "Moet juyst een duyts Poet nu nodich zijn ervaren in Griek-Latijn?", ovvero "un poeta olandese deve proprio essere esperto di greco e latino?", H. Laurenszoon Spiegel, *Hart-Spieghel* [1614], cit. in M. A. Schenkeveld, *Dutch Literature in the Age of Rembrandt*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 1991, p. 12. Cfr. S. Alpers, *Realism as a comic mode*, "Simiolus", vol. 8, n. 3, 1975-1976, p. 117.

definisce sbrigativamente una “falsa moribonda” (anche i migliori professionisti hanno le loro giornate storte...). Ma nel tempo di questa visita, non pensa alle parole delle mistiche, molto simili a quelle che anche questa donna avrebbe potuto proferire nell’oscurità della sua stanza borghese:

Gli vedevo nelle mani un lungo dardo d’oro, che sulla punta di ferro mi sembrava avere un po’ di fuoco. Pareva che me lo configgesse a più riprese nel cuore, così profondamente che mi giungeva fino alle viscere, e quando lo estraeva sembrava portarselo via lasciandomi tutta infiammata di grande amore di Dio. Il dolore della ferita era così vivo che mi faceva emettere dei gemiti, ma era così grande la dolcezza che mi infondeva questo enorme dolore, che non c’era da desiderarne la fine, né l’anima poteva appagarsi che di Dio. *Non è un dolore fisico, ma spirituale, anche se il corpo non tralascia di parteciparvi un po’, anzi molto.* È un idillio così soave quello che si svolge tra l’anima e Dio, che io supplico la divina bontà di farlo provare a chi pensasse che *io mento*.⁷¹⁶

Sono parole che descrivono un grande Amore – diverso, certo, da quello borghese ma con connotazioni altrettanto fisiche e sensuali – e che, soprattutto, confessano l’ambizione che quell’idillio non abbia fine. Al contempo, si fanno portatrici di un’istanza di ascolto e di legittimità: chiedono di essere credute, e pregano addirittura che qualcun altro, soprattutto chi non crede, possa farle proprie. Anche Meige avrebbe potuto pensarci, ascoltare queste parole, anche solo per metterle in burla. Perché al centro dell’immagine c’è comunque lei, la malata. Ossia: siamo davanti a una “Visita del dottore”, non a un “Consulto medico”.⁷¹⁷

È probabile che Meige avesse da poco riletto l’*Amour médecin*, ne avesse colto soprattutto l’aspetto burlesco e avesse tralasciato il resto. Perché la sua teatralizzazione della scena – “ma pauvre tête est donc malade...”, “tout m’indiffère...”, “ne m’ordonnez aucune médecine”... – deve moltissimo alla comicità di Molière. È altrettanto probabile che abbia avuto in mente le figure che popolano le sue *pièces*, i veri-falsi malati, i vecchi avari, gli amanti scaltri, i medici grotteschi, e in particolare le “servette”...

Ci mancavano solo le servette! Meige deve aver notato l’imprudente prossimità tra le sue pazienti e queste donne, queste infide linguacciute dal colorito olivastro che si

⁷¹⁶ Teresa d’Avila, *Libro della mia vita*, XXIX, 13-14, Edizioni Paoline, Milano 2006, p. 256 (corsivi nostri).

⁷¹⁷ Sulla distinzione tra il “motivo” della visita del dottore e quella del consulto medico si veda E. Petterson, *Amans amanti medicus*, cit., p. 62.

muovono liberamente per le stanze e conferiscono a quegli interni un non so che di losco.⁷¹⁸ (*figg. 30-31*). Somigliano persino a *Malle Babbe* (*fig. 32*), la vecchia matta e maligna dal ghigno umidiccio, sempre accompagnata da un gufo che ne prova la pazzia, o almeno l'inclinazione per l'alcool.⁷¹⁹ Sono delle impiccione, non bisogna mai sottovalutare il loro ruolo e, soprattutto, evitare che facciano le messaggere d'amore, consegnando alle innocenti fanciulle lettere sconvenienti (o magari delle diagnosi stilate da medici complici delle loro malefatte).

La loro pericolosità deriva da due fattori: in primo luogo, si sa, hanno molta esperienza della vita, e dunque rappresentano una potenziale "cattiva compagnia" per le giovani; in secondo luogo, minacciano la pratica del medico, perché queste dilettanti dello spirito possono identificare la malattia, specie quella psichica, prima di medici (e genitori), e provare un perverso piacere nell'ostentare il loro intuito diagnostico.⁷²⁰ Meige se ne era accorto anche durante una delle visite all'Aja (*fig. 24*), quando udì queste parole da parte di una "camériste en corsage", per nulla intimorita dai paroloni del dottore:

"Tous vos beaux discours ne nous tromperont point, car nous en savons plus que vous sur la maladie de notre maitresse. Nous n'avons que faire de votre médecines, et je sais quelqu'un qui ferait déguerpir en moins de temps qu'il ne vous en faut pour lui trouver un nom".⁷²¹

Anche quando ostentano un'aria compita, dal loro sguardo traspare sempre un presuntuoso scetticismo nei confronti dei medici, e con questo atteggiamento contagiano anche il resto della famiglia (*fig. 33*). Meglio, insomma, diffidare delle domestiche o, al limite, far assegnamento su di loro perché denigrino gli amati "sbagliati" – operazione che, già per gli antichi, risulta più efficace se maldicenze,

⁷¹⁸ Jacques Ferrand diceva che se "una piccola quantità di bile malinconica si mescola con l'umore biliare, la persona diventa di color arsciccio o verde bruno o meglio μελάγ-χλωρος (color oliva scuro)", J. Ferrand, *Malinconia erotica* (1623), cit., p. 48.

⁷¹⁹ G. Kieft, *I Paesi Bassi settentrionali*, in B. W. Meijer, a cura di, *La pittura in Europa. La pittura nei Paesi Bassi*, Electa, Milano 1997, t. 2, p. 421. Si ricordi che nell'Olanda del tempo, il gufo è simbolo di follia (si veda S. Schama, *Il disagio dell'abbondanza*, cit., p. 573) ma la sua presenza nel dipinto è stata interpretata anche secondo il detto popolare "zoo zot als een uil" (ubriaco come un gufo), spiegabile con il fatto che il gufo, abituato alla notte, di giorno barcollerebbe come un ubriaco... Si veda B. Haak, *The Golden Age*, cit., p. 233 e S. Slive, *Frans Hals*, Phaidon, London-New York 1970-1974.

⁷²⁰ Si veda S. Schama, *Il disagio dell'abbondanza*, cit., p. 468. Ovidio, *Eroidi*, X, 35, cit. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 43.

⁷²¹ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 65 (corsivi nostri). Cfr. M. Pelling, *Thoroughly repented?*, in L. Hunter e S. Hutton, a cura di, *Women, Science and Medicine, 1500-1700*, Sutton Publishing, Stroud 1997, p. 66.

insinuazioni e diffamazioni provengono da donne vecchie e laide. Scriveva infatti Gordonius, in passaggio declinato al maschile:

Si cerchi dunque una vecchia laidissima d'aspetto, con grandi denti e barba, con un vestito brutto e vile e che porti sotto il grembo un panno sporco di mestruo; giunta in presenza dell'amata, comincia a sconciarle la camicia dicendo che è tignosa e ubriacona, che pischia nel letto, che è epilettica e impudica, che nel suo corpo ci sono delle escrescenze enormi piene di fetore e altre sconcezze. Se da ciò non sarà stato persuaso, allora la vecchia tiri fuori all'improvviso il panno mestruale sotto la sua faccia, urlando: così è la tua amica, così. E se nemmeno da questo egli sarà indotto a lasciarla perdere, allora non è un uomo, ma un diavolo incarnato.⁷²²

Per correttezza dovremmo convertire tutto al femminile: un vecchio laido, con grandi denti e una barbaccia unta e grigia, vestito con abiti sporchi e puzzolenti, che racconta alla giovane malata d'amore tutte le oscenità e le brutture dell'amato... Ma siamo certi che l'esempio risulti ugualmente chiaro.

Torniamo al caso di Monaco di Baviera (*fig. 25*), e alla "lettera" che la paziente tiene tra le mani. Nei dipinti olandesi del Seicento non è affatto raro che compaiono delle lettere. Secondo alcuni studiosi, fedelissimi all'idea della profonda vocazione realistica di questa pittura, si tratterebbe di un modo di omaggiare l'efficiente servizio postale della Repubblica.⁷²³ Non vi è dubbio, infatti, che la "posta" fosse diventata una vera e propria ossessione: lo prova la pubblicistica del tempo che contava molti manuali che insegnavano come costruire a regola d'arte le lettere. Lo stesso Karel van Mander, nel suo *Schilder-Boeck*, definisce le lettere come "*swijzende boden*", cioè "messaggeri silenziosi",⁷²⁴ ovvero come oggetti che permettono di immaginare, pur nel loro inanimato silenzio, una vicinanza di esseri e di pensieri tutt'altro che scontata.

Riteniamo tuttavia che quando le missive compaiono in un dipinto si comportino in maniera alquanto particolare. Secondo Svetlana Alpers, rappresenterebbero un tributo al senso della vista. Ne parla infatti in una bella pagina di *Arte del descrivere*, in cui le lettere sono messe in relazione con gli strumenti ottici diffusi nell'Olanda del tempo,

⁷²² . L. Lowes, *The Lovers Malady of Hereos*, cit., pp. 499-502 e G. Agamben, *Stanze*, Einaudi, Torino 1993, p. 133.

⁷²³ P. C. Sutton, L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters*, cit., *passim*.

⁷²⁴ K. Van Mander, *Het Schilder-Boeck* (1604), cit. S. Alpers, *Arte del descrivere*, cit., p. 293 e in A. Jensen Adams, *Disciplining the hand, disciplining the heart*, in P. C. Sutton, L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters*, cit., p. 63. Si veda A. Prete, *La passione d'amore e la scrittura romantica*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., p. 195.

con tutti quegli scienziati che ribadivano la loro posizione di “osservatori non visti”. La Alpers ci parla cioè di una complicità tra lenti, dipinti e lettere, in cui

il piacere di scrutare o leggere messaggi a distanza tradisce il gusto peccaminoso di un'avventura proibita: l'attenzione dello sguardo è vissuta come una forma di spionaggio, a cui non è estraneo il disagio dell'osservatore che si sente in qualche modo un *voyeur*.⁷²⁵

Questa ipotesi funziona perfettamente nei numerosi casi di donne o uomini sorpresi dai pittori mentre scrivono o leggono una lettera – una sorpresa e un voyeurismo doppi, perché chi spia alle loro spalle, uomo o donna che sia, lo fa, appunto, con la complicità del pittore (*fig. 34*). Ma nel caso del dipinto di Monaco l'idea del voyeurismo funziona molto meno: ovvero, la lettera-diagnosi è, più che mai, un oggetto da guardare ma è anche un oggetto che *sa* di essere visto, o meglio *vuole* essere visto, in un'ostensione a fini narrativi (un'ostensione che, secondo qualcuno, potrebbe anche indicare una “Schwäche des Bildes”, una “debolezza dell'immagine”).⁷²⁶ Questo foglio di carta, che staglia il suo biancore sul tappeto orientale, trasforma la sua formula “*Daar baat gen / medesyn / want het is / minepeyn*” in una frase che chiunque, anche senza microscopio, può leggere – e dunque svelare l'oscuro significato del dipinto. Ovvero, la lettera, lo scritto, non è più un oggetto “introverso” che al massimo si espone a uno sguardo peccaminoso: è un oggetto estroverso, quasi insolente, adatto a un voyeurismo consensuale, che aspira a tutti gli effetti a diventare una *dramatis persona* (*fig. 35*).

Meige lo dice chiaramente: è Jan Steen a suggerire la diagnosi. Anzi il suo, più che un suggerimento, è una vera e propria ostentazione diagnostica che, in seconda battuta, accentua il carattere parodico della sua rappresentazione.⁷²⁷ Perché in assenza di un segreto da carpire, cioè senza la necessità di alcuna lente speciale, se il medico non coglierà all'istante la verità della malattia si voterà al fallimento e alla derisione. E anche, il destino della paziente non sarà migliore: per raccontare i suoi sintomi, non potrà più ricorrere alla metafora (dimensione che, pur confondendo livelli diversi, ha una natura piuttosto conciliante) e dovrà confidare solo nella perspicacia di un medico che colga la biologica naturalezza della sua condizione.

⁷²⁵ S. Alpers, *Arte del descrivere*, cit., p. 295. Cfr. *ivi*, 285 e sgg. Sulla microscopia di vedano E. G. Ruestow, *The Microscope in the Dutch Republic*, Cambridge University Press, Cambridge 1996 e C. Wilson, *The Invisible World*, Princeton University Press, Princeton 1995.

⁷²⁶ E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 319.

⁷²⁷ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 58. Cfr. [fig. 58](#).

Insomma, Steen, il pittore, non rispetta il segreto professionale dei medici che ritrae, e nei loro confronti non dimostra alcuna comprensione. Ha fatto bene a non continuare i suoi studi e a non diventare medico come gli zii Jacobus e Thaddeus, e come la sua famiglia, pare, avrebbe desiderato: con i colleghi sarebbe stato insopportabile.⁷²⁸ Ma avendo scelto di fare il pittore, come si sarebbe dovuto comportare per raffigurare una malattia dell'immaginazione, le cui vittime sono in preda a ricordi e illusioni che fatalmente li precipitano nella corruzione dello spirito? È possibile che, prima di iniziare a dipingere, abbia sfogliato qualche appunto universitario:

Quando il ricordo dell'amore ritorna, grazie alla vista o al tocco, o per la lettura di una lettera, la mente torna a soffrirne, e così il polso. [...] Gli innamorati sono tristi, abbattuti, insonni, meditabondi, pieni di amorosi sospiri, pallidi, indifferenti al cibo e in pericolo di vita. Il desiderio li devasta. [...] Pronunciano parole strane e incoerenti. Si comportano in modo folle, delirante, come pazzi. Si pugnolano, si strangolano e si uccidono l'un l'altro. Tutte queste cose dipendono dalla bile nera. Quando sono in preda a tali eccitazioni recitano dolenti tragedie, come hanno dimostrato i poeti e i drammaturghi.⁷²⁹

Non è semplice rappresentare con il pennello tutti questi sintomi... Tuttavia, dice Meige, *maître* Steen, al di là di una maschera un po' festaiola, è uno scrupoloso osservatore della natura (ovvero: è un autore perfetto per la scuola della Salpêtrière). Poi si spinge oltre, e afferma che Steen, nei suoi dipinti, rappresenta "des leçons d'une irréprochable moralité", simili, aggiunge, a quelle che possiamo trarre dai testi di Molière.⁷³⁰ Inoltre, il nostro medico non è affatto certo che le giovani ritratte siano malate immaginarie, o che i loro famigerati patemi d'amore, specie all'inaugurarsi di un mondo disincantato, non fossero da prendere sul serio.⁷³¹ Certo, il suo tempo non è amico delle passioni: per Racine ogni "funesto amore" non solo è un delitto contro la propria salute ma un inequivocabile indizio di "cattivo gusto";⁷³² per Spinoza, i malati d'amore sono paragonabili ai folli deliranti: "Né son considerati meno pazzi quelli che

⁷²⁸ M. J. Bok, *The artist's life*, in H. P. Chapman, W. Th. Kloek e A. K. Wheelock jr., *Jan Steen. Painter and Storyteller*, cit., p. 35, nn. 45 e 47.

⁷²⁹ Forestus, *Observationum et curationum medicinalium ac chirurgicarum opera omnia*, Frankfurt a. M., 1634, obs. XXIX, cit. in O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, cit., pp. 63-64 (trad. nostra).

⁷³⁰ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 58-59. Si veda anche S. Slive, *Dutch Painting 1600-1800*, Yale University Press, New Haven-London 1995, p. 169. Cfr. F. Schmidt-Degener e H. R. Van Gelder, *Jan Steen*, trad. ingl. John Lane, London 1927, p. 11 e E. Fromentin, *I maestri del passato*, trad. it. Il Poligrafo, Padova 2004, p. 186. Cfr. P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 401.

⁷³¹ Si veda M. S. Bergmann, *Anatomia dell'amore*, Einaudi, Torino 1992, pp. 122-123.

⁷³² J. Racine, cit. in M. Fumaroli, *La mélancolie et ses remèdes* [1984], in Id., *La diplomatie de l'esprit*, cit., pp. 406-407.

ardono d'amore e sognano notte e giorno soltanto la loro amante o la loro meretrice, suscitando di solito riso".⁷³³

Il mal d'amore, la melanconia erotica e tutto il loro corredo di sintomi ai tempi di Steen possono solo far sorridere, ed essere oggetto di caricatura. Il problema, però, sta nel definire che cosa si intenda per caricatura... Perché questi dipinti che ritraggono malate d'amore interpellano noi, e Meige, in maniera molto più profonda di quanto si potrebbe immaginare. Non sono dipinti nei quali l'artista si limiti ad essere testimone oculare del quotidiano: nonostante Van Mander si schierasse a favore di una pittura *naer't leven*, cioè "presa dalla vita", a scapito di una *uyt de gheest*, cioè "dell'immaginazione", per i nostri dipinti non si può parlare soltanto di *observatio* – attitudine che certamente a Steen non fa difetto. La questione, infatti, resta la seguente: è possibile rappresentare "con obiettività" una malattia dello spirito? È lo stesso problema che sarà alla base delle pratiche iconologiche della scuola della Salpêtrière. Perciò abbiamo scelto Meige come nostro "medico di base".

*

È stato detto che questi dipinti, dietro un'apparenza comica, nasconderebbero la volontà di veicolare precisi messaggi morali. Quando parliamo di "morale" a proposito dell'Olanda del tempo, è impossibile non considerare i diversi libri di emblemi che all'epoca circolavano diffusamente nel Paese, in particolare a quelli di Jacob Cats e di Otto van Veen. Questi libri contenevano brevi componimenti poetici di spiccata natura morale, illustrati da immagini altamente simboliche. Padre Cats, interrogato sulle proprietà dei libri di emblemi, rispondeva così

Gli *emblemata* [...] sono quadri muti che parlano, piccoli fatti umani che hanno però un grande peso; cose divertenti, ma non senza saggezza; cose che gli uomini possono indicare con un dito e afferrare con le mani.⁷³⁴

⁷³³ B. Spinoza, *Etica*, IV, Proposizione XLIV, Scolio, in *Opere*, a cura di F. Magnini, Mondadori, Milano 2007, p. 1013. Cfr. E. Petterson, **Amans amanti medicus**, cit., p. 278.

⁷³⁴ J. Cats, *Proteus ofte Minne-beelden*, Amsterdam, 1618, pp. I-II, cit. in S. Schama, *Il disagio dell'abbondanza*, cit., p. 393. Si veda anche S. Alpers, *Arte del descrivere*, cit., p. 20. Sugli emblemi si veda ovviamente M. Praz, *Studies in Seventeenth-Century Imagery*, Edizioni di Storia e Letteratura, Roma 1975² (ristampa 2001), in part., pp. 83-168 [§ III, "Profane and sacred love"].

Questi che mostrano un gusto tutto secentesco per le immagini allusive, e per testi variamente eruditi che ne forniscono la chiave di lettura, cosicché non restino “mute”. Facciamo alcuni esempi, il primo dei quali riguarda proprio le lettere d’amore.

Nel 1625, Cats pubblica il suo *Houwelyck* [Matrimonio] che in poco tempo divenne una sorta di best-seller dell’epoca, con all’attivo cinquantamila copie (*fig. 36*). Si dice che le opere di Cats, accanto alla Bibbia, non potessero mancare in nessuna casa dei Paesi Bassi.⁷³⁵ In *Houwelyck* l’autore elogiava le virtù domestiche e forniva una sorta di vademecum per la “condotta coniugale”. Ciascun capitolo, illustrato dalle incisioni di Adriaen van de Venne, è dedicato a una fase della vita della donna: *Maeght* (fanciulla), *Vrijster* (ragazza in età da corteggiamento), *Bruyt* (sposa), *Vrouwe* (moglie), *Moeder* (madre) e *Weduwe* (vedova).⁷³⁶

Nel secondo capitolo, “Vrijster”, Cats riporta un dialogo tra Rosette, nubile, e Sibille, neosposa, sui pericoli per le donne di scrivere lettere d’amore. Rosette vorrebbe esprimere in una lettera i sentimenti che prova per l’amato – perché, dice, “la carta non può arrossire, e penna e inchiostro spesso parlano così come la bocca e la lingua non permettono”. Ma la risposta dell’esperta Sibille è perentoria: “non è mai conveniente per una fanciulla [...]. Non scrivere mai stupide lettere d’amore”.⁷³⁷ Dunque, una buona *vrijster* può, sì, ricevere una lettera d’amore, una *minne-brief*, ma non deve scriverne.

Anche il teatro e la letteratura del tempo, e non solo in Olanda, corroborano l’idea che le lettere d’amore possano essere uno dei motivi scatenanti non solo delle farse e delle commedie degli equivoci ma persino dei drammi più cupi. Pensiamo un istante alla *Princesse de Clèves* di Madame de la Fayette, da alcuni definito un po’ troppo solennemente il “primo romanzo psicologico moderno”. Pubblicato anonimo nel 1678, ma ambientato tra il 1558 e il 1559 presso la corte di Enrico II, risente fortemente del pensiero cartesiano e giansenista: per cui, in questo romanzo dallo stile sintetico e dosato, l’eroina dovrà respingere gli attacchi della passione, la loro forza accecante che sottrae “all’Io ogni controllo e lo destina alla perdita di sé”,⁷³⁸ scegliendo

⁷³⁵ J. Huizinga, *La civiltà olandese del Seicento* [1933], Einaudi, Torino 2008, p. 67. Si veda anche S. Schama, *Il disagio dell’abbondanza*, cit., p. 393.

⁷³⁶ H. R. Nevitt jr., *Art and the Culture of Love in Seventeenth-Century Holland*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2003, p. 6. Su Adriaen van de Venne e la sua rappresentazione dell’infermità in chiave sociale e politica, si veda M. Westermann, *Bodily infirmity as social disease: the art of Adriaen van de Venne*, in L. S. Dixon, a cura di, *In Sickness and in Health*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 45-61.

⁷³⁷ J. Cats, cit. in P. C. Sutton, L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters*, cit., pp. 39-40. H. R. Nevitt jr., *Art and the Culture of Love*, cit., p. 7. Cfr. R. Chartier, *Le pratiche della scrittura*, in P. Ariès e G. Duby, *La vita privata dal Rinascimento all’Illuminismo*, Laterza, Roma-Bari 1988, pp. 76-117.

⁷³⁸ E. Pulcini, *La passione del moderno: l’amore di sé*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari, 1995, p. 162. Si veda anche V. Papa, *Postfazione*, in Madame de

l'autocontrollo e il rigore morale. Al centro del racconto c'è ovviamente il celebre *aveu* di M.me de Clèves al marito, che prova la sua virtù – e contiene una toccante, implicita richiesta di protezione nei confronti di un sentimento perturbatore. Sappiamo che questa confessione che non avrà l'esito auspicato e spiana la strada alla catastrofe.⁷³⁹ Ma anche qui, come in molti dei nostri dipinti olandesi, sono le lettere d'amore a incendiare il sentimento, a farsi complici delle sue urgenze, del suo sviluppo e dei suoi malintesi (Manoel De Oliveira, infatti, intitolerà proprio *La Lettera* il film ispirato al romanzo).

Altri autori paiono meno pessimisti a proposito delle lettere d'amore. È il caso, per restare in Olanda, di Jan Harmensz. Krul e di un suo emblema del *Pampiere Wereld* (1644), nella cui incisione compare Cupido che porge una lettera a una giovane (fig. 37). La scena non ha toni drammatici: siamo nella solita camera da letto, questa volta in perfetto ordine – le tende del baldacchino sono chiuse, il tavolo è sgombro di oggetti, la sedia è vuota: insomma la domestica ha fatto un buon lavoro. La giovane stava cucendo, ma Cupido interrompe la sua azione. Nulla farebbe pensare a qualcosa che possa mettere a repentaglio la serenità della scena. Ma la *subscriptio* recita:

Dovrei svolgere le mie mansioni ma Amore non mi dà tregua [...]; nutre i miei pensieri, e a nulla serve cercare di combatterlo. Ogni azione va contro al mio desiderio, perché tu, o inquieto Amore, mi hai in tuo potere!⁷⁴⁰

L'amore non dà pace, e soprattutto distoglie queste giovani dai loro obblighi domestici, stimolandole alla fantasticheria e all'ozio, all'amore impudico, alla lussuria e alle molli frivolezze. Lo ricorda anche Jacques Ferrand (citando Euripide, e non come crede, Menandro): "L'amore è ozioso, ama gli specchi e i capelli tinti, ed evita il lavoro".⁷⁴¹ L'unico modo per combattere l'amore-passione è quello di resistere alle sue distrazioni, e continuare le proprie attività quotidiane. Lo dice anche la massima ovidiana: "Ocia si tollas, periere Cupidinis arcus".⁷⁴²

Lafayette, *La principessa di Clèves*, trad. it. Frassinelli, Milano 2006, p. 214 e J. Fontanille, *La passione negata. Un frammento de La principessa di Clèves*, in I. Pezzini, a cura di, *Semiotica delle passioni*, Esculapio, Bologna 1991, pp. 79-96.

⁷³⁹ Madame de Lafayette, *La principessa di Clèves*, trad. it. Frassinelli, Milano 2006, p. 124 e sgg.

⁷⁴⁰ J. Harmensz. Krul, *De Pampiere Wereld*, Amsterdam 1644, pt. 1, p. 136, cit. in P. C. Sutton, L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters*, cit., p. 122.

⁷⁴¹ Euripide, *Danae*, frammento 322, cit. in J. Ferrand, *Malinconia erotica* (1623), cit., p. 24. Cfr. *ivi*, p. 91.

⁷⁴² Ovidio, *Remedia amoris*, I, 39. Sulla "donna oziosa" e la sua virtuale isterizzazione, si veda M. Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, 1988, p. 107. Cfr. S. Shama, *Wifes*

Molto ovidiana è anche l'idea sull'amore di Otto Van Veen, Vaenius, che nel 1608 pubblica gli *Amorum emblemata*, uno dei vertici dell'emblematica erotica destinata a un ampio pubblico (fig. 38).⁷⁴³ Vaenius, nato a Leida nel 1556, era anche pittore e tra i suoi allievi ebbe anche Rubens. Soggiornò per cinque anni in Italia, sotto la protezione del cardinal Cristoforo Madruzzo, ed ebbe diverse commissioni da parte del condottiero Alessandro Farnese, all'epoca governatore dei Paesi Bassi. A Leida, era in contatto con Giusto Lipsio, il massimo esponente del neostoicismo. La maggior parte degli emblemi presenti nei suoi *Amorum emblemata* sono appunto motivi di origine ovidiana e petrarchesca, ma non è certo assente l'influenza di Seneca, Plutarco, Cicerone, Virgilio, Leone Ebreo, e così via. Il tutto, illustrato dalle incisioni di Cornelis Boel.

Sulle lettere Vaenius non è troppo diffidente: “litteris abstentis videmus”, scrive, poiché “vera amantis vestigia, veras notas afferunt” (fig. 39).⁷⁴⁴ Ma sull'amore in generale la sua posizione è tutt'altro che rassicurante: l'amore è sofferenza, le sue frecce sono lacrime e le sue lacrime sono frecce che, cadendo, feriscono il petto – e da quella ferita è difficile guarire (fig. 40). Nell'Emblema 61 (fig. 41), vediamo un Cupido allettato: smania, ha il capo cinto da una benda e il suo corpo grava sulle sue povere alucce. Ma Amore non vuole sollievo e rifiuta categoricamente la medicina che Venere gli porge. Il titolo dell'emblema, infatti, è “Iuvat indulgere dolori”. La non eccelsa versione italiana dell'epigramma, ad opera del genovese Pietro Benedetti, comparsa nella seconda edizione del 1612, recita così:

Il medico al bisogno si ritrova
L'Amante infermo la ragion rifiuta,
Per dar rimedio all'aspra sua feruta,
Nessun' herba, o ragion' al Amor giova.⁷⁴⁵

Sappiamo che l'amore non si cura con le erbe, o con la farmacopea tradizionale. Vaenius, però, ha in mente la soluzione. Nel celebre Emblema 85, dal titolo “Amans amanti medicus” (fig. 42), ci presenta l'immagine di un altro Cupido ferito – e questa

and wantons. Versions of womanhood in 17th century Dutch art, “Oxford Art Journal”, vol. 3, n. 1, aprile 1980, pp. 5-13.

⁷⁴³ O. Vaenius, *Amorum Emblemata* (1608), a cura di K. Portemann, Scholar Press, Aldershot 1996. Il trattato fu pubblicato simultaneamente in tre lingue (latino, francese e olandese) nel 1608, e poi, nel 1612 in latino, inglese e italiano, grazie alla versione di Pietro Benedetti. Si veda il prezioso sito dell'Emblem Project Utrecht all'indirizzo <http://emblems.let.uu.nl>. Sul rapporto tra Vaenius e Cesare Ripa, si veda S. Maffei, *Introduzione*, in C. Ripa, *Iconologia*, Einaudi, Torino 2012, p. C e sgg.

⁷⁴⁴ È un passo di Seneca, *Epistulae morales ad Lucilium* 40,1.

⁷⁴⁵ O. Vaenius, *Amorum Emblemata*, cit., p. 120 e <http://emblems.let.uu.nl/v1608.html>.

volta la freccia conficcata nel petto è ben visibile. Anch'egli, come il collega dell'Emblema 61, ha il capo fasciato e giace su un letto, ma appare più tranquillo (o più moribondo?) e lascia che un secondo Cupido gli prenda il polso. Sul tavolino, lo stesso dell'Emblema 61, ci sono gli strumenti del mestiere di questo Amore-medico (un'ampolla, un pestello, un cartiglio con la diagnosi: "cor"), che osserva con attenzione l'urina del Cupido ferito.

Se questo "quadro muto", come diceva Cats, non fosse sufficiente, ecco i versi degli epigrammi in più lingue.: il testo latino, tratto direttamente da Ovidio:

Discite sanari, per quem didicistis amare,
Una manus vobis vulnus opemque feret:
Terra salutare herbas, eademque nocentes
Gignit, et urticae proxima saepe rosa est;⁷⁴⁶

Quello olandese:

De selue handt die quetst moet wederom ghenesen
De oorsaeck van het quaedt/ van troost moet oorsaeck zijn:
De gheen die heeft ghewondt/ moet zijn den medecijn.
De weder-liefd' alleen moet Liefdes hulper wesen.

E anche quello italiano, nella versione di Benedetti, dal titolo "L'uno Amor sana l'altro":

Chi impiaga sani, e paghi del piagato
Il chirurgo che die il colpo mortale;
deve emendar col ben, chi fece il male.
Solo Amor dal' Amor vien risanato.⁷⁴⁷

Ormai conosciamo le peculiarità del mal d'amore, e sappiamo che i metodi per guarirlo possono essere assai curiosi. Cosicché, anche in epoche posteriori, i "medici dell'amore" non potranno che confermare l'assiduità e la frequenza con cui "les jeunes

⁷⁴⁶ Ovidio, *Remedia amoris*, vv. 43-46 ["Già v'insegnai l'arte d'amare; imparate ora da me l'arte di non amare più. La mano che vi ferì saprà guarirvi. La terra produce erbe salutari ma anche nocive e l'ortica è vicinissima alla rosa"] Cfr. Id., *Amores*, IX.

⁷⁴⁷ Si veda <http://emblems.let.uu.nl/v1608085.html>, con puntuali commenti al testo. O. Vaenius, *Amorum Emblemata*, a cura di K. Portemann, cit. e E. Petterson, *Amans amanti medicus, cit.*, in part. p. 55 e sgg.

gens et les jeunes filles [...] cherchent les remèdes auprès de l'auteur même de leur blessure".⁷⁴⁸ Si tratta evidentemente di una sorta di omeopatia, di un'evoluzione del *similia similibus curantur*.

L'incisione di Boel per gli *Amorum emblemata* trova anche una traduzione naturalistica, con ampliamento narrativo, nel *Trou-ringh* (cioè "Fede nuziale") di Jacob Cats (*fig. 43*).⁷⁴⁹ Qui troviamo Rhodope che, freccia nel petto, giace su un letto attorno a cui si accalcano numerose figure: il medico, che tasta il polso della malata in attesa di compiere la "speculazione" urinaria; un'anziana premurosa che cinge le spalle della donna; una giovane, forse una domestica, che spia la scena dall'ombra, curiosa di conoscere il verdetto del dottore e un ragazzetto che a fatica maschera la sua invadenza. Sullo sfondo, in piena luce, l'amato discute col vecchio Cassander attorno a una tavola imbandita; dietro di loro uno scheletro regge l'arco di Cupido... Chi che ha causato la malattia, Amore, è vicino al letto, e con aria interessata scosta la tenda per mostrare allo spettatore ciò che ha combinato. E ha ancora diverse frecce a disposizione.

Non si può certo dire che la scena, pur con il suo affollamento di figure, non acquisti in chiarezza. Il fatto che l'Amorino malato dell'incisione di Boel sia sostituito da una donna in carne e ossa conferma la natura laica e mondana della patologia; anche il medico perde la sua emblematica astrazione e si trasforma in un attempato professionista barbuto. Solo la presenza di Cupido, della freccia conficcata nel petto della paziente e, ovviamente, dello scheletro, permette di collegare questa rappresentazione alla simbolicità della prima.⁷⁵⁰

In un clima culturale in cui le virtù domestiche vengono lodate a ogni piè sospinto, e ogni esempio di concupiscenza, soprattutto al femminile, è indizio di malattia morale, è necessario prescrivere con altrettanta insistenza la temperanza erotica. Per convincere le malate, reali e potenziali, si potrà ricorrere a qualsiasi strategia retorica, dal chiaro rimprovero alla franca derisione.⁷⁵¹

Secondo Eddy De Jongh, le opere di Cats e Vaenius mostrerebbero una "pseudomorale" e gli oggetti presenti nelle immagini che accompagnano i loro testi, così come quelli che affollano i nostri dipinti sul mal d'amore, sarebbero da interpretare su un doppio livello, uno realistico e uno simbolico.⁷⁵² Da questa lettura, ovviamente, si

⁷⁴⁸ Boissier de Sauvages, cit. in Grasset, *Le médecin de l'amour au temps de Marivaux*, cit., p. 114.

⁷⁴⁹ Si veda J. Cats, *Verhalen uit de Trou-ringh* [1637] a cura di J. Koppenol, Amsterdam University Press, Amsterdam 2003.

⁷⁵⁰ Si veda E. Petterson, *Amans amanti medicus*, cit., pp. 56-57.

⁷⁵¹ Cfr. T. Todorov, *Éloge du quotidien*, Adam Biro, Paris 1993, p. 32.

⁷⁵² E. de Jongh, *Questions of Meaning*, trad. ingl. Primavera Pers, Leiden, 2000, pp. 14-18. Cfr. *ivi*, p. 48.

discosta Svetlana Alpers, secondo cui questi due livelli costituirebbero un tutt'unico (cioè sarebbe scorretto parlare di un primo livello di lettura realistico e di un secondo più "profondo" e simbolico). Con l'arte olandese del Secolo d'oro non saremmo dunque al cospetto di un *disguised symbolism*, interpretabile con metodi ricalcabili su quello panofskiano: perché anche l'eventuale intento morale di queste immagini, certamente presente, non è reso possibile dal simbolismo, ma dal realismo dell'arte olandese. È ciò di cui parla Bredero nella prefazione al *Groot-lied boeck* (1622).⁷⁵³

Pensiamo a questi due modelli di lettura, e ai nostri dipinti, in particolare ai medici che vi sono raffigurati. De Jongh dice che per molto tempo essi sono stati interpretati come "medici seri" e solo successivamente in chiave satirica.⁷⁵⁴ Il fatto che le due interpretazioni, seria prima e faceta poi, siano presentate in senso diacronico ci pare piuttosto discutibile. Meno discutibile, invece, è il fatto che i due livelli di lettura, assieme, finiscano per far pensare che i nostri dipinti, lo sostiene ancora de Jongh, avessero per obiettivo il *docere et delectare* (con una malattia di questo genere sarebbe stato difficile persuadere attraverso il binomio *docere et probare*).⁷⁵⁵ Si divertono con l'allusione e con la tentazione, fanno convivere moniti e futilità, ciarlatanesimo ed etica.

Gombrich, in un testo sulla pittura olandese di genere, scrive alcune parole quanto mai adatte ai nostri dipinti:

Che cosa significavano questi dipinti per il comune osservatore? Li considerava un monito contro il vizio, oppure ne assaporava con la fantasia gli illeciti piaceri? [...] È opportuno fermarci un istante per accertare se stiamo ponendoci la domanda giusta. Nelle *Xenie*, composte a quattro mani da Schiller e Goethe, c'è un epigramma che gli storici dell'arte troppo ansiosi di attribuire significati simbolici o sociali farebbero bene a ponderare: "Se desideri assecondare tanto le persone mondane quanto le pie / Dipingi un'immagine di lussuria – ma con un diavolo accanto".⁷⁵⁶

⁷⁵³ Sul realismo per Bredero si veda S. Alpers, *Realism as a comic mode*, "Simiolus", vol. 8, n. 3, 1975-1976, in part. p. 116. Cfr. ovviamente Ead., *Arte del descrivere*, cit., *passim*.

⁷⁵⁴ E. de Jongh, *Questions of Meaning*, cit., pp. 83-86. Cfr. S. J. Gudlaugsson, *The Comedians in the Work of Jan Steen*, cit., *passim*.

⁷⁵⁵ E. de Jongh *et alii*, *Tot Lering en Vermaak*, cit., *passim*, ma anche E. J. Sluijter, *Didactic and disguised meanings*, in D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art*, cit., pp. 175-208.

⁷⁵⁶ E. H. Gombrich, *La pittura olandese di genere*, in Id., *Riflessioni sulla storia dell'arte*, cit., pp. 148-149.

Saremmo dunque dinanzi alla scelta di propagandare la virtù attraverso le seduzioni del vizio (ipotesi supportata dal titolo **Deugden-spoor in de on-deughden des werelts affgebeeld**, cioè “Esortazione alla virtù attraverso un ritratto dei vizi del mondo” attribuito al libro di emblemi di Petrus Baardt del 1645).⁷⁵⁷ Ovvero, saremmo davanti a una sorta di un adescamento pittorico per fini profilattici, un adescamento che, come tutti gli adescamenti che si rispettino, può aver bisogno di strategie suadenti, che non contemplino l’apostrofe o l’invettiva. Simon Schama parla della morale nell’Olanda del tempo prendendo ad esempio proprio l’opera di Jan Steen:

Anche quando i riferimenti di Steen sono esplicitamente osceni, l’allegria che suscita[no] è spesso più vicina a una furtiva gomitata alle costole che alla risata fragorosa. L’erotismo, dopo tutto, si nutre più della possibilità che della certezza – e tanto i moralisti che i libertini avevano un interesse comune nell’indugiare sui pericoli (o le delizie) dell’invito sessuale. Non ci deve dunque sorprendere vedere le lusinghe della seduzione dipinte e ridipinte con invitante squisitezze: calici scintillanti di vino bianco tenuti per il piede; il guscio aperto delle ostriche, roseo e umido; una calza scarlatta arrotolata su un polpaccio in bella mostra; una camicetta aperta sul turgore del seno. Era la malizia potenziale dell’innocuo – i cani di casa figurano come simboli tanto della fedeltà quanto del male – a rendere indistinti i contorni morali della famiglia.⁷⁵⁸

Se si vogliono raggiungere buoni risultati, dunque, bisognerà sapersi muovere in maniera fluida tra i diversi universi morali. Secondo Einar Petterson, dal punto di vista iconografico le nostre visite mediche si apparentano più alle rappresentazioni dell’amore borghese, alle tante scene di bordello o alle “allegre società” che non a quelle pitture di genere che ritraggono i medici, i barbieri, i ciarlatani o i cavadenti. Il loro elemento centrale, infatti, sono le pazienti, o meglio le implicazioni psicologiche, morali e sociali della sofferenza d’amore, con tutte le ambiguità del caso.⁷⁵⁹

Concordiamo appieno con Petterson.

Pensiamo al celeberrimo *Ammonimento paterno* di Ter Borch (*fig. 44*), conservato alla Gemäldegalerie di Berlino. Come è noto, il titolo attribuito al dipinto è dovuto a Johann Georg Wille, tedesco ma francese di elezione, che nel secolo successivo ne realizzò una

⁷⁵⁷ E. De Jongh, *Jan Steen, so near and yet so far*, in H. P. Chapman, W. Th. Kloek e A. K. Wheelock, Jr., *Jan Steen*, cit., p. 44.

⁷⁵⁸ S. Schama, *Il disagio dell’abbondanza*, cit., p. 473.

⁷⁵⁹ E. Petterson, *Amans amanti medicus*, cit., pp. 457-458 e 467-460 [§ *Eine gattungsunabhängige Ikonologie*, ovvero “una iconologia indipendente dalla categoria”: Petterson afferma infatti che una corretta analisi di questi dipinti dovrebbe prendere in considerazione anche le rappresentazioni storiche, mitologiche e bibliche sull’amore, *ibidem*].

versione incisa e, appunto, la intitolò **L'Instruction paternelle** (fig. 45). La scena rappresentata divenne molto celebre, tanto che anche Goethe, nelle *Affinità elettive*, ne fa oggetto di uno dei *tableaux vivants* messe in scena da Luciana:

Chi non conosce l'eccellente incisione che il nostro Wille trasse da questo quadro? Un padre, dall'aspetto nobile e cavalleresco, siede coi piedi incrociati, e sembra che parli alla coscienza della sua figliola, dritta davanti a lui. Questa magnifica figura in abito di raso bianco a fitte pieghe, si vede sì, solamente di schiena, ma tutta la sua persona sembra denotare il raccoglimento. Tuttavia, che l'ammonizione non sia collerica né umiliante, lo si vede dall'espressione e dall'atteggiamento del padre; quanto alla madre, essa sembra nascondere un certo imbarazzo e guarda dentro un bicchiere di vino, da cui sta per bere l'ultimo sorso.

Quando il *tableau vivants* ebbe inizio,

non si finiva di chiederne la replica, e il naturalissimo desiderio di vedere anche in faccia una così bella creatura, che si era ammirata di schiena ormai a sazietà, proruppe in questo modo: un buontempone impaziente gridò forte le parole che si sogliono scrivere in fin di pagina: *tournez, s'il vous plaît!*, e destò una tempesta di applausi [...]. Immobile rimase la figliuola vergognosetta, senza concedere agli spettatori l'espressione del volto; il padre rimase a sedere con atteggiamento ammonitore, e la madre non distolse gli occhi né il naso dal bicchiere [...]. E che dire ancora degli altri piccoli numeri che seguirono, con scene fiamminghe d'osterie e di fiere?⁷⁶⁰

La descrizione di Goethe è molto significativa, perché dimostra come il titolo attribuito al dipinto, per interposta incisione di Wille, orienti sia la lettura dell'immagine di partenza sia quella del *tableau vivant* di cui è oggetto. Il padre è “di aspetto nobile e cavalleresco” e quindi può “parlare alla coscienza” della giovane con misura e ragionevolezza; la madre mostra un certo imbarazzo e fissa un bicchiere quasi vuoto (forse ha bevuto un po' per farsi coraggio). Quanto alla fanciulla, resta di schiena e non si gira neppure alla richiesta dell'allegro seduto tra il pubblico. Così nessuno può vedere il suo volto.

Il limite imposto da Ter Borch alla nostra osservazione, e dunque alla nostra interpretazione, non è da poco – anche se molti anni dopo Torodov dirà che egli era

⁷⁶⁰ W. Goethe, *Le affinità elettive*, Einaudi, Torino 1996, pp. 198-199.

capace di rendere espressivo anche un collo.⁷⁶¹ Ma una lettura più attenta del dipinto fa di questa rappresentazione qualcosa di molto diverso, perfino di opposto. Non si tratterebbe, infatti, di una riunione di famiglia borghese, con genitori impensieriti dal comportamento della figlia e desiderosi di porre un freno alle sue scappatelle.⁷⁶² Al contrario, apparterebbe al genere dei **bordeeltjes**, cioè *alle scene di* bordello, e dunque costruirebbe una netta deviazione dai valori borghesi. A questa conclusione si arrivò attraverso la pulitura della tela, e il confronto con un'altra versione del dipinto, conservata al Rijksmuseum di Amsterdam, databile, come quella di Berlino al 1653-1655. Tra le dita dell'uomo, infatti, c'era una moneta – non interpretabile come la “paghetta” settimanale che un padre premuroso può offrire alla figlia. Sta di fatto che se per i visitatori della Gamäldegalerie il titolo del dipinto continua ad essere *Väterliche Ermahnung*, il “Sermone paterno”, per quelli del Rijksmuseum esso è ormai *Galante conversatie* (anche se il cartellino riporta anche un “bekend als De vaderlijke vermaning”, cioè “già nota come il Sermone paterno”).

Talvolta, dinanzi all'inevitabile ambiguità dei dipinti, dovremmo limitarci a descrivere ciò che vediamo, magari con la precisione che, all'epoca, sarebbe tanto piaciuta ai pittori o ai poeti, così attratti dall'*ekphrasis*.⁷⁶³ Qui però la cosiddetta “ambiguità” non si limita a essere una generica polisemia: va invece interpretata nella sua accezione etimologica, quella dell'*ambiguus* latino, che non indica solo l'incerto, l'irrisolto, ciò che “gira intorno” e non dice fino in fondo, ma indica qualcosa che è davvero doppio, duplice, che inclina da *due* parti. Ossia, qualcosa che è autenticamente *ambivalente*. Pensiamo anche alla *Toilette* di Jan Steen: secondo i più rappresenterebbe una donna che si toglie una calza; per altri, non la maggioranza, una donna che, quella calza, se la sta infilando. Ossia, nel primo caso si tratterebbe di una toilette della sera, nel secondo di una toilette del mattino. I segni dell'“elastico” sui polpacci della donna farebbero propendere per la prima ipotesi... Tuttavia, il restauro ha indebolito questi segni, e ha messo in luce una modifica essenziale che supporterebbe l'ipotesi di una toilette mattutina: oltre al velo di sottoveste, che provvidenzialmente, copre parte delle cosce della donna, sotto la superficie della più rispettabile brocca, è comparso un vaso da notte pieno di urina, segno di una notte già trascorsa. Questa presenza, inoltre,

⁷⁶¹ T. Todorov, *Éloge du quotidien*, Adam Biro, Paris, 1993, p. 130.

⁷⁶² Alcuni anni fa Perry Chapman fece un bel parallelo tra le scene d'interno del Seicento olandese e le *sit com* americane degli anni Cinquanta e Sessanta, che “sanitized teenagehood and made the world of dating comfortable for worried parents”, P. Chapman, *Home and the display of privacy*, in M. Westermann, a cura di, *Art and Home*, Waanders Publisher, Zwolle 2001, pp. 129-132 e 145.

⁷⁶³ Si veda W. E. Franits, *Paragons of Virtue*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1993, p. 12.

suggerirebbe un'interpretazione davvero "emblematica", dato che *piskous*, letteralmente "vaso da notte", era una delle espressioni olandesi per definire una prostituta (*fig. 46*).⁷⁶⁴

Torniamo al dipinto di Ter Borch. La versione di Berlino e quella di Amsterdam non sono identiche, anche per il trattamento riservato alla *clavis interpretandi*, abrasa, si potrebbe dire, dal rigore puritano. Ma, in entrambe le versioni, la rappresentazione non ha certo nulla di gaio, e conserva una peculiare cupezza: nella contrizione di questa schiena coperta da un abito magnifico (esiste anche un terzo titolo: *La gonna di raso*); nell'imbarazzo o forse nell'indifferenza dell'altra donna, che inutilmente si copre il volto con il vetro traslucido del calice; nell'ostentata e malinconica tranquillità dell'uomo (dev'essere un militare...); nel pelo ispido del cane, i cui occhi che puntano lo spettatore con dolente bestialità. Evidentemente le correnti emblematiche non lesinano attenzioni agli animali domestici. Questo cane di Ter Borch, diceva Claudel, "rôde comme un esprit familier",⁷⁶⁵ ma altri cani non si limitano ad aggirarsi per la casa, ignari di ciò che sta accadendo, o ad essere solo osservatori passivi degli incontri amorosi (*fig. 47*).

Da questi esempi traiamo un suggerimento: per comprendere questi dipinti è necessario non considerarli in maniera isolata. Ovvero, non dovremo esaminare solo i dettagli rivelatori all'interno di ciascuno di essi, ma raffrontarli con dipinti in cui compaiono motivi simili. Perciò le visite di Meige sono così importanti: perché, come afferma egli stesso, posti l'uno accanto all'altro, questi dipinti suggerirebbero una sorta di sequenza cinematografica sul mal d'amore, che ne mostra tutte le varianti.⁷⁶⁶

⁷⁶⁴ W. Kloek, *Jan Steen (1626-1679)*, cit., p. 39 e B. Haak, *The Golden Age*, trad. ingl. Harry N. Abrams, New York 1984, p. 12. Sulla stanza da letto, il suo carattere "intimo", e il contraltare voyeuristico che ogni scena che la riguarda comporta, si veda O. Ranum, *I rifugi dell'intimità*, in P. Ariès e G. Duby, *La vita privata dal Rinascimento all'Illuminismo*, cit., pp. 168-174.

⁷⁶⁵ P. Claudel, *Introduction à la peinture hollandaise* (1934) Gallimard, Paris 1935, p. 40. Ferrand riporta il caso di un piccolo cane cieco, vissuto in Italia ai tempi di Giustiniano, che da "certi segni" poteva indicare coloro che erano "pronti alla lussuria", J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 56.

⁷⁶⁶ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit, p. 58.

II.3. Parole dipinte

MEDICINA: Farsene beffe quando si sta bene di salute.⁷⁶⁷

Henry Meige fa spesso parlare i suoi medici, e anche le sue pazienti (un po' meno). D'altra parte, questi dipinti, in particolare quelli realizzati da Jan Steen, che secondo Meige meriterebbe il soprannome di "peintre du mal d'amour",⁷⁶⁸ non possono essere osservati in silenzio: sono espressamente congegnati perché se ne parli, se ne discuta e magari se ne rida, con qualche battuta maliziosa e qualche "gomitata alle costole".⁷⁶⁹

Le parole che Meige attribuisce ai personaggi sono quasi sempre le parole del teatro, e più spesso quelle della farsa. Quando va a Rotterdam, al museo Boijmans Van Beuningen, incontra un altro collega, questa volta ritratto da Richard Brakenburg di Harleem (fig. 49).⁷⁷⁰ Eccone la descrizione:

Le médecin, un grand diable, dégingandé, débraillé, à l'habit rapé, au chapeau défoncé, aux manchettes froissées, avec une fraise sans apprêt, dégrafée au cou, des chausses tout juste closes et d'informes souliers, les cheveux ras, le nez pointu, le menton en galoche, lançant sur le côté un coup d'oeil qu'il s'efforce de rendre malicieux et qui n'est que grotesque, — tel est bien le portrait peu flatteur, mais sincère de ce confrère aux allures assez louches. C'est vraiment Sganarelle en peinture. Le faiseur de fagots, grand caresseur de bouteilles, lorsqu'il vient à coiffer le bonnet doctoral, n'a pas une autre façon de se présenter. D'une main, il feint de tâter le pouls, de l'autre il tient l'urinal, et sans regarder celui-ci ni consulter celui-là, il débite avec une gravité comique son savant boniment rehaussé d'un latin outrageusement fantaisiste: "*Cabricias arci thuram, catalamus, singulariter, nominativo, haec musa, bonus, bona, bonum...*" [...] Voilà justement ce qui fait que la malade ne se porte pas bien!⁷⁷¹

⁷⁶⁷ G. Flaubert, *Dizionario dei luoghi comuni*, trad. it. Adelphi, Milano, 1980, p. 81.

⁷⁶⁸ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 252-253.

⁷⁶⁹ Si veda E. H. Gombrich, *La pittura olandese di genere* (1985), in Id., *Riflessioni sulla storia dell'arte*, cit., pp. 148. Cfr. W. Kloek, *Jan Steen (1626-1679)*, cit., p. 7.

⁷⁷⁰ B. Haak, *The Golden Age*, cit., p. 391.

⁷⁷¹ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 253.

Questo Sganarelle che mastica un latino da cabaret dovette trovarsi a proprio agio in quella stanza affollata, buia e anch'essa un po' equivoca. Sulle prime Meige trova la scena piuttosto divertente; ma poi:

Au milieu de cette joie débordante, la malade, pâle, languissante, anéantie, est assise dans un fauteuil, enfouie dans des oreillers, un pied par terre, l'autre sur une chaufferette. La tête, langoureusement penchée sur l'épaule, enveloppée d'un fichu blanc, elle abandonne avec nonchalance son bras droit au médecin qui lui tâte le pouls. Cette attitude nous est connue; mais voici un détail inattendu: la jeune femme, qui écarte légèrement les jambes, tient dans sa main gauche un objet rougeâtre quelle appuie contre son bas-ventre... Quel est cet objet? J'avoue que, malgré tous mes efforts pour essayer d'en reconnaître la nature, il m'a été impossible de lui donner un nom. C'est une chose rougeâtre et de forme arrondie que la malade tient à pleine main entre ses cuisses, et par dessus ses vêtements. La peinture ne permet pas d'en dire davantage et la signification de cet accessoire insolite prête à toutes les suppositions. Est-ce une compresse, un cataplasme, une brique chaude destinée à adoucir une crise de douleurs abdominales?... Et quelles douleurs?⁷⁷²

Siamo di fronte all'incubo di ogni medico, così come di ogni storico dell'arte: il dettaglio incomprensibile, che impedisce un'interpretazione iconografica convincente. Perché non è solo, come affermava Warburg, "il buon Dio" ad annidarsi nel dettaglio: talvolta vi si annida anche il diavolo.⁷⁷³

Meige nota la posa scomposta di questa paziente, insaccata tra i troppi cuscini; nota che la sua testa pende in avanti come se fosse priva del sostegno del collo – gesto che, tuttavia, a nostro avviso non ha affatto la languidezza che Meige gli attribuisce. Nota anche lo scaldino, oggetto pressoché onnipresente in questi dipinti, il "mignon des dames", cioè il favorito delle signore, che compare anche in un emblema del *Sinne-poppen* (1614), composto dallo scrittore e mercante di granaglie Roemer Visscher (*fig. 49*), che scrive:

Die dan by henlieden de tweede plaetse van gheacht te wesen wil bejaghen, die moet hem stellen om haer te dienen met een soete boertighe, vermaeckelijcke praet, mydende alle dorperheyd en vilonie, sonder haer kaeckelen ende snappen te berispen, nimmermeer haer puy pronckende kleederen te bejocken; maer al prysen wat zy doen en voortstellen, dan sal hy in haer gheselschap voor een volmaect Courtisaen ghepresen worden.⁷⁷⁴

⁷⁷² *Ibidem*.

⁷⁷³ E. H. Gombrich, *Aby Warburg*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2003, p. 19, n. 7.

⁷⁷⁴ R. Visscher, *Sinne-poppen*, III, 56 [1614], cit. in W. E. Franits, *Paragons of Virtue*, cit., pp. 51 e 209, n. 107.

Traduciamo: chi aspira a conquistare il secondo posto nella stima delle donne – ormai il primo se lo è aggiudicato lo scaldino! – dovrà impegnarsi molto: dovrà coprirle di parole dolci, argute e divertenti, ed evitare ogni volgarità; non dovrà mai condannare le loro ciance, né burlarsi delle loro vesti pompose. Dovrà adularle per qualsiasi cosa facciano o proponano: solo così potrà essere lodato come un perfetto gentiluomo. Nel suo trattato sulla melanconia erotica, Ferrand arrischia persino un paragone di essessiva ponderosità simbolica: ogni donna sarebbe “come l’alambicco delicatamente sistemato sopra il suo supporto torruto che nasconde il fuoco”; ma, proseguiva Ferrand, “se guardate sotto l’alambicco e mettete la mano sopra il cuore di una donna, in ambedue i posti troverete un grosso braciere”.⁷⁷⁵ Secondo questa prospettiva, insomma, alla natura femminile si legherebbe l’idea di un calore per nulla rassicurante.

Meige, dunque, non ha alcun problema a individuare lo scaldino, quanto mai opportuno per trasmettere un po’ di tepore ai corpi delle povere olandesi. Ma l’oggetto rossastro e di forma rotonda che la donna stringe al ventre gli risulta indecifrabile. A partire da questo elemento misterioso, la diagnosi del nostro pare vacillare. Di quale malattia si tratta?

Est-ce un mal ovarien que pourrait soulager la compression, quelque suffocation de la matrice, proche parente de la chlorose et de l’hystérie?... Peut-être. Ou bien ces douleurs ne seraient-elles pas tout simplement les prodromes d’un accouchement?... Il n’est pas défendu de le croire, d’autant que la jeune personne est dotée d’un abdomen suffisamment rebondi. Et c’est justement là ce qui semble mettre en gaité l’assistance. Le mal pour lequel on a mandé le médecin n’est pas précisément de sa compétence. Il a beau discourir et raisonner selon les règles d’Aristote ou de Galien. Une bonne sage-feme ferait sans doute bien mieux l’affaire, car ici le mal d’amour ressemble fort au mal d’enfant. A ce ma en effet, comme le dit la légende, on ne connaît pas de remède!... Qu’on se hâte! L’heure approche peut-être où verra le jour un petit hollandais, à moins que ce ne soit une petite hollandaise...⁷⁷⁶

Meige interpreta dunque questa malattia in maniera fin qui inedita: infatti, potrebbe non trattarsi di mal d’amore, ma dei primi, lancinanti, dolori del travaglio! Si trova esposto allo stesso dubbio anche nel caso di un’altra paziente, a Praga, rappresentata da Steen in un dipinto ai suoi tempi presente nella collezione Nostizs, e oggi conservata alla Národní galerie (*fig. 59*). Qui il medico ha terminato la sua diagnosi e si appresta a stilare la sua prescrizione: tra tutti quelli rappresentati da Steen, dice Meige, è senz’altro uno dei più simpatici. La paziente,

⁷⁷⁵ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 80.

⁷⁷⁶ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 254.

invece, “manque de retenue” e “ne cesse de gémir et de se lamenter”. Ecco la descrizione di questa malata:

Assise de l'autre côté de la table, la tête soutenue par sa main gauche, elle applique la main droite sur sa poitrine, et pousse des soupirs navrants, en levant les yeux au ciel. Cette cliente, un peu trop langoureuse, n'est plus de prime jeunesse, ce qui frappe surtout, c'est son embonpoint. Or, à bien examiner ses formes, je me suis demandé si maître Steen n'avait pas voulu nous montrer un mal d'amour d'une nature toute particulière. La dame est en effet douée d'un abdomen imposant qui bombe de façon très appréciable. [...] Après tout, le mal en question n'est peut-être encore qu'une conséquence de l'amour, — mais d'un amour qui n'aurait pas toujours été contrarié. [...] Je ne sais ce qu'en pense le confrère qui la soigne ; mais je crois qu'il aurait tort de ne pas avoir ce soupçon.⁷⁷⁷

Questa rotondità sospetta, insomma, suggerisce qualcosa di inatteso, e di tutt'altro che patologico. Non si tratterebbe della *febris amatoria* delle fanciulle – lo prova anche la presunta età di questa donna che, appunto, “non è più di primo pelo”– e neppure, classicamente, di un amore inappagato. Non è isteria, dunque, e neppure malinconia amorosa, ma ciò che gli antichi indicavano come il suo esatto contrario, come la sua *therapeía*, secondo l'antica prescrizione *nubat illa et morbus effigiet*. Insomma, sono le prosaiche conseguenze di un amore perfettamente soddisfatto.⁷⁷⁸

Certo, matrimonio e gravidanza non sono affatto la stessa cosa. Lo sosteneva anche Bienville, maestro dei rimedi contro il furore uterino declinati in chiave settecentesca:

On a très souvent observé que les malades se guérissent par la grossesse; cela vient de ce que les liqueurs contenues dans le chorion et l'amnios, se résolvant en vapeurs à travers les membranes, relâchent et ramollissent les tuniques de la matrice; mais comme la guérison est prompte, la rechute est aussi très facile, à moins que la femme ne devienne encore enceinte en peu de temps. Le mariage seul guérit la nymphomanie, surtout quand elle a pris sa source dans une violente passion pour l'objet qu'il est enfin, permis de posséder. Je pourrais parier de plusieurs autres événements justifiés par l'expérience, qui mettent fin à la fureur utérine; mais comme ils sont d'une nature à ne point être exposés avec décence aux yeux du lecteur, on me permettra de les passer sous silence.⁷⁷⁹

⁷⁷⁷ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 249-50.

⁷⁷⁸ P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 407. Cfr. E. Petterson, **Amans amanti medicus**, cit., p. 65 e sgg.

⁷⁷⁹ M. D. T. Bienville, *La nymphomanie*, cit., pp. 107.

Sta di fatto che questa particolare sovrapposizione, o meglio questa *inversione* tra segni patognomici e terapia, un tipo di terapia che, come sottolinea anche Bienville, pur supportata una robusta dimostrazione biologica non si rivela pienamente risolutiva, permane anche in tempi posteriori all'analisi di Meige: ancora oggi, per alcuni studiosi che si sono occupati dei nostri dipinti, “mal d'amore” sarebbe “an euphemism for pregnancy”.⁷⁸⁰ Non concordiamo. Meige cercava almeno di ricorrere ad alcune distinzioni terminologiche, e dunque nosografiche, di cui pure riconosceva la natura fortemente congetturale: se in alcuni casi, affermava, possiamo parlare francamente di “mal d'amour”, in altri dovremmo invece parlare di “mal d'enfant” – una posizione, tra l'altro, confermata dal francese moderno, dove il “mal d'enfant” non indica affatto i prodromi del parto ma un “desiderio di maternità” così forte e tenace da assumere caratteristiche patologiche.⁷⁸¹

Meige prosegue comunque la sua visita praghese e, una volta registrati i segni di una presunta gravidanza, concorda con il collega che, a quanto pare, ha prescritto alla paziente un esame delle urine (lo dimostra la serva che entra nella stanza con una matula tra le mani).⁷⁸² Nel Seicento si poteva diagnosticare la gravidanza attraverso le urine? Alcuni erano molto scettici al proposito, come ad esempio Gui Patin che, nel 1626 si dichiarava a sfavore di questa possibilità: “Ergo datur incertum gravidatatis iudicium ex urina”.⁷⁸³ Meige però, come si è detto, sembra disponibile a tentare questa via. Ricorda perfino di avere visto, al Mauritshuis dell'Aja, il *Consulto indiscreto* di Godfried Schalcken (*fig. 51*), dove un medico dall'aria navigata scruta con meraviglia il liquido contenuto nella matula, al cospetto di un uomo, di una giovane piangente e di un ragazzino che ci guarda dritto negli occhi. La meraviglia di questo medico era ben motivata: nel fondo della matula si agita un homunculus, indizio certo della gravidanza della donna. Una trovata di dubbio gusto, secondo alcuni studiosi,⁷⁸⁴ ma dinanzi alla quale Meige non si scandalizza: all'epoca era diffusa la cosiddetta “teoria della preformazione” sostenuta non a caso proprio dall'olandese Nicolaas Hartsoeker, così come da Gautier d'Agoty e dall'animaculista Antoni van Leeuwenhoek – potenza delle lenti...! Meige nota invece un altro aspetto, cioè il fatto che nessuno paia felice di avere appreso la lieta

⁷⁸⁰ S. Slive, *Dutch Painting 1600-1800*, Yale University Press, New Haven-London, 1995, p. 167 e 173. Si veda la critica a questa posizione da parte di L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit. Cfr. J. B. Bedaux, in E. de Jongh *et alii*, *Tot Lering en Vermaak*, cit., pp. 135-136.

⁷⁸¹ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 352. Cfr. W. Kloek, *Jan Steen*, cit., pp. 5 e 38.

⁷⁸² Ivi, pp. 249-250.

⁷⁸³ G. Patin, *Cardinalitus Disputationibus...* [1626], cit. in J. Cheymol, *Le diagnostic de grossesse au temps des mireurs d'urines*, “Histoire des sciences medicales”, vol. 7, n. 1, 1973, p. 11. Si veda ivi, pp. 7-28.

⁷⁸⁴ G. Kieft, *I Paesi Bassi settentrionali*, in B. W. Meijer, a cura di, *La pittura nei Paesi Bassi*, cit., t. 2, pp. 474-474.

novella: è un dipinto tragicomico, dice Meige, “une jolie page d’observation physio-psychologique dont le côté scabreux est très ingénieusement dissimulé”.⁷⁸⁵

Lo stato delle donne nei nostri dipinti sul mal d’amore è stato anche al centro degli interessi di alcuni studiosi, che hanno interpretato l’ubiquo scaldino come una sorta di test di gravidanza. Si trattava di un metodo ciarlatanesco assai noto: sul fornello, in presenza della donna, veniva fatto bruciare un cordoncino intriso di urina; se la donna reagiva con disgusto all’odore che si spargeva, significava che era incinta (*fig. 52*).⁷⁸⁶ Ma non tutti, ovviamente, la pensano così.

Vediamo meglio alcune di queste posizioni al riguardo, a partire da quella che la storica dell’arte Laurinda Dixon illustra nel suo *Perilous Chastity* del 1995. L’autrice si scaglia apertamente contro l’ipotesi che lo scaldino rappresenti uno strumento per la diagnosi di gravidanza: servirebbe, invece, per le fumigazioni uterine, già raccomandate dagli antichi e poi trasmesse, *via* Trotula, fino ad Ambroise Paré o a John Sadler.⁷⁸⁷ Sappiamo che l’utero era considerato un organo iperattivo che, movendosi per le cavità toracica, comprimeva gli organi vicini causando disastri; tuttavia, era anche dotato di una curiosa “impressionabilità” olfattiva e, al cospetto di aromi fetidi, disgustato, ricacciava i suoi malefici e randagi desideri e se ne tornava al suo posto.⁷⁸⁸ Bene, la Dixon afferma che l’errore interpretativo sarebbe a sua volta responsabile di altri malintesi, che inserirebbero queste rappresentazioni all’interno di una iconografia *pro-graviditate*, intesa come massima espressione tradizionale della femminilità sana. Al contrario, l’ipotesi delle fumigazioni uterine evidenzerebbe anche il fascino di queste donne ribelli e pericolose. È evidente che si tratti di una lettura “al femminile”. Ma quello che dice la Dixon a proposito dei medici ci pare interessante. L’autrice sostiene infatti che leggendo queste rappresentazioni come eufemistiche allusioni alla gravidanza, verrebbe ad essere considerato in chiave univocamente ciarlatanesca anche il ruolo dei medici che affiancano le pazienti. Ovvero: questi dipinti raffigurerebbero solo la truffa perpetrata dal quack alla povera malata e alla sua famiglia. Al contrario, dice la Dixon, dovrebbero essere letti “as serious documents with reference to medical treatise of the time”.⁷⁸⁹

⁷⁸⁵ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., pp. 249. Il lato scabroso a cui fa riferimento Meige potrebbe ovviamente essere una gravidanza illegittima: ciò spiegherebbe, forse, l’espressione dell’amante baffuto? Non azzardiamo un’ipotesi del genere, ci limitiamo però a ricordare, con Schama, che nell’Olanda del tempo le nubili incinte potevano citare in giudizio il presunto padre e chiedere il cosiddetto “riconoscimento di paternità” (*vaderschapsacties*). Si veda S. Schama, *Il disagio dell’abbondanza*, cit., p. 416.

⁷⁸⁶ J. B. F. van Gils, *Een detail op de Doktersschilderijen van Jan Steen*, “Oud Holland”, n. 38, 1920, pp. 200-201.

⁷⁸⁷ L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, Cornell University Press, Ithaca-London 1995, pp. 240-245.

⁷⁸⁸ Cfr. R. Palmer, *In bad odours*, in W. Bynum e R. Porter, a cura di, *Medicine and Five Senses*, Cambridge University Press, Cambridge 1993, pp. 61-68; P. Ritarossi, *La natura della donna*, “Medicina nei secoli”, vol. 4, n. 2, 1992, p. 64.

⁷⁸⁹ L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit. p. 8.

Tralasciamo gli abbagli di cui resta vittima l'autrice nel momento in cui si muove sul piano di questa serietà, errori che peraltro sono stati all'origine di critiche assai accese al suo libro specie da parte di storici della medicina.⁷⁹⁰ Ciò che colpisce maggiormente, e in maniera tutt'altro che positiva, è il suo approccio metodologico. La Dixon inizia passando in rassegna secoli di disordini uterini, fino al *De praestigiis daemonum* (1568) di Johann Wier e al *Briefve discourse of a Disease Called the Suffocation of the Mother* (1603) di Edward Jorden, che traghetta l'isteria nel Seicento. Poi dopo qualche cenno sulla medicina astrologica, elenca rapidamente le *dissertationes* presentate in Olanda sul tema della *lovesick maiden*, traendo queste informazioni dal bel libro di Diethelm.⁷⁹¹ Insomma, mette in relazione la malattia con la sua "storia". Quando però parla dei dipinti, la Dixon mostra una sorta di cecità.

Consideriamo, ad esempio, la celebre *Visita del dottore* di Philadelphia realizzata da Jan Steen (*fig. 1*). Non vi è certo rappresentata una stanza in cui vige silenzio e severità (ma neppure una di quelle proverbiali "case disordinate" che hanno reso celebre Steen anche fuori dall'ambiente storico artistico: in Olanda, per indicare una casa in subbuglio, ancora oggi si dice "*een huishouden van Jan Steen*"). Troviamo gli stessi oggetti (il tavolo, il tappeto, la brocca, il fornello, il cordoncino semibruciato, ecc.). Al centro della scena sta un medico dall'aria accigliata, e una veste così scura che incuterebbe soggezione a chiunque. Conosce la lezione degli antichi sul *pulsus amatorius* e vuole sincerarsi che, nel preciso momento in cui la domestica introduce nella stanza il giovane dal tabarro rosso, il cuore della paziente acceleri. Ma la visita medica si trasforma in una riunione chiacchierata. La giovane che suona il virginale non ha alcuna responsabilità sull'atmosfera ludica che viene a crearsi: già gli antichi sottolineavano l'importanza della *musica medicatrix* contro la malinconia, e nel Seicento le loro posizioni vennero confermate, e così via, fino a temi vicinissimi noi.⁷⁹² Ma sulla scena, sull'operato dello sventurato dottore, inizia ad aleggiare un'aria di provocazione. Mentre la paziente se ne sta mollemente appoggiata al tavolo, e sfida il medico con lo sguardo, alle loro spalle, vicino al letto, un giovane in piedi ride e tiene in mano due cipolle e un'aringa. Le

⁷⁹⁰ Tra le critiche più accese segnaliamo quella di H. King, "Medical History", vol. 40, n. 4, 1996, pp. 505-506, che mette in evidenza errori madornali (relativi soprattutto alla storia della medicina antica e medievale) ma contesta anche il fatto che l'autrice sovrapponga diverse nosografie e appiattisca tutte queste malattie sul concetto di "furor uterino". Tuttavia, è anche vero che "the seventeenth-century doctors would have considered them 'sequelae' emanating from the main condition, wandering uterus", G. S. Rousseau, *Depression's forgotten genealogy*, "History of Psychiatry", vol. 11, n. 41, 2000, p. 86.

⁷⁹¹ Cfr. O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, cit., *passim*.

⁷⁹² Si veda L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., p. 177; M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 474 e sgg; J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia...*, cit., p. 103; J. E. D. Esquirol, *Delle passioni considerate come cause sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale*, a cura di M. Galzigna, Mimesis, Milano 1982, p. 139-140. Cfr. anche J. Bonnet e P. Bodelot, **Histoire de la musique et de ses effets depuis son origine jusqu'à présent** [1715], cit. in C. Imbroscio, *Le malattie dell'anima tra scienza e pregiudizio*, Clueb, Bologna, 2002, p. 34.

analisi emblematiche della scuola di Utrecht hanno avuto gioco facile: aringa e cipolle richiamano il fallo e i testicoli.⁷⁹³

Il giovane nelle vesti del *fool*, cioè di colui che, per tradizione, risveglia gli uomini e li redarguisce per la loro follia, è uno dei non rari autoritratti nascosti, e neppure così tanto, nei dipinti di Steen, che spesso si raffigura proprio nell'atto di una fragorosa risata (fig. 53).⁷⁹⁴

Quanto all'aringa, pesce patriottico per eccellenza (fu addirittura oggetto di un'ode in versi ad opera di Westerbaen, *Lof des Pekelhareng*, dove essa diventa l'esempio dei grandi profitti che possono nascere dalle cose umili), nessuno, purtroppo o per fortuna, la ha mai letta in una chiave socio-economica.⁷⁹⁵ La Dixon, tuttavia, vi si avvicina pericolosamente: discostandosi almeno in parte dall'umorismo osceno, suggerisce una interpretazione sorretta da due espressioni olandesi. La prima è *Iemand een bokking geven*, letteralmente: "dare a qualcuno un'aringa affumicata", cioè "sgridare qualcuno": in questo caso il dipinto suggerirebbe che il *fool* sta redarguendo la giovane; la seconda: *Haring in het land, Dokters aan den kant*, "più aringhe ci sono in un paese, più poveri saranno i dottori" (o, più liberamente, "un'aringa al giorno toglie il medico di turno) richiamerebbe l'alto valore nutritivo di questo pesce. E le cipolle? Beh, si sa: sono utili in caso di addensamento del sangue o di amenorrea...

La Dixon dà prova di un'eccellente caparbietà. Individua un altro dipinto di Steen in cui è raffigurato lo stesso pesce, *L'Offerta galante* del Musée d'art ancien di Bruxelles (fig. 54): anche qui l'aringa è tenuta per la coda da un buffone, che entra in una stanza dove pare regnare di tutto ma non l'afflizione (l'allegria compagnia pare avere mangiato e bevuto a sazietà). L'autrice afferma che forse Steen avrebbe scelto di raffigurare aringa e cipolle per suggerire una diagnosi: "*anorexia, or perverted appetite*".⁷⁹⁶ Poi aggiunge:

Thus, the grateful smile of the girl in *The Love Offering* can be read as an acknowledgment of the fact that the young lad's unusual gift is important to her very well-being, and the impish boy in the *Doctor's Visit* could be seen as making fun of the bizarre petite fixations of such girls.⁷⁹⁷

⁷⁹³ Si veda in particolare E. de Jongh, *A bird's-eye view of erotica*, in *Questions of Meaning*, cit., pp. 22-58. Cfr. R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, trad. ingl. Palgrave, Basingstoke-New York 2001 p. 42. Interessante è anche la storia del titolo di questo dipinto: nel 1806, alla vendita Crawford da Christie's, fu presentato come *The Unexpected Return*, e interpretato come una raffigurazione della gelosia tra marito e moglie; nel corso di un'altra vendita, del 1899, si pensava che rappresentasse un marito che scopre l'infedeltà moglie. Il titolo attuale fu restituito da Hofstede de Groot; si veda P. C. Sutton, a cura di, *Masters of Seventeenth-Century Dutch Genre Painting*, cit., p. 313.

⁷⁹⁴ H. P. Chapman, *Jan Steen's household revisited*, "Simiolus", vol. 20, n. 3-4, 1990-91, pp. 183-196 sulla volontà di Steen di inserire il suo volto per desiderio dei clienti.

⁷⁹⁵ G. Flaubert, *Dizionario dei luoghi comuni*, trad. it. Adlephi, Milano, 1980, p. 22. Si veda anche S. Schama, *Il disagio dell'abbondanza*, cit., p. 167.

⁷⁹⁶ L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit. pp 88-90. Sulle proprietà delle cipolle, si veda anche H. King, *The Disease of Virgins*, cit., p. 27.

⁷⁹⁷ L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., p. 91.

“Ecco la pappa!”, sembra dirci la Dixon, dimostrando una fantasia davvero accesa.

Quanto alla possibilità dell’umorismo, aspetto che evidentemente neppure la Dixon si sente di tralasciare, la lettura è la seguente: tra le cure psicologiche che questi dipinti paiono suggerire troviamo anche il clima allegro degli interni, la musica e la vivacità dei colori. Si tratta, dice la Dixon, degli stessi colori suggeriti da Marsilio Ficino nel *De vita* e da André Du Laurens nel *Discours de la conservation de la veue*, quelli dei “pianeti buoni”: il rosa e il verde di Venere, l’azzurro di Giove, il giallo-verde di Mercurio, e mai, ovviamente, il blu scuro o le cupe tonalità della terra, di norma associati a Saturno...⁷⁹⁸ Sarebbe dunque la precettistica a raccomandare di far vivere le pazienti in un’atmosfera piacevole, di gaiezza e di leggerezza, dove gli elementi possano colpire i loro sensi: si dovrà orientare la camera del malinconico verso levante e si dovrà spargere nella sua stanza una grande quantità di petali di rose, viole, ninfee, fiori d’arancio, scorze di limone e storace – così il malato sarà immerso “in un bagno di allegria odorosa e luminosa”.⁷⁹⁹ Di conseguenza, se un dipinto ha un chiaro significato comico, secondo da Dixon, è la palese dimostrazione dell’importanza dello humor nella cura del furor uterinus:

Rather than commenting on the foolishness of the girls themselves, such imagery makes fun of their condition in a way that was designed to cause healthy laughter in all concerned.⁸⁰⁰

Per parte nostra, l’innegabile gusto per la farsa dimostrato da Jan Steen ci sembra più complesso. Il suo *Dottore* (Londra, Apsley House) ci mostra ancora una volta una scena a cui siamo abituati (*fig. 55*): una stanza piuttosto ordinata, l’ennesima paziente *facies malinconica*, la serve con la matula in mano, il dottore, che qui ha un’espressione quanto mai maliziosa, il cagnolino, stavolta compostamente adagiato su un cuscino di velluto, mentre mostra fieramente un collare da cui pende un ciondolo a forma di cuore.⁸⁰¹ Cupido, invece, è un po’ anomalo: è un ragazzino in carne e ossa, parente stretto di quelli che corrono e strillano per le case olandesi, ed è intento a preparare delle strane frecce dalla punta arrotondata per il suo arco giocattolo. Queste frecce sono state oggetto di molte supposizioni: per alcuni sarebbero delle “frecce spuntate”, collegabili al fatto che il marito (individuato nella figura intenta a

⁷⁹⁸ Ivi, pp. 169-171.

⁷⁹⁹ J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia...*, cit., p. 57-60. Cfr. J. Starobinski, *Recettes éprouvées pour chasser la mélancolie*, “Nouvelle Revue de Psychanalyse”, n. 32, 1985, pp. 80-81.

⁸⁰⁰ L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., pp. 172-173.

⁸⁰¹ “Fortunato cagnolino, il tuo destino è favorevole / fortunato cagnolino, che hai potuto godere del grembo di Celestine / e con mio dolore sei stato da lei carezzato sì dolcemente...”, J. Blasius, *Fidamants kusjes, minnewysen en by-rymen aan Celestyne* [1663], cit. in W. E. Franits, *Paragons of Virtue*, cit. pp. 55 e 210, n. 118.

scrivere nella stanza sul fondo) non sarebbe più in grado di soddisfare i desideri della moglie; per altri, invece, sarebbero delle frecce speciali dalla punta infiammabile, per cui il nostro Cupido starebbe aspettando di “accendere il fuoco con il giusto amante”.⁸⁰²

Comunque sia, questo Cupido non fa troppa paura. Più minacciosi ci paiono invece due oggetti appesi alla parete di fondo: una pendola, su cui si erge una figura che brandisce un martello come uno scheletro afferrerebbe la sua falce, e un dipinto di foggia italiana che rappresenta Venere e Adone. Sulle prime, questo secondo oggetto non sembrerebbe aver nulla di pericoloso. Ma i trattati del tempo ci mettono in guardia dalle rappresentazioni mitologiche, che spesso possono servire da monito ma non troppo di rado fungono da eccitante erotico. Starobinski riporta alcuni versi tratti dal *Cabinet satyrique* di Berthelot, Sigogne, Régnier, Motin e Maynard (1618):

Mais faisons, je vous pry, pour saoler nostre veuë,
Dans la chambre du Roy encore une reveuë.
Voyez, en cest endroit, comme Mars et Venus
Se tiennent embrassez, languissants et tous nuds ;
Voyez les à ce coing, en une autre posture :
Avez-vous jamais veu si lascive peinture?
[...]
Quoy! Tout est plain d'Amours et de flames éprises,
Dans ceste belle chambre! Allons, fuyons ces lieux.
Sortons-en, je vous prie, ou bien faisons comme eux!⁸⁰³

La pittura lasciva, dunque, può istigare a comportamenti altrettanto lascivi.

Sulla parete di destra, invece, c'è un dipinto notissimo, che non invita certo a commerci erotici. È il *Peeckelhaering* di Frans Hals (*fig. 56*), popolare maschera della commedia olandese, che condivide in parte il suo nome con quello dell'aringa (*hareng*), e che, secondo alcuni, governerebbe l'intero significato della scena.⁸⁰⁴ Senz'altro non è un dipinto qualsiasi. Ma forse c'è dell'altro. Seymour Slive sottolinea la predilezione di Steen per Hals, a detrimento di Gerrit Dou, leader della coeva scuola di Leida. Dice anche che probabilmente il *Peeckelhaering* apparteneva allo stesso Steen: compare infatti in più di un suo dipinto, in

⁸⁰² K. Braun, *Alle tot nu tope bekende schilderijen van Jan Steen*, Lekturama, Rotterdam 1980, n. 186 cfr E. H. P. Chapman, W. Th. Kloek e A. K. Wheelock, Jr., *Jan Steen*, cit., p. 153.

⁸⁰³ J. Starobinski, *Il rimedio nel male. Critica e legittimazione dell'artificio nell'età dei lumi*, trad. it. Einaudi, Torino, 1990, pp. 220-221.

⁸⁰⁴ E. H. P. Chapman, W. Th. Kloek, A. K. Wheelock Jr., *Jan Steen*, cit., p. 150. Cfr. M. Westermann, *A Wordly Art*, cit., pp. 62-63.

particolare nel *Battesimo* della Gemäldegalerie di Berlino, dove è rappresentato accanto a una versione della *Malle Babbe* oggi perduta.⁸⁰⁵ (*fig. 57*).

Ma questo quadro nel quadro ci ricorda anche che siamo all'interno di un artificio, un artificio comico, perfettamente congegnato, ma pur sempre un artificio.⁸⁰⁶ Il carattere bohemien di Steen, proprietario di una birreria a Delft e di un'osteria a Leida (Holländer definisce Steen "Mitglied der internationalen Zechergilde")⁸⁰⁷ è stato rimarcato fino all'eccesso già dal suo primo biografo, Arnold Houbraken, che ovviamente mise in relazione questa prerogativa con le sue qualità pittoriche. Secondo Houbraken, infatti, l'artista di "animo giocoso", più di quello malinconico, sa dipingere scene da commedia, ed è proprio della commedia saper imitare con naturalezza ogni movimento del corpo originato dagli impulsi dello spirito.⁸⁰⁸

La comicità di Steen dunque non dipende solo dai temi scelti per le sue opere, ma anche dall'acume e dalla verve con cui egli rappresenta i moti del corpo e dell'animo dei suoi personaggi. Steen sarebbe insomma un magnifico osservatore-psicologo, autore di commedie a cui egli stesso prende parte, dando quasi per scontato il significato della propria apparizione accanto a medici, pazienti, domestiche, madri, Cupidi, matule, cuscini, scaldini, cordoni, ecc. E non è un caso che nella *Visita* dell'Ermitage, il medico, descritto da Holländer come un "Seelenkenner", ossia un "esperto di anime",⁸⁰⁹ abbia proprio le sue fattezze (*fig. 58*).

*

L'umorismo di Steen è così naturale da contagiare anche le interpretazioni dei suoi esegeti, soprattutto di chi, come Meige, attribuisce all'artista queste straordinarie doti di osservatore. Eccolo davanti all'ennesima paziente, all'ennesimo collega e all'ennesima serva. Non gli pare neppure che si tratti di un caso di mal d'amore ma ciò non gli impedisce di esaminare con cura la situazione (*fig. 59*):

[Cette] visite à la malade [...] est d'apparence beaucoup plus leste C'est cependant une scène médicale et il n'est pas dit que le mal d'amour ne l'ait pas inspirée [...]. Dans un lit, aux rideaux de pourpre, savamment relevés sur un baldaquin frangé, une jeune femme est couchée, la

⁸⁰⁵ S. Slive, *Dutch Painting 1600-1800*, cit., p. 170. Sulla straordinaria diffusione dei dipinti nelle case borghesi dei Paesi Bassi, si veda J. Huizinga, *La civiltà olandese del Seicento*, cit., pp. 44-45.

⁸⁰⁶ "Il quadro nel quadro sollecita a ricordare che l'opera dipinta non è mai stata un pezzo di natura, che è un *artificium*", A. Chastel, *Favole, forme, figure*, trad. it. Einaudi, Torino 1988, p. 157.

⁸⁰⁷ Ovvero "membro della gilda internazionale dei beoni", E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 313.

⁸⁰⁸ A. Houbraken, *De groote schouburgh der Nederlantsche konstschilders en schilderessen*, vol 3, Amsterdam, 1721, p. 12, cit. in E. H. P. Chapman, W. Th. Kloek, A. K. Wheelock, Jr., *Jan Steen*, cit., p. 93. Cfr. R. e M. Wittkover, *Nati sotto Saturno*, Einaudi, Torino 1968, p. 31.

⁸⁰⁹ E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 320.

chemise défaite, la gorge à nu — une gorge fort enviable, même en cette occurrence. Le bras droit arrondi au-dessus de la tête, de la main gauche retenant ses draps, l'aimable patiente repose sur plusieurs oreillers, dans la plus complète insouciance de son audacieux négligé. Le mal qui l'a frappée est-il grave à ce point qu'elle en oublie toute pudeur? Ou bien, tout simplement, est-elle peu scrupuleuse sur le chapitre des libertés? Cet œil mutin, cette lèvre rieuse, les frisons d'or qui encadrent ce minois éveillé n'inspirent guère d'inquiétude. Non! vraiment. Sa vie n'est pas en danger. [...] Malade d'amour, cette belle dénudée? — Peut-être..., mais cet amour a-t-il toujours été malheureux?... — Il est permis d'en douter.⁸¹⁰

Un quadro più che confortante: siamo di fronte a una bella ragazza discinta, che riposa su sette cuscini morbidi e ha un buon appetito (sul tavolo, dice Meige, ci sono i resti di un pasto e un fiasco di vino rovesciato).⁸¹¹ L'atteggiamento della donna è così seducente che Meige si chiede persino se non sia la gravità della malattia ad averla privata di qualsiasi senso del pudore, ma gli occhi ammiccanti, le labbra sorridenti e i boccoli biondi, che maliziosamente inquadrano quel visetto, lo rassicurano alquanto. Tuttavia, non intende lasciarsi fuorviare dalla prima impressione, visto che “grave ou non, la maladie cependant existe”, come testimonia la mosca applicata sulla tempia sinistra, chiaro tentativo di porle rimedio “sans déroger aux lois de la coquetterie”. Un dettaglio minuscolo, ma non senza importanza.

Esiste tuttavia un altro dettaglio, di maggiori dimensioni, che attrae l'attenzione di Meige:

Une vieille femme l'apporte sous forme d'une seringue qu'elle s'apprête à manœuvrer. Est-ce donc un lavement?... Le clystère, on le sait, était à l'apogée de sa gloire, au temps de Jan Steen, et, plus qu'aucun autre, ce procédé de traitement était fait pour plaire à l'esprit rabelaisien du peintre. Mais le clystère faisait-il partie de l'arsenal thérapeutique du mal d'amour?⁸¹²

Il nostro Meige si informa e trova conferma nel libro recente che Grasset aveva dedicato a Boissier de Sauvages, il “médecin de l'amour”. Ma come tutti i medici, sa di dovere prestare molta attenzione ai dettagli. Scorge, dunque, qualcosa di curioso: la siringa non è del tipo ordinario, ha un calibro così piccolo che basterebbe appena per l'intestino di un bambino, è munita di una cannula dalla punta arrotondata, di quelle che si usano per le “injections speciale”. Insomma è un “*vrouwenspuit*, un irrigatore vaginale.⁸¹³ L'audace allusione a un intervento di ordine “intimo”, contagia l'umore di tutti i presenti:

⁸¹⁰ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 246.

⁸¹¹ *Ibidem*.

⁸¹² *Ibidem*.

⁸¹³ *Ibidem*.

La vieille matrone qui tient en main l'appareil se tord de rire; derrière elle, une jeune servante qui porte un plat de cuivre, et un homme coiffé de noir semblent au comble de la joie. Et c'est encore en souriant que, plus loin, près d'une porte ouverte sur une enfilade de pièces, un homme élève au-dessus de sa tête un verre dont il inspecte le contenu. La malade elle-même dissimule mal son sourire. Quant au médecin, nous l'avons vu, il ne se gêne guère pour plaisanter grassement. Seul, un petit épagueul, assis auprès du lit, semble concevoir quelque inquiétude de l'intervention projetée. Quelle qu'elle soit, tenons pour certain qu'elle ne sera ni grave ni douloureuse. Et sans préciser autrement la nature du mal ni celle de l'opération, – simple clystère évacua tif ou injection commandée par quelque désordre génital, l'un ou l'autre d'ailleurs applicables au mal d'amour, – rendons encore une fois hommage au maître hollandais.⁸¹⁴

Dei quasi ottocento dipinti realizzati da Steen, oggi ne conosciamo circa trecentocinquanta. Sappiamo che le sue opere erano piuttosto costose e non alla portata di tutte le tasche. Molto più economici, e dunque molto più diffusi per tutto il Paese, erano invece i cosiddetti *jest-books*, piccole antologie di storielle divertenti.⁸¹⁵

Il tema dell'umorismo nell'Olanda del tempo è stato ben affrontato da Rudolf M. Dekker. L'autore, in sostanza sottolinea come esso rappresenti un elemento quanto mai problematico all'interno della cultura protestante, per buona parte della quale il riso sarebbe qualcosa di potenzialmente disonorevole. Nel primo manuale di buone maniere olandese, *Eene burgherlijcke onderechtinge*, Godefroy Boot suggerisce che si possa o si debba essere allegri ma sempre "in maniera cristiana".⁸¹⁶ Eppure le pubblicazioni divertenti e licenziose avevano grande successo: le traduzioni di Plauto e del *Decameron*, certo, ma soprattutto le farse di Bredero, che i pittori Adriaen Brouwer, Jan Miense Molenaer e soprattutto il nostro Steen, conoscevano bene e dalle quali trassero diretta ispirazione.

Tra gli autori, Dekker menziona anche Aernout van Overbeke, con i suoi *Anectoda, sive historiae jocosae* – titolo attribuito al manoscritto dopo il 1836, anno della sua acquisizione da parte della Koninklijke Bibliotheek dell'Aja. Van Overbeke, oltre ad essere autore di storielle salaci, era anche un giurista. Dekker ipotizza che fosse in diretto contatto con Jan Steen

⁸¹⁴ Ivi, cit., pp. 246-249.

⁸¹⁵ J. Verberckmoes, *Laughter, Jestbooks and Society in the Spanish Netherlands*, Palgrave, Basingstoke-New York 1999; R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit., pp. 41-42. M. Westermann, *How was Jan Steen funny?*, in J. Bremmer e H. Roodenburg, a cura di, *A Cultural History of Humour*, Polity Press, Cambridge 1993, pp. 134-178.

⁸¹⁶ G. Boot, *Eene burgherlijcke onderechtinge* [1624], cit. in R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit., p. 13.

(entrambi vivevano a Leida e ne frequentavano l'università).⁸¹⁷ Gli *Anectoda* raccolgono storie di donne astute, di mariti traditi, di malattie veneree, il tutto condito da una simbologia oscena (ci sono molte cozze e altrettante ostriche) e da un tono costantemente misogino: “Oggi le donne portano i pantaloni”, vi leggiamo, “ma non hanno di che imbottirli”.⁸¹⁸ Quanto alla medicina, negli *Anectoda* gli spunti comici provengono, oltre che dai medici, anche dalla follia, dal mal di mare, dallo strabismo o da una serie di attrezzi sanitari dal facile riferimento scatologico (primo tra tutti il clistere).⁸¹⁹

Sui medici c'è una storiella divertente, in cui un certo dottor Janson racconta in che cosa consista la sua professione e davanti a quali eventualità lo esponga. Ci sono tre possibilità. Prima: medico e paziente si mettono d'accordo; in tal caso la malattia verrà sconfitta. Seconda possibilità: medico e malattia si mettono d'accordo; in questo caso il paziente può iniziare a fare testamento... Terza e ultima possibilità: paziente e malattia si mettono d'accordo; se le cose stanno così, il medico può preparare armi e bagagli, togliere il disturbo, perché perderà la sua reputazione e morirà di fame.⁸²⁰ Crediamo che con la melanconia d'amore il rischio che ad affermarsi sia questa terza possibilità è assai elevato... Per di più lo stesso Dekker ci aveva ricordato, poche pagine prima, che il padre di van Overbeke era morto nel 1638 per “*morbis melancholico*”.⁸²¹

È evidente che storielle di questo genere, oltre che far riflettere, possono favorire il buonumore. Non è però affatto immediato che dietro tutto ciò vi sia un intento moralizzatore – finalità che peraltro, come ha spiegato la psicoanalisi, sarebbe più appannaggio dell'umorismo che non del motto di spirito.⁸²² A meno che non si pensi, come ha suggerito Meige, che Steen volesse propugnare la morale comportandosi come quegli Spartani che facevano ubriacare tutti gli schiavi per ispirare ai loro figli l'orrore dell'ebbrezza.⁸²³ È possibile. Sta di fatto che se seguiamo Dekker, e crediamo che il riso, in generale, creasse problemi, capiamo subito che è più semplice eludere le sue complicazioni, appiattendolo immediatamente sulla dimensione moralistica. Il *castigat ridendo mores* ha origini antiche. Non è un caso che Robert Burton, per realizzare la sua opera monumentale sulla melanconia, un monumento dalla spicata natura

⁸¹⁷ R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit. p. 43.

⁸¹⁸ A. van Overbeke, aneddoto n. 1838, cit. ivi, p. 103. E. De Jongh, *Jan Steen, so near and yet so far*, in H. P. Chapman, W. Th. Kloek e A. K. Wheelock, Jr., *Jan Steen*, cit., p. 48. Si veda anche *Oesters te Kolchester* di Jan Six van Chandelier, in M. A. Schenkeveld, *Dutch Literature in the Age of Rembrandt*, cit., pp. 168-169.

⁸¹⁹ R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit., p. 121 e sgg. M. Westermann, *How was Jan Steen funny*, in J. Bremmer e H. Roodenburg, a cura di, *A Cultural History of Humour*, Polity Press, Cambridge 1993, in part. p. 143. Si veda anche E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., pp. 310-311.

⁸²⁰ A. van Overbeke, cit. in R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit., p. 123.

⁸²¹ R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, cit., p. 48.

⁸²² Mi riferisco ovviamente a S. Freud, *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905), in *Opere*, vol. V, pp. 3-21 e Id., *L'umorismo* (1927), in *Opere*, vol. X, pp. 499-508.

⁸²³ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 251-52.

metaforica e moralistica, abbia scelto di identificarsi con Democrito d'Abdera, celebre per il suo riso.⁸²⁴

Secondo alcuni, Steen, più che dar prova di "umorismo", manifesterebbe un'ironica indulgenza, condizionata dal suo cattolicesimo, dottrina assai più disposta, rispetto al calvinismo, a scendere a patti con le umane debolezze. Saprebbe quindi guardare ai peccatori con affettuosa bonarietà, invitandoli a partecipare alle sue commedie.⁸²⁵ Per dirla con Todorov, in Steen la lezione morale non trasforma l'immagine ma vi si sovrappone.⁸²⁶ Ossia, non che il vizio morale non esista, o che non si possa anche giudicarlo severamente: ma è come se la bellezza di quegli interni e di quelle figure riuscisse davvero ad avere la meglio sul vizio, e dunque sulla malattia, e a trasportarle lontano, in un'altra dimensione.

Anche ammesso che la suggestiva ipotesi di Todorov sia corretta, è impossibile negare che, nei dipinti di Steen, specie quelli che ci riguardano, sia presente una spiccata componente umoristica. Più arduo, invece, è capire di quali sfumature si tinga questo "umorismo", se e quando viri verso la satira, la commedia o, appunto, l'ironia. Satira e commedia, si dice, ci precipitano nel mondo quotidiano, ci riportano all'istinto "bruto" e hanno spesso finalità moralizzatrici; l'ironia, evidentemente, è altro, anche se, proprio come la satira, anch'essa "prova un piacere maligno nel far scoppiare [gli] otri di eloquenza". E ciò, precisa Jankélévitch, capita anche quando l'ironista è assimilato a un giullare o a un "ciarlatano".⁸²⁷

L'ironia, più che la satira, ci getta nella perplessità, provoca un caos valoriale o addirittura, attraverso un distanziamento prospettico, uno "smarrimento sintomatico".⁸²⁸ Se pensiamo alla malinconia amorosa, e alle connotazioni negative che l'Olanda dell'epoca attribuiva ai suoi turbamenti, capiremo come si renda necessaria, a tal proposito, una rappresentazione satirica, ironica o parodica. Una parodia, però, intesa come ironica inversione valoriale nei confronti delle forme e dei contenuti di una malattia che il nuovo razionalismo si augurava fosse in via

⁸²⁴ Ippocrate, *Sul riso e la follia*, a cura di Y. Hersant, Sellerio, Palermo 1991: "Democrito, [...] carissimo, [...] non pensi di sragionare quando ridi della morte di un uomo, della malattia, delle alterazioni della mente, della follia, della malinconia, dell'assassinio, e persino di cose anche peggiori?" "Perché, Ippocrate, mi hai rimproverato di ridere? Non c'è uomo che rida della propria insensatezza, non c'è scherno se non reciproco: chi ride degli ubriachi, credendosi sobrio, chi degli innamorati, mentre una malattia peggiore lo affligge; taluni si burlano dei navigatori, altri degli agricoltori; ché, non sono d'accordo né sulle arti né sulle opere", ivi, p. 62.

⁸²⁵ E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., p. 312. Cfr. Ivi, pp. 320-321. Si veda B. D. Kirschenbaum, *The Religious and Historical Painting of Jan Steen*, Phaidon, Oxford 1977, pp. 53 e 61.

⁸²⁶ T. Todorov, *Éloge du quotidien*, cit., pp. 68, 89, 138.

⁸²⁷ V. Jankélévitch, *L'ironia*, il melangolo, Genova 1987, pp. 20-21.

⁸²⁸ *Ibidem*. Si veda anche ivi, p. 33. Cfr. S. Freud, *L'umorismo* [1927], in Id., *Opere*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 499-508 e M. Mizzau, *L'ironia*, Feltrinelli, Milano 1989, in part. p. 81.

di estinzione, e dinanzi alla cui permanenza si trova costretto a mettere in campo rimedi di ogni genere.⁸²⁹

Non contava dunque troppo quale fosse la cura: l'importante era che la malinconia, erotica o meno, trovasse una terapia, tradizionale o alternativa che fosse. Si è già accennato alla risata e ai suoi effetti benefici, lodati fin dalla tradizione ippocratica, ribaditi da Laurent Joubert nel suo *Traité du ris suivi d'un dialogue sur la cacographie françoise* del 1579, poi ripresi dal **De risu** di Celso Mancini nel 1598, da Antonio Lorenzini nel 1603, e così via, fino al Descartes delle *Passions de l'âme* (nel Novecento, in pieno furor definitorio, si parlerà di *rigolothérapie*). Anche secondo una prospettiva razionalista e meccanicista, infatti, il riso, grazie agli stimoli esercitati sul sistema respiratorio e sulla circolazione del sangue, provocherebbe effetti estremamente benefici contro molte infermità (in alcuni casi si ricorreva anche al solletico).⁸³⁰

Lawrence Sterne, nel *Tristram Shandy*, affermerà con chiarezza che il riso è il miglior rimedio contro la melanconia:

Il mio libro [...], se è scritto contro qualcosa, è scritto, con licenza di vostra signoria, contro la malinconia, allo scopo, per mezzo di un più frequente e convulso sollevamento e abbassamento del diaframma, e la secussione dei muscoli intercostali e addominali nelle risate, di convogliare la bile e gli altri succhi amari dalla cistifellea, dal fegato e dal pancreas dei sudditi di sua maestà, con tutte le passioni a loro ostili, fino ai rispettivi duodeni.⁸³¹

Insomma, la risata e la commedia sono una cosa seria: non solo perché l'austerità e la rigidità rendono quasi sempre molto vulnerabili, o molto fragili, ma perché esse, risata e commedia, attraverso la "secussione" dei muscoli addominali e intercostali, agiscono sulla psiche e sull'immaginazione. Saranno dunque quanto mai adatte alla malattia d'amore.

Come si è visto, per secoli la precettistica ci ha comunicato l'idea che le malattie dell'immaginazione vadano curate principalmente con l'immaginazione, o con la contro-immaginazione. Jacques Ferrand, che riconosce la difficoltà di curare chi soffre di una malattia "dalla quale non vuole essere guarito", ricorda, però, che a tale difficoltà si può far

⁸²⁹ Cfr. L. Hutcheon, *A Theory of Parody*, Methuen, London-New York 1985, *passim*. Questo spiega forse la ragione per cui in tutto il catalogo della mostra curata da Jean Clair, *Mélancolie: génie et folie en Occident*, non c'è nessun dipinto sulla melanconia amorosa nel Seicento. Si veda J. Clair, a cura di, *Mélancolie: génie et folie en Occident*, Gallimard-RMN, Paris 2008 e Id., *Sole nero*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia*, cit., pp. 169-176.

⁸³⁰ C. Imbroscio, *Le malattie dell'anima tra scienza e pregiudizio*, cit., p. 49 e sgg.

⁸³¹ L. Sterne, *La vita e le opinioni di Tristram Shandy, gentiluomo* (1769-1767), trad. it. Mondadori, Milano 1992, p. 294 (vol. IV, cap. XXII). Cfr. S. A. Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, Didot, Paris-Lausanne 1778-1780, pp. 46-47. Si veda anche C. Imbroscio, *Le malattie dell'anima tra scienza e pregiudizio*, cit., p. 45 e ivi, pp. 49 e sgg. e 174.

fronte inventando “dei mezzi per creare nell’ammalato il desiderio di ritrovare la propria salute”.⁸³² Ovvero, le malattie psichiche necessitano spesso, sia nella diagnosi sia nelle terapie, di stratagemmi specifici, talvolta audaci e fantasiosi. Per quanto riguarda la diagnosi, per prima cosa e con ogni mezzo, bisognerà appurare la verità, dato che questi pazienti tendono naturalmente all’inganno e fanno dello sciagurato dottore un “fool to be fooled”.⁸³³ Quanto alla terapia, si potrà tentare con i rimedi tradizionali ma senza farsi troppe illusioni; dopodiché ci si dovrà ingegnare, e strologare metodi che magari siano fondati sulla stessa dose di inganno a cui possono far ricorso i pazienti.

Philippe Pinel, nella *Encyclopédie méthodique*, scrive:

È qualche volta assai urgente distruggere certe idee chimeriche che dominano i malinconici a tal punto da impedir loro, in certi casi, di soddisfare i loro bisogni più impellenti. Un malinconico immaginava di essere morto, e di conseguenza non voleva mangiare. Tutti i mezzi impiegati per fargli prendere qualche nutrimento erano falliti: egli era sul punto di morire di fame quando uno dei suoi amici ebbe l’idea di fingersi morto. Misero quest’ultimo in una cassa di fronte al malinconico, e qualche istante dopo gli portarono di che cenare: il malinconico, vedendo il falso morto mangiare, pensò che poteva fare altrettanto, e si ritenne in dovere di imitarlo. Un altro si ostinava a ritenere l’urina da diversi giorni, nel timore di inondare i suoi vicini; gli annunciarono che la città dove abitava era in preda alle fiamme che l’avrebbero ridotta in cenere se egli non si affrettava a orinare. Questo stratagemma lo persuase.⁸³⁴

Sono astuzie, finzioni, utilizzate come rimedio per l’immaginazione corrotta dei malati. Come rappresentare visivamente la *prava imaginatio* dei melanconici amorosi? A partire dai nostri dipinti, proviamo a riflettere sull’eventuale efficacia della bugia curativa.⁸³⁵

*

Sappiamo che dinanzi a una malattia dell’immaginazione si apre un ventaglio di possibilità, comportamentali, diagnostiche e terapeutiche, di straordinaria ampiezza e complessità. Sappiamo, insomma, di essere davanti a una malattia con la quale si è costretti a fare i conti

⁸³² J. Ferrand, *Malinconia erotica*, cit., p. 73.

⁸³³ J. Oomen e W. L. Gianotten, *Lovesickness*, cit., p. 76.

⁸³⁴ Ph. Pinel, cit. in J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, cit., p. 79.

⁸³⁵ Si veda il bel W. Schleiner, *Ethical problems of the lie that heals in Renaissance literature*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros*, cit., pp. 161-175.

con tecniche di inversione: tra terapia e sintomi, tra il serio e il faceto, e anche tra vizio e virtù.

836

Molti testi suggeriscono rimedi fantasiosi alle melanconie e alle malattie dell'immaginazione, ovvero alle malattie psichiche. Foucault, attingendo a fonti del passato, cataloga quattro tipi di idee terapeutiche: la *consolidazione* (che contrasterà la debolezza del paziente), la *purificazione* (che eliminerà la fermentazione dei liquidi all'origine delle cattive illusioni), l'*immersione* (l'impregnamento fisico, parente delle abluzioni religiose, può modificare le essenze dei liquidi e dei solidi) e la *regolazione del movimento* (perché paziente abbandoni la vana inquietudine delle fibre e recuperi la "saggia mobilità del mondo").⁸³⁷ Ma tra le tecniche, e gli obiettivi, Foucault menziona anche il *risveglio*, cioè il passaggio da una "veglia fantastica" a una "veglia autentica", la *realizzazione teatrale* e il *ritorno all'immediato*, che consiste nello stimolare il malato a una regolare osservanza delle regole naturali.⁸³⁸

Concentriamoci su questi ultimi suggerimenti. La "realizzazione teatrale" è una tecnica che si pone tra il "risveglio" e il "ritorno all'immediato", e che, in apparenza, pare opporsi ad entrambe. Ma Foucault illustra bene le sue caratteristiche e le sue prassi: il suo aspetto principale consiste nel non rifiutare l'immagine delirante, anzi nello spingerla fino a

uno stato di parossismo e di crisi, nel quale, senza alcun apporto di elementi estranei, ess[a] sarà raffrontato a se stess[a] e post[a] in discussione con le sue esigenze di verità [...]. È il confronto dell'insensato col suo significato, della ragione con la sragione, dell'astuzia lucida dell'uomo con l'accecamento dell'alienato.⁸³⁹

Si tratterebbe, insomma, di una tecnica medico-teatrale attraverso cui creare una particolare complicità tra il reale e la finzione. Poco importa se, con essa, si tenterà di infondere paura, dolore o una illusione di piacere: l'importante è che si crei una connivenza di immaginari.⁸⁴⁰ Ma affinché questa tecnica sia davvero efficace (ovvero: affinché, con il tempo, si possa pensare alla sua soppressione, cioè alla soppressione della finzione, e alla collocazione del reale sotto uno spietato riflettore della verità) bisognerà ricorrervi in momenti specifici e seguire puntualmente un rigoroso programma di messa in scena.⁸⁴¹ Starobinski è più preciso:

⁸³⁶ Si veda J. B. Van Helmont, *Ortus Medicinæ* [1648], cit. in G. Giglioli, *Immaginazione e malattia*, cit. p. 113 (corsivi nostri). Cfr. anche A. Kraus, *Le motif du mensonge et la dépersonnalisation dans la mélancolie*, "L'Évolution psychiatrique", vol. 59, n. 4, 1994, pp. 649-657.

⁸³⁷ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 453-479.

⁸³⁸ Ivi, pp. 480-493.

⁸³⁹ Ivi, pp. 484-485.

⁸⁴⁰ Ivi, p. 483.

⁸⁴¹ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 485-487.

Per raggiungere il malato nel suo universo aberrante, per realizzare il colpo di scena decisivo che condurrà all'epilogo la finzione delirante, il medico appronta uno scenario e riveste un costume che spera di imporre al malato come esatta rappresentazione del tema delirante. Il travestimento non è qui un gioco: il malato deve conservare la convinzione di assistere a un avvenimento reale e di grande importanza. Gli si offre una risposta nel suo linguaggio, lo si avvicina all'interno del suo quadro di riferimento: per ottenere dei risultati, l'illusione dovrebbe essere completa. Con il pretesto del contatto efficace con il malato, il medico stesso si aliena nella trasposizione teatrale.⁸⁴²

È per questo che, anche secondo Johann Christian Reil, anche agli inizi del XIX secolo, ogni manicomio dovrebbe avere un teatro in buone condizioni, provvisto di tutti gli accessori necessari – maschere, macchinari e scenografie – e che

il personale della casa dovrebbe avere un addestramento teatrale completo, in modo da potere impersonare tutti i ruoli, a seconda dei bisogni di ciascun malato, raggiungendo il più alto livello di illusione: dovrà saper rappresentare un giudice, un carnefice, un medico, angeli che scendono dal cielo, morti che si levano dalle tombe. Un teatro di questo genere potrebbe rappresentare prigionieri, fosse dei leoni, patiboli e sale operatorie. Dei Don Chisciotte verrebbero nominati cavalieri, delle partorienti immaginarie verrebbero fatte partorire, dei folli trapanati, dei peccatori colà rappresentati sarebbero solennemente assolti dai loro crimini.⁸⁴³

Fantasie al servizio di altre, corrotte fantasie. Qualcosa del genere capita anche nella tortuosa commedia di John Ford *The Lover's Melancholy*, un'opera definita ibseniana, schnitzleriana o pre-freudiana, dove la melanconia è descritta come una “commozione della mente, gravata da timore e dolore” e che “di là s'insinua rapida nel cuore, sede d'ogni nostro affetto.”⁸⁴⁴

L'opera deve moltissimo all'*Anatomy of Melancholy* di Burton, che la precede di soli sette anni: al suo interno potevamo leggere che i malati possono essere utilmente ingannati da “some feigned lie, strange news, witty device, artificial invention”, e dunque che “dancing, singing, masking, mumming, stage-plays, howsoever they be heavily censured by some severe Catos, yet, if opportunely used, may justly be approved”.⁸⁴⁵ In *The Lover's Melancholy*, infatti, Corax, il medico, cerca di cercare di guarire un melanconico d'amore facendolo assistere a uno spettacolo, di cui egli stesso è regista. Vi fa sfilare diverse incarnazioni della

⁸⁴² J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, cit., p. 79.

⁸⁴³ J. C. Reil, *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerstörungen*, [1818], pp. 209-210, cit. *ibidem*.

⁸⁴⁴ J. Ford, *Malinconia d'amanti* [1628-1629], Atto III, scena 1, in Id., *Teatro*, Einaudi, Torino 1971, p. 56.

⁸⁴⁵ R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, cit., II, 2, 4 (p. 84) e II, 2, 6, 3 (p. 114)

melanconia, della licantropia, dell'idrofobia, del delirio, della frenesia, della malinconia lasciva, commentandole con brani presi in prestito da Burton.⁸⁴⁶ “Ecco, mi svesto della mia serietà”, dice Corax, certo che la sua terapia avrà successo; in caso contrario, proclama, “mi rosicchino i topi tutti i libri!”.⁸⁴⁷

Lo spettacolo viene presentato nella terza scena del terzo atto, e si intitola, non a caso, *Masque of Melancholy*. Corax lo descrive ai suoi nobili interlocutori come un'inezia, una sciocchezza, la fisima di un erudito, che vedrà protagoniste “follie sotto svariate guise”.⁸⁴⁸ Tra queste follie, però, manca proprio la melanconia amorosa, dato che “nessuno avrebbe saputo rappresentare le ombre di quella fantasia”,⁸⁴⁹ sorda a qualsiasi consiglio. Tuttavia, nell'atto seguente, il malato Paladoro ammette che quelle maschere hanno ridestato in lui qualcosa di strano:

Qualche nemica forza, con sottili raggiri, delude i miei creduli sensi; l'essenza stessa della ragione in me è turbata. Il medico mi ha presentato uno strano spettacolo, mistificando la mia comprensione. Ma quel ragazzo... [*che noi sappiamo essere l'amata Eroclea, travestita da giovinetto straniero. N.d.R.*] È come qualcosa, che ricordo da una stagione lontana, da un tempo tanto, tanto lontano...⁸⁵⁰

Siamo già a buon punto: si è creata una singolare alleanza tra medico e paziente, e ciò ha fatto emergere in quest'ultimo il sentimento di qualcosa di lontano. Secoli più tardi si sarebbe chiamato “il rimosso”, ma già il nostro Ferrand, citando a sua volta Petronio, lo spiegava piuttosto bene: “Il nostro animo desidera ciò che ha perso / E si muove con tutta la sua forza tra le ombre del passato”.⁸⁵¹

Starobinski commenta così le conseguenze di questa prima fase della terapia teatrale:

A partire da questa complicità, potrà iniziare un dialogo, dialogo sicuramente inautentico, dal momento che il medico è in malafede. Ma lo scopo del dialogo è di impegnare il malato in un'azione al termine della quale egli constaterà concretamente, coi suoi stessi occhi, la distruzione dell'oggetto che era il tema del suo delirio. [...] Quando la malattia mentale sembra dipendere completamente da una sola immagine allucinatoria, da una sola convinzione erronea, come non riunire tutte le astuzie, tutti gli sforzi della dialettica per fornire una prova tangibile

⁸⁴⁶ J. Ford, *Malinconia d'amanti*, cit., p. 585 n. 16. Cfr. in particolare, R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, cit., I, 1, 1, 4; I, 2, 3, 14; I, 2, 5, 4; I, 2, 4, 7.

⁸⁴⁷ J. Ford, *Malinconia d'amanti*, Atto I, scena 2 e Atto III, scena 1, cit., pp. 23 e 57.

⁸⁴⁸ Ivi, Atto III, scena 3, pp. 67 e 69.

⁸⁴⁹ Ivi, Atto III, scena 3, pp. 71-72.

⁸⁵⁰ Ivi, Atto IV, scena 3, p. 87.

⁸⁵¹ Petronio Arbitro, *Satyricon*, CXXVIII, cit. in J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 117.

dell'inesistenza dell'oggetto immaginario, o, in mancanza di meglio, per obbligare il malato a mutare il proprio comportamento pur restando attaccato alla sua idea delirante?⁸⁵²

D'accordo, le passioni non si guariscono con i metodi della farmacopea tradizionale, purgativi, alterativi o confortativi che siano, ma attraverso l'esarcebazione e l'esteriorizzazione di quelle stesse passioni. Ma se il medico, fingendo di aderire al delirio del malato, si esponesse al rischio di mettere in perversa comunicazione il suo immaginario e quello del paziente? Non rischierebbe di partecipare a una sorta di delirio a due, in cui anch'egli imparerebbe a "umorezzare" (cioè ad assecondare i propri umori)?⁸⁵³ Difficile dire che cosa questo potesse significare all'epoca di Ford, in un contesto di molto precedente alla nascita della psicoanalisi, e dunque sprovvisto delle nozioni di transfert e controtransfert. Sta di fatto che, alla fine, Corax decide presentare a Paladoro un altro spettacolo, quello della sua guarigione: alla revoca della finzione mostra così tutta l'utilità di una "frode pietosa" che, ispirata a metodi catartici antichi (in primis alla *Poetica* di Aristotele), permetterà che i dolori "mutino in imeni" – e che "chi vive, presto o tardi, si dia pace".⁸⁵⁴

I nostri dipinti ci presentano una malata che (forse) simula e un medico grottesco che (forse) se ne approfitta, accanto a serve ficcanaso e ad amati che, il più delle volte, indulgiano fuori dalla porta. Siamo di fronte a un materiale da commedia, più o meno degli equivoci, che necessariamente provoca una distanziamento della gravità del problema. Ma il tono comico delle rappresentazioni, così come la loro indubbia teatralità, vanno comunque problematizzati o perlomeno letti in prospettiva. Ricordiamolo: perché non abbiamo a che fare con una malattia qualsiasi ma con una che è anche di per sé teatro e finzione.

La reputazione dei medici non è delle migliori. Basterà pensare alla satira feroce di cui sono stati oggetto in tutte le epoche, da Catone a Petrarca, da Rabelais (che peraltro era medico) a Molière, fino a Rousseau e ai dipinti e alle stampe di Hogarth. Nel 1676 anche John Locke si cimenta con questo argomento, descrivendo una seduta di laurea in medicina, a cui fa seguire un elenco di titoli di tesi:

Vestiti di rosso, con tocchi neri; dieci violoncelli sonanti arie di Lulli. Il professore si siede, fa segno ai violoncelli che vuol parlare e che s'abbiano a tacere, si alza, comincia il suo discorso

⁸⁵² J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, cit., p. 77. Si veda, ovviamente, S. Freud, *Personaggi psicopatici sulla scena* [1905], in Id., *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino 1989, p. 232: "Il godimento [dello spettatore] ha come presupposto l'illusione, ossia l'attenuazione della sofferenza, dovuta alla certezza che in primo luogo chi si agita e soffre là sulla scena è un'altra persona e che, in secondo luogo e in definitiva si tratta solo di un gioco da cui non può derivare alcun danno". Cfr. L. Dawson, *Lovesickness and Gender in Early Modern English Literature*, cit., pp. 177-190.

⁸⁵³ N. Arikha, *Gli umori*, cit., p. 252.

⁸⁵⁴ J. Ford, *Malinconia d'amanti*, Atto IV, scena 3, cit., p. 111.

con l'elogio dei suoi pari e lo termina con una diatriba contro le innovazioni e la circolazione del sangue. Si risiede. I violoncelli ricominciano. Il candidato prende la parola, complimenta l'Accademia. Ancora violoncelli. Il presidente afferra un berretto che un usciere porta in cima a un bastone, copre il capo del novello dottore, gli mette al dito un anello, gli stringe i fianchi con una catena dorata e lo prega gentilmente di sedersi [...]. [*Alcuni titoli di tesi di tesi di laurea*: "Se la donna sia più lasciva dell'uomo (1631); "Se la donna più bella sia anche la più feconda" (1673); "Se al medico si addicano la barba e la toga" (1675); Colui che mangia burro e miele sa riprovare il male e scegliere il bene?" (1670)].⁸⁵⁵

Quanto alle nostre pazienti, come diventerà ancor più chiaro nell'Ottocento con gli studi degli alienisti francesi (che Meige doveva conoscere a perfezione), la loro natura non è certo meno preoccupante:

Elles sont de véritables comédiennes! [...] Elles composent des romans, dans lesquels elles intercalent souvent avec art et d'une façon inextricable le vrai et le faux, de manière à tromper les plus clairvoyants. Eu un mot, [leur vie] n'est qu'un perpétuel mensonge; elles affectent des airs de piété et de dévotion, et parviennent à se faire passer pour des saintes, alors qu'elles s'abandonnent en secret aux actions les plus honteuses, alors qu'elles font, dans leur intérieur, à leur mari et à leurs enfants, les scènes les plus violentes, dans lesquelles elles tiennent des propos grossiers et quelquefois obscènes, et se livrent aux actes les plus désordonnés, pour reprendre ensuite, en public, leurs airs de réserve, de modestie et de décence affectées!⁸⁵⁶

L'intero contesto della nostra malattia, di questa isteria amorosa, si scontra dunque con un problema di base: quello di distinguere la malata dalla simulatrice, il medico dal mistificatore ed entrambi, medico e paziente, dal seduttore o dalla seduttrice. È questo, ci pare, il "teatro" al quale è più giusto far riferimento quando si parla dei nostri dipinti, perché essi rappresentano delle pazienti che scambiano il palcoscenico per la realtà e la realtà per il palcoscenico. Può ancora sorprenderci, dunque, che il medico che le assiste sia un personaggio da teatro? Siamo al cospetto di un gioco di inversioni, dunque, in cui ogni elemento si sdoppia nel suo apparente contrario.⁸⁵⁷

Già Ovidio, nell'*Ars amatoria*, suggeriva agli innamorati un infallibile metodo di conquista: chi è colpito dai dardi dell'amore non deve far altro che mostrarsi ammalato, piangere,

⁸⁵⁵ Si veda P. King, *The Life of John Locke* [1830], cit. in P. Delaunay, *La vie médicale aux XVI, XVII, XVIII siècles*, Hippocrate, Paris 1935, p. 113.

⁸⁵⁶ J. Falret, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillières&fils, Paris 1890, p. 502. Sulla cautela nel ricondurre i dipinti olandesi alla scena teatrale, cfr. P. J. J. van Thiel, *Moeyaert and Bredero*, "Simiolus", vol. 6, 1972-73, pp. 29-49.

⁸⁵⁷ Si veda G. de Scudéry, *La Comédie des comédiens*, Augustin Courbé, Paris 1635, cit. in M. Foucault, *Storia della follia...*, cit., pp. 109-110.

impallidire, assumere un'aria sofferente, e così ne uscirà vittorioso.⁸⁵⁸ Insomma, l'innamorato dovrà mostrarsi malinconico e, se è un'innamorata, anche un poco isterica... Chiunque venga convocato per porre rimedio a questa malattia dovrà quindi tenerne conto: il medico non dovrà quindi sorprendersi di essere accolto con ostilità dalla paziente. Non tanto perché questa sa che “tous ces médecins n'y feront rien que de l'eau claire”,⁸⁵⁹ ma perché conosce bene, per usare una terminologia psicoanalitica, il beneficio secondario che la malattia potrà apportarle. Non servirà tanto che il dottore le faccia la morale (lo ricordava Ferrand: “Venere, anche se ammonita, non cede”);⁸⁶⁰ eventualmente dovrà cercare di comprendere quali strategie di resistenza alla guarigione possono fraporsi tra il loro presente di adolescenti e il loro futuro di brave mogli e madri... Obiettivo che deve essere raggiunto con qualsiasi mezzo, magari attraverso una contro seduzione che potrà essere tanto teatrale quanto lo è la seduttiva malattia contro cui si adopera. Non siamo davanti a un “eros in disguise”?⁸⁶¹

Diventare brave mogli e madri, si è detto. Se è così potremmo accostare ai nostri dipinti anche quelli, numerosissimi, che, nello stesso periodo e sempre in Olanda, rappresentano scene di matrimoni o di battesimo – o meglio: le feste che seguono alle cerimonie (*fig. 60*). Costruiremmo così una sorta di sequenza immaginaria, o una parabola a lieto fine, sul percorso che porta una donna ad affrancarsi gradualmente dalle ansie di gioventù per diventare una brava moglie e una buona madre. Tra l'altro Mary Frances Wack ha azzardato la proposta secondo cui il mal d'amore

may have been a strategy [...] by which young women could gain the “cure” of marriage. In this case lovesickness would serve as a form of negotiation for marriage rather than mediate the masculine dilemma of dominance and submission.⁸⁶²

Insomma, il corredo di sintomi sarebbe funzionale all'agognata realizzazione di quello matrimoniale? L'ipotesi non ci sembra azzecata: non tanto perché si porrebbe, a suo modo, sulla linea *pro-graviditate* avversata dalla Dixon,⁸⁶³ ma perché, in un certo senso, se applicata ai nostri dipinti, finirebbe per ribadire l'utilizzo, da parte della paziente e dei suoi complici, di una “strategia” quanto mai consapevole per raggiungere uno scopo altrettanto consapevole (e

⁸⁵⁸ Ovidio, *Ars amatoria*, vv. 325 e sgg., cit. in M. Ciavolella, *La “malattia d'amore”...*, cit., p. 30.

⁸⁵⁹ Molière, *Le médecin malgré lui*, atto II, scena 2, cit. in H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 239.

⁸⁶⁰ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., pp. 84-86.

⁸⁶¹ R. Porter, *The body and the mind, the doctor and the patient*, in S. Gilman et alii, *Hysteria Beyond Freud*, cit., p. 251. Sulla suggestione nel rapporto terapeutico, cfr. D. Cosenza, *La costruzione del campo clinico*, in A. Civita e D. Cosenza, a cura di, *La cura della malattia mentale*, 1, cit., p. 17.

⁸⁶² M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, cit., p. 176.

⁸⁶³ Si veda nuovamente L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., pp. 240-245.

il debito che queste rappresentazioni avrebbero nei confronti del teatro e degli “amours médecins”).⁸⁶⁴ Tuttavia, resta il problema della innegabile “doppiezza” di questi dipinti.

Meige, infatti, conduce la sua analisi su un doppio registro. Riconosce che Steen e gli altri, sotto la maschera degli umoristi, sono “fedeli osservatori della natura”, e dunque buoni psicologi o buoni clinici (appartiene pur sempre alla scuola della Salpêtrière).⁸⁶⁵ Raffigurano le pazienti con le spalle ricurve e il capo gravato “da sì amorosa soma”...⁸⁶⁶ – caratteristiche che Thimotie Bright:

Nell'afflizione gli spiriti si ritirano dai muscoli e il collo cede sotto il peso della testa, che così s'inclina in avanti, dato che i dischi delle vertebre cervicali si oppongono a un movimento all'indietro. Il volto si china, come paralizzato, perché resta privo di questi spiriti, e gli occhi si riempiono dell'umidità escrementizia delle lacrime.⁸⁶⁷

Le pazienti appaiono estenuate, le membra pesanti, il tronco contratto nel penoso imbarazzo di una posizione obliqua e precaria.⁸⁶⁸ Insomma, conosciamo bene le declinazioni di questa *Pathosformel* (fig. 61).

Una situazione difficile, insomma, che però alcuni artisti sanno rappresentare senza accentuarne la drammaticità. Uno di questi, dice Meige, è proprio Jan Steen, l'umorista per antonomasia, che prende posizione e “ne tient pas a nous inquiéter outre mesure sur la gravité de la situation”: è un malessere passeggero che “se dissipera au premier billet doux.”⁸⁶⁹ Sulle prime può sembrare che Steen abbia espressamente accentuato la condizione di queste donne accostando loro personaggi coloriti, floridi, ridanciani, che sprizzano vitalità da tutti i pori (fig. 62). Ma se osserviamo meglio ci accorgeremo che le tipiche malate di Steen, sotto il pallore del loro incarnato, lasciano sempre trasparire una “nuance rosée” che tranquillizza spettatori e medico – il quale, infatti,

ne semble guère ému [...]. Ne se faisant aucune illusion sur la gravité de la maladie, sans vergogne, il ne se cache même pas pour en rire. Après tout, les apparences sont peut-être plus alarmantes que la réalité. Par habitude, il a pris l'urinal; mais il oublie d'en examiner le contenu, et, se tournant vers une vieille servante, il lui glisse à demi-voix quelque gauloiserie. Le malicieux sourire de la vieille montre bien que le docteur a deviné juste. Cet *a parte* est du

⁸⁶⁴ Cfr. qui, II.2.

⁸⁶⁵ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 251-252.

⁸⁶⁶ G. Stampa, *Rime* [1554], a cura di A. Salza, Laterza, Bari 1913, p. 41 [Rima LXIX].

⁸⁶⁷ T. Bright, *Traité de la méancolie*, cit., p. 167.

⁸⁶⁸ F. Chantoury-Lacombe, *Peindre les maux*, cit., p. 272. Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 402 e D. Diderot, *Eléments de physiologie*, cit., p. 321.

⁸⁶⁹ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 233.

meilleur effet comique. Très habilement, Jan Steen a placé dans l'ombre ce groupe qui contraste par sa gaieté avec la tristesse de la malade et qui suffit à dissiper toute impression pénible. [...] Et, non loin de là, une feuille de papier froissée. On y lit ces mots: *Daer baet geen medesijn / Want het is minne pijn...* Plus de doute sur le diagnostic. Et pour nous obliger à le lire Jan Steen a placé près de la table, un jeune garçonnet, joufflu, frisé et rieur qui, du doigt, nous montre l'inscription.⁸⁷⁰

Una scena lieve, secondo Meige, con un bimbo sorridente che guarda lo spettatore e che, forse, questa volta, non è affatto un Cupido in borghese (*cf. fig. 55*).

Ma non tutti gli artisti hanno la propensione di Steen. Altri ci pongono davanti agli occhi personaggi che non hanno proprio nulla di lieve. Uno dei dipinti più caratteristici di questa serie, o sottoserie, è la *Malata* di Samuel van Hoogstraten (*fig. 63*), conservata al Rijksmuseum, dove in un interno freddo troviamo una giovane malata e medico di mezza età. Ecco la descrizione di Meige:

La malade est assise, une chaufferette sous les pieds, le coude gauche appuyé sur une table couverte d'un tapis rouge à ornements noirs et blancs [*sic*]; dessus, une serviette blanche, une fiole et le panier de l'urinal. La jeune personne croise nonchalamment ses mains sur sa taille, regardant en face, dans le vague. Elle est vêtue d'une robe bleu clair et d'un caraco de piqué jaune bordé d'hermine; une étoffe blanche légère cache toute la moitié gauche de sa jupe. Sa tête est prise dans une cornette blanche avec un grand voile. A ses pieds, un chat est accroupi. Derrière la table, se tient debout le médecin, vêtu de noir, une toque noire sur la tête. Vu de trois quarts, il regarde le contenu de l'urinal qu'il élève de la main gauche à la hauteur de son œil: sa main droite qui tient des gants est appuyée sur sa poitrine. Rien de plus.⁸⁷¹

“Niente di più”. Meige pare deluso: nessun incoraggiante colorito roseo, forse irrilevante per un profano ma non per un medico; nessun collega simpatico, con cui magari condividere qualche lazzo osceno per darsi sollievo dopo una dura giornata in corsia. Non c'è più niente, tranne questo medico barbuto, con i suoi attrezzi del mestiere e una paziente che ha davvero una brutta cera: pallida come un cencio, ha labbra esangui, occhi umidi e tristi, l'espressione di chi ormai può aspirare solo alla trascendenza. Ci guarda dritta negli occhi e un gatto, accoccolato vicino allo scaldino, fa altrettanto.⁸⁷² Meige però non ha dubbi: “C'est le Mal

⁸⁷⁰ Ivi, cit., pp. 242-243.

⁸⁷¹ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 257. Cfr. E. Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, cit., pp. 304-307.

⁸⁷² La Dixon sostiene che questa anemica potrebbe in realtà essere una prostituta: lo dimostrerebbe proprio il povero gatto, l'animale delle streghe..., L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit., pp. 70-72.

d'Amour!" –⁸⁷³ un mal d'amore che, in questo caso, precisa il nostro, formulando una diagnosi un poco affrettata (che riprenderemo più oltre), ha tutti i segni della clorosi.

Senza Steen, senza le sue innocenti scurrilità, scompare ogni commedia: il mal d'amore è una patologia grave, le pazienti ci fanno pietà, i medici si preoccupano solo di diagnosi, prescrizioni e prognosi. Anche le domestiche, quando ci sono, sono piene di scrupolo e di ritegno: nessuno si immischia nella scena, nessuno mostra una maliziosa curiosità, e a tutti basta sperare che le previsioni siano fauste e che si eviti la fine. Insomma, dice Meige,

il semble qu'on soit transporté dans un monde de mœurs plus hautaines, sévère sur le chapitre des convenants, réprouvant le sans-gêne et le laisser-aller. Les médecins s'y montrent à l'unisson. Sont-ils plus perspicaces? [...] Le mal d'amour frappe plus haut, mail il frappe toujours de même.⁸⁷⁴

È un momento fondamentale dell'analisi di Meige. È più facile avere a che fare con quelle rappresentazioni in cui la malattia è palesemente messa in ridicolo perché in questo caso siamo di fronte a un "abbassamento" valoriale dell'antico *amor hereos*. Ma se il travestimento comico scompare, viene a mancare anche la certezza della diagnosi e dell'indicazione terapeutica. E la difficoltà, anche per Meige, diventa quasi insormontabile.

Van Hoogstraten era un uomo colto. Soggiornò in Italia e, oltre a una relazione di questo viaggio, scrisse anche un trattato sulla pittura (*Inleyding tot de hooge schoole der schilderkonst*, Rotterdam 1678). Non meraviglia che con lui il mal d'amore assuma forme diverse, meno ludiche, che il medico non abbia più niente a che vedere con Sganarelle e la paziente sia sempre più melanconica: lo dimostra, tra l'altro, la posizione delle sue mani, che, secondo i trattati dell'epoca, è uno dei segni più chiari di autentica melanconia (*fig. 64*).⁸⁷⁵ Non che a Van Hoogstraaten mancasse il gusto per le malizie: è autore, infatti, di una celebre scatola prospettica che, pur rappresentando fedelmente un interno olandese, nasconde anche un'anamorfose di Venere e Amore (*fig. 65*). Tuttavia, appunto, non riusciamo a rettificare l'immagine, cioè a vedere che cosa rappresenti, se non ci collochiamo in un punto preciso e, da lì, osserviamo: altrimenti, scorgeremo solo qualche macchia, qualche figura indistinguibile, e ci resterà solo la tentazione di avvicinarci a quel modellino e per spiare dentro un'austera abitazione dei Paesi Bassi.⁸⁷⁶

⁸⁷³ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit. p. 257.

⁸⁷⁴ Ivi, p. 255. Cfr. P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., pp. 403-404.

⁸⁷⁵ J. Bulwer, *Chirologia or the natural language of the hand*, London, 1644, National Library of Medicine, Bethesda, Md pp. 39-40, cit. anche in L. S. Dixon, *Perilous Chastity*, cit. p. 68..

⁸⁷⁶ B. Haak, *The Golden Age*, cit., p. 161. Si veda anche J. Woodall, *Love is in the air*, "Art History", vol. 19, n. 2, 1996, pp. 208-217.

L'atmosfera claustrofiliaca del dipinto di Van Hoogstraaten si sperimenta anche in molti interni di Gerrit Dou, capofila della scuola dei *fijnschilders*, dei “pittori fini”, che dominò Leida nei decenni 1650-1680. Celibe, diligentissimo (prima di dedicarsi alla pittura era stato incisore su vetro), la sua meticolosità divenne proverbiale. Joachim von Sandrart, che va a fargli visita durante un viaggio in Olanda, ricorda:

Quando lodammo la cura minuziosa da lui prodigata per ritrarre un manico di scopa non più largo di un'unghia, egli rispose che gli sarebbero occorsi altri tre giorni per finirlo. [...] Non lavorava mai se il tempo non era buono, e per ogni cosa aveva bisogno di modelli naturali. La polvere lo disturbava a tal punto che [...] quando si metteva al lavoro aspettava lungamente che la polvere fosse posata.⁸⁷⁷

Un atelier asettico, insomma, una sala operatoria. Paul Richer descrive la *Donna idropica* del Louvre (fig. 66) come un “dramma intimo e silenzioso”:

Dans un riche intérieur hollandais [...], une riche bourgeoise est renversé dans on fauteuil, terrassée par un mal qui ne pardonne pas. Déjà son teint pâle, sa pose défaillante, son regard perdu en haut, nous annoncent l'anéantissement des forces. Mais ce pourrait n'être qu'une syncope passagère. Malheureusement, le mal est plus grave, et le peintre n'a pas négligé d'autres signes qui nous renseignent complètement sur l'affection dont elle est atteinte. Sous ses vêtements peu serrés à la taille, on devine aisement l'œdème qui, suivant la règle, a envahi la partie inférieure du corps. Et le pied droit que la robe découvre apparait manifestement gonflé. Sa fille, en larme à ses genoux, lui presse la main, tandis qu'une servante essaye de lui faire prendre une cuillère d'une potion réconfortante. Pendant ce temps, son médecin, debout, considère avec attention le contenu de l'urinal qu'il expose au jour.⁸⁷⁸

Un male che non perdona, raffigurato con debita solennità. L'edema è ben visibile al piede destro, che è gonfio e fatica a stare nella pantofola. Richer è certo della prognosi infausta, e non ci permettiamo di dissentire, anche se più di recente si sono fatte altre ipotesi: la donna potrebbe essere incinta; il dipinto potrebbe rappresentare una riflessione sul simbolismo religioso dell'acqua, e così via.⁸⁷⁹ Ma per Richer è un male che suscita apprensione, non meno

⁸⁷⁷ J. von Sandrart, *Teutsche Academie der Edlen Bau-, Bild- und Mahlerey-Künste* [1675], cit. in R. e M. Wittkover, *Nati sotto Saturno*, cit., p. 97.

⁸⁷⁸ P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 399.

⁸⁷⁹ M. Laclotte e J. Vergent-Ruiz, *Le Siècle de Rembrandt*, RMN, Paris 1970, pp. 55-56; S. Loire, *La peinture au Louvre*, préf. de P. Rosenberg, RMN-Hazan, Paris 1992, n.p. 56.

di quello della paziente dipinta da Metsu in un dipinto della Gemäldegalerie di Berlino (*fig. 67*).

Continuamo a seguire Meige e Richer nella lettura di un altro dipinto di Dou, conservato a Buckingham Palace (*fig. 68*). Per Richer la condizione di questa paziente non è critica, e la scena è molto attraente, per nulla inquietante.⁸⁸⁰ Il suo allievo Meige, invece, pochi mesi prima di Richer, si era espresso diversamente. È possibile che la malattia non sia così grave di per sé, ma è la gravità con cui il pittore la rappresenta la scena mette a disagio il nostro interprete. Questo universo “de mœurs hautaines” è abitato da persone fin troppo perbene: una serva che chiude silenziosamente le tende del letto; una giovane muta, dalle labbra terree, che segue con gli occhi i movimenti del dottore e si appoggia una mano sul petto; un medico che non ha nulla di pedantesco o ridicolo, che non si cura dell’avvenenza della donna e resta concentrato sulla matula e i suoi riflessi di luce. Meige è certo che si tratti ancora una volta di mal d’amore, per il quale formula qui un nuovo precetto: “à jeune malade, jeune médecin”. Perché un medico giovane compensa la sua mancanza di esperienza con una maggiore propensione a comprendere il male di cui soffre una bella fanciulla.⁸⁸¹

Meige, che all’epoca di questi articoli ha soli trentatré anni, si sforza di ritrovare la sua verve, avvertendo il collega dei pericoli del contagio: talvolta, dice, “le Mal d’Amour guette les hommes” e “il n’est pas sûr qu’il épargne les médecins”.⁸⁸² Ma di fronte a quest’opera pare comunque annoiarsi. Non è più una di quelle chiassose commedie di Steen che gli ispiravano descrizioni briose, colorite e molièriane. Al contrario,

dans chacune des pièces ou l’on pénètre avec Gérard Dow [*sic*], le ménage est fait avec soin: tout est propre, lavé, ciré, astiqué, bien rangé. Si d’aventure on y voit quelque désordre, croyez bien que celui-ci est un effet de l’art. Et avec quelle patience, avec quelle sollicitude de *ménagère éprise d’esthétique*, le peintre sait ranger les meubles, draper les rideaux, éclaircir les cuivres, dresser les volailles, disposer avec art mille utiles bibelots! Pas un grain de poussière ne lui échappe, nul détail ne lui semble superflu.⁸⁸³

Definire un artista una “massaia appassionata di estetica” non è certo un gran complimento! Nel XVII secolo, la *petite manière* di Dou era molto apprezzata, e i suoi dipinti estremamente ricercati e costosi. Poi, a partire dalla fine del secolo successivo, iniziò a perdere simpatia: la sua era un’arte infantile, un artigianato che imitava a perfezione la natura ma non sapeva

⁸⁸⁰ P. Richer, *L’art et la médecine*, cit., p. 399.

⁸⁸¹ H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., pp. 259-260.

⁸⁸² Ivi, p. 260.

⁸⁸³ Ivi, p. 258 (corsivi nostri).

selezionarne gli elementi.⁸⁸⁴ Meige, che sembra sposare questa posizione, pare ancor più infastidito dal fatto che sia proprio Dou, con il suo pennellino sottilissimo e i tre occhiali da vista, indossati l'uno sopra l'altro per star certo che nulla potesse sfuggirgli, a non sapergli dire qualcosa di preciso su queste misteriose malattie.⁸⁸⁵

Dou rappresenta la natura con la straordinaria fedeltà di una camera oscura, ma nei suoi dipinti, dovette pensare Meige, “non c'è niente da vedere”. O meglio, niente che gli interessasse o che, a lui, come medico, potesse suggerire qualcosa. Eppure la sua epoca era quella dell'invenzione del microscopio, del pulsilogio, o pulsometro.⁸⁸⁶ Era l'epoca in cui Cornelius van Drebbel, olandese che risiedeva in Inghilterra alla corte di Giacomo I (ed è più noto per l'invenzione del sottomarino) mise a punto i primi modelli di termoscopio e termometro. Con la precisa stima di questi valori, e con la loro registrazione visiva, doveva essere ben più facile diagnosticare la febbre d'amore, ritrarre la malattia in maniera inequivocabile. L'amore, ad esempio, si misura benissimo con il termometro. Pensiamo alle bellissime pagine della *Montagna incantata* in cui Castorp rileva i capricci del suo innamoramento per Clavdia proprio attraverso il mercurio (non a caso il capitolo si intitola “Capricci di Mercurio”). Quell'innamoramento era simile alla febbre, una malia “mista di gelo e calore”. Cosicché, per ogni piccola delusione il suo sentimento si avvilita, si raffreddava e “mercurio non saliva più”; simmetricamente, gli bastava pochissimo perché la sua passione si rianimasse e mercurio riprendesse a salire (dopo una passeggiata in cui Castorp riesce a dire “buon giorno” a Clavdia “salì a 38 gradi tondi tondi”).⁸⁸⁷

Perché Dou non ha fatto ricorso a tutta questa scienza? E, se vi ha fatto ricorso, perché i suoi dipinti ci dicono così poco di questa malattia? Con la commedia di Steen era tutto più semplice, perché con i suoi pittoreschi artifici sapeva rendere visibili gli effetti della passione. Qui, invece, con Hoogstraaten e Dou, i medici sono troppo composti e le loro diagnosi fin troppo caute e giudiziose; quanto alle pazienti, con quel pallore senza appello, quegli sguardi

⁸⁸⁴ Nel *Dictionnaire des Beaux Arts* pubblicato a Parigi nel 1806 leggiamo “Nell'infanzia dell'arte, i pittori copiano con cura i dettagli; sono i primi passi di un'arte che non osa staccarsi per un istante dalla natura, un'arte che imita senza principi e senza saper scegliere”, cit. in D. Arasse, *Il dettaglio*, cit., p. 37. “Dou è un artigiano meraviglioso”, scriverà Gombrich, “ma non divenne mai un Rembrandt”, E. H. Gombrich, *Premesse alla storia dell'arte* [1988], in Id., *Argomenti del nostro tempo*, cit., p. 73. Si veda anche A. K. Wheelock, *Dou's reputation*, in R. Baer, A. K. Wheelock Jr. e A. Boersma, *Gerrit Dou*, Yale University Press, New Haven-London 2000, pp. 12-24.

⁸⁸⁵ Fu il fisico danese Ole Borch, in visita all'artista nel novembre del 1661, a testimoniare: “tutte le volte che Dou dipinge, si mette contemporaneamente tre occhiali davanti agli occhi per vedere meglio, cit. in J. Giltaij e P. Hech, *Senses and Sins*, Hatje Cantz, Ostfildern 2004, p. 148.

⁸⁸⁶ Cfr. R. A. Bernabeo, G. M. Pontieri e G. B. Scarano, *Elementi di storia della medicina*, Piccin, Padova 1993, p. 224; E. de Angelis, *Gli strumenti per la nuova medicina*, in S. Rossi, a cura di, *Scienza e miracoli nell'arte del Seicento*, cit., p. 34. Cfr. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623]cit., p. 45.

⁸⁸⁷ T. Mann, *La montagna incantata*, cit., pp. 213-219.

mestamente inquieti, sono costrette a fare del loro corpo una semplice metafora, un'astrazione della malattia. "La neige de son corps se résout toute en eau," scriveva Tristan L'Hermite...⁸⁸⁸ Restiamo quindi prigionieri di un'iconografia malinconica in versione gentile e sentimentale: anche noi, come le malate, siamo costretti a fare un passo indietro, a recuperare una concezione, almeno in parte, düreriana, a pensare a simbologie complesse e, soprattutto, a mettere in discussione il naturalismo di questi dipinti, così importante per Meige e la sua scuola.

Con Steen, infatti, potevamo pensare che la melanconia saturnina avesse un suo venusiano, ovvero che la melanconia potesse anche avere le caratteristiche della figura dipinta da Cranach: una melanconia "rossa", che non fosse allegoria del "genio" ma del desiderio (*fig. 69*). Scrive al proposito Yves Hersant:

La *Mélancolie* [de Cranach] s'oppose à *Melencolia I* comme le dynamique à l'immobile, comme la grâce à la pesanteur, comme le sexué à l'asexué, comme le vide au trop-plein – et comme le coloré à l'achromatique. D'un côté, le noir et le blanc; de l'autre, tout un jeu de bigarrure, mettant aux prises les rouges / jaunes / bleus d'une scène d'intérieur et les noirs / verts / violets d'une scène à l'arrière-plan. Cette différence, qui est à simplifier ici en une opposition du noir au rouge, n'est pas à mettre sur le compte de la diversité des techniques propres aux graveurs et aux peintres: mieux vaudrait dire que la couleur, subvertissant la représentation, joue un rôle essentiel dans le travail du déplacement.⁸⁸⁹

Un *déplacement*, continua Hersant, che può funzionare anche in senso medico e psicodinamico; che, esattamente come il putto (probabile raffigurazione di uno dei quattro umori) che fa l'altalena tra la dama in rosso e la nube nera, oscilla non tanto tra due tipi di follia, ma tra due polarità psichiche che sono in stretta correlazione tra loro: il polo della malinconia e il polo della mania, del furor, dove cose, idee e persone sono leggeri, volubili e futili, e abitano spazi commisurati a queste loro qualità.⁸⁹⁰ Dove, scrive Borgna, il corpo si espande fuori di sé e gli spazi sono vissuti come ristretti, oppressivi, opachi e incombenti: perciò in essi si raccolgono quantità infinite di oggetti dalle funzioni e dai significati diversi. Una disordinata aggregazione di cose, persone e idee che richiama proprio la confusione di

⁸⁸⁸ Tristan L'Hermite, *La belle malade*, in *Les Amours* [1638] cit. in Claude Fintz, a cura di, *Le imaginaires du corps*, vol. 1, cit., p. 61.

⁸⁸⁹ Y. Hersant, *Mélancolie rouge*, in J. Clair, a cura di, *Mélancolie*, cit., p. 114.

⁸⁹⁰ Ivi, pp. 114-115. D'altra parte, Cranach non si allontanerebbe neppure dall'antica tradizione medico-filosofica che, a partire dal *Problema XXX* di Aristotele, associa l'atrabiliare al venereo.

“*een huishouden van Jan Steen*” (fig. 70): una confusione, al contempo, esteriore e interiore, cioè partecipa della personalità del paziente maniaco-malinconico.⁸⁹¹

Elisabetta Rasy si esprime così circa gli oggetti, ossia le figure, della melanconia e la loro collocazione nello spazio:

Nelle nature morte, dove l'ordine e il disordine si sfidano, gli oggetti si perdono. Penso a un quadro che Jan Jansz. De Velde dipinse nel 1653, una *Natura morta con bicchiere di birra e pipa d'argilla*: tali figure sono abbandonate al disordine di un tavolino sporco, in mezzo a gusci di nocciole, a un piatto semivuoto, a carte di un mazzo da gioco scomposto. Non sembrano oggetti appoggiati ma, invece, dimenticati nell'incuria e confusione quotidiana che scandiscono dolcemente o bruscamente la vita che passa. Negli stessi anni, sulle rastrelliere di Cornelius Norbertus Gijsbrechts o di Jean-François de la Motte e dei loro colleghi si accumulano lettere per sempre in attesa di risposta. Nuovi oggetti, mentre il tempo passa, contribuiscono al disordine che porta alla smemoratezza [...]. Altre volte invece l'ordine è eccessivo e una mano fredda e ferma ha disposto frutta e vasellame, come in certe tavole imbandite degli olandesi oppure nelle ipnotiche composizioni di Baugin e poi di Zurbaran. Entrambi ossessivi, disordine e ordine, anche nei banchetti e in ciò che ne resta quando la festa è finita. Dai sontuosi allestimenti in cui regna una confusione catastrofica di cibi e ornamenti, emergeranno poi elementi isolati immobili nello spazio della tela come relitti di un naufragio, benché relitti perfetti: arrostiti e calici solitari, trionfanti mazzi di fiori o la costellazione fitta e diffusa ovunque dei cesti di frutta. A Chardin, nelle sue colazioni consumate e nei suoi tavolini di strumenti vari e fragili, non importa se gli oggetti sono stati dimenticati o perduti: ciò che ne rappresenta, come Andersen nelle sue fiabe, è la solitudine, la malinconia della materia disertata dall'uomo. Solitudine e malinconia avranno nel tempo imprevedibili metamorfosi, il mazzo di violette abbandonato accanto a un ventaglio e a un biglietto, che immaginiamo amoroso, di Manet, o i barattoli di Campbell's Soup di Warhol.⁸⁹²

Insomma, sono gli oggetti, e lo stile del loro accumulo, a suggerire un contesto psichico e narrativo, e a decidere il significato delle scene. Se i dipinti di Steen e dei suoi seguaci erano pieni di questi oggetti “di cui è fatta l'angoscia”, sparsi alla rinfusa “come nelle antiche raffigurazioni dei pavimenti non spazzati”,⁸⁹³ con artisti come Dou, invece, ci troviamo di

⁸⁹¹ E. Borgna, *Malinconia*, cit., pp. 108-113.

⁸⁹² E. Rasy, *Figure della malinconia*, Skira, Milano 2012, pp. 85-87.

⁸⁹³ Ivi, pp. 87-89.

fronte a immagini asettiche, conservatrici di una malinconia monopolare da cui estromettono mania e furor, e in cui l'unica cosa che conta è la pesante serietà della vita.⁸⁹⁴

Lo stesso Ferrand, citando Plauto, ricordava che alla malinconia amorosa si accompagnano sempre vizi in apparenza contrapposti: tedio e apprensione, inerzia e sventatezza, ingordigia e inappetenza, immobilità e frenesia, “il parlar troppo e il parlar pochissimo”.⁸⁹⁵ Si tratta insomma di una malattia che, da sempre, è governata da un ordine binario, che è al contempo mobile o immobile, fluida o pesante, sottoposta a instabili vibrazioni o appesantita da umori stagnanti – e che, anche per questo, non è facile classificare. I suoi sintomi introversi (tedio, inerzia, inappetenza, immobilità, silenzio) possono derivare da una passione che, sotto l'effetto della propria violenza giunge repentinamente alla contraddizione e all'impossibilità di continuarsi.

Nel secolo successivo, Diderot dirà che le passioni hanno i loro effetti su tutto il corpo – occhi, fronte, labbra, lingua, organi della voce, braccia, gambe, ghiandole salivari, cuore, polmoni, arterie, vene e così via. Dirà anche che “ogni passione ha il suo grido” ma “tutte hanno il loro silenzio”. Anzi, la passione d'amore sarebbe tra tutte la più difficile da trasformare in parole.⁸⁹⁶ Recuperiamo così il catulliano *lingua sed torpet, tenuis sub artus flamma demanat*, o il *melankholikos* ippocratico – aggettivo che il medico greco utilizzava per definire coloro che, in presenza di convulsioni, diventano afoni; recuperiamo il pensiero di Aristotele, che includeva la balbuzie, la parola che non riesce a “tenere dietro” al pensiero, tra le prerogative del comportamento malinconico.⁸⁹⁷ Perché enunciare una condizione passionale così totalizzante è impossibile, o meglio, è possibile solo pagando il prezzo di una distanziazione da quella stessa passione, e dunque di una sua radicale *trasformazione*.⁸⁹⁸

La melanconia amorosa, dunque, è una malattia quanto mai silenziosa. Ma questo silenzio è una zona cieca in cui il desiderio fomenta i presagi, le fantasticherie, le illusioni. Osserviamo i nostri dipinti, in particolare quelli della sottoserie che disturba Meige: se la melanconia amorosa è esclusivamente piegata al saturnino, se le manca anche solo un pizzico di commedia venusiana, il suo silenzio si estenderà dalla paziente al medico, dalla rappresentazione ai suoi interpreti, e concorrerà a creare, tra tutti, una rischiosa, tacita

⁸⁹⁴ R. Baer, *The life and art of Gerrit Dou*, in R. Baer, A. K. Wheelock Jr. e A. Boersma, *Gerrit Dou*, cit., pp. 37-38. Cfr. *ivi*, pp. 116-117.

⁸⁹⁵ Plauto, *Mercator*, Atto I, scena I, cit. in J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 4.

⁸⁹⁶ D. Diderot, *Éléments de physiologie*, cit., pp. 320 e 328.

⁸⁹⁷ Ippocrate, *Sulle malattie III*, in V. Di Benedetto, *Il medico e la malattia*, Einaudi, Torino 1986 e Aristotele, *Problema XI*, 38.

⁸⁹⁸ S. Moravia, *Esistenza e passione*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., p. 29.

complicità, alimentata da sottintesi ben più temibili di quelli maliziosi del nostro Steen.⁸⁹⁹ La melanconia amorosa, insomma, cederà la scena alla “depressione”, più o meno amorosa, dominata un silenzio di ghiaccio.

La psicoanalisi conosce il limite strutturale della parola e riconosce nel silenzio depressivo i segni di un dolore psichico.⁹⁰⁰ Ma Meige, il nostro medico di base, non può farlo. Per lui senza le parole, magari attribuite arbitrariamente a personaggi dipinti, questi quadri, pur così fedeli alla realtà, sono muti e deludenti – e il loro silenzio fatalmente imbarazzante.

Da questo punto di vista, Meige appartiene pienamente al suo tempo ed è coerente con la sua formazione. Julia Kristeva, infatti, afferma perentoriamente che la melanconia “non è francese”.⁹⁰¹ A Meige, dinanzi a questa commedia del lutto, non resta dunque che ricorrere a un’ironia riparatoria, simile a quella di Théophile Gautier che, nel 1838, si fa beffe della rappresentazione della malinconia offerta dai pittori del suo Paese e vi paragona quella tedesca, ovvero a quella di Dürer:

Nos peintres la font autrement. La voici:

– C’est une jeune fille et frêle et malade,

Penchant ses beaux yeux bleus au bord de quelque rive,

Comme un *Vergiss-mein-nicht* que le vent a courbé;

Sa coiffure est défaite, et son peigne est tombé,

Ses blonds cheveux épars coulent sur son épaule,

Et se mêlent dans l’onde aux verts cheveux du saule;

Les larmes de ses yeux vont grossir le ruisseau,

Et troublent, en tombant, sa figure dans l’eau.

La brise à plis légers fait voler son écharpe,

Et vibrer en passant les cordes de sa harpe;

Un album, un roman près d’elle sont ouverts:

Car la mode la suit jusque dans ses déserts.

Notre Mélancolie est *petite-maîtresse*,

Elle prend des grands airs, elle fait la princesse;

Elle met des gants blancs et des chapeaux d’Herbault;

Elle est née, et ne voit que des gens comme il faut;

⁸⁹⁹ Si veda A. Prete, *La passione d’amore e la scrittura romantica*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., p. 200; V. Jankélévitch, *L’ironia*, cit., p. 56. Cfr. E. Borgna, *Il silenzio del corpo*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia*, cit., pp. 21-30.

⁹⁰⁰ F. Lolli, *La depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 2009, p. 7. Cfr. P. Fédida, *Il buon uso della depressione*, Einaudi, Torino 2002, in part. pp. 26, 31 e 41.

⁹⁰¹ J. Kristeva, *Sole nero*, cit., p. 13. Cfr. J. Schiesari, *The Gendering of Melancholia*, Cornell University Press, Ithaca-London 1992.

Son groom ne pèse pas plus de soixante livres;
 C'est une Philaminte, elle lit tous les livres,
 Cause fort bien musique, et peinture pas mal;
 Elle suit l'Opéra, ne manque pas un bal;
 Poitrinaire tout juste assez pour être artiste,
 Elle a toujours en main un mouchoir de batiste.
 On ne la verra pas enterrer tristement
 Dans quelque Sierra son teint pâle et charmant,
 Ses grâces de malade et ses petites mines;
 Ni sous les noirs arceaux d'un couvent en ruines,
 Promener loin du bruit ses méditations:
 Il faut à ses douleurs la rampe et les lampions,
 Il faut que les journaux en puissent rendre compte;
 Chaque pleur de ses yeux se cristallise en conte;
 Avec chaque soupir elle souffle un roman;
 Elle meurt; mais ce n'est que littérairement.⁹⁰²

Pare dunque che i francesi si trovino più a proprio agio con una malinconia amorosa declinata in *petite maîtresse*: una fanciulla malaticcia ma graziosa, che legge libri alla moda, frequenta le serate eleganti, non è mai in balia di una tempesta ma, al massimo, di una lieve brezza, capace solo di far vibrare le corde della sua arpa. Una piccola principessa che, al massimo, dimentica di riordinarsi i capelli (le è caduto il pettine) ma non tralascia mai di indossare guanti bianchi, e che è tubercolotica quanto basta per atteggiarsi ad artista; che vuole che ogni lacrima si cristallizzi in un racconto, e si innervosisce se una di esse, precipitando nell'acqua, confonde il suo riflesso (se le spunta un luccicone, preferisce, come diceva Baudelaire, correre allo specchio per vedersi piangere).⁹⁰³ Qualcuno, insomma, che desidera che ogni suo respiro, anche l'ultimo, si trasformi in un romanzo ("Elle meurt; mais ce n'est que littérairement"). Insomma, una donna che, il tedesco, lo usa solo per paragonare i suoi occhi blu con il *Vergiss-mein-nicht*, il nontiscordardimé.

Lettura della melanconia amorosa fornita da Meige (che non a caso attinge dal libro di Grasset su Boissier de Sauvages), ha bisogno di essere mondana, pre-settecentesca e per certi versi "vaporosa". Diderot, nell'*Encyclopédie*, definisce i "Vapori":

⁹⁰² T. Gautier, *Melancholia (La comédie de la mort)*, in Id., *Poésies complètes*, Charpentier, Paris, vol. I, 1877, p. 220-221, cit. in J. Starobinski, *La malinconia allo specchio*, trad. it. SE, Milano 2006, p. 50].

⁹⁰³ C. Baudelaire, *La Fanfarlo*, in Id., *Opere*, Mondadori, Milano 1996, p. 482. Cfr. Id., *Fusées*, ivi, pp. 1395-1396. Cfr. J. Starobinski, *La malinconia allo specchio*, cit., pp. 23-24.

VAPEURS – En Médecine, est une maladie appellée autrement mal hypochondriaque & mal de rate. Elle est commune aux deux sexes, & reconnoit deux différentes causes. On croit qu'elle provient d'une vapeur subtile qui s'élève des parties inférieures de l'abdomen, surtout des hypocondres, & de la matrice au cerveau, qu'elle trouble & qu'elle remplit d'idées étranges & extravagantes, mais ordinairement désagréables. Cette maladie se nomme dans les hommes affection hypochondriaque (*voyez*). Les vapeurs des femmes que l'on croit venir de la matrice, sont ce qu'on appelle autrement affection ou suffocation hystérique ou mal de mère [...]. Cette prétendue fumée n'est rien autre chose que l'irritation des fibres nerveuses des visceres contenus dans le bas-ventre, tels que le foie, la rate, l'estomac & la matrice, qui affecte sympathiquement le cerveau par la communication de la huitieme paire de nerfs avec le grand nerf intercostal; cette communication qui est étendue dans toutes les cavités, est la cause prochaine & unique de ces maladies & des étranges & bizarres symptomes qui l'accompagnent.⁹⁰⁴

Una malattia delle fibre nervose, in special modo di quelle delle viscere, la cui irritazione agisce su tutto il corpo. Per di più, può interessare entrambi i sessi. Ma questa patologia così fisica, non si accontenta di far correre parallelamente i binari di corpo e mente, e rende quanto mai complessa la loro relazione. Scriveva Antoine Le Camus nel 1753, nel suo *Médecine de l'esprit*, a proposito di un uomo in preda ai vapori ipocondriaci:

On ne croirait pas que c'est un homme; il a teint pâle; la peau blanche, les yeux languissants, l'estomac faible; quelquefois même il paye périodiquement par les veines hémoirroidales le même tribut que le plus grand nombre des femmes ne peut retenir sans être accablé de mille maux.⁹⁰⁵

L'uomo "vaporoso", insomma, ha caratteristiche molto, troppo femminili, esattamente come avveniva, nel secolo precedente, per il malato d'amore.

Diderot precisa che i vapori attaccano soprattutto le persone che amano la vita agiata, gli "intellettuali", gli ecclesiastici e, ovviamente "les femmes oisives & qui mangent beaucoup".⁹⁰⁶ Una malattia "di classe", insomma, dalla spiccata natura cittadina e aristocratica, tipica di uomini e, soprattutto, di donne che traggono smodato piacere dell'ozio e dalle nuove,

⁹⁰⁴ Diderot, *Vapeurs*, s.v., *Encyclopédie*. Cfr. P. Pomme, *Essai sur les affections vaporeuses des deux sexes*, Benoit Duplain, Lyon 1763, p. 3.

⁹⁰⁵ A. Le Camus, *Médecine de l'esprit* [1753], cit. in P. Pomme, *Essai sur les affections vaporeuses...*, cit., pp. 1-2.

⁹⁰⁶ Diderot, *Vapeurs*, s.v., *Encyclopédie*.

fatali scoperte che, riversandosi sulle città europee, accrescono le passioni (come le spezie provenienti dalle Indie).⁹⁰⁷

Per impedire il contagio di questo male, sarà dunque necessario seguire regole precise: dedicarsi al lavoro, mangiare solo quando si ha fame, e sempre con moderazione, evitare le passioni violente e soprattutto, dice Diderot, “se former une idée véritable de son peu de savoir & de son petit mérite, [...], écouter la raison & se faire de bonnes mœurs”.⁹⁰⁸ Umiltà, sobrietà, lavoro: precetti che si sarebbero adattati alla perfezione anche all’Olanda del Seicento.

Eppure nel Settecento, come ha qualcuno detto, si andrà anche “a scuola di vapori”, ovvero si imparerà a simulare i mancamenti, a emettere lamenti modulati e sospiri languorosi, a fingere inappetenza, infelicità e insonnia.⁹⁰⁹ Pensiamo alle opere di Marivaux, dove l’innamoramento diventa un gioco teatrale di progressivo mascheramento, o al nuovo, massiccio utilizzo della “mosca”, il cataplasma, il cui circoletto di seta nera, ridotto a proporzioni sempre più piccole e sempre meno “medicato”, divenne un accessorio da toilette utile a far risaltare il candore del volto.⁹¹⁰ Una nuova dimensione profana che, secondo un destino comune a molte “malattie dello spirito”, sul finire del XVIII secolo, porterà ad escludere i vapori dal vocabolario medico, ad estenderne il significato in direzioni mondane e a farne l’immane attributo di ogni donna vezzosa, in preda a umori instabili, facile a immusonirsi per un nonnulla, a mettersi a piangere per un’inezia e ad atteggiare il suo volto in piccole seducenti smorfiette.⁹¹¹

Questa dimensione mondana, si è detto, a Meige non dispiace. Vediamo la sua analisi di un dipinto di Gabriel Metsu, visto a Vienna nella collezione von Preyer (*fig. 71*), dove malata e medico paiono competere per giovinezza ed eleganza (uno di quegli incontri magici, dice Meige, che avvengono solo grazie alla pittura).⁹¹² Il dottore è un giovane dai capelli biondi e bocciosi, accenna in un sorrisetto, ha occhio malandrino e il corpo fasciato da un abito di velluto scuro: non pare troppo preoccupato, e neppure intimidito dalla presenza fantasmatica di un terzo personaggio sorridente che, dello sfondo, guarda verso di noi. Meige commenta:

A-t-il l’aspect d’un guérisseur? Et n’est-il pas plutôt le propagateur d’un mal dont il pourrait être aussi le remède? Vraiment, il semble s’occuper beaucoup plus de l’effet produit par ses boucles

⁹⁰⁷ J. Raulin, *Traité des affections vaporeuses du sexe* (1758) cit. in D. Pinel, *La follia dei vapori*, in J. Le Goff e J.-C. Sournia, a cura di, *Per una storia delle malattie*, cit., p. 190 ; P. Pomme, *Affections vaporeuses des deux sexes*, cit.

⁹⁰⁸ Diderot, *Encyclopédie*, s.v. *Vapeurs*.

⁹⁰⁹ “A scuola di vapori” è il titolo dell’introduzione di C. Imbroscio, *Le malattie dell’anima tra scienza e pregiudizio*, cit., p. 9.

⁹¹⁰ Lo riconosce anche H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 237.

⁹¹¹ C. J. de B. de Paumerelle, *La Philosophie des Vapeurs* [1774], cit. in S. Arnaud, a cura di, *La Philosophie des vapeurs*, Le Temps retrouvé-Mercure de France, Paris 2009, p. 38.

⁹¹² H. Meige, *Le mal d’amour*, cit., p. 342.

blondes et ses jolis yeux que de regarder l'urinal qu'il tient dans sa main droite. Après tout, c'est peut-être la meilleure façon de soulager les maux de sa cliente.⁹¹³

È uno di quei medici che potremmo incontrare assieme a Madame de Sévigné alle acque di Vichy, accanto a un collega, magari quello ritratto da un Pieter van Slingelandt in un dipinto che Meige dice essere conservato a Mannheim (e di cui oggi si sono perse le tracce): un cicisbeo con lunghi capelli e i baffetti impomatati da Errol Flynn (*fig. 72*). Veste anche un ampio colletto bianco che, dice Meige con un po' di ferocia, pare "decapitare la sua bella testolina". Forse lui, più di quello rappresentato da Metsu, avrebbe potuto conquistare il cuore della marchesa di Sévigné. Somiglia molto a quel certo "signor Antonio", un medico italiano stabilitosi a Chelles, di cui ella tesse gli elogi in una delle sue lettere:

Ma chère, [...] c'est un homme de vingt-huit ans, dont le visage est le plus beau et le plus charmant que j'aie jamais vu; il a les yeux de madame de Mazarin et les dents parfaites, le reste du visage comme on imagine Rinaldo; de grandes boucles noires qui lui l'ont la plus agréable tête du monde. Voilà mon joli médecin; il est habillé comme un prince et bon garçon au dernier point.⁹¹⁴

Il medico bruno ritratto da van Slingelandt, allievo di Gerrit Dou, è alle prese con una paziente un po' meno *charmante* della marchesa. Scrive Meige:

Grande, mince, raide, elle feint de détourner la tête pour ne pas voir son médecin; mais ses yeux se portent vers lui, avec un regard oblique de l'espèce dite "en coulisse". *Cependant elle parle*, et l'on peut être certain qu'elle débite force futilités, fadaïses langoureuses, et frivolités sentimentales.⁹¹⁵

La sua veste monacale non le impedisce dunque di flirtare, a suo modo, con questo bel dottore. Ma ciò che più importa a Meige è che questa paziente recuperi la favella ("cependant elle parle"), ovvero che questo manierato allievo di Dou, a differenza del maestro, sappia farla "parlare" e raccontare delle sue fantasie, semplificando così il compito all'analista. Perché la sua malattia ha sede nell'immaginazione, ed è proprio questa immaginazione che, a forza di tormentare lo spirito, dirà Diderot un secolo più tardi, "oblige le corps à se mettre de la partie".⁹¹⁶ Una versione illuminista della compiacenza somatica.

⁹¹³ M. de Sévigné [1676], cit. in H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 343.

⁹¹⁴ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 347.

⁹¹⁵ *Ibidem* (corsivo nostro).

⁹¹⁶ Diderot, *Vapeurs*, s.v., *Encyclopédie*.

Proprio il ruolo centrale dell'immaginazione dà ragione delle diverse strategie suggerite anche nel Settecento per curare i vapori uterini, o il mal d'amore. Lo stesso Diderot riferisce quei sistemi debba utilizzare un marito per fare uscire una moglie "vaporosa" dalla sua condizione. Per prima cosa, dice, dovrà chiedersi quale rapporto ci sia tra la malattia e la finzione. Poi, visto che questo rapporto, sostiene il filosofo, è ben più stretto di quanto si possa immaginare, il marito dovrà comportarsi come segue:

Demain restez dans votre lit, ne souffrez pas qu'on ouvre vos rideaux. Lorsque vous serez levé, demeurez à côté de votre feu, en robe de chambre, le bonnet de nuit enfoncé sur les yeux, et refusez absolument de sortir et de vous habiller, en un mot feignez des vapeurs. Votre femme, à qui vous êtes cher, vous promènera de ville en ville, vous fera danser, vous entraînera dans la société malgré vous, et guérira des ses vapeur réelles pas les efforts continus qu'elle emploiera pour vous délivrer de vos vapeurs simulés.⁹¹⁷

Un effetto speciale di questa patologia, dunque, che permette ai veri malati di trasformarsi nei medici di chi è malato per finta e, in seconda battuta, di guarire dalla propria malattia. Ossia: una terapia alternativa, prescritta da un filosofo e non da un medico, che suggerisce ancora una volta al medico (in questo caso al marito), di "accomodarsi nel delirio" della paziente.⁹¹⁸

Accanto a questi metodi, il settecento, secolo in buona parte empirista, ha messo a punto terapie estremamente fantasiose per i disturbi psichici, alcune delle quali mosse proprio dal desiderio di vincere la "forza di gravità" della malinconia. Pensiamo, ad esempio, alla macchina rotatoria progettata nella seconda parte del secolo da Erasmus Darwin, nonno di Charles: una colonna perpendicolare su cui, tramite un braccio mobile, erano fissati un letto o una specie di scatolone ai quali erano legati i pazienti (*fig. 73*). Questi venivano fatti roteare al grado di velocità necessario per correggere gli stati morbosi dell'intelletto, ovvero a bassa velocità per ottenere un effetto pacificante, ad alta per provocare uno choc salutare.⁹¹⁹ Una centrifuga per la melanconia, insomma, messa a punto sulla scorta di un pensiero terapeutico particolare, magari ammalato dalle vertigini della leggerezza.

Laurinda Dixon ha messo in relazione questa macchina con l'*Altalena* di Fragonard, che come è noto è stata variamente interpretata in chiave erotica, come simbolo dell'inconsistenza e della volubilità delle passioni. La Dixon sostiene però che possa anche trattarsi di un "popular

⁹¹⁷ D. Diderot, *Eléments de physiologie*, cit., p. 324.

⁹¹⁸ D. Diderot, *Mélancholie*, s.v., *Encyclopédie*,...

⁹¹⁹ J. Starobinski, *Storia del trattamento della malinconia*, cit., pp. 92-93; M. Foucault, *Storia della follia...*, cit., p. 472; R. Porter, *Machines mentales, thérapies mécaniques*, in J. Clair, a cura di, *L'Âme au corps*, RMN-Gallimard-Electa, Paris 1994, p. 200.

subject [that] coincides with the rediscovery of a new medical cure applied to the illness of vapors”.⁹²⁰. Infatti, dice la Dixon, l’uomo attempato che stringe i cordoni dell’altalena, oltre che un generico “marito”, potrebbe anche essere un religioso o un medico, e ciò, agli occhi dell’autrice, giustifica il richiamo alla macchina rotatoria di Erasmus Darwin.

Proviamo a seguirla, almeno in parte, tenendo sott’occhio il celeberrimo dipinto (*fig. 74*). Se l’uomo più anziano è un marito che spinge l’altalena della moglie, e la proietta verso un giovane attraente che la guarda con una certa complicità, il significato dell’immagine sarà chiaramente sessuale: farà riferimento alla volubilità e alla concupiscenza femminile. È vero, però, che il marito stringe tra le mani le corde dell’altalena e che, da uomo di mondo, non pare troppo preoccupato. Ma lasciamo perdere... La lettura erotica sarebbe comunque avvalorata anche dal comportamento dei due putti che si stringono l’uno all’altro mentre giocano con un pesce mitologico e, soprattutto, dal Cupido sul piedistallo, che invita al favore del silenzio.

Se invece, come sostiene la Dixon, l’uomo più anziano è davvero un religioso o, peggio, un medico, la dimensione ludica e mondana della scena scomparirebbe, e dovremmo ammettere di trovarci al cospetto di una raffigurazione profana della macchina di Erasmus Darwin.⁹²¹ A nostro avviso, si tratta di un’interpretazione avventata e non sostenuta da elementi sufficienti (ci permettiamo, innanzi tutto, di suggerire alla Dixon di osservare attentamente le espressioni di questa virtuale paziente). Ma l’ipotesi non è priva di interesse: non tanto perché l’opera di Fragonard raffiguri realmente la macchina di Darwin, ma perché questo dipinto, quanto mai “francese”, evoca un cambiamento di sguardo sulle passioni.

È vero che Platone, nel *Timeo*, diceva che “volare per aria” poteva essere utile per curare i disordini uterini, e che questo consiglio viene ripreso da Bernard de Mandeville, il quale prescrive alle donne “nervose” di fare l’altalena per almeno mezz’ora ogni mattina.⁹²² È anche vero che siamo ai tempi delle *fêtes galantes*, popolate da quella aristocrazia che i trattati medici, e con loro Diderot, descrivono come particolarmente incline ai vapori e alle malattie di nervi. Per di più l’ipotesi che si tratti di una terapeutica rococò potrebbe non dispiacere a Meige per due ragioni principali. Innanzi tutto, perché i *buitenpartijen*, le feste all’aperto, degli artisti olandesi del Seicento anticipano le raffigurazioni galanti, a soggetto campestre, così diffuse nel Settecento francese (*fig. 75*).⁹²³ Ma soprattutto perché l’altalena fornisce un’efficace illustrazione della teoria di bipolarità mania-depressione, tra l’altro già abbozzata dalla psichiatria francese alla metà del XIX secolo, che Meige ci pare considerare. Non

⁹²⁰ L. Dixon, *Of vapors and vanity*, in Ead., a cura di, *In Sickness and in Health*, cit., p. 62.

⁹²¹ Ivi, pp. 62-76. Cfr. Ead., *Perilous Chastity*, cit., pp. 221-248..

⁹²² B. de Mandeville, *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions* [1711], cit., pp. 305-308

⁹²³ S. Slive, *Dutch Painting 1600-1800*, cit., p. 176.

pensiamo, ovviamente, che il neurologo Meige avesse deciso di lanciarsi consapevolmente in un'impresa di tale laboriosità: pensiamo, invece, che le sue spassose diagnosi pittoriche ci aiutino a riflettere sul modo di dar voce a immagini mute, considerando tutta la complessità della malattia che si crede rappresentino.

Stanno proprio qui le questioni più importanti della sua analisi. Meige, circondato da tutto quel silenzio, emette le sue diagnosi retrospettive, ma a nostro avviso lo fa in maniera diversa rispetto a Charcot e Richer. Vediamo meglio. Dopo aver passato in rassegna tutti i dipinti, cioè tutte le pazienti della sua corsia, “tantôt pour nous divertir, tantôt pour nous apitoyer”, scrive:

À côté du docteur, grave ou plaisant, respecté ou tourné en ridicule, l'artiste se livre à une étude non moins consciencieuse de la maladie. Il en note les moindres détails, les altérations du corps, les troubles de l'esprit, le désordre produit dans son entourage, aussi bien sur les personnes que parmi les objets: observations patientes, remarques minutieuses dont chacune comporte un enseignement.⁹²⁴

Insomma, un tipico commento della “scuola della Salpêtrière”: questi artisti dei Paesi Bassi vanno presi in seria considerazione perché studiano la malattia e ne rappresentano le manifestazioni con minuzioso realismo. Si sa, sarebbe questa la massima prerogativa di questi artisti: esprimere la verità della vita, senza orpelli, adoperando gli occhi più che la fantasia – quella “fantasia” che tanto faceva arrabbiare Richer e Charcot.⁹²⁵ I dipinti di questi olandesi, come diceva Van Mander, erano “specchi, e non pitture!”⁹²⁶

Anche Meige, dunque, espresse la sua devozione, tutta positivista, nei confronti del fatto osservabile, e della sua corretta rappresentazione. Così, se gli indemoniati di Charcot e Richer erano diventati tutti isterici, con lui queste malate d'amore diventano tutte clorotiche. La ragione è semplice, e ce la confessa egli stesso: oggi il mal d'amore non esiste più, la clorosi invece esiste, ed è degna di figurare nelle nosografie. Egli procederà dunque a rilevare i legami di parentela tra la clorosi del suo tempo e il mal d'amore del XVII secolo.⁹²⁷ Meige insomma sa che il mal d'amore è una “psychopatie spéciale”, e che solo i suoi segni fisici possono essere registrabili. Perciò si rivolge a quelli.

⁹²⁴ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 351-352.

⁹²⁵ J.-M. Charcot e P. Richer, *Le indemoniate nell'arte* [1887], cit. e Ids., *Les difformes et les malades dans l'art* [1889], cit. Si vedano anche i miei *Anatomie fantastiche*, cit., in part. pp. 72-80 e *L'iconografia fotografica delle malattie nervose*, in S. Ferrari, *Nuovi lineamenti di una psicologia dell'arte*, Clueb, Bologna 2012, p. 67 e sgg.

⁹²⁶ K. van Mander, *Le vite degli illustri pittori fiamminghi, olandesi e tedeschi*, cit., pp. 118-119. Cfr. R. De Mambro Santos, *Introduzione*, ivi, p. 43. per la lettura ottocentesca del realismo olandese, da cui Meige dovette essere influenzato, si veda ovviamente E. Fromentin, *I maestri del passato* [1876], trad. it. Il Poligrafo, Padova 2004, pp. 161, 167. Cfr. T. Todorov, *Éloge du quotidien*, cit., p. 43.

⁹²⁷ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 229.

Ma già nella relazione tra clorosi e mal d'amore troviamo un primo elemento di parziale distanza dalla posizione dei suoi predecessori. Richer nel suo, *L'art et la médecine*, tra l'altro pubblicato più di un anno dopo gli articoli di Meige, si pronuncia così:

Qu'est-ce donc que le mal d'amour ? devons nous voir là une simple fantaisie d'artiste, ou bien ce mal répond-il à une entité morbide nettement définie ayant sa place dans la nosographie? [...] Cette maladie que les anciens nommait *febris amatoria*, *pâles couleurs*, *ictère blanc*, *maladie virginale*, etc., n'est autre que la chlorose décrite par Jean de Varandal en 1615 nel *De morbis et affectibus mulierum*⁹²⁸

Il linguaggio di Richer è chiaro: se non è una fantasia dell'artista dovrà trattarsi, per forza, di una "entità morbosa nettamente definita", con una sua precisa collocazione nelle nosografie. Non esistono vie di mezzo, nel pensiero di Richer. E dunque la sua soluzione è quella di molte storie della medicina che, in un incessante via vai tra passato e presente, in cui il secondo serve da riferimento al primo, affrontano configurazioni epistemiche antiche secondo nosologie contemporanee. Insomma: il *vecchio* mal d'amore è la *nuova* clorosi.

Una novità, quella della clorosi, che sarebbe più giusto definire una "attualità": perché la malattia, descritta da Varandal più di due secoli e mezzo prima, all'epoca di Richer e di Meige è più in auge che mai. Anzi, nel periodo che va dal 1870 al 1925, è considerata talmente diffusa da riguardare, potenzialmente, tutte le adolescenti (*figg. 76-77*),⁹²⁹ e da essere oggetto di racconti e di poesie nei quali si loda il pallore esangue di queste giovani.⁹³⁰

Secondo Richer, sarebbe stato Meige ad aver dimostrato, sulla scorta di Varandal e di Boissier de Sauvages, che clorosi e mal d'amore, nelle idee e nel linguaggio medico del tempo, "si confondono nella stessa malattia".⁹³¹ Meige, però, non si era espresso esattamente in questo modo – e il suo scarto maggiore rispetto Charcot e Richer sta proprio qui. Anch'egli riconosce il legame tra malinconia amorosa, malinconia uterina, isteria e, appunto, clorosi – parentela che, peraltro, era già ben chiara in Varandal –⁹³² ma distingue maggiormente tra "segni psichici" e "segni fisici". Una distinzione fondamentale che suggerisce anche un metodo: se un dipinto rappresenta un malato psichico, l'analisi può riguardare solo le manifestazioni

⁹²⁸ P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 403. Si veda anche J. Starobinski, *Chlorosis*, "Psychological Medicine", n. 11, 1981, pp. 459-468.

⁹²⁹ H. King, *The Disease of Virgins*, cit., *passim*.

⁹³⁰ Si veda R. E. McFarland, *The rhetoric of medicine*, "Journal of history of medicine and allied sciences", vol. 30, n. 1, gennaio 1975, pp. 250-258; B. Bramwell, *Anemia and Some of the Disease of the Blood-forming Organs and Ductless Glands*, Simpkin, Marshall & Co., London 1899, p. 32. Cfr. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 40.

⁹³¹ P. Richer, *L'art et la médecine*, cit., p. 403

⁹³² J. Varandal, cit. in H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 230-231.

corporee della malattia che lo affligge, cioè deve muoversi solo su un piano visuale e fare attenzione alle sovrainterpretazioni.

Da ciò la sua parziale presa d'atto dei paradossi metodologici della scuola della Salpêtrière:

Tout d'abord – à peine est-il besoin de le dire – il ne saurait être question d'identifier les aimables personnes dont les portraits sont parvenus jusqu'à nous avec les chlorotiques nosocomiales qui ont servi à tracer la description *actuelle* de la chlorose. Ne faudrait-il pas, en effet, démontrer premièrement – tentative *absurde* – que les malades d'amour en peinture étaient atteintes d'une lésion sanguine caractéristique? Ce serait vraiment faire injure à ces gracieuses énamourées que de désigner leur mal par ces termes rébarbatifs de “dyscrasie”, de “dégllobulisation”, ou pis encore “d'hypoplasie angiohématiche”! Mais, tout en reconnaissant que la critique picturale pêche par l'absence d'examen hématoscopique, nous ne pouvons pas ne pas être frappés de la véracité avec laquelle les peintres du mal d'amour ont mis en évidence certains caractères cliniques de la chlorose. Et nous entendons par chlorose, la maladie définie par Varandal, décrite ensuite par Rivières, Sennert et Sauvages. Nous l'envisageons surtout dans son syndrome *morphologique* qui, seul, pouvait être bien rendu par *l'image*, et, seul, peut prêter à un examen comparatif.⁹³³

Meige procede con arguzia: non è possibile formulare una diagnosi retrospettiva su una serie di malate dipinte, perché queste malate, anche se raffigurate con straordinario “realismo”, non sono vere malate. Anzi, sarebbe ben poco generoso investire queste graziose rappresentazioni con giudizi clinici assai poco raffinati... Visto che alla critica d'arte non è permesso orientare la propria diagnosi in base agli esiti di una serie di esami emoscopici, sarà comunque possibile, in maniera assai meno ambiziosa, valutare gli *aspetti morfologici* della malattia che questi dipinti rappresentano con tanta accuratezza.

Forse oggi non ci sembrerà una distinzione sufficiente a indicare una via, o a prendere le distanze da una precedente, più volte messa in ridicolo, ma non è così: attraverso questa precisazione, infatti, Meige dimostra di essere consapevole dell'impasse a cui può condurlo un metodo scorretto, specie se applicato all'analisi di dipinti dedicati a una “psychopatie spéciale”. Ci suggerisce, quindi, una regola al negativo (ci indica, cioè, quel che non va fatto) relativa a una clinica visiva per le patologie psichiche, confrontata alla difficoltà di avvalorare i propri criteri diagnostici su “quadri di sintomi” che congelano i pazienti in uno schermo bidimensionale.⁹³⁴

⁹³³ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., p. 232 (corsivi nostri).

⁹³⁴ M. Sicard, *L'année 1895*, Les empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, Paris 1994, pp. 42-43. Cfr. Ead., *La fabrique du regard*, Odile Jacob, Paris 1998, p. 125.

Insomma, Meige riconosce i limiti diagnostici di un metodo che si basi sulla *sola* visività, quello, in sostanza, dei *Demoniaques* o delle *Diffformes* di Charcot e Richer. Poi si chiede: queste pazienti, si chiede, sono davvero clorotiche?

Assurément non. La critique d'art a des limites. Elles lui sont impostes par les *vraisemblances*. Et il serait puéril de soutenir que tant d'artistes on consacré leurs efforts et leur talent à la peinture d'une maladie. Quelques passionnés qu'on les suppose pour la vérité réaliste, ils n'ont jamais songé à se faire les illustrateurs de la pathologie.⁹³⁵

La verosimiglianza non è la verità. Nel Seicento il mal d'amore era considerato una vera e propria malattia, e le descrizioni che ce ne hanno lasciato “gli uomini dell'arte”, in parte tradotte visivamente dai nostri dipinti, somigliano molto a quelle odierne della clorosi. Per cui, considerare il *morbus viridis*, ricordare, magari attraverso Varandal, quali siano i suoi segni, sarà certamente utile, ma solo per “faciliter [une] comparaison”.⁹³⁶

Perché, si chiede Meige, nel Secolo d'oro olandese ci siano tanti dipinti su questo soggetto? Pensare l'Olanda fosse piena di clorotiche, adducendo la motivazione che la malattia si diffonde più facilmente in zone dal clima umido e freddo, dice Meige, sarebbe un'argomento “bien spécieuse”. Quanto alla reiterazione dello stesso soggetto, non ci deve far pensare a una epidemia: nell'Olanda del tempo, se un determinato motivo incontrava il successo da parte del pubblico e dei committenti ogni artista cercava di produrle una sua replica personale.⁹³⁷

In sostanza, Meige dice che il “realismo” di questi dipinti, pur così esatto e minuzioso, non è totale. Ossia che questi dipinti non sono “specchi”, ma pitture – con buona pace di Van Mander. Detto altrimenti – cioè utilizzando i termini di quella critica d'arte che, secondo Meige, non può avvalersi dei risultati degli esami del sangue – con i nostri dipinti ci troveremo costretti a distanziare la nozione di naturalismo da quella di Natura, fino al punto di sancirne il divorzio.

Meige conclude infatti la sua indagine con queste parole:

⁹³⁵ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 239-40.

⁹³⁶ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 239-40. Meige pare aver maturato in poco tempo una concezione piuttosto diversa da quella del positivismo visuale dilagante alla Salpêtrière. Ad esempio, nella sua analisi del 1895 sulla Malata di van Hoogstraaten (*fig. 63*) la diagnosi di clorosi è più netta: “la malade est une chlorotique”, scrive Meige, anche se, probabilmente, si tratta di un caso lieve. H. Meige, *Samuel van Hoogstraaten*, “Nouvelle iconographie de la Salpêtrière”, tome VIII, 1895, p. 198

⁹³⁷ H. Meige, *Le mal d'amour*, cit., pp. 240-241. A suo avviso sarebbe possibile tracciare anche una sommaria graduatoria tra gli artisti relativamente all'invenzione e all'utilizzo di questo motivo: Jan Steen, Samuel van Hoogstraten o Gerrit Dou sarebbero stati i primi, mentre Van Mieris, Metsu, Ter Borch o Netscher lo avrebbero parallelamente, o posteriormente, trattato per inseguire il gusto del pubblico. *Ibidem*.

Réalisme dans la maladie et *réalisme* chez le médecin, l'un et l'autre sont de première marque. Quant à la *nature* du mal qui cause cet évanouissement, rien ne permet de la préciser. Est-ce le mal d'amour? Est-ce le mal d'enfant? Est-ce toute autre affection capable de provoquer une syncope? Mieux vaut ne pas se prononcer. [...] *Ne cherchons donc pas le nom de la maladie; mais admirons l'art vraiment supérieur avec lequel le peintre a rendu le tableau.*⁹³⁸

Un'inattesa sospensione di giudizio, soprattutto se viene da un medico. I medici sanno che se alla malattia non attribuiamo un nome, magari articolato, complesso, duplice o triplice, la escludiamo dalle classificazioni nosografiche.⁹³⁹ Ma la sospensione di Meige nasce dal riconoscimento, non sappiamo quanto cosciente, del problema principale della nozione di "realismo": questi dipinti così "realistici" non sanno dirci in che cosa consista *davvero* la realtà del mal d'amore, e restano, appunto, solo dei dipinti.

Insomma, il povero Meige, si trova confrontato con questioni essenziali e assai complesse, su cui si sono esercitate le più accese controversie iconologiche. Sostanzialmente, le interpretazioni su buona parte dell'arte olandese del Seicento sono state condotte secondo tre linee fondamentali. La prima è quella che, partendo dai modelli di Fromentin e Thoré-Bürger, interpreta questi dipinti come esempi di realismo, ovvero come massima espressione di un'arte "per l'uomo", capace di fare appello, attraverso una "incomparabile mescolanza di natura e d'arte", a virtù e sensibilità universali.⁹⁴⁰ La seconda, sulla via post-panofskiana della Scuola di Utrecht, interpreta questi dipinti attraverso una serie di simbolismi multipli, documentatissimi ma talvolta piuttosto forzati, muovendosi tra vanitas, cibi afrodisiaci, animali insaziabili e bestioline che vorrebbero fuggire lontano (pensiamo all'uccellino in gabbia, oggetto di tante disamine da parte di questa scuola; *fig. 78*).⁹⁴¹ La terza via, quella capitanata da Svetlana Alpers, si oppone con forza alla precedente: non ci propone una lettura narrativa e "alla seconda", come quelle suggerite da Eddy de Jong e dai suoi, ma una lettura descrittiva, supportata da una collezione di significati immediatamente accessibili alla vista e in perfetta sintonia con la cultura olandese del tempo (insomma, è fedele al celebre motto del poeta e drammaturgo Jan Vos: *Het zien gaat voor het zeggen*, cioè "la vista è superiore alla parola").⁹⁴²

⁹³⁸ Ivi, cit., p. 426-428 (corsivi nostri).

⁹³⁹ "Le signifié médical n'existe jamais que nommé", scrive R. Barthes, *Sémiologie et médecine*, in Id. *L'aventure sémiologique*, cit., p. 280.

⁹⁴⁰ E. Fromentin, *I maestri del passato*, cit., p. 201.

⁹⁴¹ Pensiamo in particolare al massimo esempio dell'interpretazione di questa scuola, la mostra (e il relativo catalogo) *Tot Lering en Vermaak*, cit. ma anche, tra i tanti esempi possibili, a J. B. Bedaux, *The Reality of Symbols*, Gary Schwarz-SDU, Maarsen 1990.

⁹⁴² S. Alpers, *Arte del descrivere*, cit., in part. pp. 372 e 375. Cfr. M. A. Schenkeveld, *Dutch Literature in the Age of Rembrandt*, cit., p. 14

Nessuna di queste linee di ricerca, ovviamente, contesta in sé il realismo di questi dipinti; ma ognuna di esse lo coniuga a modo proprio, giungendo talvolta a esiti interpretativi opposti a quelli dell'altra linea. Escludiamo dal nostro esame il primo approccio, troppo debitore di un'idea di realismo di stampo ottocentesco e courbettiano; consideriamo invece le altre due, la linea de Jongh e la linea Alpers. Qualcosa le accomuna: entrambe ci parlano di un realismo "apparente". Solo che, nel primo caso, questo aggettivo dovrà essere inteso come "illusorio" e "ingannevole" (i.e. un'illusione di realismo), mentre nel secondo in maniera più letterale, come "visibile" o "evidente" (i.e. un realismo dell'evidenza). In riferimento ai nostri dipinti ci si potrebbe dunque esprimere a favore di un "effetto di realtà", espressione che traduce bene le caratteristiche di opere che uniscono la rappresentazione *naer het leven*, cioè dal vivo, a quella *uyt den gheest*, cioè mentale: "una specie di lusso della narrazione", direbbe Barthes.⁹⁴³

Il Novecento ci ha dimostrato, attraverso infiniti esempi, che la nozione di realismo è relativa, che non si riferisce solo a una resa del reale non manipolata, che è un concetto che può estendersi fino a comprendere versioni molto eterogenee.⁹⁴⁴ Ci ha dimostrato, insomma, che non esiste un realismo assoluto perché non esiste uno sguardo assoluto, ossia neutro. Pensiamo, tra i tanti esempi possibili, a Régis Debray (ricorderemo che compare tra i suggerimenti di lettura per gli studenti di medicina di Rennes):

Non si dà percezione senza interpretazione. Non c'è un grado zero dello sguardo (né quindi l'immagine allo stato bruto). Non c'è uno strato documentario puro sul quale verrebbe a innestarsi in un secondo tempo una lettura simbolizzante. Ogni documento visivo è immediatamente finzione.⁹⁴⁵

Possiamo considerare "realistici" anche i nostri dipinti sulla melanconia amorosa. Ma proprio la natura delle scene che essi rappresentano dovrebbe farci tenere a mente il monito di Debray. Pensiamo al medico che perde gli occhi a osservare l'urina e non si accorge degli amorini intenti a scagliare le loro frecce: la vista inganna! Così come ingannano i meticolosi *fijnschilders*, che, testando la chimica dei colori con una scrupolosità che avrebbe reso felice

⁹⁴³ R. Barthes, *L'effetto di reale* (1968), in Id., *Brusio della lingua*, cit., p. 152. Cfr. M. Westermann, *A Wordly Art*, cit., p. 7

⁹⁴⁴ Si veda, tra l'altro, e in riferimento all'epoca in oggetto L. de Vries, *The changing face of realism*, in D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art*, cit., p. 227. Cfr. N. Goodman, *I linguaggi dell'arte*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1998, in part. pp. 37-41.

⁹⁴⁵ R. Debray, *Vita e morte dell'immagine*, cit., p. 51. Si veda qui, I.2.

Sylvius, fanno *trompe-l'oeil*: cioè ingannano l'occhio e convertono la pittura in una "seduttrice della vista".⁹⁴⁶ Che realismo è il loro? A che occhi, o a che sguardo si rivolgono? Stando alla quasi totalità dei trattati sul mal d'amore, dall'antichità fino all'Ottocento, gli occhi sono gli unici organi che non deperiscono mai in chi è colpito da questa dolce infermità. Perché alla loro funzione si lega la natura "immaginativa", penetrativa e impressiva di cui ci parlano anche gli antichi: per cui, una volta che un'immagine è penetrata del corpo attraverso gli occhi, essa vi resta stabilmente impressa.⁹⁴⁷ Così se tutto si indebolisce gli occhi, al contrario, non perdono il loro fervore, continuano a restare mobili e irrequieti, a esercitare i loro muscoli – ed è per questo che, dicono Du Laurens e Ferrand, "i nostri anatomisti moderni chiamano il muscolo responsabile di questo tipo di sguardo *l'amoroso*".⁹⁴⁸ Anche quando sembrano "distratti" (se fossimo inglesi diremmo *distracted*, che significa sì "disattenti" ma anche "folli"), gli occhi dei malati d'amore non lo sono mai fino in fondo; anche quando paiono guardare il vuoto, e perdersi in uno spazio nullo, in realtà stanno cercando qualcosa, una presenza o il dettaglio vitale. Più di ogni altra cosa l'amante cerca l'amato. Ecco cosa scrive Esquirol nel 1805:

Com'è questa maniaca? Gli occhi profondi e stralunati; lo sguardo fisso; la respirazione corta e precipitosa [...]. Essa vede il suo idolo dappertutto; [...] l'uomo che ama è nascosto nelle pareti, nei recessi del suo appartamento; è sempre al suo fianco.⁹⁴⁹

Le malate vedono ovunque il loro amato e attribuiscono a questo fantasma in libertà vigilata la solida concretezza di un oggetto reale o, almeno, la traccia fisica di un ricordo. Così leggiamo la presenza dell'amato nello sfondo di tanti dipinti. È come se questi suggerissero la

⁹⁴⁶ D. R. Camphuysen, *Stichtelycke rymen* [1624], cit. in P. Smith, *The body of the Artisan*, The University of Chicago Press, Chicago-London 2004, p. 223. Si veda anche ivi, pp. 193 e 211. Cfr. E. J. Sluijter, *Seductress of sight*, Waanders, Zwolle. 2000; K. S. Grooss *et alii*, **Van Piskijkers en Heelmeesters**, Museum Boerhaave, Leiden 1991 [<http://www.museumboerhaave.nl>]. Non sarà inutile ricordare che Sylvius, iatrochimico di Leida, era un collezionista di dipinti, soprattutto di quelli realizzati nella sua città: possedeva sette opere di Frans van Mieris e undici di Gerrit Dou (tra cui il *Ciarlatano* oggi al museo Boijmans van Beuningen di Rotterdam). Li esponeva nella sua wunderkammer affacciata sul canale di Rapenburg, meta di universitari e ricchi mercanti, assieme a oggetti esotici, sculture, porcellane e molti *tronies* (in olandese, "facce", "teste", "espressioni"), ritratti generici che rappresentavano gli effetti delle passioni sui volti. Nella sua collezione, invece, non c'era alcun dipinto di Jan Steen (era suo però il *Ciarlatano* di Adriaen Brouwer del 1625, oggi alla Staatliche Kunsthalle di Karlsruhe). Sulla collezione di Sylvius si veda P. Smith, *The Body of the Artisan*, cit., p. 185.

⁹⁴⁷ Gordonius, *Lilium medicinae* [1305], cit. in J. L. Lowes, *The Loveres Maladye of Hereos*, cit., pp. 499-502; cfr. M. Ciavolella, *La "malattia d'amore"...*, cit., pp. 70-71; I. P. Cuiianu, *Eros e magia nel Rinascimento*, cit., pp. 36-37

⁹⁴⁸ A. du Laurens, *Questiones anatomiques*, libro V, capitolo 12, cit. J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 41.

⁹⁴⁹ J.-E. D. Esquirol, *Delle passioni* [1805], cit. in M. Ciavolella, *Eros e malinconia*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia*, cit., p. 42; Ibn Hazm, *Il collare della colomba*, cit., pp. 28-31, 65, cit. anche in M. Ciavolella, *La "malattia d'amore"...*, cit., pp. 98-99. J. Starobinski, *Il velo di Poppea*, in Id., *L'occhio vivente*, trad. it. Einaudi, Torino 1975, pp. 6-7. Cfr. C. T. Neely, **Distracted Subjects**, Cornell University Press, Ithaca-London 2004

possibilità di una narrazione in cui l'ordine diacronico degli eventi si condensasse in un'unica immagine, che è un collage delle diverse sensazioni mnestiche relative a un passato, più o meno recente, che però torna ad essere quanto mai presente (*figg. 1, 55, 71*). Conosciamo l'importanza della memoria nei perturbamenti malinconici, sappiamo quanto il ricordo possa aggravare i disturbi dell'immaginazione, continuando a produrre occasioni di angoscia e di afflizione: sappiamo, cioè, che le malattie malinconiche sono dovute in buona parte alla disciplina, al regime a cui vengono sottoposti le tracce mnestiche di eventi passati, a cui attribuiamo attendibilità e veridicità.

L'immagine dell'amato in tutte le sue forme, fantasma ossessivo o attualizzazione di un ricordo, è fondamentale: non solo perché ad essa aspirano le malate – che, come si sa, non vogliono guarire – ma perché, lo consigliano tutti i trattati sul mal d'amore, se un medico vuole diagnosticare la malattia deve prendere il polso delle pazienti nel preciso momento in cui ai loro occhi compare l'amato o, in mancanza di questa possibilità, un'immagine che lo raffiguri.⁹⁵⁰ Questa alternativa è ben rappresentata in un dipinto un tempo attribuito a Cornelis de Man dove un medico tasta il polso di una delle nostre pazienti mentre le indica un ritratto dell'amato (*fig. 79*). Siamo in perfetta sintonia con l'emblematica del tempo (*figg. 80-81*), in particolare con novantasettesimo degli *Amorum emblemata* di Van Veen, dal titolo *Amoris fructus atque præmium sola quandoque cogitatio est*:

Mente mihi es præsens, licet absis corpore, mente
Te fruor, & totos te gero mente dies.
Me tua ieiunum saltem satiabit imago,
Si Superi iungi corpora nostra vetent.

Oppure, nella versione di Pietro Benedetti del 1612:

De sol pensier m'appago.
Spesso il premio d'Amor non è che cieca
Imagination del ben bramato,
Onde l'Amante tiensi fortunato;
l'Impression del ben contento arreca⁹⁵¹

⁹⁵⁰ Si veda M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages*, cit., p. 135-139 e J. J. Bylebyl, *Galen and the non natural causes of variation in the pulse*, "Bulletin of History of Medicine", vol. 45, 1971, pp. 482-485.

⁹⁵¹ O. Van Veen, *Amorum emblemata* [1608], cit. Cfr. E. de Jongh *et alii*, *Tot Lering en Vermaak*, cit., fig. 61a e p. 235.

Questi dipinti suggeriscono la compresenza di visioni diverse ma ugualmente illusorie: un gioco tra gli occhi della paziente, alla costante ricerca dell'oggetto amato, e gli occhi del medico, che si ostinano a guardare dalla parte sbagliata, magari nella matula con l'urina, e non si accorgono di elementi ben più significativi che incombono sulla scena (cupidi, quadri erotici, aringhe, cipolle e così via). È possibile dunque che questi dipinti sul mal d'amore tollerino, anzi favoriscano, una riconciliazione tra le due principali linee interpretative dell'arte olandese del Seicento, quella emblematica e quella realistica. Perché, oscillando tra la fedele ricostruzione della realtà e l'articolazione di idee morali, ci suggeriscono che nell'inferno che a loro piace le fiamme sono fatte di carta velina: un po' rumorose se agitate da fiati d'aria, ma mai così terribili.

Epilogo

*A un dottore si deve dire tutto, penso.*⁹⁵²

Non possiamo sapere se Henry Meige sarebbe d'accordo con la nostra proposta di lettura. Certo è che lo sconsolato commento con cui termina il suo viaggio ("non cerchiamo di trovare il nome della malattia") non ci lascia indifferenti. La maggior parte degli storici dell'arte concorda sul fatto che questi dipinti siano una parodia della medicina, che il medico sia il bersaglio dello *wit* dell'artista e che la stessa malattia sia "tutta una montatura".⁹⁵³ Eppure, come si è detto all'inizio di questa indagine, oggi il "mal d'amore" è tornato, anche se in una nuova versione neurormonale... Meige non avrebbe neppure potuto supporre questo revival, e tanto meno la sua variante iper-fisiologica. Ma che cosa è successo nel frattempo? Quali parole e quali nomi sono stati utilizzati per descrivere la malattia? Meige, che ha esattamente dieci anni meno di Freud, scrive questi articoli nel 1899, l'anno della *Traumdeutung*. Questa coincidenza di date merita ovviamente qualche considerazione.

Come Freud, o forse meglio di Freud, Meige conosceva le isteriche charcottiane, i loro segreti, le loro bugie e i falsi indizi che disseminavano sulla strada degli sventurati che si avvicinavano loro. Non dovette quindi spaventarsi troppo dinanzi all'accusa di simulazione rivolte alle malate, e neppure a quella di falsificazione rivolte ai suoi colleghi dipinti. Da questi attacchi si era già difeso lo stesso Charcot, con parole che dimostravano la sua vocazione organicista: è una malattia neuromimetica e, per provare la completa buona fede di medici e malate, basta considerare il fatto che le pazienti ignorano l'anatomia nervosa!⁹⁵⁴ Meige, insomma, sa che al cospetto di queste patologie il compito del medico è diventato molto complesso: se prima era gli bastava distinguere la malattia del corpo da tutto ciò che non rientrava in tale classe, adesso doveva riuscire a distinguere l'imitazione inconsapevole della malattia, cioè l'isteria, da quella consapevole, cioè la simulazione.⁹⁵⁵

Meige sa anche che l'isteria è parente stretta del mal d'amore. Non solo perché il "calore dell'isteria" è assai simile all'ardore amoroso o il corpo delle isteriche, anche delle *hystériques d'occasion*, è dominato dalla passione per l'eccesso (ossia da un eccesso di passione), e neppure solo perché le isteriche alternano momenti d'indolenza a momenti furiosi, o vivono,

⁹⁵² Lo dice Katharina a Freud, in S. Freud, *Katharina*, in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1967, p. 282.

⁹⁵³ Per un'agile sintesi delle diverse posizioni da noi già esaminate si veda J. Oomen e W. L. Gianotten, *Lovesickness. In search of a discarded disease*, "Medische Antropologie", 20, 1, 2008, p. 75.

⁹⁵⁴ Si veda A. Baudouin, *Quelques souvenirs de la Salpêtrière*, "Paris Médical", n. 56, 1925, p. 518. J.-M. Charcot, *Lezioni cliniche dell'anno 1883-84*, Vallardi, Milano 1886, p. 14.

⁹⁵⁵ T. S. Szasz, *Il mito della malattia mentale*, trad. it. Spirali, Milano 2003, p. 68.

anch'esse, le loro gravidanze immaginarie. L'isteria è parente del mal d'amore in sé, per ragioni strettamente legate alla prassi clinica, cioè per la diagnosi, la terapia e la prognosi.⁹⁵⁶

Prendiamo la terapia. Meige sa che, ancora alla fine dell'Ottocento si consigliavano alle isteriche bagni e lozioni fredde, lunghe camminate, danze o passeggiate a cavallo (capaci di "decongestionare il bacino").⁹⁵⁷ Sa che per loro è indicata una vita austera, magari in campagna; sa che dovranno tenersi lontane dalle letture pericolose, dalle musiche sentimentali, dalle romanze, ma non dal pianoforte, "che richiede un'occupazione meccanica e ginnica prima di parlare all'immaginazione".⁹⁵⁸ E sa che se questa pedagogia avrà successo le pazienti si affrancheranno dalla loro inquieta adolescenza e diventeranno delle brave mogli e madri.⁹⁵⁹

Tuttavia Meige non si ferma qui. Si è accorto dei problemi che le loro immagini fanno emergere, ossia di quanto sia problematico ricorrere al concetto di "realismo" dinanzi ai ritratti di malate psichiche. Aveva visto le celebri fotografie, pubblicate proprio sulla "sua" rivista, e soprattutto nella prima serie (cioè quella che va dal 1876 al 1880): esse, pur ambendo a dare forma stabile alla malattia attraverso un dispositivo di elevatissima fedeltà al reale, avevano qualcosa di deludente, ovvero conservavano un significato inaccessibile e, appunto, eminentemente "psichico". Come è possibile penetrare nei recessi dello spirito attraverso il solo sguardo? Come è possibile credere alle immagini quando l'essenziale, la vera *clavis interpretandi*, resta invisibile agli occhi?

Charcot, l'uomo dotato di *Schaulust*, era morto nel 1893, e con lui era tramontato anche il suo metodo di positiva concretezza (Charcot si vantava di non fare "lezioni di parole" ma "lezioni di cose").⁹⁶⁰ C'erano stati, e ci saranno ancora, altri tentativi di portare all'oggettivazione della malattia attraverso immagini più penetranti (*fig. 82*), ma qualsiasi sforzo si era scontrato con l'impossibilità di venire pienamente a capo della sua natura. Poi, ovviamente, c'è stata la rottura epistemologica di Freud, che spostò l'attenzione dalla vista all'udito, ossia iniziò a prestare ascolto alle parole delle isteriche: lo sappiamo tutti, se per Charcot le isteriche soffrivano di "bugie", per Freud, invece, soffrono di "riminiscenze", e hanno dunque solo

⁹⁵⁶ Si veda S. Freud, *Isteria* (1888), in *Opere*, I, Bollati Boringhieri, Torino 1967, pp. 39-60. Id., *Ipnatismo e suggestione*, (1892), *ivi*, p. 123.

⁹⁵⁷ W. Bannour, *Jean-Martin Charcot et l'hystérie*, Métailié, Paris 1992, p. 106.

⁹⁵⁸ L. Israël, *L'isteria, il sesso, il medico*, Masson, Milano 1986, p. 205.

⁹⁵⁹ N. Edelman, *L'hystérie et la III^e République* (1880-1890), in *Autour des études sur l'hystérie*, L'Harmattan, Paris 1998, pp. 57-77.

⁹⁶⁰ J.-M. Charcot, *Lezioni cliniche dell'anno 1883-1884*, Vallardi, Milano 1886, p. XI. Cfr. J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à La Salpêtrière*, A. Delahaye, Paris 1875-1877. Si veda anche L. Dibattista, *Jean Martin Charcot e la lingua della neurologia*, Cacucci, Bari 2003. Cfr., ovviamente, C. Bernard, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, Milano 1973, in part. pp. 25-36.

temporaneamente perduto “il filo che connette tutte le impressioni e i ricordi”.⁹⁶¹ È chiaro dunque che la loro narrazione diventi fondamentale.

Azzardiamo un’ipotesi. Forse anche Meige intuisce che, senza la parola, qualsiasi analisi, in senso lato, non possa andare molto avanti. Per questo decide di far parlare medici e pazienti. Lo fa a suo modo, con parole prese in prestito dal teatro, probabilmente diverse quelle che avremmo potuto udire in un *Kammerspiel* freudiano. Ma sappiamo bene che, anche all’interno del setting psicoanalitico, l’accesso a una giusta dimensione della parola è stato, ed è, tutt’altro che immediato: parafasie, espressioni di disorientamento, lingue straniere e molti “non so...” – e anche pazienti che sbottano, come Emmy von N.: “Stia zitto. Non parli, non mi tocchi!”.⁹⁶² Meige, dunque, sceglie parole forse un po’ leggere, che non gravino i corpi di quelle pazienti col peso di una dolente intimità – dimensione con la quale, lo abbiamo visto, il nostro autore fatica a fare i conti. Ma fa di tutto perché queste malate e questi medici non facciano “scena muta”. Non avrebbe saputo dire, come il proustiano dottor du Boulbon, “non c’è buona confessione che non sia reciproca”,⁹⁶³ ma crediamo che abbia intuito qualcosa del genere. Perché le parole di Meige funzionano soltanto se procedono all’unisono con quelle immaginarie, attribuite, rispettivamente, ai medici e alle malate.

Il procedimento monodirezionale della confessione, che fa tremare le parole del paziente e costringe il medico a un intenzionale silenzio, per Meige non funziona. Che ne è dell’urgenza del dolore? E questo silenzio del medico: non rispecchia forse una mancanza di reciprocità e di equilibrio nella relazione? Come interpreterà il paziente tutta questa reticenza da parte di un dio? Insomma, il cammino per fare emergere l’eventuale “rimosso della malattia” è lunghissimo, e tutt’altro che semplice. Per Meige funziona meglio un gioco terapeutico leggero, adatto a una malattia “vaporosa”. Come si è visto, non si tratta di una sua invenzione (o meglio non è soltanto uno stratagemma per rendere spassosi i suoi testi). Una “terapia del teatro” esisteva già nel Seicento e nel Settecento, e accanto ad essa esisteva una variante di “riduzione comica” che trovava quotidiana applicazione nella pratica medica.⁹⁶⁴

Non solo: esistevano anche ipotesi di terapia della parola. Pensiamo all’olandese Mandeville che, nel suo *Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions*, racconta di un medico,

⁹⁶¹ S. Freud, *Charcot* (1893), in Id., *Opere*, vol. II, Bollati Boringhieri, Torino 1968 (1998), pp. 112-113. J. Breuer e S. Freud, *Comunicazione preliminare* (1893), in S. Freud, *Opere*, I, cit., p. 179. Cfr. J.-M. Charcot, *L’hystérie*, Privat, Toulouse 1971, p. 119. Si veda anche Id., *Lezioni alla Salpêtrière*, Guerini, Milano 1989, p. 124. Non ci sembra di poco interesse il fatto che, nel fatidico 1899, il dottor A. L. Benedict scrivesse che la medicina stava “gradually relegating hearing to a lower intellectual plane than sight”, A. L. Benedict, *The art of diagnosis* [1899], cit. in S. J. Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, cit., p. 181.

⁹⁶² S. Freud, *Casi clinici. Signora Emmy von N.*, in Id., *Opere*, vol. I, cit., p. 216 e J. Breuer, *Signorina Anna O*, ivi, pp. 192-193. Cfr. E. Bronfen, *Il linguaggio dell’isteria*, in D. Giglioli e A. Violi, a cura di, *L’immaginario dell’isteria*, Bruno Mondadori, Milano 2005, pp. 1-14.

⁹⁶³ M. Proust, *Alla ricerca del tempo perduto. La parte dei Guermantes*, Mondadori, Milano 1995, pp. 367-368.

⁹⁶⁴ Si veda M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, cit., pp. 485-487.

Philopiro, cioè “amante dell’esperienza”, alle prese con un paziente “difficile”, Misomedon, che ha letto troppi testi medici e ha alimentato la sua ipocondria. Nel Settecento, ipocondria e isteria erano intimamente correlate tra loro, distinte solo nel genere: maschile per l’ipocondria, femminile per l’isteria. Gli ipocondriaci sono circospetti e rancorosi, diffidenti, caparbi, lamentosi e, a capo chino, cercano una qualche rivalsea nei confronti di chi, ai loro occhi, rappresenta l’idealizzazione del sapere, nonché del potere sulla vita e sulla morte, sulla felicità e sul dolore. Così, vittime di un bisogno di protezione e sicurezza che li obbliga a fidarsi di altri, mettono continuamente in discussione la parola dei depositari del loro narcisismo, che essi stessi invidiano e idolatrano.⁹⁶⁵ Ebbene, al cospetto un paziente siffatto, Philopiro è in difficoltà e non riesce a esprimere a *parole* le sue competenze scientifiche – quelle autentiche, nate dall’osservazione diretta dei fenomeni. Decide comunque di sfidare le parole di Misomedon con le proprie, imbastendo una curiosa “terapia della parola” che agirà sulle passioni del malato e ne correggerà il comportamento.

Ferrand diceva spiritosamente che per ogni malato “un medico garrulo è una malattia in più”.

⁹⁶⁶ Ma per Meige la parola è fondamentale, anzi è il miglior medico. I problemi nascono invece quando il medico osserva un silenzio solenne e la paziente non riesce a esprimersi – un topos dell’analisi con cui Meige non pare avere dimestichezza. Egli ci sembra accettare il silenzio solo se rientra *anche* nelle scelte della paziente, ovvero, secondo un’idea tutta settecentesca, se la paziente “tiene il broncio” per esibire una passione contrattuale e polemica ma sempre sapientemente calcolata.⁹⁶⁷ Una passione da salotto, insomma, o da *boudoir* (da *bouder*, cioè “tenere il broncio”), ma non per questo meno importante.

La posizione di Meige circa il rapporto medico-paziente ci pare molto democratica: a un silenzio strategico deve corrispondere un silenzio altrettanto strategico. Anche se la sua preferenza ricade, ovviamente, sulle parole, senza le quali lo stesso Meige ci sembra inclinare alla melanconia e magari assumere l’espressione afflitta del dottor Gachet di Van Gogh, dinanzi alla quale qualsiasi paziente potrebbe domandarsi, per l’urgenza materiale che il dolore gli impone, “che fare?” – cioè: “che fare se colui al quale chiediamo aiuto ha, egli stesso, bisogno di aiuto?”⁹⁶⁸

⁹⁶⁵ Si veda R. Daval, *Enthousiasme, ivresse et mélancolie*, cit., p. 27. Cfr. S. M. Consoli, *La relation médecin-malade*, in R. Zittoun e B.-M. Dupont, a cura di, *Penser la médecine*, Ellipses, Paris 2002, p. 190.

⁹⁶⁶ J. Ferrand, *Malinconia erotica* [1623], cit., p. 75.

⁹⁶⁷ H. Quééré, *Le rêveries di un imbronciato solitario*, in I. Pezzini, a cura di, *Semiotica delle passioni*, Esculapio, Bologna 1991, p. 34.

⁹⁶⁸ J. Starobinski, *Une mélancolie moderne: le portrait du docteur Gachet par Van Gogh*, “Médecine et Huguène”, vol. 49, n. 1888, 1991, pp. 1053-1057, poi in J. Clair, *Mélancolie*, cit., pp. 412-415. Cfr. V. Van Gogh, *Correspondance générale*, tomo 3, Gallimard, Paris 1990, p. 714.

È possibile che, per l'idea del teatro, Meige sia stato ispirato dallo stesso modello di "teatro" della Salpêtrière, che pure di commedia ne aveva ben poca. Ma certamente questa idea si adatta benissimo a una malattia dell'artificio, per la quale è necessario dare consistenza scientifica al linguaggio della finzione – o alla finzione del linguaggio. Un gioco rischioso, che portò anche, come è stato detto, a una reciproca attrazione tra medici e pazienti (si dirà: un anticipo dell'amore di transfert, una traslazione che avviene per "falso nesso").⁹⁶⁹ Ma, come si è detto, a nostro avviso la motivazione che spinge Meige all'utilizzo della commedia per trattare la melanconia amorosa è anche un'altra: quella di suggerire la presenza di una virtualità degli opposti, di una pseudo-antinomia tipica di ciò che oggi definiremmo patologia "maniaco-depressiva", le cui sistematizzazioni di Emil Kraepelin risalgono proprio al periodo che va dal 1899 al 1901.⁹⁷⁰ Meige, insomma, non vuole che i suoi dipinti sul mal d'amore – la cui virtuale serialità ci ricorda quella delle fotografie della Salpêtrière, costanti nel nostro immaginario (*fig. 83*) – evocino un "teatro del silenzio", da opporre a quello "della parola", a cui ricorrerebbe la psicoanalisi.

Ma quale sarebbe stata davvero la posizione di Freud? La questione ci porterebbe molto lontano. Qualche riflessione però è possibile. Alla fine dell'Ottocento l'espressione "mal d'amore" ha ormai un significato derisorio, e spesso le sue rappresentazioni assumono un tono francamente macchiettistico (*fig. 84*) (sempre che non si voglia annoverare tra le malate d'amore anche le *femmes fatales* simboliste).⁹⁷¹ Diverso è il destino dell'espressione "melanconia d'amore", o "melanconia amorosa", in particolare grazie alla presenza del sostantivo "malinconia", sul quale Freud e la psicoanalisi possono darci suggerimenti preziosi. Sul termine "amore", Freud scrive che esso comprende

relazioni emotive differentissime, che dal punto di vista teorico noi pure classifichiamo come amore; poi però dubita nuovamente che tale amore sia quello autentico, effettivo, vero, e in tal modo accenna a tutta una gerarchia di possibilità all'interno dei fenomeni amorosi.⁹⁷²

⁹⁶⁹ Si veda, ovviamente, G. Didi-Huberman, *L'invenzione dell'isteria* [1982], trad. it. Marietti, Genova-Milano 2008; Id., *L'immagine aperta*, Bruno Mondadori, Milano 2008, in part. pp. 193-209 e 211-237. M. Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, cit., pp. 51-52. Cfr. J. Derrida, *Cogito e storia della follia* [1963], cit., p. 68. Sul "falso nesso", si veda S. Freud, *Per la psicoterapia dell'isteria*, in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 437 e Id., *Le neuropsicosi da difesa*, in *Opere*, II, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 126 e sgg.

⁹⁷⁰ Si veda G. Lantéri-Laura, *Psiche e cervello*, in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, cit., p. 163. Cfr. L. Binswanger, *Melanconia e mania*, trad. il Bollati Boringhieri, Torino 1977, in part. pp. 112, 117 e 124; J. Starobinski, *La malinconia allo specchio*, cit., pp. 44-47.

⁹⁷¹ J. Anderson, E. Barnes e E. Shackleton, *The Art of Medicine*, Ilex-Wellcome Collection, Lewes 2011, p. 108.

⁹⁷² S. Freud, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921), in Id., *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino 1989, pp. 299 [§ 8, *Innamoramento e ipnosi*].

Spesso, per esempio, l'amore si snatura nell'idealizzazione. In questo caso

l'Io diventa sempre meno esigente, più umile, mentre l'oggetto sempre più magnifico, più prezioso, fino ad impossessarsi da ultimo dell'intero amore che l'Io ha per sé. [...]. L'oggetto per così dire [divora] l'Io. In ogni caso d'innamoramento sono presenti elementi di deferenza, di limitazione del narcisismo, di auto danneggiamento [...] Tutto ciò che l'oggetto fa ed esige è giusto e perfetto; [...] nell'accecamento amoroso si può diventare criminali senza provarne rimorso. L'intera situazione può venir esaurientemente compendiata in una formula: l'oggetto si è messo al posto dell'ideale dell'Io.⁹⁷³

In sostanza, se l'oggetto d'amore è tanto sovrainvestito da fagocitare e distruggere il soggetto, la possibilità che per tale soggetto si produca una tragica altalena di sofferenze è evidentemente elevatissima. L'amore pretende sempre che l'amante abbia una qualche dimestichezza con la condizione di mancanza (condizione che, ovviamente, può operare a diversi livelli, da una temporanea lontananza dell'amato, a una sua definitiva assenza).⁹⁷⁴ Ma la dedizione pressoché assoluta del soggetto nei confronti dell'oggetto "mancante" si collega direttamente all'idea freudiana di melanconia, caratterizzata, appunto, da un avvilito del sentimento di sé, e dunque strettamente correlata all'idea di lutto:

In cosa consiste il lavoro svolto dal lutto? Non credo di forzare le cose se lo descrivo nel modo seguente: l'esame di realtà ha dimostrato che l'oggetto amato non c'è più e comincia a esigere che tutta la libido sia ritirata da ciò che è connesso con tale oggetto. Contro tale richiesta si leva un'avversione ben comprensibile; si può infatti osservare invariabilmente che gli uomini non abbandonano volentieri una posizione libidica, neppure quando dispongono già di un sostituto che li inviti a farlo. Questa avversione può essere talmente intensa da sfociare in un estraniamento dalla realtà e in una pertinace adesione all'oggetto, consentita dall'instaurarsi di una psicosi allucinatoria di desiderio.⁹⁷⁵

È evidente la similitudine tra questa descrizione e quella che ben si addirebbe ai nostri dipinti. Se la malinconia si instaura alla mancanza del *Liebesobjekt*, ovvero a una sua perdita o all'impossibilità di soddisfacimento di unione con esso (è il caso, dice Freud, di una "sposa abbandonata"), ci sarà chiaro il ruolo degli amati che, in maniera più o meno fantasmatica,

⁹⁷³ Ivi, pp. 300-301.

⁹⁷⁴ F. Lolli, *La depressione*, cit., pp. 81 e segg. È la concezione dell'amore presente anche in J. Lacan, *Il Seminario. Libro VIII, Il Transfert (1960-61)*, Einaudi, Torino 2008, p. 39. Cfr. S. Moravia, *Esistenza e passione* e A. Prete, *La passione d'amore e la scrittura romantica*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, cit., pp. 17 e 195.

⁹⁷⁵ S. Freud, *Lutto e melanconia* (1915), in Id., *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 103-104

abitano le retroguardie di questi interni olandesi: la “psicosi allucinatoria di desiderio” ha provocato una “pertinace adesione” all’oggetto perduto, che, attraverso la pittura, riemerge. Per Freud “non riusciamo a *vedere* da cosa l’ammalato sia assorbito in maniera così totale”,⁹⁷⁶ cioè non riusciamo a *vedere* la sua reazione di fronte a questa perdita oggettuale [*Objektverlust*]. Nei nostri dipinti, invece, lo possiamo vedere, anche se ormai ridotto a una forma evanescente nell’ombra di un secondo piano (*fig. 71*).⁹⁷⁷ Non siamo soltanto di fronte a un oggetto immaginario che si fa concreto nel “teatro privato” della malattia; siamo dinanzi alla tangibile emersione, visibile a tutti, dell’evento significativo che ha causato il sintomo (isterico) – ossia di ciò che, proprio attraverso la sua riemersione, potrà condurre alla guarigione.

I sintomi isterici scomparivano subito e in modo definitivo quando si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell’evento determinante, risvegliando insieme anche l’effetto che l’aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l’evento nel modo più completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto [...] con la maggiore vivacità possibile.⁹⁷⁸

In questa “comunicazione preliminare”, Freud e Breuer parlano di esprimere “verbalmente” questo affetto, mentre noi, con i nostri dipinti, siamo di fronte a una sua espressione, per così dire, visuale. Ma non è un ostacolo invalicabile. Infatti, sono gli stessi racconti dei medici che si sono occupati di isteria, cioè della cugina del mal d’amore, a sottolineare il forte tenore di visività dei ricordi delle pazienti. Esse si rivolgevano a un oggetto assente di cui, tuttavia, tenevano costantemente l’immagine dinanzi agli occhi, così da gioire di “una visione continua [...] del loro celeste sposo”.⁹⁷⁹ La stessa visività è suggerita dai racconti delle pazienti della prima psicoanalisi, la cui confessione si tramuta in *ekphrasis* mnemonica, in grado di tradurre in parole l’effetto dei fantasmi, fare i conti con la loro eccedenza e condensarli in una unità drammatica:

- Vede questa scena chiaramente davanti a sé?
- Sì, proprio come l’ho vissuta, potrei toccarla.

⁹⁷⁶ *Ibidem*.

⁹⁷⁷ Cfr. G. Didi-Huberman, *L’invenzione dell’isteria*, cit., p. 53.

⁹⁷⁸ S. Freud e J. Breuer, *Comunicazione preliminare: sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici* [1893], in S. Freud, *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 178. Cfr. S. Freud, *Lutto e melanconia* [1915], cit., p. 105.

⁹⁷⁹ D. M. Bourneville, *Geneviève*, “Iconographie photographique de la Salpêtrière”, Paris, vol. II, p. 220. Cfr. G. Didi-Huberman, *L’invenzione dell’isteria*, cit., p. 184 e sgg.

– [...] Ebbene, continui a guardare l’immagine, si svilupperà e diverrà più specifica.⁹⁸⁰

Insonnia, lamentele, velate ostilità, tenaci sofferenze, rivincite ottenute attraverso l’autopunizione... Nelle descrizioni freudiane della malinconia, troviamo molti elementi presenti nei trattati medici del passato sulla sua variante “amorosa”. E proprio attraverso l’accentuazione dell’aspetto “amoroso” è possibile avvalorare una relazione tra malinconia e l’eziopatogenesi, nonché le manifestazioni, dell’isteria, che Breuer descrive così:

Non sono patogeni né l’“assenza mentale” in caso di lavoro energetico né lo stato crepuscolare privo di affetti, bensì il sognare colmo d’affetto e lo stato di fatica che deriva dal protrarsi degli affetti. L’arrovellarsi della persona preoccupata, l’angoscia di chi veglia al capezzale di un malato caro, la fantasticheria degli innamorati sono stati siffatti [...]. L’innamoramento [...] crea con il pensiero nostalgico all’essere amato assente il “rapimento”, l’oscurarsi della realtà circostante e poi l’arrestarsi colmo d’affetto del pensiero.⁹⁸¹

Insomma, sia Freud sia Breuer sottolineano l’ambivalenza dei pensieri e delle azioni degli isterici nei confronti dell’oggetto d’amore (ambivalenza che invece, il più delle volte, è assente dal lutto). Ma anche la descrizione della melanconia fornita dalla prima psicoanalisi non manca di ambivalenza, dato che il malinconico, e soprattutto il malinconico amoroso, non è affatto docile o sottomesso, ma un essere in costante rivolta, che “solo in virtù di un determinato processo” trasforma tale rivolta in una “contrizione melanconica” (qualcosa di simile a un’immobilità tonica).⁹⁸²

Giorgio Agamben, in un passo illuminante, mette in relazione il concetto di melanconia freudiana sia con l’*acedia* medievale sia con l’*atrabile* secentesca:

Nell’analisi freudiana del meccanismo della malinconia, ritroviamo, tradotti naturalmente nel linguaggio della libido, due elementi che comparivano tradizionalmente nelle descrizioni patristiche dell’*acedia* e nella fenomenologia del temperamento *atrabiliare*, e la cui persistenza nel testo freudiano testimonia della straordinaria fissità nel tempo della costellazione malinconica: il recesso dall’oggetto e il ritirarsi in se stessa dell’intenzione contemplativa. [...] Anche la malinconia è una reazione alla perdita di un oggetto d’amore, cui non segue però, come ci si potrebbe aspettare, un trasferimento della libido su un nuovo oggetto, ma il suo ritirarsi nell’io, narcisisticamente identificato con l’oggetto perduto. [...] Il ritirarsi della libido

⁹⁸⁰ S. Freud, *Miss Lucy R. [Casi Clinici]*, in Id., *Opere*, vol. I, cit., pp. 270 e 274.

⁹⁸¹ J. Breuer, *Considerazioni teoriche [sull’isteria]*, in S. Freud, *Opere*, vol. I, cit., pp. 363-364.

⁹⁸² S. Freud, *Lutto e melanconia* [1915], cit., pp. 107-108.

malinconica non [ha] altro scopo che quello di rendere possibile un'appropriazione in una situazione in cui nessun possesso è, in realtà, possibile. In questa prospettiva, la malinconia non sarebbe tanto la reazione regressiva alla perdita dell'oggetto d'amore, quanto la capacità fantasmatica di far apparire come perduto un oggetto inappropriabile.⁹⁸³

Perciò la libido inscenerebbe da sé una simulazione, e l'oggetto – né perduto né appropriato – diventerebbe fantasma, feticcio, segno di qualcosa e della sua assenza. È questo, prosegue Agamben, l'amore dei trobadorici: “una attenta elaborazione e una smodata contemplazione di questo fantasmatico simulacro mentale”.⁹⁸⁴ Straordinariamente simile alla melanconia, che ha origine da un ambiguo commercio coi fantasmi. Cosicché, dice Agamben, l'idea freudiana di libido, una libido che può “rivolgersi in direzioni opposte”, si delinea come una “tardiva ma legittima erede dell'idea medievale dell'amore”.⁹⁸⁵

È questa l'idea con cui ci piace immaginare che i nostri dipinti debbano fare i conti, per sottolineare il fatto che essi certamente, non si limitano ad essere “comici” ma neppure a commentare le tante monografie sulla bile nera e sulla sua variante “amorosa”. È vero: vedono la luce in un clima in cui vige la tolleranza religiosa e l'apertura scientifica, dove si cerca in ogni modo di sottrarre ogni malinconia alla dimensione mitica, e di trovare una qualche ricetta per promettere un equilibrio dall'eccesso delle passioni. Eppure, è proprio in questo contesto, ovvero nelle università riformate dei Paesi Bassi, che il termine *psychologia* inizia ad avere sempre più successo e, perdendo a poco a poco l'accezione di “studio degli esseri animati”, comincia ad assumere connotazioni più vicine a quelle moderne.

Alcuni lo hanno sottolineato con fin troppa convinzione;⁹⁸⁶ altri, Foucault in testa (a dire il vero, un po' di tempo fa), hanno affermato categoricamente che “è inutile cercar di distinguere nell'età classica le terapeutiche fisiche dalle cure psicologiche, per la semplice ragione che la psicologia non esisteva”.⁹⁸⁷ Non mettiamo in dubbio che parlare di “psicologia” per il Seicento possa anche essere un azzardo, ma crediamo che, come il Novecento ci ha insegnato, esistano tante psicologie diverse, e che all'interno di una stessa cultura possano convivere diversi indirizzi teorici con altrettante ricadute pratiche. Cosicché, non ci spaventiamo troppo per questo presunto azzardo.

⁹⁸³ G. Agamben, *Stanze*, Einaudi, Torino 1993, pp. 24-26.

⁹⁸⁴ Ivi, pp. 26-30.

⁹⁸⁵ Ivi, pp. 30 e 137. Cfr. J. Kristeva, *Sole nero*, cit., p. 23

⁹⁸⁶ P. Mengal, *La Naissance de la psychologie*, L'Harmattan, Paris 2005, secondo cui la “psicologia” nascerebbe proprio nell'Olanda del Seicento, e Id., *Quand la maladie d'amour devient hystérie*, in S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, “RiLUnE. Revue des Littératures de l'Union Européenne”, n. 7, 2007, p. 115.

⁹⁸⁷ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 485-493. Cfr. qui, II, 2, n.64.

Quanto a Meige, con cui vogliamo concludere, pensiamo che egli si sia cimentato con questo argomento, nelle sue versioni scientifiche, letterarie e visive, in un periodo quanto mai rivoluzionario, in cui stava mutando lo spazio e il tempo della rappresentazione e al sintomo non bastavano più i tentativi di oggettivazione visiva: il periodo, insomma, in cui le *observations* della Salpêtrière stavano trasformandosi nei casi del dottor Freud, e l'isteria, cugina del mal d'amore, aspirava a essere la "fiction corporelle inaugurale de la psychanalyse".⁹⁸⁸

Ciò vale soprattutto per le immagini, dove il corpo delle malate inizia a essere solo una suggestiva "latenza scenica" che fa da corollario alle parole. Per le parole, invece, i confini sono straordinariamente e legittimamente instabili, visto che le isteriche saranno considerate le pazienti più adatte a creare un'infinta serie di metafore sulla soggettività, e persino a reinventare un'anatomia, composta di zone isterogene.⁹⁸⁹ Meige non considera questo corpo alla seconda, generato dalle parole (forse, ai suoi occhi, esso suggerirebbe solo la possibilità di una psicosomatica che solleciti lo sguardo in maniera fantasmatica). Ma anch'egli, per commentare i suoi dipinti sul mal d'amore, sceglie di attribuire le parole ai personaggi: parole svelte, ben poco metaforiche, magari adatte a una "psicoterapia breve", che non possono, e non devono, indugiare sul cauto riserbo che ogni parola di verità impone. Insomma, parole corrisposte, colloqui da salotto, conversazioni a tre, fra medico, paziente e interprete.

Meige riconosce il privilegio di cui gode ogni paziente allettata, la sua "solitudine regale" – quella che le permette di dominare il cuscino "arruffandolo, voltandolo, spostandolo, alzandolo, abbassandolo, sprimacciandolo, schiacciandolo, modellandolo alle pretese mutevoli delle tempie pulsanti".⁹⁹⁰ Non le chiede di alzarsi e di sistemarsi in poltrona, perché sa che passare "dal letto della malattia alla poltrona della convalescenza" significa cadere in dignità.⁹⁹¹ Ma non le chiede neppure di sdraiarsi sul "lettino", che forse considera una versione ridotta, diminuita, per dimensioni e importanza, del letto che ci accoglie in caso di dolore.⁹⁹² Le chiede, invece, di riconoscere che la sua malattia ha manifestazioni complesse, duplici, e la invita a non restare succube dell'introversione e dell'inerzia, a cercare una soluzione estroversa alla sua malattia. Non le propone una terapia catartica, non crede, con Freud, che molto sarà guadagnato se si riuscirà a trasformare una "miseria isterica in

⁹⁸⁸ P. Fédida, *La construction du corps dans la fiction metapsychologique*, in C. Reicher, a cura di, *Le corps et ses fictions*, Minuit, Paris 1984, p. 24.

⁹⁸⁹ G. S. Rousseau, *A strange pathology*, in S. Gilman et alii, *Hysteria beyond Freud*, cit., p. 94. Cfr. D. B. Morris, *The Culture of Pain*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1991, p. 103 e sgg.

⁹⁹⁰ C. Lamb, *Il convalescente* [1833], trad. it. in V. Woolf, *Sulla malattia*, cit. pp. 51 e 55.

⁹⁹¹ Ibidem.

⁹⁹² Sul lettino si veda S. Freud, *Studi sull'isteria*, in Id., *Opere*, vol. I, cit., p. 213 e K. Young, *L'io assente*, cit., pp. 18-19.

un'infelicità comune".⁹⁹³ Sa che le manifestazioni di pianto, abbattimento o mestizia sono più facilmente accettabili, visto che promuovono spontaneamente nel medico l'attitudine al soccorso e alla riparazione. Ma Meige riconosce in queste pazienti una costellazione psichica di perpetua "rivolta" – e così vuole rappresentare, e rappresentarsi, la malattia. Lo fa con spiritosa convinzione. Poco importa se non ci dice nulla di nuovo sulla malattia o sull'amore (a quanto pare, non lo ha fatto neanche Freud), dato che, usiamo le parole di Magalotti, che era un habitué dei Paesi Bassi, i medici ha meno difficoltà nel trovare una ricetta per la sciatica "che un pensier nuovo in amore".⁹⁹⁴

Forse questo potrà essere utile anche in un momento in cui il mal d'amore si ripresenta, con tutta la forza di una malattia "immaginata", magari da trattare con vegetali e vitamine che, agendo su ormoni, neurotrasmettitori e neurotrofine, guarirebbero i cuori spezzati (*fig. 85*). Contenitori scientifici diversi, sguardi diversi, stesse parole e metafore: una lusinga per medici e pazienti su cui, crediamo, occorra riflettere.

Il ne fault ja vostre pousse taster;
Fievre n'avez que de merencolie,
Vostre orine ne aussi regarder:
Tost se garist legiere maladie.
Medecine devez prendre d'oublye.⁹⁹⁵

Un des erreurs les plus dangereuses de la
médecine c'est de vouloir guérir toutes les
maladies.⁹⁹⁶

⁹⁹³ S. Freud, *Per la psicoterapia dell'isteria*, in Id., *Opere*, vol. I, cit., p. 439. Sulla relazione tra isteria e depressione, si veda G. Roccatagliata, *Riflessioni sulla decadenza dell'isteria*, Liguori, Napoli 1992, in part. p. 37.

⁹⁹⁴ L. Magalotti, *Lettere familiari* [1732], cit. in P. Camporesi, *I balsami di Venere*, cit., p. 80. Cfr. R. Barthes, *Frammenti di un discorso amoroso*, Einaudi, Torino 1979, pp. 8-9.

⁹⁹⁵ Charles d'Orléans, *CVII Ballade*, in Id., *Poésies*, Champion, Paris 2010, p. 133.

⁹⁹⁶ D. Raymond, *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*, Brunot-Labbe, Paris 1816, p. V.

BIBLIOGRAFIA

- P. Abastado e D. Chemla, *A portrait of a female body. Rubens and Helena's legs*, "Medical Humanities", vol. 34, n. 2, 2008, pp. 84-87.
- Académie Suisse des Sciences Médicales e Académie Suisse des Sciences Humaines et Sociales, *Les Medical Humanities en Suisse*, Académies Suisses des Sciences, Berne 2012.
- M. Accornero e M. Mazzocut-Miz, a cura di, *L'esperienza estetica*, Mimesis, Milano 2008.
- M. Ackerman, *The Visible Human Project. A resource for education*, "Academic Medicine", n. 74, 1999, pp. 667-670.
- G. Agamben, *Stanze. La parola e il fantasma nella cultura occidentale*, Einaudi, Torino 1993.
- V. A. Aita, W. M. Lydiatt e M. A. Gilbert, *Portraits of care. Medical research through portraiture*, "Medical Humanities", n. 36, 2010, pp. 5-13.
- C. Albarella e A. Racalbutto, *Isteria*, Borla, Roma 2004.
- L. B. Alberti, *Della pittura* [1436], in Id., *Opere volgari*, a cura di C. Grayson, Laterza, Bari 1973.
- S. J. M. M. Alberti, *Morbid Curiosities. Medical Museums in Nineteenth-Century Britain*, Oxford University Press, Oxford-New York 2011.
- Ph. Alboit, *L'Arrêt burlesque de Boileau, Gui Patin et l'Académie Lamoignon*, "Histoire des Sciences Médicales", t. XXVIII, n. 1, 1994, pp. 25-26.
- M. Alet, *La melancolie dans la psycho-physiologie du début du XVII siècle*, "Papers on French Seventeenth Century Literatures", vol. XVIII, n. 53, 2000, pp. 447-471.
- [Alinari], *La medicina attraverso gli archivi Alinari*, EsseBiemme, Noceto 2002.
- S. Alpers, *Arte del descrivere. Scienza e pittura nel Seicento olandese*, trad. it. Boringhieri, Torino 1984.
- , *Realism as a comic mode. Low-life painting seen through Bredero's Eyes*, "Simiolus. Netherlands quarterly for the history of art", vol. 8, n. 3, 1975-1976, pp. 115-144.
- M. L. Altieri Biagi, C. Mazzotta, A. Chiantera e P. Altieri, *Medicina per le donne nel Cinquecento. Testi di Giovanni Marinello e Girolamo Mercurio*, Utet, Torino 1992.
- M. Ancona, M. Orbecchi, E. Torre, a cura di, *L'arte medica. Tra comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione*, Paravia, Torino 1996.
- J. Anderson, E. Barnes e E. Shackleton, *The Art of Medicine*, Ilex-Wellcome Collection, Lewes 2011.
- E. R. G. Anderton, *Crossword carving*, "British Medical Journal", 25 novembre 1978, p. 1477.
- B. Andrieu, *Le Corps dispersé. Une histoire du corps au XX^e siècle*, L'Harmattan, Paris 1993.
- S. Anker e D. Nelkin, *The Molecular Gaze. Art in the Genetic Age*, Cold Spring Harbor, New York 2004.
- D. Anzieu, *L'Io-pelle*, trad. it. Borla, Roma 1987.
- , *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1992.
- G. Apollinaire, *I pittori cubisti. Meditazioni estetiche* [1913], trad. it. Abscondita, Milano 2009.

- D. Arasse, *L'ambizione di Vermeer*, trad. it. Einaudi, Torino 2006.
- , *Il dettaglio. La pittura vista da vicino*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 2007.
- , *Il soggetto del quadro. Saggi di iconografia analitica*, ETS, Pisa 2010.
- M. Archer, G. Brett e C. de Zegher, *Mona Hatoum*, Phaidon, London 1997.
- P. Ardenne, *L'Image corps. Figures de l'humain dans l'art du XX^e siècle*, Éditions du Regard, Paris 2001.
- P. Ardenne, R. Cuïr, G. Didi-Huberman *et alii*, *Ouvrir Couvrir*, Verdier, Lagrasse 2004.
- A. Ardigò, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano 1997.
- B. Arends e D. Thackara, a cura di, *Experiment. Conversations in Art and Science*, The Wellcome Trust, London 2003.
- Ph. Ariès, *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*, trad. it. Laterza, Roma-Bari 1981.
- e R. Chartier, a cura di, *La vita privata. Dal Rinascimento all'Illuminismo*, trad. it. Laterza, Roma-Bari 1988.
- N. Arikha, *Gli umori. Sangue, flemma, bile*, trad. it. Bompiani, Milano 2009.
- A. Aris, *Art et médecine* trad. fr. Mengès, Paris 2002.
- Aristotele, *La "melanconia" dell'uomo di genio [Problema XXX, I]*, a cura di C. Angelino e E. Salvaneschi, il melangolo, Genova 1995.
- M. Armaroli, a cura di, *Le cere anatomiche bolognesi del Settecento*, Clueb, Bologna 1981.
- G. Armocida e B. Zanobio, *Storia della medicina*, Masson, Milano 2002.
- Arnaldo da Villanova, *Tractatus Arnaldi de Villanova de amore heroico*, a cura di M. McVaugh, in *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, III, Granada-Barcelona, Seminarium Historiae Medicae Granatensis, 1985, pp. 11-54.
- S. Arnaud-Lesot, *La pudeur en médecine aux XVIII^e et XIX^e siècles. Une entrave à la parole du médecin et de sa patiente*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 16, n. 1, 2004, pp. 95-108.
- Artemidoro, *Il libro dei sogni*, a cura di D. Del Corno, Adelphi, Milano 1975.
- P.-L. Assoun, *Le Regard et la voix. Leçons de psychanalyse*, Anthropos, Paris 2004
- , *L'image médicale à l'épreuve de la psychanalyse*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 182-189 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- J. Aubery, *L'Antidote d'amour, avec un ample discours, contenant la nature et les causes d'iceluy, ensemble les remèdes les plus singuliers pour se préserver et guérir des passions amoureuses*, Claude Chappelet [...] à l'insegne de la Licorne, Paris 1599.
- M. Augé, *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Eleuthèra, Milano 1993.
- L. Babb, *The Elizabethian Malady. A Study of Melancholia in English Literature from 1580 to 1642*, Michigan-State University Press, East Lansing 1951.
- G. Bachelard, *La Terre et les rêveries de la volonté*, Corti, Paris 1948.
- , *La formazione dello spirito scientifico* [1947], trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.

- M. Bachtin, *L'opera di Rabelais e la cultura popolare*, trad. it. Einaudi, Torino 1995.
- R. Baer, A. K. Wheelock Jr. e A. Boersma, *Gerrit Dou 1613-1674. Master Painter in the Age of Rembrandt*, National Gallery of Art, Washington, Yale University Press, New Haven-London 2000.
- Ph. Bagros e B. de Toffol, *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Ellipses, Paris 1993.
- *et alii*, a cura di, *ABCDaire des sciences humaines en médecine*, Ellipses, Paris 2004.
- S. Bajini, *Molière, i medici, la medicina*, “La Ca’ Granda”, nn. 1-2, 2008, pp. 5-9.
- S. R. Baker, L. Partyka, *Relative importance of metaphor in radiology versus other medical specialties*, “RadioGraphics”, vol. 32, n. 1, 2012, pp. 235-240.
- M. Balint, *Medico, paziente e malattia*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1976.
- H. de Balzac, *La Comédie humaine*, t. II, *Scènes de vie privée*, La Pléiade, Paris 1951.
- I. Bamforth, *Literature, medicine, and the culture wars*, “The Lancet”, n. 358, 2001, pp. 1361-1364.
- W. Bannour, *Jean-Martin Charcot et l'hystérie*, Métailié, Paris 1992.
- J.-E. Baños, *El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina*, “Panacea”, vol. IV, n. 12, giugno 2003, pp. 162-167.
- G. Bárberi Squarotti, V. Boggione e B. Zandrino, a cura di, “*E se permette faremo qualche radioscopia*”. *Letteratura e medicina*, Rubettino, Catanzaro 2009.
- P. L. Barbero, *Ambroise Paré. Colpi d'archibugio e polvere di mummia nel '500 francese*, CET, Torino 1997.
- L. Barbier, a cura di, *L'Art médecine. Actes du colloque*. Musée Picasso-Réunion des Musées Nationaux, Antibes-Paris 2000.
- E. Barbin e D. Le Nen, a cura di, *Sciences&Arts. Représentations du corps et matériaux de l'art*, Vuibert, Paris 2009.
- C. L. Bardes, D. Gillers e A. E. Herman, *Learning to look. Developing clinical observational skills at an art museum*. “Medical Education”, vol. 35, n. 12, 2001, pp. 1157-1161.
- P. Baron, *Apports de l'iconographie picturale à l'histoire de la médecine*, in D. Gourevitch, a cura di, *Histoire de la médecine. Leçons méthodologiques*, Ellipses, Paris 1995, pp. 36-43.
- R. Barthes, *Frammenti di un discorso amoroso*, Einaudi, Torino 1979.
- , *Sémiologie et médecine*, in Id. *L'aventure sémiologique*, Seuil, Paris 1985, pp. 273-283.
- , *L'effetto di reale*, in Id., *Brusio della lingua*, trad. it. Einaudi, Torino 1988, pp. 151-159.
- S. Bartoccioni, G. Bonadonna e F. Sartori, *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano 2006.
- F. Bastide, *Una notte con Saturno. Saggi semiotici sul discorso scientifico*, Meltemi, Roma 2001.
- C. Baudelaire, *Salon del 1846*, in Id., *Scritti di Estetica*, a cura di G. Macchia, Sansoni, Firenze 1948.
- , *La morale del giocattolo*, in Id., *Opere*, Mondadori, Milano 2006.
- A. Baudouin, *Quelques souvenirs de la Salpêtrière*, “Paris Médical”, n. 56, 1925, pp. 517-520.
- M. Beach e T. Inui, *Relationship-Centered Care. A constructive reframing*, “Journal of General Internal medicine”, 21 gennaio 2006, suppl. 1, pp. 3-8.

- J.-C. Beaune, a cura di, *La Philosophie du remède*, Champ Vallon, Seyssel 1993.
- G. L. Beccaria, *I nomi del mondo. Santi, demoni, folletti e le parole perdute*, Einaudi, Torino 1995.
- J. Becker, *Are these girls really so neat?*, D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 139-174.
- H. B. Beckman e R.M. Franckel, *The effect of physician behaviour on the collection of data*, "Annals of Internal Medicine", vol. 101, n. 5, 1984, pp. 692-696.
- J. B. Bedaux, *The Reality of Symbols. Studies in the Iconology of Netherlandish Art 1400-1800*, Gary Schwarz-SDU, Maarsen 1990.
- D. Beecher, *The lover's body. The somatogenesis of love in Renaissance medical treatises*, "Renaissance and reformation", vol. 24, n. 1, 1988, pp. 1-11.
- e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros. The Medical Traditions of Love in the Renaissance*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992.
- K. Belling, *Endography. A physician's dream of omniscience*, in E. Klaver, a cura di, *The Body in Medical Culture*, Suny Press, New York 2009, pp. 151-172.
- H. Belting, *La fine della storia dell'arte o la libertà dell'arte*, Einaudi, Torino 1990.
- , *Pour une anthropologie de l'image*, Gallimard, Paris 2004.
- , *Immagine, medium, corpo: un nuovo approccio all'iconologia*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 73-98.
- E. Bencivenga, *La filosofia in trentadue favole*, Mondadori, Milano 1997.
- T. Bennett, *The Birth of the Museum. History, Theory and Politics*, Routledge, New York 1995.
- J. Bentham, *Deontologia*, trad. it. La Nuova Italia, Firenze 2001.
- F. Benzi, a cura di, *Balla. Futurismo tra arte e moda*, Leonardo, Milano 1998.
- B. Berenson, *Estetica, etica e storia nelle arti della rappresentazione visiva*, Abscondita, Milano 2009.
- I. Bergman, *Sei film*, trad. it. Einaudi, Torino 1979.
- M. S. Bergmann, *Anatomia dell'amore. Immagini, linguaggio, malattia e storia di un sentimento universale*, Einaudi, Torino 1992.
- R. A. Bernabeo, G. M. Pontieri e G. B. Scarano, *Elementi di storia della medicina*, Piccin, Padova 1993.
- C. Bernard, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1973.
- D. Bernard, *L'image des rayons X et la photographie*, "Études photographiques", n. 17, 2005, pp. 86-111
- e A. Gunthert, *L'Instant rêvé. Albert Londe*, Jacqueline Chambon, Nîmes 1993.
- G. E. Berrios e N. Kennedy, *Erotomania. A conceptual history*, "History of Psychiatry", n. 13, ottobre 2002, pp. 381-400.
- G. Bert, *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero scientifico, Roma 2007.
- J. Bessière, E. Kushner, R. Mortier e J. Weisgerber, *Storia delle poetiche occidentali*, Meltemi, Roma 2001.

- P. Bialès e S. Goddet, *Le tracé et le profane*, “Recherches en Psychanalyse”, n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l’image en médecine: regards croisés sur l’imagerie médicale*], pp. 200-210 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- A. Bianco, *L’arte? Una medicina antica*, “Il Giornale Internazionale di Arte&Medicina”, n. 1, maggio 2012, p. 1.
- C. Bianconi, *Vermeer*, Rizzoli, Milano 1967.
- J. D. T. Bienville, *La Nymphomanie, ou Traité de la fureur utérine*, M. M. Rey., Amsterdam 1771 [e *La ninfomania ovvero il furore uterino*, Venezia, Marsilio 1986].
- L. Binet e P. Vallery-Radot, *Médecine et littérature*, Expansion Scientifique Française, Paris 1965.
- H. Binneveld e R. Dekker, a cura di, *Curing and Insuring. Essays on Illness in Past times, the Netherlands, Belgium, England and Italy, 16th-20th Centuries* [atti del convegno “Illness and history” Rotterdam, 16 novembre 1990], Verloren, Hilversum 1992.
- L. Binswanger, *Melanconia e mania. Studi fenomenologici*, trad. il Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- K. Birmingham, *The science of art and vice versa*, “Nature Medicine”, vol. 4, n. 6, 1998, p. 652.
- J. P. Bishop, *Rejecting medical humanism. Medical Humanities and the metaphysics of medicine*, “Journal of Medical Humanities”, n. 29, 2008, pp. 15-25.
- M. Black, *Modelli, archetipi, metafore*, trad. it. Pratiche, Parma 1983.
- , *Humanistic education and the physician’s art*, in E. J. Cassel e M. Siegler, a cura di, *Changing Values in Medicine*, University Publications of America, Frederick, MD 1985, pp. 181-195.
- M. Blay e R. Halleux, *La Science classique (XVII-XVIII siècle). Dictionnaire critique*, Flammarion, Paris 1998.
- A. Bleakley, R. Farrow, D. Gould e R. Marshall, *Making sense of clinical reasoning. Judgement and the evidence of the senses*, “Medical Education”, vol. 37, 2003, pp. 544-552.
- , R. Marshall e R. Brömer, *Toward an aesthetic medicine. Developing a core Medical Humanities undergraduate curriculum*, “Journal of Medical Humanities”, vol. 27, n. 4, 2006, pp. 197-213.
- M. Bloch, *Apologia della storia*, trad. it. Einaudi, Torino 1969.
- H. Blumenberg, *Paradigmi per una metaforologia*, trad. it. il Mulino, Bologna 1969.
- , *Naufragio con spettatore. Paradigma di una metafora dell’esistenza*, trad. it. il Mulino, Bologna 1985.
- M. Bobbio, *Il malato immaginato*, Einaudi, Torino 2010.
- G. Boehm, *Il ritorno delle immagini*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell’immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 39-71.
- L. Boella, *Neuroetica*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Y.-A. Bois e R. Krauss, *L’informe. Istruzioni per l’uso*, trad. it. Bruno Mondadori, Milano 2003.
- E. V. Boisaubin e M. G. Winkler, *Seeing patients and life contexts. The visual arts in medical education*, “American Journal of the Medical Sciences”, vol. 319, n. 5, maggio 2000, pp. 292-296.
- F. Boissier de Sauvages, *Nosologia methodica: sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami mentem et Botanicorum ordinem*, De Tournes, Amsterdam 1763.
- , *Écrits divers*, a cura di G. Barroux, Éditions Universitaires de Dijon, Dijon 2011.

- C. Bollas, *Isteria*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- S. Bolognini, *L'empatia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 2002.
- A. Bonito Oliva, a cura di, *Preferirei di no. Cinque stanze tra arte e depressione* (catalogo della mostra), Electa, Milano 1994.
- C. Bonomi, *Sulla soglia della psicoanalisi. Freud e la follia infantile*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
- G. Bordin e L. Polo D'Ambrosio, *Curare e guarire. Occhio artistico e occhio clinico. La malattia e la cura nell'arte pittorica occidentale*, Morales-Medicina e Persona, Roma-Milano 2005.
- , *La medicina*, Electa, Milano 2009.
- E. Borgna, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992.
- , *Il silenzio del corpo*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001, pp. 21-30.
- A. Borse, *Picasso's bodies: representations of modern society?*, "Medical Humanities", n. 35, 2009, pp. 89-93.
- J. M. N. Boss, *The seventeenth-century transformation of the hysterical affection*, "Psychological Medicine", n. 9, 1979, pp. 221-234.
- F. Bound Alberti, *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2006.
- P. Bourdieu, *Il mestiere di scienziato*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2003.
- D. M. Bourneville e P. Régnard, a cura di, *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*, Paris, vol. I, 1876-1877
- , a cura di, *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*, vol. II, 1878.
- , a cura di, *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*, vol. III, 1879-1880.
- , *Tre storie di isteria*, a cura di A. Fontana, Marsilio, Venezia 1982.
- J. Bousquet, *Exploration de mon médecin* [1943], Sables, Toulouse 1988.
- R. Boyd, *Metafora e mutamento delle teorie: la "metafora" di che cosa è metafora?*, in R. Boyd e T. S. Kuhn, *Le metafore nella scienza*, Feltrinelli, Milano 1983, pp. 19-95.
- J. M. Bradburne, a cura di, *Blood. Power, Politics and Pathology*, Prestel, München-London-New York 2001.
- B. Bramwell, *Anemia and Some of the Disease of the Blood-forming Organs and Ductless Glands*, Simpkin, Marshall & Co., London 1899.
- A. Branchi, *Introduzione a Mandeville*, Laterza, Roma-Bari 2004.

- H. Bredekamp, *Una tradizione trascurata? La storia dell'arte come "Bildwissenschaft"*, trad. it. in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 137-154.
- J. Breuer, *Signorina Anna O. [Studi sull'isteria]*, trad. it. in S. Freud, *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1967, pp. 189-212.
- , *Cosiderazioni teoriche [Studi sull'isteria]*, in S. Freud, *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1967, pp. 332-393.
- T. Brian, *The Pisse-Prophet, or Certain Pisse-Pot Lectures. Wherein are Newly Discovered the Old Fallacies, Deceit, and Jugling of the Piss-Pot Dcience* [1679], EEBO Editions, ProQuest, s.l., 2010.
- T. Bright, *Traité de la mélancolie* [1586], trad. fr. a cura di E. Cuvelier, Jérôme Millon, Grenoble 1996.
- A. Brodesco, *I've got you under my skin. Narrative of the inner body in cinema and television*, "Nuncius. Journal of the Material and Visual History of Science", vol. 26, n. 1, 2011, pp. 201-221.
- H. Brody, *Stories of Sickness*, Yale University Press, New Haven 1987.
- R. Brömer, *Literature helps. Listening to the narrative of medicine*, "The Lancet", vol. 365, 2005, pp. 1919-1920.
- E. Bronfen, *The Knotted Subject Hysteria and Its Discontents*, Princeton University Press, Princeton 1998.
- F. Broussais, *De l'Irritation et de la folie*, Delaunay, Paris 1828.
- C. Brown, *Dutch Genre Painting*, National Gallery, London 1976.
- T. M. Brown, *Descartes, dualism, and psychosomatic medicine*, in W. F. Bynum, R. Porter e M. Shepherd, *The Anatomy of Madness, vol. 1, People and Ideas, Tavinstock, London 1985*, pp. 40-62.
- J. J. Brumberg, *Chlorotic girls, 1870-1920. A historical perspective on female adolescence*, "Child Development", vol. 53, n. 6, dicembre 1982, pp. 1468-1477.
- D. Brun, *Avant-Propos. Habiter son corps*, "Recherches en Psychanalyse", n. 6, 2006/2, pp. 7-10.
- , *Les œillères de la mythologie médicale*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 218-220 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- G. Bruno, *Atlante delle emozioni*, Bruno Mondadori, Milano 2006.
- M. Brusatin e J. Clair, a cura di, *Identità e alterità. Figure del corpo 1895/1995*, La Biennale di Venezia-Marsilio, Venezia 1995.
- R. Bucci, a cura di, *Manuale di medical humanities*, Zadig, Roma 2006.
- R. Bud, B. Finn e H. Trischler, a cura di, *Manifesting Medicine. Bodies and Machines*, Harword, Amsterdam 1999.
- P. Bureau, *La dispute pour la culotte. Variation littéraires et iconographiques d'un thème profane (XIII^e-XVI^e siècles)*, "Médiévales", n. 29, 1995, pp. 105-129.
- P. Burke, *Testimoni oculari. Il significato storico delle immagini*, trad. it. Carocci, Roma 2002.

- J. C. Burnham, *What is Medical History?*, Polity Press, Cambridge 2005.
- L. Burns, *Gunther Von Hagens' Body Worlds. Selling beautiful education*, "The American Journal of Bioethics", n. 7, 2007, pp. 12-23.
- R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, a cura di H. Jackson, Vintage Book, New York 1977.
- , *Anatomia della malinconia*, a cura di J. Starobinski, trad. it. Marsilio, Venezia 1983.
- , *Anatomie de la mélancolie*, a cura di J. Starobinski, José Corti, Paris 2000.
- V. Busacchi e R.A. Bernabeo, *Storia della medicina*, Patron, Bologna 1978.
- M. Bussagli, *Il corpo umano*, Electa, Milano 2005.
- K. S. Button, J. P. A. Ioannidis, C. Mokrysz *et alii*, *Power failure. Why small sample size undermines the reliability of neuroscience*, "Nature Reviews Neuroscience", n. 14, maggio 2013, pp. 365-376.
- J. J. Bylebyl, *Galen and the non natural causes of variation in the pulse*, "Bulletin of History of Medicine", vol. 45, 1971, pp. 482-485.
- B. Bynum, *Lovesickness*, "The Lancet", vol. 357, n. 9253, 2001, p. 403.
- , *Chlorosis*, "The Lancet", vol. 358, n. 9275, 2001, p. 78.
- W. Bynum e R. Porter, a cura di, *Medicine and Five Senses*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- P. L. Cabras, D. Lippi e F. Lovari, *Due millenni di melancholia. Una storia della depressione*, Clueb, Bologna 2005.
- S. Cacaly e J.-C. Lamielle, *L'Homme transparent. L'imagerie biomédicale contemporaine*, Nathan, Paris 1999.
- , *Röntgen et les images du corps, je connais!*, Mallard, Paris 2001.
- , *La véritable rétine du savant, ou l'IST racontée par l'image*, "Sciences de l'information", vol. 42, n. 6, 2005.
- C. Cacciari, *La metafora: da evento del linguaggio a struttura del pensiero*, in Ead., a cura di, *Teoria della metafora*, Raffaello Cortina, Milano 1991, pp. 1-31.
- L. Cadot, *Hier et aujourd'hui: des écorchés aux plastinats*, in C. Degueurce, *Honoré Fragonard et les écorchés. Une anatomiste au siècle des lumières*, Réunion des Musées Nationaux, Paris 2010, pp. 125-135.
- C. Caffi, *La mitigazione. Un approccio pragmatico alla comunicazione nei contesti terapeutici*, Cooperativa Libreria Universitaria, Pavia 2000.
- V. Cagli, *Malattie come racconti*, Armando, Roma 2004.
- R. Caillois, *Nel cuore del fantastico*, trad. it. Abscondita, Milano, 2004.
- G. Calvi, *Quello che i medici non sanno. La vita parallela alla malattia. Dieci storie di pazienti*, Fondazione Giancarlo Quarta, Milano 2007.
- I. Calvino, *Le città invisibili*, Einaudi, Torino 1972.
- P. Camporesi, *Le officine dei sensi*, Garzanti, Milano 1985.
- , *Il sugo della vita. Simbolismo e magia del sangue*, Garzanti, Milano 1997.

- , *La carne impassibile. Salvezza e salute tra medioevo e controriforma*, Garzanti, Milano 1994.
- , *Il governo del corpo*, Garzanti, Milano 1995.
- , *I balsami di Venere*, Garzanti, Milano 1989.
- D. Canguilhem, *Le Merveilleux scientifique. Photographies du monde savant en France 1844-1918*, Gallimard, Paris 2004.
- G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, trad. it. Einaudi, Torino 1998.
- , *Scritti sulla medicina*, trad. it. Einaudi, Torino 2007.
- , *L'homme de Vésale dans le monde de Copernic* [1964], in Id., *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, Paris 1989, pp. 37-50.
- C. Cappelletto, *Neuroestetica*, Laterza, Roma-Bari 2009.
- E. Cappellini, *Fotografie dell'invisibile. L'immaginario radiologico nel Novecento*, "Intersezioni. Rivista di storie delle idee", n. 2, agosto 2009, pp. 255-272.
- N. Caramelli, *Psicologia e metafora*, in A. M. Lorusso, a cura di *Metafora e conoscenza*, Bompiani, Milano 2005, pp. 291-320.
- A. E. Cardinale, a cura di, *Immagini e segni dell'uomo. Storia della radiologia italiana*, Idelson-Gnocchi, Napoli 1995.
- P. Carignano e F. Romano, a cura di, *Prendere corpo. Il dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano 2006.
- A. Carlino, *La fabbrica del corpo. Libri e dissezione nel Rinascimento*, Einaudi, Torino 1994.
- , *Persona, corpo, cadavere e ritorno*, in *Il corpo. Delle cose, delle idee, dell'umano*, "Aperture", n. 3, 1997, pp. 53-66.
- , *Papers bodies. A Catalogue of Anatomical Fugitive Sheets 1538-1687*, "Medical History", suppl. 19, Wellcome Institute for the History of Medicine, London 1999.
- , *Afflizione e scetticismo. Montaigne e la letteratura contra medicos*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 14, n. 2, 2002, pp. 479-497.
- , *Entre corps et âme, ou l'espace de l'art dans l'illustration anatomique*, in M. Bolens, a cura di, *Le langages de la médecine*, Georg, Genève 2004, pp. 65-84.
- , R. P. Ciardi e A. M. Petrioli Tofani, *La bella anatomia. Il disegno e il corpo fra arte e scienza nel Rinascimento*, Silvana, Milano 2009.
- , R. P. Ciardi, A. Luppi e A. M. Petrioli Tofani, *L'anatomia tra arte e medicina. Lo studio del corpo nel tardo Rinascimento*, Silvana, Milano 2010.
- , R. P. Ciardi, A. Luppi e A. M. Petrioli Tofani, *Visioni anatomiche. Le forme del corpo negli anni del Barocco*, Silvana, Milano 2011.
- , e M. Jeanneret, a cura di, *Vulgariser la médecine. Du style médical en France et en Italie (XVI^e-XIII^e siècles)*, Droz, Genève 2009.
- , D. Petherbridge e C. Ritschard, *Corps à vif. Art e Anatomie* (catalogo della mostra), Musée d'Art et d'Histoire, Genève 1998.
- e A. Wenger, a cura di, *Littérature et médecine. Approches et perspectives (XVI^e-XIX^e siècles)*, Droz, Genève 2007.

- J. Carroy, *Hypnose, suggestion et psychologie. L'invention de sujets*, PUF, Paris 1991.
- L. Cartwright, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1995.
- H. Castanet, *Entre énonçable et visible*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 211-217 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- P. Castellana, A. Colombi, A. Bastagli e Q. Principe, *Art, music and literature as instruments of education: the experience of St. Paul Hospital in Milan*, "Journal of Medicine and the Person", 2008, vol. 6, n. 4, pp. 164-167.
- A. Castiglioni, *Storia della medicina*, Mondadori, Milano 1936.
- J. Cats, *Verhalen uit de Trou-ringh*, a cura di J. Koppenol, Amsterdam University Press, Amsterdam 2003.
- , R. Farley e A. P. van de Venne, *Moral Emblems, With Aphorisms, and Proverbs, of All Ages and Nations*, Longman, Green, Longman & Roberts, London 1860 [poi General Books, Memphis 2010].
- M. Cauli, *Sciences humaines en médecine. Questions d'aujourd'hui*, Ellipses, Paris 2007.
- A. Cavalli Pasini, *La scienza del romanzo. Romanzo e cultura scientifica tra Ottocento e Novecento*, Patron, Bologna 1982.
- A. Cavarero, *Corpo in figure. Filosofia e politica della corporeità*, Feltrinelli, Milano 1995.
- I. Cavicchi, *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- , *La clinica e la relazione*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- J. Céard, a cura di, *La Folie et le corps*, Presses de l'École Normale Supérieure, Paris 1985.
- G. Ceiriog, *Cricket on Christmas Day*, "British Medical Journal", 12 febbraio 1977, p. 473.
- G. Celant, *Futurism and the occult*, "Artforum", vol. 19, n. 5, 1981, pp. 29-42.
- G. Celli, *Arte e biologia*, in *XLII Esposizione internazionale d'arte La Biennale di Venezia. Arte e scienza*, La Biennale-Electa, Venezia-Milano 1986.
- A. C. Celso, *Della medicina*, trad. it. di Angiolo del Lungo, Sansoni, Firenze 1985.
- G. Cerasoli, *La patocenosi*, "Storia e futuro", n. 1, 2002 [on line: <http://www.storiaefuturo.com>].
- G. Ceronetti, *Il silenzio del corpo. Materiali per studio di medicina*, Adelphi, Milano 1990.
- M. de Cervantes, *Il dottor Vetrata-El licenciado Vidriera*, Leone, Milano 2010.
- J.-P. Changeux, *Ragione e piacere. Dalla scienza all'arte*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- F. Chantoury-Lacombe, *Peindre les maux. Art visuels et pathologie, XIV^e-XVII^e siècle*, Hermann, Paris 2010.
- J.-M. Charcot, *Lezioni cliniche dell'anno 1883-84. Malattie del sistema nervoso redatte dal dottore Domenico Miliotti*, trad.it. Vallardi, Milano 1886.
- , *L'Hystérie*, a cura di É. Trillat, Privat, Toulouse 1971.
- , *Lezioni alla Salpêtrière*, trad. it. Guerini, Milano 1989.

- J.-M. Charcot e P. Richer, *Le indemoniate nell'arte* [1887], trad. it. Spirali, Milano 1980.
- e P. Richer, *Les Diffformes et les malades dans l'art* [1889], B. M. Israël, Amsterdam 1972.
- Charles d'Orléans, *Poésies, La Retenue d'Amour, Ballades, chansons, complaints et caroles*, Champion, Paris 2010.
- R. Charon, *Literature and medicine. Origins and destinies*, "Academic Medicine", vol. 75, n. 1, gennaio 2000, pp. 23-27.
- , *Narrative medicine. Form, function and ethics*, "Annals of Internal Medicine", vol. 134, n. 1, gennaio 2001, pp. 83-87.
- , *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*, "The Journal of the American Medical Association", vol. 286, n. 15, 2001, pp. 1897-1902.
- , *Narrative and Medicine*, "The New England Journal of Medicine", vol. 350, n. 9, 2004, pp. 862-864.
- , *Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford-New York 2006.
- J. T. Banks, J. E. Connelly et alii, *Literature and medicine. Contribution to clinical practice*, "Annals of Internal Medicine", vol. 122, n. 8, 1995, pp. 599-606.
- e M. Montello, *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, Routledge, New York 2002.
- e P. Wye, *The art of medicine. Narrative Evidence Based Medicine*, "The Lancet", vol. 371, n. 9609, 2008, pp. 297-298.
- e P. Wyer, *NEBM working group. Narrative Evidence Based Medicine*, "The Lancet", vol. 371, n. 9609, 2008, pp. 396-397.
- R. Chartier, *Le pratiche della scrittura*, trad. it. in P. Ariès e G. Duby, *La vita privata dal Rinascimento all'Illuminismo*, Laterza, Roma-Bari 1988, pp. 76-117.
- A. Chastel, *Favole, forme, figure*, trad. it. Einaudi, Torino 1988.
- e G. Manganelli, *Musca depicta*, FMR, Milano 1984.
- C. Chastel, *Une Petite histoire de la médecine*, Ellipses, Paris 2004.
- C. Chéroux, *À la recherche d'images susceptibles de nous extasier*, postfazione a D. Canguilhem, **Le Merveilleux scientifique. Photographies du monde savant en France 1844-1918**, Gallimard, Paris 2004, pp. 145-163.
- J. Cheymol, *Le diagnostic de grossesse au temps des mireurs d'urines*, "Histoire des sciences médicales", t. VII, n. 1, gennaio-marzo 1973, pp. 7-28.
- M. Ciavolella, *La "malattia d'amore" dall'antichità al medioevo*, Bulzoni, Roma 1976.
- , *Eros and the phantasms of "Hereos"*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros. The Medical Traditions of Love in the Renaissance*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992, pp. 75-85.
- , *Eros e malinconia. Jacques Ferrand in Jean Etienne Dominique Esquirol*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001, pp. 41-49.
- A. Civita e D. Cosenza, a cura di, *La cura della malattia mentale*, vol. 1, *Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano 1999.
- , *Neuroscienze e malattia mentale*, ivi, pp. 30-88.

- , *La clinica moderna e la malattia mentale*, ivi, pp. 89-132.
- J. Clair, *Duchamp et la photographie. Essai d'analyse d'un primat technique sur le développement d'une œuvre*, Chêne, Paris 1977.
- , a cura di, *L'Âme au corps. Arts et sciences 1793-1993*, Réunion des Musées Nationaux-Gallimard-Electa, Paris 1994.
- , *Autour des études sur l'hystérie. Vienne 1895-Paris 1995*, L'Harmattan, Paris 1998.
- , *L'An 1895. D'une anatomie impossible*, L'Échoppe, Paris 2004.
- , *Malaise dans les musées*, Flammarion, Paris 2007.
- , a cura di, *Mélancolie. Génie et folie en Occident* (catalogo della mostra), Gallimard-Réunion des Musées Nationaux, Paris 2008.
- C. Claout, *Last summer*, "British Medical Journal", 25 novembre 1978, p. 1477.
- A. Clark, *Anaemia or chlorosis of girl, occurring more commonly between the advent of menstruation and the consummation of womanhood*, "The Lancet", 19 novembre 1887, vol. 130/2, n. 3351, pp. 1003-1005.
- Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, Organizzazione Mondiale della Sanità-Libreria dello Stato, Genève-Roma 2001.
- P. Claudel, *Introduction à la peinture hollandaise* [1934], Gallimard, Paris 1935.
- P. Clément, L'imagerie biomédicale. Définition d'une typologie et proposition d'activités pédagogiques, in G. Mottet, a cura di, *Images et activités scientifiques*, "Aster. Recherches en didactique des sciences expérimentales", n. 22, 1996, pp. 87-126.
- G. G. De Clérambault, *Les psychoses passionnelles*, in Id., *Oeuvres Psychiatriques*, PUF, Paris 1942, pp. 315-451
- *L'érotomanie*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1993.
- F. Clifford Rose, a cura di, *Neurology of the Arts. Painting, Music, Literature*, Imperial College Press, London 2004.
- J. Cocteau, *Lettre ouverte à M. Man Ray, photographe américain*, "Les Feuilles libres", n. 26, aprile-maggio 1922, pp. 134-135.
- T. R. Cole e N. Carlin, *The art of medicine. The suffering of physicians*, "The Lancet", vol. 374, 24 ottobre 2009, pp. 414-415.
- Collège national des enseignants de Sciences humaines et sociales en médecine, a cura di, *Médecine, santé et sciences humaines*, Les Belles Lettres, Paris 2011.
- S. Colline, a cura di, *Interpretation and Overinterpretations. The Tanner Lectures*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Ph. Comar, *Mémoires de mon crâne. René Des-Cartes*, Gallimard, Paris 1997.
- , a cura di, *Figures du corps à l'École des Beaux-Arts*, Ensba, Paris 2009.

- M. Cometa, *Modi dell'ékphrasis in Foucault*, in M. Cometa e S. Vaccaro, a cura di, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma 2007, pp. 39-61.
- H. Connor, *Medieval uroscopy and its representation*, "Clinical Medicine", vol. 1, n. 6, 2001 p. 507.
- J. T. H. Connor, *Faux reality show? The Body Worlds phenomenon and its reinvention or anatomical spectacle*, "Bulletin for the History of Medicine", n. 81, 2007, pp. 848-865.
- H. J. Cook, *Matters of Exchange. Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age*, Yale University Press, New Haven-London 2007.
- D. V. Coornhert, *Zedekunst dat is Wellevenskunste* [1586], Brill, Leiden 1942.
- P. Coppo, *Etnopsichiatria*, Flammarion-Il Saggiatore, Milano 1996.
- G. Corbellini, *Epistemologie della medicina e della pedagogia medica nel XX secolo*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 14, n. 2, 2002, pp. 565-585.
- , *Filosofia della medicina*, in N. Vassallo, a cura di, *Filosofie delle scienze*, Einaudi, Torino 2003, pp. 213-248.
- , *Ambiguità delle medical humanities*, "L'Arco di Giano", n. 36, estate 2003, pp. 63-67.
- , *Breve Storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004.
- , *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, Laterza, Roma-Bari 2007.
- , P. Donghi e A. Massarenti, *Biblioetica. Dizionario per l'uso*, Einaudi, Torino 2006.
- A. Corbin, J.-J. Courtine e G. Vigarello, a cura di, *Histoire du corps*, vol. 1, *De la Renaissance aux Lumières* (a cura di G. Vigarello); vol. 2, *De la Révolution à la Grande Guerre* (a cura di A. Corbin), Seuil, Paris, 2005; vol. 3, *Les mutations du regard. Le XX siècle*, (a cura di J.-J. Courtine), Seuil, Paris 2005.
- D. Cosenza, *La costruzione del campo clinico*, in A. Civita e D. Cosenza, a cura di, *La cura della malattia mentale*, vol. 1, *Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano 1999, pp. 7-29.
- G. Cosmacini, *Röntgen. Il "fotografo dell'invisibile"*, Rizzoli, Milano 1984.
- , *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1997.
- , *Introduzione*, in B. M. Assael e G. Avanzini, *Il male dell'anima. L'epilessia tra '800 e '900*, Laterza, Roma-Bari 1997, pp. V-XI.
- , *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
- , *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- , *Prima lezione di medicina*, Laterza, Roma-Bari 2009.
- , *Testamento biologico*, il Mulino, Bologna 2010.
- J. Crary, *Techniques of the Observer. On Vision and Modernity in Nineteenth Century*, The MIT Press, Cambridge-London 1990.
- T. H. Crawford, *Visual knowledge in medicine and popular film*, "Literature and Medicine", vol. 17, n. 1, 1998, pp. 22-44.
- G.-A. Crémer, a cura di, *Le Corps exploré*, Musée d'Histoire de la Médecine-Académie Nationale de Chirurgie, Paris 1997.

- E. Crispolti, *Il futurismo e la moda. Balla e gli altri*, Marsilio, Venezia 1986.
- A. J. Cronin, *La cittadella*, trad. it. Bompiani, Milano 2003.
- F. G. Crookshank, *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina* [1926], in C. K. Ogden e I. A. Richards, *Il significato del significato*, Il Saggiatore, Milano 1966, pp. 384-404.
- I. Crozier, a cura di, *A Cultural History of the Human Body in the Modern Age*, vol. 6, Berg, Oxford-New York 2010.
- R. Cuir, *Gunther Von Hagens, inventor and imitator*, "Anthropology Today", vol. 22, n. 6, 2006, pp. 20-22.
- I. P. Culianu, *Eros e magia nel Rinascimento. La congiuntura astrologica del 1484*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- A. Cunningham, *The Anatomical Renaissance. The Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients*, Scholar Press, Aldershot 1997.
- J.-P. Cuzin, J.-R. Gaborit e A. Pasquier, *D'Après l'antique*, Réunion des musées nationaux, Paris 2000.
- P. Daer, *A mechanical microcosm. Bodily passions, good manners and cartesian mechanism*, in C. Lawrence e S. Shapn, *Science Incarnate. Historical Embodiments of Natural Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago-London 1998, pp. 51-82.
- F. Dagognet, *La Peau découverte*, Les Empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, Paris 1993.
- , *L'imagerie médicale, une ambivalence certaine, quoique relative*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 170-174 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- L. Dalrymple Henderson, *X Rays and the Quest for Invisible reality in the Art of Kupka, Duchamp, and the Cubists*. "Art Journal", winter, vol. 47, n. 4, 1988, pp. 323-340.
- A. Damasio, *L'errore di Cartesio*, trad. it. Adelphi, Milano 1995.
- F. Dammacco e G. Danieli, *La formazione del medico dalla Tabella XVIII [1938] ai nostri giorni, in Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici*, FNOMCeO, Roma 2010, pp. 355-367.
- P. Dandrey, *Médecine et maladie dans le théâtre de Molière*, t. I, *Sganarelle et la médecine, ou de la mélancolie érotique* e t. II, *Molière et la maladie imaginaire, ou de la mélancolie hypocondriaque*, Klincksieck, Paris 1998.
- G. Danou, *Le Corps souffrant. Littérature et médecine*, Champ Vallon, Seyssel 1994.
- , A. Olivier e Ph. Bagros, *Littérature et médecine*, Ellipses, Paris 1998.
- G. Danville, *L'amour est-il un état pathologique?*, "Revue philosophique de la France et de l'étranger", nn. 1-6, 1893, pp. 261-287.
- , *La Psychologie de l'amour*, Félix Alcan, Paris 1894.
- R. Darnton, *Il mesmerismo e il tramonto dei lumi*, trad. it. Medusa, Milano 2005.
- L. Daston, *Objectivity and the escape from perspective*, "Social Studies of Science", vol. 22, n. 4, 1992, pp. 597-618.
- e P. Galison, *The Image of Objectivity "Representations"*, n. 40, 1992, pp. 81-127.
- e P. Galison, *Objectivity*, Zone Books, New York 2007.

- R. Daval, *Enthousiasme, ivresse et mélancolie*, Vrin, Paris 2009.
- M. David-Ménard, *Hysteria from Freud to Lacan. Body and Language in Psychoanalysis*, Cornell University Press, Ithaca-London 1989.
- K. Davids, a cura di, *The Rise and the Decline of Dutch Technological Leadership. Technology, Economy and Culture in the Netherlands, 1350-1800* (2 voll.), Brill, Leiden-Boston 2008.
- L. Dawson, *Lovesickness and Gender in Early Modern English Literature*, Oxford University Press, Oxford-New York 2008.
- G. Debord, *La società dello spettacolo*, trad. it. Baldini&Castoldi-Dalai, Milano 2004.
- R. Debray, *Vita e morte dell'immagine. Una storia dello sguardo in Occidente*, Il Castoro, Milano 1999.
- E. de Jongh, *Questions of Meaning. Theme and Motif in Dutch Seventeenth-Century Painting*, trad. ingl. Primavera Pers, Leiden 2000.
- , *Real Dutch art and not-so-real Dutch art*, "Simiolus. Netherlands Quarterly for the History of Art", vol. 20, n. 2/3, 1991, pp. 197-206.
- *et alii*, *Tot Lering en Vermaak. Betekenissen van Hollandse genrevoorstellingen uit de zeventiende eeuw*, Rijksmuseum, Amsterdam 1976.
- , *Some notes on interpretation*, in D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 119-136.
- R. M. Dekker, *Humour in Dutch Culture of the Golden Age*, trad. ingl. Palgrave, Basingstoke-New York, 2001.
- M. de la Chambre, *Les Caractères des Passions*, Rocolet, Paris 1648.
- E. Delacroix, *Scritti sull'arte*, trad. it. SE, Milano 1986.
- T. Delamothe, *Looking at the pictures. Not transparent windows on the past*, "British Medical Journal", vol. 301, 3 ottobre 1990, pp. 680-681.
- G. Deleuze, *L'immagine-movimento*, trad. it. Ubulibri, Milano 1997.
- , *La pittura infiamma la scrittura*, in Id., *Divenire molteplice. Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*, trad. it. Ombre corte, Verona 1999, pp. 107-113.
- e F. Guattari, *Che cos'è la filosofia?*, trad. it. Einaudi, Torino 2002.
- e F. Guattari, *Millepiani. Capitalismo e schizofrenia*, trad. it. Castelvecchi, Roma 2006.
- C. Delkeskamp-Hayes, *Is medicine special, and if so, what follows? An attempt at rational reconstruction*, in C. Delkeskamp-Hayes e M. A. Gardell Cutter, a cura di, *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-Boston-London 1993, pp. 271-319.
- L. Demaitre, *Domesticity in middle Dutch "Secrets of Men and Women"*, "Social History of Medicine", vol. 14, n. 1, pp. 1-25.
- M. de Menezes, *Retrato Proteico / Proteic Portrait*, PLP 09-Meiac, Badajoz 2009.
- C. J. de B. de Paumerelle, *La philosophie des vapeurs* [1774], Le Temps retrouvé-Mercure de France, Paris 2009.
- R. A. Dermer, a cura di, *Medicine and Photography*, "History of Photography", vol. 23, n. 3 [numero monografico], autunno 1999.

- J. Derrida, *Cogito e storia della follia* [1963], trad. it. in Id., *La scrittura e la differenza*, Einaudi, Torino 1971, pp. 39-79.
- , *La mitologia bianca. La metafora nel testo filosofico* [1971], in Id., *Margini della filosofia*, trad. it. Einaudi, Torino 1992, pp. 275-349.
- e B. Stiegler, *Échographies de la télévision*, Galilée, Paris 1996.
- R. Descartes, *L'Homme*, in *Œuvres*, a cura di C. Adam e P. Tannery, Vrin, Paris 1974, pp. 119-215.
- , *Discorso sul metodo*, in Id., *Opere filosofiche*, Laterza, Roma-Bari 1986.
- , *Passioni dell'anima*, a cura di S. Obinu, Bompiani, Milano 2010.
- J. Desmond, *Postmortem exhibitions. Taxidermied animals and plastinated corpses in the theaters of the dead*, "Configurations", n. 16, 2008, pp. 347-377.
- H. Deutsch, *Psicologia della donna nell'adolescenza. Studio psicanalitico*, Einaudi, Torino 1957.
- B. De Toffol, a cura di, *Manuel de sciences humaines en médecine*, Ellipses, Paris 2008.
- G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode*, Aubier, Paris 1980.
- C. de Villers, *Le Magnétiseur amoureux* [1787], a cura di F. Azouvi, Vrin, Paris 1978.
- A. B. de Vries, a cura di, *Pittura olandese del Seicento* (catalogo della mostra), Silvana, Milano 1954.
- J. de Vries, *Introduction*, in D. Freedberg e J. de Vries, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 1-6.
- L. de Vries, *The changing face of realism*, in D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 209-244.
- V. Di Benedetto, *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*, Einaudi, Torino 1986.
- L. Dibattista, *Jean Martin Charcot e la lingua della neurologia*, Cacucci, Bari 2003.
- D. Diderot, *Lettera sui ciechi ad uso di coloro che vedono* [1749], in Id., *Opere filosofiche*, Feltrinelli, Milano 1963.
- , *Lettera sui sordi e sui muti* [1751], Mucchi, Modena 1984.
- , *Éléments de physiologie* [1774-1780], a cura di P. Quintili, Honoré Champion, Paris 1994.
- G. Didi-Huberman, *L'Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie de la Salpêtrière*, Macula, Paris 1982 [e trad. it. *L'invenzione dell'isteria*, trad. it. Marietti, Genova-Milano 2008].
- , *La photographie scientifique et pseudo-scientifique*, in J.-C. Lemagny e A. Rouillé, a cura di, *Histoire de la photographie*, Bordas, Paris 1986, pp. 71-75.
- , *Aprire Venere. Nudità, sogno, crudeltà*, trad. it. Einaudi, Torino 2001.
- , *L'Image ouverte. Motifs de l'incarnation dans les arts visuels*, Gallimard, Paris 2007 [e trad. it. *L'immagine aperta. Motivi dell'incarnazione nelle arti visive*, Bruno Mondadori, Milano 2008].
- , *Il gioco delle evidenze. La dialettica dello sguardo nell'arte contemporanea*, Fazi, Roma 2008.
- , *La somiglianza per contatto. Archeologia, anacronismo e modernità dell'impronta*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2009.

- , *L'immagine brucia*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 241-268.
- , *La conoscenza accidentale*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2011.
- O. Diethelm, *Medical Dissertations of Psychiatric Interests Printed Before 1750*, S. Karger, Basel 1971.
- S. Di Marco, *Inside the body. Medical imaging and the visual arts*, "PsicoArt. Rivista on line di arte e psicologia", n. 2 [<http://psicoart.cib.unibo.it/>].
- S. Dionisio, *Quando la medicina si fa in tv. Benessere, salute e professione sanitaria rappresentate nel piccolo schermo*, Guida, Napoli 2009.
- L. R. Dittrich, *Preface*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 951-952.
- L. Dixon, *Perilous Chastity. Women and Illness in pre-Enlightenment Art and Medicine*, Cornell University Press, Ithaca-London 1995.
- , a cura di, *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004.
- , *Introduction. Visual prescriptions*, in Ead., *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 9-20.
- , *Of vapors and vanity. The swinging Eighteenth Century*, in Ead., *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 62-81.
- T. Doby e G. Alker, *Origins and Development of Medical Imaging*, Southern Illinois University Press, Springfield 1997.
- J. C. Dolev, L. K. Friedlaender e I. M. Braverman, *Use of fine art to enhance visual diagnostic skills*, "Journal of the American Medical Association", vol. 289, n. 9, 2001, pp. 1020-1021.
- F. Dolto, *L'immagine inconscia di sé*, trad. it. Red, Como 1996.
- B. Domenichelli, *Il medico e lo stupore. La "meraviglia" come gratificazione e senso dell'attività del medico*, "Cardiology Science", n. 4, gennaio-febbraio 2006, pp. 5-11.
- J. C. Dosch, *August Wackenheim*, "European Journal of Orthopaedic Surgery&Traumatology", n. 8, 1998, p. 92.
- G. Doutrepoint, *La littérature et les médecins en France*, "Bulletin de l'Académie Royale de langue et de littérature françaises", t. XII, n. 4, 1933, pp. 137-177.
- C. Draperi, *La Médecine réfléchi au miroir des sciences humaines*, Ellipses, Paris 2010.
- A. Dreger, a cura di, *Seeing yourself*, "Perspectives in Biology and Medicine", vol. 47, n. 2, 2004, pp. 160-164.
- G. Duby e M. Perrot, *Immagini delle donne*, trad. it. Laterza, Roma-Bari 1992.
- J. Duffin e A. Li, *Great moments. Parke, Davis and Company and the creation of medical art*, "Isis", n. 86, 1995, pp. 1-29.
- M. Dufrenne, *Phénoménologie de l'expérience esthétique* [1953], PUF, Paris 1992 [e trad. it. *Fenomenologia dell'esperienza estetica*, Lerici, Roma 1969].

- O. A. Duhl, a cura di, *Amour, sexualité et médecine aux XV^e et XVI^e siècles*, Éditions Universitaires de Dijon, Dijon 2009.
- A. Du Laurens, *Discours des maladies mélancoliques* [1594], Klincksieck, Paris 2012.
- J. Dumit, *Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts*, "Journal of Medical Humanities", vol. 24, nn. 1/2, estate 2003, pp. 35-47.
- , *Picturing Personhood. Brain scans and biomedical identity*, Princeton University Press, Princeton-Oxford 2004.
- G. Durand, *L'immaginario. Scienza e filosofia dell'immagine*, Red, Como 1996.
- C. Durif-Bruckert, *Une Fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, L'œil neuf, Paris 2008.
- S. Ede, *Strange and Charmed. Science and the Contemporary Visual Arts*, Calouste Gulbenkian Foundation, London 2000.
- , *Art and Science*, Tauris, London 2005.
- N. Edelman, *Les Métamorphoses de l'hystérique: du début du XIX^e siècle à la Grande Guerre*, Édition La Découverte, Paris 2003.
- N. Eisenberger, *Why rejection hurts. What social neuroscience has revealed about the brain's response to social rejection*, in J. Decety e J. Cacioppo, a cura di, *The Oxford Handbook of Social Neuroscience*, Oxford University Press, New York 2011, pp. 586-598.
- , *Broken hearts and broken bones. A neural perspective on the similarities between social and physical pain*, "Psychological Science", n. 21, febbraio 2012, pp. 42-47.
- J. Elkins, *Pictures of the Body. Pain and Metamorphosis*, Stanford University Press, Stanford 1999.
- , *The Domain of Images*, Cornell University Press, Ithaca-London 1999.
- , *La storia dell'arte e le immagini che arte non sono*, in A. Pinotti e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 155-205.
- E. Emanuele, M. Bertona, P. Minoretti e D. Geroldi, *An open-label trial of L-5-hydroxytryptophan in subjects with romantic stress*, "Neuro Endocrinology Letters", vol. 31, n. 5, 2010, pp. 663-666.
- A. E. H. Emery e M. L. H. Emery, *Medecine and Art*, Royal Society of Medicine, London 2011.
- G. Erba, *La malattia e i suoi nomi*, Meltemi, Roma 2007.
- D. Eribon e E. H. Gombrich, *Il linguaggio delle immagini*, trad. it. Einaudi, Torino 1994.
- R. A. Erickson, *The Language of the Heart, 1600-1750*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1997.
- C. H. Espinel, *Masaccio's cripple: a neurological syndrome. Its art, medicine, and values*, "The Lancet", n. 346, 1995, pp. 1684-1686.
- J.-E. D. Esquirol, *Des Maladies mentales*, Baillière, Paris 1838 [poi Arno Press, New York 1976].
- , *Delle passioni considerate come cause sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale*, a cura di M. Galzigna, Mimesis, Milano 2008.

- E. J. Evans e G. H. Fitzgibbon, *The dissecting room: reactions of first year medical students*, "Clinical anatomy", n. 5, 1992, pp. 311-320.
- H. M. Evans, *Reflections on the humanities in medical education*, "Medical Education", n. 36, 2002, pp. 508-513.
- e I. Finlay, a cura di, *Medical Humanities*, BMJ Books, London 2001.
- e D. A. Greaves, *Exploring the medical humanities*, "British Medical Journal", vol. 319, 6 novembre 1999, p. 1216.
- e D. A. Greaves, *Medical Humanities. What's in a name ?*, "Medical Humanities", n. 28, 2002, pp. 1-2.
- e D. A. Greaves, *Looking for emerging themes in medical humanities*, "Medical Humanities", n. 29, 2003, pp. 1-3.
- e J. Macnaughton, *Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study?*, "Medical Humanities", n. 30, 2004, pp. 1-4.
- A. Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, PUF, Paris 2010.
- J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillière&Fils, Paris 1890.
- É. Faure, *Histoire de l'art. L'esprit des formes*, Plon, Paris 1949.
- L. Febvre, *Come ricostruire la vita affettiva di un tempo? La sensibilità e la storia* [1941], trad. it. in Id., *Problemi di metodo storico*, Einaudi, Torino 1992.
- , *Verso un'altra storia* [1949], in Id., *Problemi di metodo storico*, Einaudi, Torino 1992.
- G. Federspil e C. Scandellari, *La medicina basata sulle evidenze. Un'analisi epistemologica*. "MEDIC", n. 7, 1999, pp. 32-36.
- e R. Vettor, *La "evidence-based medicine": una riflessione critica sul concetto di evidenza in medicina*, "Italian Heart Journal Supplement", n. 2, 6, 2001, pp. 614-623.
- *et alii*, a cura di, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- P. Fédida, *La construction du corps dans la fiction metapsychologique*, in C. Reicher, a cura di, *Le Corps et ses fictions*, Minuit, Paris 1984.
- , *Il buon uso della depressione*, trad. it. Einaudi, Torino 2002.
- J. Ferrand, *Malinconia erotica. Trattato sul mal d'amore* [1623], a cura di M. Ciavolella, Marsilio, Venezia 1991
- , *Traité de l'essence et de la guérison de l'amour ou De la mélancolie érotique* [1610], a cura di G. Jacquin e E. Foulon, Anthropos, Paris 2001.
- S. Ferrari e A. Serra, *Le origini della psicoanalisi dell'arte*, Paravia, Torino 1979.
- , *Psicologia come romanzo. Dalle storie di isteria agli studi sull'ipnotismo. Con testi di Richet, Seppilli, Souriau*, Alinea, Firenze 1987.
- , *Lo specchio dell'io. Autoritratto e psicologia*, Laterza, Roma-Bari 2002.
- , *Scrittura come riparazione. Saggio su letteratura e psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 2005.
- F. Ferro e G. Riefolo, a cura di, *Figure dell'isteria*, Metis, Chieti 1996.
- P. K. Feyerabend, *Scienza come arte*, Laterza, Roma-Bari 1984.

- , *Contro il metodo*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1991.
- e C. Thomas, a cura di, *Arte e scienza*, trad. it. Armando, Roma 1989.
- M. Ficino, *El libro dell'amore* [1491], a cura di S. Niccoli, Olschki, Firenze 1987.
- P. Filkenstein e L. Mathers, *Post traumatic stress among medical students in the anatomy dissections*, "Clinical Anatomy", n. 3, 1990, pp. 219-226.
- C. Fintz, a cura di, *Le imaginaires du corps*, Vol. 1, *Littérature. Pour une approche interdisciplinaire du corps*; Vol. 2, *Arts, sociologie, anthropologie. Pour une approche interdisciplinaire du corps*, L'Harmattan, Paris, 2000.
- , *Du corps virtuel... à la réalité des corps (Les imaginaires du corps II)*, 2 tomi, L'Harmattan, Paris 2002.
- , a cura di, *Le Corps comme lieu de métissages*, L'Harmattan, Paris 2004.
- H. Fisher, *Why We Love. The Nature and Chemistry of Romantic Love*, Holt, New York 2004.
- G. Flaubert, *Dizionario dei luoghi comuni*, trad. it. Adelphi, Milano 1980.
- , *Bouvard e Pécuchet*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1998.
- L. Flutsch, a cura di, *Futur antérieur. Trésors archéologiques du XXI^e siècle après J.-C.*, Infolio, Golion 2002.
- H. Focillon, *Vita delle forme*, seguito da *L'elogio della mano*, Einaudi, Torino 1990.
- J. Fontanille, *La passione negata. Un frammento de "La principessa di Clèves"*, in I. Pezzini, a cura di, *Semiotica delle passioni. Saggi di analisi semantica e strutturale*, Esculapio, Bologna 1991, pp. 79-96.
- C. L. Foot e J. F. Fraser, *Uroscopic rainbow: modern matula medicine*, "Postgraduate Medical Journal", n. 82, 2006, pp. 126-129.
- B. J. Ford, *Images of Science. A History of Scientific Illustration*, The British Library, London 1992.
- J. Ford, *Malinconia d'amanti*, trad. it. in Id., *Teatro*, a cura di E. Giachino, Einaudi, Torino 1971, pp. 3-113.
- J. Forrester, *The Seductions of Psychoanalysis. Freud, Lacan and Derrida*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- F. Foster, *William Hogarth and the doctors*, "Bulletin of the Medical Library Association", vol. 32, n. 3, luglio 1944, pp. 356-368.
- M. Foucault, *Nascita della clinica*, trad. it. Einaudi, Torino 1969.
- , *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1988.
- , *Sorvegliare e punire*, trad. it. Einaudi, Torino 1993.
- , *Malattia mentale e psicologia*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1997.
- , *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, trad. it. Rizzoli, Milano 1998.
- , *Storia della follia nell'età classica*, nuova ed. it. a cura di M. Galzigna, Rizzoli, Milano 2011.

- D. M. Fox e C. Lawrence, *Photographing Medicine. Images and power in Britain and America since 1840*, "Contributions in Medical Studies", n. 21, Greenwood Press, New York- Westport-London 1988.
- B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001.
- W. E. Franits, *Paragons of Virtue. Women and Domesticity in Seventeenth-Century Dutch Art*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1993.
- , *Looking at Seventeenth Century Dutch Art: realism reconsidered*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1997.
- A. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago 1995.
- E. Franzini, *Filosofia dei sentimenti*, Bruno Mondadori, Milano 1997.
- H. Fraser, *Paintings on the moors*, "British Medical Journal", 25 novembre 1978, p. 1477.
- M. Fréchuret e T. Davila, *L'Art médecine* (catalogo della mostra), Réunion des Musées Nationaux, Paris 1999.
- S. Fredriksen, *Diseases are invisible*, "Medical Humanities", n. 28, 2002, pp. 71-73.
- D. Freedberg, *Il potere delle immagini. Il mondo delle figure: reazioni e emozioni del pubblico*, trad. it. Einaudi, Torino 1993.
- , *Antropologia e storia dell'arte. La fine delle discipline?*, trad. it. in "*Ricerche di Storia dell'arte*", n. 94, 2008, pp. 5-18.
- e J. de Vries, a cura di, *Art in history, history in art. Studies in seventeenth-century Dutch culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991.
- R. French e A. Wear, a cura di, *The Medical Revolution of the Seventeenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1989.
- , *Harvey in Holland. Circulation and the Calvinists*, in R. French e A. Wear, a cura di, *The Medical Revolution of the Seventeenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1989, pp. 46-86.
- S. Freud, *L'interpretazione dei sogni* [1899], trad. it. Boringhieri, Torino 1988.
- , *Isteria* [1888], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 39-62.
- , *Ipnatismo e suggestione* [1892], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 63-133.
- , *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* [1892], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 135-146.
- e J. Breuer, *Studi sull'isteria* [1892-1895], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 161-439.
- , *Casi clinici. Signora Emmy von N.* [Studi sull'isteria, 1892-1895], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 213-262.
- , *Casi Clinici. Miss Lucy R.* [Studi sull'isteria, 1892-1895], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 263-279.
- , *Katharina* [Studi sull'isteria, 1892-1895], in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 280-289.
- , *Signorina Elisabeth von R.*, in Id., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 290-332.

- e J. Breuer, *Comunicazione preliminare: sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici* [1893], in S. Freud, *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 175-188.
- , *Charcot* [1893], in Id., *Opere*, vol. II, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 101-116.
- , *Le neuropsicosi da difesa* [1894], in Id., *Opere*, vol. II, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 117-134.
- , *Etiologia dell'isteria* [1896], in Id., *Opere*, vol. II, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 329-360.
- , *Tre saggi sulla teoria sessuale* [1905], in Id., *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino 1989, pp. 443-546.
- , *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* [1905], in Id., *Opere*, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 1-211.
- , *Personaggi psicopatici sulla scena* [1905], in Id., *Opere*, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 227-236.
- , *Fantasie isteriche e loro relazione con la bisessualità* [1908], in Id., *Opere*, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 385-395.
- , *Osservazioni generali sull'attacco isterico* [1908], in Id., *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino 1989, pp. 437-445.
- , *Il Mosè di Michelangelo* [1913], in Id., *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 293-328.
- , *Ricordare, ripetere e rielaborare*, in *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* [1914], in Id., *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 353-361.
- , *Lutto e melanconia* [1915], in Id., *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 102-118.
- , *Il Perturbante* [1919], in Id., *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 77-118.
- , *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* [1921], in Id., *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 257-330.
- , *L'Io e l'Es* [1922], Boringhieri, Torino 1989.
- , *Autobiografia* [1925], in Id., *Opere*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 69-141.
- , *L'umorismo* [1927], in Id., *Opere*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 499-508.
- , *Un sogno di Cartesio: lettera a Maxime Leroy* [1929], in Id., *Opere*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 545-551.
- , *Il disagio della civiltà* [1930], in Id., *Opere*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 553-630.
- , *Analisi terminabile e interminabile* [1937], in Id., *Opere*, vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino 1989, pp. 495-535.
- J. C. Frich e P. Fugelli, *Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of Medicine, Oslo, Norway*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 1036-1038.
- E. Fromentin, *I maestri del passato*, trad. it. Il Poligrafo, Padova 2004.
- M. Fumaroli, *La mélancolie et ses remèdes. Classicisme français et maladie de l'âme* [1984], in Id., *La Diplomatie de l'esprit. De Montaigne à La Fontaine*, Hermann, Paris 1994, pp. 403-439.
- F. Furedi, *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2005.

- N. Fusini, *L'eroe tragico, ovvero la passione del dolore*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 101-132.
- H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1994.
- G. Galilei, *Dialogo sopra i due massimi sistemi, tolemaico e copernicano*, a cura di L. Sosio, Einaudi, Torino 1970.
- U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2002.
- P. Galison, *Images of the self*, in L. Daston, a cura di, *Things That Talk. Object Lessons from Art and Science*, Zone Book, New York 2007, pp. 257-294.
- M. Galzigna, *Le ferite della perdita*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001, pp. 73-92.
- , *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1992.
- P. Gambaccini, *I mercanti della salute. Le segrete virtù dell'imbroglione in medicina*, Le Lettere, Firenze 2000.
- D. Gamboni, *De Bernheim à Focillon. La notion de suggestion entre médecine, esthétique, critique et histoire de l'art*, in R. Recht et al., a cura di, *Histoire de l'histoire de l'art en France au XIXe siècle*, La Documentation Française, Paris 2008, pp. 311-322.
- M. Garber, *The insincerity of women*, in V. Fanucci e R. Schwartz, a cura di, *Desire in the Renaissance. Psychoanalysis and Literature*, Princeton 1994, pp. 19-38
- M. A. Gardell Cutter, *Medicine. Explanation, manipulation, and creativity*, in C. Delkeskamp-Hayes e M. A. Gardell Cutter, a cura di, *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-Boston-London 1993, pp. 251-258.
- P. Garnier, *Le Mal d'amour. Contagion, préservatifs et remèdes. Avec 112 observations*, Garnier Frères, Paris 1891.
- E. Gauferg e R. Williams, *Reflection in a museum setting: the personal responses tour*, "Journal of Graduate Medical Education", vol. 3, n. 4, dicembre 2011, pp. 546-549.
- T. Gautier, *Melancholia*, in Id., *Poésies complètes*, vol. 1, Charpentier, Paris 1877.
- Gec [Enrico Gianieri], *I medici nella caricatura di tutti i tempi*, Omnia, Milano 1964.
- C. Gere, *Thought in a vat. Thinking through Annie Cattrell*, "Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science", n. 35, 2004, pp. 415-436.
- P. Geyl, *The Netherlands in the Seventeenth Century*, 2 voll., Benn, London 1961-1964.
- U. Giani, a cura di, *Narrative Based Medicine e complessità*, ScriptaWeb, Napoli 2009.
- G. Giarelli, *La svolta narrativa. L'incontro clinico come negoziazione di significati*, in G. Giarelli, B. J. Good, M.-J. Del Vecchio Good, M. Martini, C. Ruozi, *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 35-50.
- D. Giglioli e A. Violi, a cura di, *L'immaginario dell'isteria*, Bruno Mondadori, Milano 2005.
- G. Giglioli, *Immaginazione e malattia. Saggio su Jan Baptiste van Helmont*, Franco Angeli, Milano 2000.
- S. L. Gilman, *The Jew's Body*, Routledge, New York 1991.
- , *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, trad. it. il Mulino, Bologna 1993.

- , *Picturing Health and Illness. Images of Identity and Difference*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1995.
- , H. King, R. Porter, G. S. Rousseau ed E. Showalter, *Hysteria beyond Freud*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles, London 1993.
- J. Giltaij e P. Hech, *Senses and Sins. Dutch Painters of Daily Life in the Seventeenth Century*, Hatje Cantz, Ostfildern 2004.
- C. Ginzburg, *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino 1986.
- P. Giordanetti, M. Mazzocut-Mis e G. Scaramuzza, *Itinerari estetici del brutto*, Raffaello Cortina, Milano 2011.
- S. Giordano, *Qu'un souffle de vent. An exploration of anorexia nervosa*, "Medical Humanities", n. 28, 2002, pp.3-8.
- W. Goethe, *Le affinità elettive*, trad. it. Einaudi, Torino 1996.
- R. M. Goldwin, *Nicolaas Tulp (1593-1674)*, "Medical History", vol. 5, n. 5, 1961, pp. 270-276.
- E. H. Gombrich, *Arte e illusione. Studio sulla psicologia della rappresentazione pittorica*, trad. it. Einaudi, Torino 1965.
- , *A cavallo di un manico di scopa. Saggi di teoria dell'arte*, trad. it. Leonardo, Milano 1985.
- , *L'immagine e l'occhio. Altri studi sulla psicologia della rappresentazione pittorica*, trad. it. Einaudi, Torino 1985.
- , *Riflessioni sulla storia dell'arte*, trad. it. Einaudi, Torino 1991.
- , *Argomenti del nostro tempo. Cultura e arte nel XX secolo*, trad. it. Einaudi, Torino 1994.
- , *Aby Warburg. Una biografia intellettuale*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2003.
- F. Gonzalez-Crussi, *Lovesickness in art and medicine*, "Hektoen International. A Journal of Medical Humanities", vol. 3, n. 4, dicembre 2011 [on-line: <http://www.hektoeninternational.org/>].
- B. J. Good, *Narrare la malattia*, trad. it. Einaudi, Torino 2006.
- e M.-J. Del Vecchio Good, *Il significato dei sintomi: un modello ermeneutico culturale per la pratica clinica*, G. Giarelli, *La svolta narrativa: l'incontro clinico come negoziazione di significati*, trad. it. in G. Giarelli, B. J. Good et alii, *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 15-34.
- N. Goodman, *I linguaggi dell'arte. L'esperienza estetica: rappresentazione e simboli*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1998.
- J.-P. Goubert, *Initiation à une nouvelle histoire de la médecine*, Ellipses, Paris 1998.
- P. Gouk e H. Hills, a cura di, *Representing Emotions. New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, Aldershot, Ashgate 2005.
- D. Gourevitch, a cura di, *Maladie et maladies. Histoire et conceptualisation*, Droz, Genève 1992.
- , a cura di, *Histoire de la médecine. Leçons méthodologiques*, Ellipses, Paris 1995.
- , *Le malattie nell'arte. Le rappresentazioni casuali e le rappresentazioni a fine didattico*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 14, n. 2, 2002, pp. 311-335.

- A. Gowland, *The Worlds of Renaissance Melancholy. Robert Burton in Context*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2006.
- G. Gozzetti, *La tristezza vitale. Fenomenologia e psicopatologia della melanconia*, Giovanni Fioriti, Roma 2008².
- [J.] Grasset, *Le Médecin de l'amour au temps de Marivaux. Etude sur Boissier de Sauvages*, Camille Coulet-G. Masson, Montpellier-Paris 1896.
- E. Grazioli, *Corpo e figura umana nella fotografia*, Bruno Mondadori, Milano 1998.
- D. Greaves e M. Evans, *Conceptions of medical humanities*, "Medical Humanities", n. 26. 2000, p. 65.
- T. Greenhalgh, *Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world*, "British Medical Journal", Vol. 318, 1999, pp. 323-25
- e B. Hurwitz, *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London 1998.
- R. E. Greenspan, *Medicine. Perspectives in History and Art*, Ponteverde Press, Alexandria, Va 2006.
- A. J. Greimas, *Il contratto di veridicità*, in Id., *Del senso 2. Narrazione, Modalità, Passioni*, Bompiani, Milano 1984.
- A. S. Greer, *La storia di un matrimonio*, trad. it. Adelphi, Milano 2008.
- R. L. Gregory, *Vedere attraverso le illusioni*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- F. Grijzenhout e H. Van Veen, *The Golden Age of Dutch Painting in Historical Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1999.
- C. Grimm e E. C. Montagni, *Frans Hals*, Rizzoli, Milano 1974.
- M. D. Grmek, *Psicologia ed epistemologia della ricerca scientifica: Claude Bernard. Le sue ricerche tossicologiche*, Episteme, Milano 1976.
- , *Préliminaires d'une étude historique des maladies*, "Annales E.S.C.", n. 6, 1969, pp. 1437-1483.
- , *Le malattie all'alba della civiltà accidentale*, il Mulino, Bologna 1985.
- , *La Première révolution biologique. Réflexions sur la physiologie et la médecine du XVII^e siècle*, Payot, Paris 1990.
- , a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 1: *Antichità e medioevo*; vol. 2: *Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*; vol. 3: *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1993-1998.
- , *Le Legs de Claude Bernard*, Fayard, Paris 1997.

- , *Il concetto di malattia*, in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 221-253.
- , *La rivoluzione biomedica del XX secolo*, in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 493-520.
- , *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo, Roma 1998.
- e D. Gourevitch, *Le malattie nell'arte antica*, trad. it. Giunti, Firenze 2000.
- e J. C. Sournia, *Le malattie dominanti*, trad. it. in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 417-450.
- C. Groneman, *Nymphomania. The historical construction of female sexuality*, “Signs. Journal of Women in Culture and Society”, vol. 19, n. 2, 1994, pp. 337-367.
- K. S. Grooss *et alii*, *Van Piskijkers en Heelmeesters. Genezen in de Gouden Eeuw*, Museum Boerhaave, Leiden 1991.
- A. W. Grove, *Röntgen's ghosts. Photography, X-rays, and the victorian imagination*, “Literature and Medicine”, vol. 16, n. 2, 1997, pp. 141-173.
- A. Guadagnoli, *Il color di moda, ossia L'aria sentimentale* [1822], in Id., *Raccolta di poesie giocose*, tomo 1, Nistri, Pisa 1857.
- S. J. Gudlaugsson, *The Comedians in the Work of Jan Steen and his Contemporaries* [1945], trad. ingl. Davaco, Soest 1975.
- K. I. Guggenheim, *Chlorosis. The rise and disappearance of a nutritional disease*, “Journal of Nutrition”, n. 7, 1995, pp. 1822-1825.
- P. Guiraud, *Hystérie et folie hystérique*, “Annales Médico-Psychologiques”, n. 1, 1914, pp. 678-689.
- J. Guislain, *Traité sur l'alienation mentale et sur les hospices des aliénés*, Van der Hey&Fils, Amsterdam 1826.
- G. Guizzardi, a cura di, *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna 2004.
- B. Haak, *The Golden Age. Dutch Painters of the Seventeenth Century*, trad. ingl. Harry N. Abrams, New York 1984.
- B. Halioua, *Histoire de la médecine*, Elsevier-Masson, Illy-les-Moulineaux 2009.
- M. Hanne e S. J. Hawken, *Metaphors for illness in contemporary media*, “Medical Humanities”, n. 33, 2007, pp. 93-99.
- A. Hardy e A. de Montméja, *La Clinique photographique de l'Hôpital Saint-Louis*, Chamerot&Lauwereyns, Paris 1868.
- J. Harley Warner e J. M. Edmonson, *Dissection. Photographs of a Rite of Passage in American Medicine 1880-1930*, Blast Books, New York 2009.
- G. Harrus-Révidi, *L'Hystérie*, PUF, Paris 1997.
- R. Harvey, *The judgment of urines*, “Canadian Medical Association Journal”, n. 159, 1998, pp. 1482-1484.

- F. Haskell, *Le immagini della storia. L'arte e l'interpretazione del passato*, trad. it. Einaudi, Torino 1997.
- A. Hauser, *Le teorie dell'arte. Tendenze e metodi della critica moderna*, trad. it. Einaudi, Torino 1969.
- S. L. Henderson Smith, *On trying to be a poet*, "British Medical Journal", 22 novembre 1975, p. 455.
- M. Henry, *Le corps vivant*, "Présentation", n. 12-13, marzo 2000, pp. 13-35.
- Y. Hersant, *Mélancolies. De l'Antiquité au XX^e siècle*, Robert Laffont, Paris 2005.
- , *Mélancolie rouge*, in J. Clair, a cura di, *Mélancolie. Génie et folie en Occident* (catalogo della mostra), Gallimard-Réunion des Musées Nationaux, Paris 2008, pp. 112-119.
- C. Herzlich, *Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale*, trad. it. in M. Augé e C. Herzlich, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano 1986, pp. 177-196.
- e J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris 1984.
- M. B. Hesse, *Modelli e analogie nella scienza*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1980.
- D. Hillman e C. Mazzio, a cura di, *The Body in Parts. Fantasies of Corporeality in Early Modern Europe*, Routledge, New York-London 1997.
- J. Hillman, *Malinconia senza Dei*, trad. it. in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001, pp. 3-16.
- S. Hirsh, *Codes of consumption. Tuberculosis and body image at the fin-de-siècle*, in L. S. Dixon, a cura di, *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 144-165.
- B. Hofmann, *The technological invention of disease*, "Medical Humanities", n. 27, 2001, pp. 10-19.
- E. Holländer, *Plastik und Medizin*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1912.
- , *Die Medizin in der klassischen Malerei*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1913.
- , *Die Karikatur und Satire in der Medizin. Mediko-kunsthistorische Studie*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1921².
- D. J. Horne, J. W. Tiller et alii., *Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room*, "Academic Medicine", vol. 65, n. 10, 1990, pp. 645-646.
- A. Houbracken, *De groote schouburgh der Nederlantsche konstschilders en schilderessen*, B.M. Israël, Amsterdam 1976.
- J. D. Howell, *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London 1995.
- A. Hudson Jones e R. A. Carson, *Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 1006-1009.
- F. Huisman, *Medicine and the health care in the Netherlands*, in K. Van Berkel, A. Van Helden e L. Palm, a cura di, *A History of the Science in The Netherlands*. Survey, Themes and Reference, Brill, Leiden-Boston-Köln 1999, pp. 239-278.
- , *Shaping the medical market. On the construction of quackery and folk medicine in Dutch historiography*, "Medical History", vol. 43, 1999, pp. 359-375.
- J. Huizinga, *L'autunno del Medioevo*, trad. it. Sansoni, Firenze 1985.

- , *La civiltà olandese del Seicento* [1933], trad. it. Einaudi, Torino 2008.
- P. Hulten, a cura di, *Futurismo e futurismi*, Bompiani, Milano 1986.
- M. Humphrey, *Chlorosis. The virgin disease*, in K. F. Kipler, a cura di, *Plague, Pox & Pestilence. Disease in History*, Weidelfeld & Nicolson, London 1997, pp. 160-165.
- A. Hunsaker Hawkins, J. O. Ballard e D. J. Hufford, *Humanities education at Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, Pennsylvania*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 1001-1005.
- L. Hunter e S. Hutton, a cura di, *Women, Science and Medicine, 1500-1700*, Sutton Publishing, Stroud 1997.
- B. Hurwitz, *Narrative and the practice of medicine*, "The Lancet", n. 356, 2000, pp. 2086-2089.
- L. Hutcheon, *A Theory of Parody. The Teachings of Twentieth-Century Art Forms*, Methuen, London-New York 1985.
- Ibn Hazm, *Il collare della colomba. Sull'amore e gli amanti*, trad. it. Laterza, Bari 1949 [poi SE, Milano 2008].
- J. Illes e E. Racine, *Imaging or imagining? A neuroethics challenge informed by genetics*, "The American Journal of Bioethics", n. 5, 2005, pp. 5-18.
- J. Illes, E. Racine e M. P. Kirschen, *A picture is worth 1000 words, but which 1000?*, in J. Illes, a cura di, *Neuroethics. Defining the Issues in Theory, Practice, Policy*, Oxford University Press, Oxford-New York 2006, pp. 149-169.
- I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, trad. it. Bruno Mondadori, Milano 2004.
- Image et science* (catalogo della mostra), Centre Georges Pompidou/B.P.I. e Herscher, Paris 1985.
- C. Imbroscio, *Le malattie dell'anima tra scienza e pregiudizio. Letteratura medica e letteratura parodica nel Settecento francese*, Clueb, Bologna 2002.
- Ippocrate, *Sul riso e la follia*, a cura di Y. Hersant, Sellerio, Palermo 1991.
- G. Israel, *Per una medicina umanistica. Apologia di una medicina che curi i malati come persone*, Lindau, Torino 2010.
- L. Israël, *L'isteria, il sesso, il medico*, Masson, Milano 1986.
- Y. Israël e Y. Israël, *La Carte à belle dents. L'art dentaire illustré par les cartes postales anciennes*, Éditions Gilletta, Nice 1987.
- , *La Médecine à la carte. La médecine illustrée par les cartes postales anciennes*, Éditions de la Buffa, Nice 1989.
- S. W. Jackson, *Melancholia and Depression. From Hippocratic Times to Modern Times*, Yale University Press, New Haven-London 1986.
- F. Jacob, *La Statue intérieure*, Odile Jacob, Paris 1987.
- S. Jahan, *Les Renaissance du corps en Occident (1450-1650)*, Belin, Paris 2004.
- S. James, *Passion and Action. The Emotions in Seventeenth-Century Philosophy*, Clarendon Press, Oxford 1997.

- , *Reasons, the passions and the good life*, in D. Garber e H. Ayers, a cura di, *The Cambridge History of Seventeenth-Century Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge 1998, vol. II, pp. 1358-1396.
- V. Jankélévitch, *L'ironia*, trad. it. il melangolo, Genova 1987.
- M. Jeanneret, *La médecine et les lettres. Vestiges d'un humanisme transdisciplinaire*, in G. Goubier, B. Parmentier e D. Martin, a cura di, *Doute et imagination. Constructions du savoir de la Renaissance aux Lumières*, Garnier, Paris 2011, pp. 155-164.
- K. Jaspers, *La pensée de Descartes et la philosophie*, trad. fr. in "Revue Philosophique", n. 123, maggio-agosto 1937, pp. 39-148.
- , *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- M. Jay, *Parresia visuale? Foucault e la verità dello sguardo*, in M. Cometa e S. Vaccaro, a cura di, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma 2007, pp. 19-38.
- H.-P. Jeudy, a cura di, *Arts de chair, La lettre volée*, Bruxelles 1998.
- , *Le Corps comme objet d'art*, Colin-Masson, Paris 1998.
- J. Jiménez, *Teoria dell'arte*, trad. it. Aesthetica, Palermo 2007.
- M. Joly, *La leçon d'anatomie. Le corps des artistes de la Renaissance au Romantisme*, Hazan, Paris 2008.
- C. Jones e P. Galison, a cura di, *Picturing Science, Producing Art*, Routledge, London 1998.
- L. Jordanova, *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine between the 18th and 20th Centuries*, University of Wisconsin Press, Madison 1989.
- , *Medicine and visual culture*, "Social History of Medicine", vol. 3, n. 1, 1990, pp. 89-99.
- L. Joubert, *Traité du ris suivi d'un dialogue sur la cacographie française [1579]*, Slatkine, Genève 1973.
- E. Kac, a cura di, *Sign of life. Bioart and Beyond*, The MIT Press, Cambridge-London 2007.
- , a cura di, *Biotechnology, art and culture*, The MIT Press, Cambridge-London 2007.
- F. Kafka, *Confessioni e diari*, trad. it. Mondadori, Milano 1972.
- , *Lettere a Milena*, trad. it. Mondadori, Milano 1988.
- V. Kalitzkus e P. F. Matthiessen, *Narrative-Based Medicine. Potential, pitfalls, and practice*, "The Permanente Journal", vol. 13, n. 1, 2009, pp. 80-86.
- K. Kaplan-Solms e M. Solms, *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- F. Karinty, *Viaggio intorno al mio cranio*, trad. it. Rizzoli, Milano 2010.
- D. Katz, *Ma El Greco era davvero astigmatico?*, trad. it. Armando, Roma 2009.
- M. Kemp, *Immagine e verità. Per una storia dei rapporti tra arte e scienza*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1999.
- , *Visualizations. The Nature Book of Art and Science*, Oxford University Press, Oxford 2000.
- , *The Mona Lisa of modern science*, "Nature", 421, 2003, pp. 416-420.
- , *From science in art to the art of science*, "Nature", n. 434, 17 marzo 2005, pp. 308-309.

- , *Seen/Unseen. Art, Science and Intuition from Leonardo to the Hubble Telescope*, Oxford University Press, London-Oxford 2006.
- e M. Wallace, *Spectacular Bodies. The Art and Science of the Human Body from Leonardo da Vinci to Now*, Hayward Gallery-University of California Press, London-Berkeley 2000.
- S. Kern, *Il tempo e lo spazio. La percezione del mondo tra Otto e Novecento*, trad. it. il Mulino, Bologna 1995.
- G. Kern Paster, K. Rowe e M. Floyd-Wilson, a cura di, *Reading the Early Modern Passions. Essays in the Cultural History of Emotion*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2004.
- J. Kerner, *Kleksographien. Mit Illustrationen nach den Vorlagen des Verfassers*, Deutsche Verlags Anstalt, Stuttgart-Leipzig-Berlin-Wien 1890.
- S. Kierkegaard, *Briciole di filosofia e Postilla non scientifica*, trad. it. Zanichelli, Bologna 1962.
- B. Kevles, *Naked to the Bone. Medical Imaging in the Twentieth Century*, Rutgers University Press, New Brunswick 1997.
- G. Kieft, *I Paesi Bassi settentrionali. Arte, mestiere e committenza nel secolo d'oro*, trad. it. in B. W. Meijer, a cura di, *La pittura in Europa. La pittura nei Paesi Bassi*, Electa, Milano 1997, tomo 2, pp. 409-523.
- C. Kiesseling, T. Müller et alii, *A medical humanities special study module on principle of medical theory and practice at the Charité, Humboldt University, Berlin, Germany*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 1031-1035.
- C. R. King, *The historiography of medical history. From great men to archaeology*, "Bulletin of the New York Academy of Medicine", vol. 67, n. 5, settembre-ottobre 1991, pp. 407-428.
- H. King, *L. S. Dixon, "Perilous Chastity"* ["Reviewed books"], "Medical History", vol. 40, n. 4, 1996, pp. 505-506.
- , *The Disease of Virgins. Green Sickness, Chlorosis and the Problems of Puberty*, Routledge, London 2004.
- L. S. King, *Medical Thinking*, Princeton University Press, Princeton 1982.
- A. Kircher, *Magnes sive De Arte Magnetica. Opus Tripartitum*, Iodocum Kalcoven, Coloniae Agrippinae, 1643, III, 9, pp. 777-789 (*Erotomagnetismo sive De magnetismo amoris*).
- D. Kirklin, *Metaphors for medicine: revealing reflections or just popular parodies?*, "Medical Humanities", n. 27, 2001, p. 89.
- B. D. Kirschenbaum, *The Religious and Historical Painting of Jan Steen*, Phaidon, Oxford 1977.
- C. Klapisch-Zuber, *La lutte pour la culotte, un topos iconographique des rapports conjugaux (XV^e-XIX^e siècles)*, "Clio. Histoire, femmes et sociétés", n. 34, 2011 [*Liens familiaux*], pp. 203-218.
- E. Klaver, a cura di, *The Body in Medical Culture*, Suny Press, New York 2009.
- M. Klein, *Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia* [1952], trad. it. in Ead., *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978, pp. 460-493.
- A. Kleinman, *The Illness Narrative*, Basic Books, New York 1988.
- R. Klibansky, E. Panofsky e F. Saxl, *Saturno e la melanconia. Note su storia della filosofia naturale, medicina, religione e arte*, trad. it. Einaudi, Torino 2002.

- E. Kloek, N. Teeuwen e M. Huisman, *Women of the Golden Age. An international Debate on Women in Seventeenth-Century Holland, England and Italy*, Uitgeverij Verloren, Hilversum 1994.
- W. Kloek, *Jan Steen (1626-1679)*, Waanders-Rijksmuseum, Amsterdam 2005.
- C. M. Klugman, J. Peel e D. Beckmann-Mendez, *Art Rounds. Teaching interprofessional students visual thinking strategies at one school*, "Academic Medicine", vol. 86, n. 10, 2011, pp. 1266-1271.
- E. R. Koch, *The Aesthetic Body. Passion, sensibility and corporeality in Seventeenth-Century France*, Rosemont, Cranbury 2008.
- A. Kolnai, *Der Eckel*, "Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung", vol. X, 1929 [trad. it. parz. Il disgustante [1929], "Ágalma. Rivista di studi culturali e estetica", n. 9, 2005, pp. 88-94].
- J. Kosuth, *L'arte responsabile. Tre lezioni e dieci punti per un'accademia d'arte*, Editrice Compositori, Bologna 2003.
- S. Kracauer, *La massa come ornamento*, trad. it. Prismi, Napoli 1982.
- S. K. Krackov et alii, *Medical humanities at New York University School of Medicine. An array of rich programs in diverse settings*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 977-982.
- A. Kraus, *Le motif du mensonge et la dépersonnalisation dans la mélancolie*, "L'Evolution psychiatrique", vol. 59, n. 4, 1994, pp. 649-657.
- R. Krauss, *Le Photographique. Pour une théorie des écarts*, trad. fr. Macula, Paris 1990.
- J. Kristeva, *Storie d'amore*, trad. it. Editori Riuniti, Roma 1985.
- , *Sole nero. Depressione e malinconia*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1988.
- , *La Folie. Melanie Klein ou le matricide comme douleur et comme créativité*, Fayard, Paris 2000.
- J. Lacan, *L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi [1954-1955]*, *Il Seminario*, II, Einaudi, Torino 1991.
- , *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'io*, trad. it. in Id., *Scritti*, I, Einaudi, Torino 2002, pp. 87-94.
- , *Funzione e campo della parole in psicanalisi*, trad. it. in Id., *Scritti*, I, Einaudi, Torino 2002, pp. 230-316
- , *Il Seminario. Libro VIII, Il Transfert [1960-61]*, trad. it. Einaudi, Torino 2008.
- M. Laclotte e J. Vergent-Ruiz, *Le Siècle de Rembrandt. Tableaux hollandais des collections publiques françaises* (catalogo della mostra) Réunion des Musées Nationaux, Paris 1970.
- P. Lacoste, *Le sens de l'observation*, in Id., *Contraintes de pensée, contrainte à penser. La magie lente*, PUF, Paris 1992.
- A. M. Lahtinen e M. Torppa, *Medicalisation of falling in love. Medical students' responses to Thomas Mann's "The Black Swan"*, "Medical Humanities", n. 33, 2007, pp. 44-48.
- P. Laín Entralgo, *Il medico e il malato*, trad. it. Apèiron, Bologna 1999.
- E. Lajer-Burcharth, *Real bodies*, "Art History", vol. 20, n. 2, 1997, pp. 185-213.
- G. Lakoff, *Una figura del pensiero*, trad. it. in C. Cacciari, a cura di, *Teoria della metafora*, Raffaello Cortina, Milano 1991, pp. 215-228.
- e M. Johnson, *Metafora e vita quotidiana*, trad. it. Bompiani, Milano 2007.

- C. Lamb, *Il convalescente* [1833], trad. it. in V. Woolf, *Sulla malattia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 49-58.
- M.-C. Lambotte, *Le Discours mélancolique. De la phénoménologie à la métapsychologie*, Anthropos, Paris 1993.
- , Jacques Ferrand. *De la maladie d'amour, ou mélancolie érotique*, "L'Evolution psychiatrique", vol. 59, n. 4, 1994, pp. 599-623.
- , *Esthétique de la mélancolie*, Aubier, Paris 1999.
- N. Laneyrie-Dagen, *L'Invention du corps. La représentation de l'homme du Moyen âge à la fin du XIXe siècle*, Flammarion, Paris 2006.
- J. Lange, *De morbo virgineo*, in *Medicinalium epistolarum miscellanea, varia ac rara cum eruditione, tum rerum scitu dignissimarum explicatione referta*, Johannes Oporinus, Basel 1554, pp. 74-77.
- , *Epistolae medicinales, De morbo virgineo* [1554], Francofurti, Apud heredes Andreae Wechelii, 1589, p. 100 e sgg [Epistola XXI].
- G. Lantéri-Laura, *Psiche e cervello*, trad. it. in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 143-169.
- F. Laplantine, *Antropologia della malattia*, trad. it. Sansoni, Firenze 1988.
- B. Latour e P. Weibel, *Iconoclash. Beyond the Image-Wars in Science, Religion and Art*, The MIT Press, Cambridge 2002.
- L. Laufer, *La morgue: voir l'irreprésentable*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 238-237 [on line: <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2>].
- M. e M. E. Laufer, *Adolescenza e breakdown evolutivo*, trad. it. Boringhieri, Torino 1986.
- J. Launer, *Narrative Based Primary Care. A Practical Guide*, Radcliffe Medical Press, Oxford 2002.
- C. Lawlor e A. Suzuki, *The disease of the self. Representing consumption, 1700-1830*, "Bulletin of the History of Medicine", vol. 74, n. 3, 2000, pp. 458-494.
- D. E. Leary, a cura di, *Metaphors in the History of Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1994.
- D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, Paris 1990.
- , *La Chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*, Métailié, Paris 1993.
- , *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris 1995 [e *Antropologia del dolore*, trad. it. Meltemi, Roma 2007].
- , *L'Adieu au corps*, Métailié, Paris 1999.
- A. Le Camus, *Médecine de l'esprit* [1753], Ganeau, Paris 1769².
- H. Lechat, *La Sculpture graecque*, Payot, Paris 1922.
- J. M. G. Le Clézio, *Haiï*, Skira, Genève 1971.
- J. Le Goff, *Una storia drammatica*, trad. it. in J. Le Goff e J.-C. Sournia, a cura di, *Per una storia delle malattie*, Dedalo, Bari 1985, pp. 9-10.

- e J.-C. Sournia, a cura di, *Per una storia delle malattie*, trad. it. Dedalo, Bari 1985.
- D. Leder, *Clinical interpretation. The hermeneutics of medicine*, “Theoretical Medicine”, n. 11, 1990, pp. 9-24.
- , *The Absent Body*, University of Chicago Press, Chicago 1999.
- S. Lederer e N. Rogers, *Media*, in R. Cooter e J. Pickstone, a cura di, *Medicine in the 20th Century*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam 2000, pp. 487-502.
- J. Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, trad. it. Vita e Pensiero, Milano 2005.
- H. Lefebvre, *La produzione dello spazio*, trad. it. Moizzi, Milano 1978.
- P. Legrenzi, *Storia della psicologia*, il Mulino, Bologna 1991.
- e C. Umiltà, *Neuromania*, il Mulino, Bologna 2009.
- A. Lellouch, *Une étonnante trajectoire professionnelle, ou l’itinéraire épistémologique de Jean-Martin Charcot*, in D. Gourevitch, a cura di, *Maladie et maladies. Histoire et conceptualisation*, Droz, Genève 1992, pp. 397-418.
- J. Léonard, *I malati immaginari*, trad. it. in J. Le Goff e J.-C. Sournia, a cura di, *Per una storia delle malattie*, Dedalo, Bari 1985, pp. 305-320.
- N. Leonardi, a cura di, *Luoghi della cura / Places of cure*, Silvana-Linea di confine, Milano 2005.
- B. H. Lerner, *The perils of X-Ray vision. How radiographic images have historically influenced perception*, “Perspectives in Biology and Medicine”, vol. 35, n. 3 1992, pp. 382-397.
- A. Liberati, *Un decennio di EBM*, in Id., a cura di, *Etica, conoscenza e santità. Evidence-based medicine tra ragione e passione*, Il Pensiero scientifico, Roma 2005.
- Il libro scientifico*, Sylvestre Bonnard, Milano 2001.
- G. A. Lindeboom, *Herman Boerhaave*, Methuen, London 1968.
- , *Descartes and Medicine*, Rodopi, Amsterdam 1979.
- D. Lippi, a cura di, *Specchi di carta. Percorsi di lettura in tema di Medicina Narrativa*, Clueb, Bologna 2010.
- N. Lizama, *The post-biological body. Horror, nostalgia, and the Visible Human Project*, in E. Klaver, a cura di, *The Body in Medical Culture*, Suny Press, New York 2009, pp. 125-149.
- S. Loire, *La peinture au Louvre*, préf. de Pierre Rosenberg, Réunion des Musées Nationaux-Hazan, Paris 1992.
- F. Lolli, *La depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.
- T. Longo, a cura di, *Il cuore. Arte, scienza tecnologia*, Mazzotta, Milano 2002
- A. M. Lorusso, a cura di *Metafora e conoscenza*, Bompiani, Milano 2005.
- I. S. L. Loudon, *Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa*, “British Medical Journal”, vol. 281, 20-27 dicembre 1980, pp. 1669-1675.
- I. Loudon, *The diseases called chlorosis*, “Psychological Medicine”, vol. 14, n. 1, 1984, pp. 27-36.
- , a cura di, *Western Medicine. An Illustrated History*, Oxford University Press, Oxford-New York 1997.

- M. Louis-Courvoisier, *Qu'est-ce qu'un malade sans son corps? L'objectivation du corps vue à travers les lettres de consultations adressées au Dr Tissot (1728-1797)*, in F. Frei Gerlach, A. Kreis-Schink, Cl. Opitz e B. Ziegler, a cura di, *Körperkonzepte / Concepts du corps*, Waxman, Münster-New York-München-Berlin 2003, pp. 299-310.
- , *Les Medical Humanities. Un nouveau programme d'enseignement prégradué*, "Revue médicale Suisse", vol. 60, n. 2407, 2002, pp. 1769-1772.
- e A. Wenger, *How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities: the experience of the University of Geneva*, "Medical Humanities", n. 31, 2005, pp. 51-54.
- J. L. Lowes, *The loveres maladye of hereos*, "Modern Philology", vol. 11, n. 4, aprile 1914, pp. 491-546.
- Luciano di Samostata, *Opere di Luciano, voltate in italiano da Luigi Settembrini*, vol. II, Le Monnier, Firenze 1862.
- G. Lucignani e A. Pinotti, a cura di, *Immagini della mente. Neuroscienze, arte, filosofia*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Lucrezio, *De rerum natura*, trad. it. di Luca Canali, Rizzoli, Milano 1990.
- L. Lumer e S. Zeki, *La bella e la bestia. Arte e neuroscienze*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- M. Lynch, *Discipline and the material form of images. An analysis of scientific visibility*, "Social Studies of Science", vol. 15, n. 1, 1985, pp. 37-66.
- e S. Woolgar, a cura di, *Representation in Scientific Practice*, MIT Press, Cambridge 1990.
- A. S. Lyons e R. J. Petrucelli, a cura di, *Medicine. An Illustrated History*, Harry N. Abrams, New York 1987.
- M. MacDonald, *Mystical Bedlam. Madnness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge University Press, Cambridge-London-New York 1981.
- , a cura di, *Witchcraft and Hysteria in Elizabethan London. Edward Jorden and the Mary Glover Case*, Routledge, London 1991.
- I. Maclean, *The Renaissance Notion of Woman. A Study in the Fortunes of Scholasticism and medical Science in European Intellectual Life*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- J. Macnaughton, *The art of medicine. The dangerous practice of empathy*, "The Lancet", vol. 373, 6 giugno 2009, p. 1940.
- e H. M. Evans, *Why pay attention to the artist?*, "Medical Humanities", n. 31, 2005, pp. 1-2.
- E. Macola, *Il dottor Vetrata*, in M. Mazzotti, a cura di, *Stili della sublimazione. Usi psicoanalitici dell'arte*, Franco Angeli, Milano 2001, pp. 75-79.
- Madame de Lafayette [Marie-Madeleine Pioche de la Vergne], *La principessa di Clèves*, trad. it. Frassinelli, Milano 2006.
- L. Maffei e A. Fiorentini, *Arte e cervello*, Zanichelli, Bologna 2008².
- V. Magrelli, *Nature e venature*, Mondadori, Milano 1987.
- , *Vedersi vedersi. Modelli e circuiti visivi nell'opera di Paul Valéry*, Einaudi, Torino 2002.
- , *Nel condominio di carne*, Einaudi, Torino 2003.
- T. Maldonado, *Reale e virtuale*, Feltrinelli, Milano 1992.

- N. Malebranche, *La ricerca della verità*, trad. it. Laterza, Roma-Bari 1983.
- A. Malraux, *Il museo dei musei*, trad. it. Leonardo, Milano 1994.
- C. Malvi, a cura di, *La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti*, Franco Angeli, Milano 2011.
- G. C. Mancini, a cura di, *L'arte nella medicina, la medicina nell'arte*, Azimut, Roma 2008.
- B. Mandeville, *A Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions* [1711], Arno Press, New York 1976.
- R. Mandressi, *Le Regard de l'anatomiste*, Seuil, Paris 2003.
- M. Manfredi, a cura di, *Variazioni sulla cura. Fondamenti, valori, pratiche*, Guerini e Associati, Milano, 2009.
- S. Manghi e S. Tomelleri, *Il sapere delle relazioni. Immagini emergenti nell'interazione comunicativa delle pratiche mediche*, in G. Guizzardi, a cura di, *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna 2004, pp. 15-72.
- T. Mann, *Dello spirito della medicina*, trad. it. in Id., *Scritti minori*, Mondadori, Milano 1958, pp. 461-466.
- , *La montagna incantata*, trad. it. Corbaccio, Milano 1992.
- , *L'inganno*, trad. it. Marsilio, Venezia 1992.
- P. Mantegazza, *Il secolo nevrosico*, a cura di B. Maier, Studio Tesi, Pordenone 1995.
- S. C. Marks, S. L. Bertman e J. C. Penney, *Human anatomy. A foundation for education about death and dying in medicine*, "Clinical Anatomy", vol. 10, n. 2, pp. 118-122.
- S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, "RiLUnE. Revue des Littératures de l'Union Européenne", n. 7, 2007.
- F. T. Marinetti, *Tattilismo* [1924], in Id., *Teoria e invenzione futurista*, Mondadori, Milano 1983.
- S. Marinozzi e M. Conforti, *Dal sangue come terapia alla terapia attraverso il sangue nel XVII secolo*. "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 17, n. 3, 2005, pp. 695-720.
- G. Mariotti, a cura di, *Sintomi d'amore*, Meltemi, Roma 2003.
- H. Marland e M. Pelling, a cura di, *The Task of Healing. Medicine, Religion and Gender in England and the Netherlands, 1450-1800*, Erasmus, Rotterdam 1996.
- G. Marrone, a cura di, *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Roma 2005.
- V. Masini, *Medicina narrativa*, Franco Angeli, Milano 2005.
- C. Masson, *L'image en médecine. Quels sont les enjeux de l'utilisation des différentes techniques d'imagerie médicale?*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 158-163 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- e R. Potier, *Editorial*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*] pp. 156-157 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- C. Matossian, a cura di, *Art, Anatomie*, Presses de l'Académie Royal des Beaux-Arts-La Part de l'œil, Bruxelles 2007.

- C. Mattingly e L. C. Garro, a cura di, *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 2000.
- G. Mattioli e F. Scalzone, a cura di, *Attualità dell'isteria. Malattia desueta o posizione originaria?*, Franco Angeli, Milano 2002.
- M. Mattioli, *Neologismi e barbarismi nelle scienze mediche*, Martello, Milano 1979.
- V. Mauron e C. de Ribaupierre, a cura di, *Le Corps évanoui, les images subites*, Hazan-Université de Lausanne, Lausanne 1999.
- D. P. McCabe, A. D. Castel, *Seeing is believing. The effect of brain images on judgments of scientific reasoning*, "Cognition", n. 107, 2008, pp. 343-352.
- R. E. McFarland, *The rhetoric of medicine. Lord Herbert's and Thomas Carew's Poems of Green Sickness*, "Journal of history of medicine and allied sciences", vol. 30, n. 1, gennaio 1975, pp. 250-258.
- I. C. McManus, *Humanity and the medical humanities*, "The Lancet", n. 346, 1995, pp. 1143-1145.
- L. McTavish, *Art and Technology at the Venice Biennale*, "Journal de l'Association Médicale Canadienne", vol. 169, n. 4, 19 agosto 2003, pp. 322-323.
- , *Practices of looking and the medical humanities*, "Journal of Medical Humanities", vol. 31, n. 1, 2010, pp. 11-26.
- M. R. McVaugh, *Tractatus Arnaldi de Villanova de amore heroico*. Introduzione e edizione critica, in *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, III, Seminarium Historiae Medicae Granatensis, Granada-Barcelona 1985, pp. 11-54.
- H. Meige, *Samuel van Hoogstraaten*, "Nouvelle iconographie de la Salpêtrière", tomo VIII, 1895, pp. 192-204.
- , *Le mal d'amour*, "Nouvelle iconographie de la Salpêtrière", tomo XII, 1899, pp. 57-68, 227-260, 337-352 e 420-432.
- B. W. Meijer, a cura di, *La pittura in Europa. La pittura nei Paesi Bassi*, Electa, Milano 1997 [3 tomi].
- R. Melzack, *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*, "Pain", vol. 1, n. 3, 1975, pp. 277-299.
- , *The short-form McGill Pain Questionnaire*, "Pain", vol. 30, n. 2, 1987, pp. 191-197.
- P. Mengal, *L'amour expérimental chez Alfred Binet. Genèse d'un concept*, "Recherches & éducations", n. 3, 2002
- P. Mengal, *La Naissance de la psychologie*, L'Harmattan, Paris 2005.
- , *Quand la maladie d'amour devient hystérie: le tournant de l'âge classique*, in S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, "RiLUne. Revue des Littératures de l'Union Européenne", n. 7, 2007, pp. 115-130.
- M. Menghi, *La temperanza erotica. Una raccomandazione epicurea riproposta e idealizzata in età imperiale*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 11, n. 1, 1999, pp. 29-41.
- , *Ambivalenza dell'eros. Da necessità fisiologica a malattia dell'anima e del corpo*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 17, n. 1, 2005, pp. 221-242.
- L. Mercado, *De mulierum affectionibus*, D. Fernandez a Cordoba, Vallesoleti 1579.

- M. Mercier, *Les images de microscopie électronique; construire un réel invisible*, "Culture technique", n. 22, 1991, pp. 25-34.
- G. Mercuriale, *De morbis mulieribus praelectiones*, Juntas, Venezia 1591.
- M. Merleau-Ponty, *Il dubbio di Cézanne* [1945], in Id., *Senso e non senso*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1962, pp. 27-44.
- , *Fenomenologia della percezione* [1945], trad. it. Bompiani, Milano 2003.
- , *L'occhio e lo spirito* [1961], trad. it. SE, Milano 1989.
- , *Il visibile e l'invisibile* [1964], trad. it. Bompiani, Milano 1969.
- , *La Nature*, Seuil, Paris 1995.
- M. Merzagora e P. Rodari, *La scienza in mostra*, Bruno Mondadori, Milano 2007.
- J. M. Metzl e J. D. Howell, *Making history. Lessons from the great moments series of pharmaceutical advertisements*, "Academic Medicine", vol. 79, n. 11, 2004, pp. 1027-1032.
- M. S. Micale, *Charcot and the idea of hysteria in the male*, "Medical History", n. 34, 1990, pp. 363-411.
- , *On the "Disappearance of Hysteria". A study in clinical deconstruction of a diagnosis*, "Isis", n. 84, 1993, pp. 496-526.
- , *Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations*, Princeton University Press, Princeton 1995.
- e R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, New York-Oxford 1994.
- Ph.-A. Michaud, *Aby Warburg et l'image en mouvement*, Macula, Paris 1998.
- J. Middleton e E. Middleton, *Doctors and Paintings. Insights and Replenishment for Health Professionals*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006.
- N. Mirzoeff, *Introduzione alla cultura visuale*, trad. it. Meltemi, Roma 2005.
- S. Missonnier, *Naître humain, devenir parent et être échographiste*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 190-199 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- W. J. T. Mitchell, *What is an image?*, "New Literary History", vol. 15, n. 3, 1984, pp. 503-537.
- M. Mizzau, *L'ironia. La contraddizione consentita*, Feltrinelli, Milano 1989.
- L. Moholy-Nagy, *Pittura, film, fotografia*, trad. it. Einaudi, Torino 1987.
- F. Moiraghi, *La medicina. Paradigmi teorici, immagini ideologiche, pratiche sociali*, Zanichelli, Bologna 1981.
- E. A. Moja e E. Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- A. Mol, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham 2002.
- Molière, *L'Amour médecin, Le Médecin malgré lui, Monsieur de Pourceaugnac, Les Fourberies de Scapin*, Gallimard, Paris 1971.
- , *Il malato immaginario*, trad. it. Garzanti, Milano 2009.
- A. Momigliano, *La storia tra medicina e retorica*, in Id., *Tra storia e storicismo*, Nistri-Lischi, Pisa 1985.

- M.-J. Mondzain, *Qu'est-ce voir une voir une image?* [conferenza pronunciata il 13 luglio 2004, Univeristé de tous les savoirs, on line: www.canal-u.tv].
- , *Immagine, Icona, Economia. Le origini bizantine dell'immaginario contemporaneo*, trad. it. Jaka Book, Milano 2006.
- , *Qu'est-ce que voir une image?*, “Regards”, n. 47, gennaio 2008 [on line: www.regards.fr].
- M. de Montaigne, *Saggi*, 2 voll., trad. it. Adelphi, Milano 1998.
- P. Montani, *Bioestetica. Senso comune, tecnica e arte nell'età della globalizzazione*, Carocci, Roma 2007.
- K. Montgomery Hunter, *Doctors' stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton University Press, Princeton 1991.
- , T. Chambers e D. R. Reifler, *Humanities education at Northwestern University's Feinberg School of Medicine*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, ottobre 2003, pp. 958-962.
- M. Monti e M. Motterlini, *Tutti i colori della neurofuffa*, “Il Sole 24 Ore”, domenica 15 aprile 2012.
- C. Morabito, *La mente nel cervello. Un'introduzione storica alla neuropsicologia cognitiva*, Laterza, Roma-Bari 2004.
- S. Moravia, a cura di, *Atlante delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1993.
- , *Esistenza e passione*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 3-38.
- G. Morelli, *Della pittura italiana* [1897], a cura di J. Anderson, Adelphi, Milano 1991.
- D. B. Morris, *The Culture of Pain*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1991.
- , *Illness and Culture in the Postmodern Age*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1998.
- L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006
- R. Moss-Morris, J. Weinman, K. J. Petrie *et alii*, *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*, “Psychology and Health”, vol. 17, n. 1, 2002, pp. 1-16.
- G. Mottura, *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.
- A. H. Murken, *Joseph Beuys und die Medizin*, F. Coppenrath, Münster 1978.
- J. Murray, *Development of a Medical Humanities program at Dalhousie University Faculty of Medicine, Nova Scotia, Canada (1992-2003)*, “Academic Medicine”, vol. 78, n. 10, 2003, pp. 1020-1023.
- A. Murri, *Lezioni di clinica medica [1905-1907]. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Piccin, Padova 1985.
- R. Musil, *L'uomo senza qualità*, trad. it. Einaudi, Torino 1990.
- Nadar, *Quand j'étais photographe*, Seuil, Paris 1994.
- S. Nadler, *Baruch Spinoza e l'Olanda del Seicento*, trad. it. Einaudi, Torino 2002.
- S. Naghshineh, J. P. Hafler, A. R. Miller *et alii*, *Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills*, “Journal of General Internal Medicine”, vol. 23, n. 7, 2008, pp. 991-997.
- J.-L. Nancy, *L'Intrus*, Galilée, Paris 2000.

- , *Corpus*, trad. it. Cronopio, Napoli 2001.
- , *Au fond des images*, Galilée, Paris 2003.
- J.-D. Nasio, *Mon Corps et ses images*, Payot, Paris 2013.
- S. Natale, *The invisible made visible. X rays as attraction and visual medium at the end of the nineteenth century*, “Media History”, vol. 17, n. 4, 2011, pp. 345-358.
- L. J. Nedtz, *La neurologie et l'illustration photographique du livre médical*, “Revue Neurologique”, n. 139, 1983, pp. 439-444.
- C. T. Neely, *Distracted Subjects. Madness and Gender in Shakespeare and Early Modern Culture*, Cornell University Press, Ithaca-London 2004.
- H. R. Nevitt jr., *Art and the Culture of Love in Seventeenth-Century Holland*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2003.
- F. Nietzsche, *La gaia scienza e Idilli di Messina*, trad.it. Adelphi, Milano 1997.
- A. Nistri, *The Battle of San Romano*, “British Medical Journal”, 12 gennaio 1980, p. 100.
- L. Nochlin, *The Body in Pieces. The Fragment as a Metaphor of Modernity*, Thames&Hudson, New York 1994.
- H. D. Nöske, *The “Pisse-Prophet” or the “English fortune-teller from urine”*, “Der Urologe”, vol. 44, n. 9, 2005, pp. 1062-1063.
- E. R. Nye, *Swedish Slang*, “British Medical Journal”, 22 settembre 1979, p. 711.
- E. O'Connor, *Camera Medica. Toward a morbid history of photography*, “History of Photography”, vol. 23, n. 3, autunno 1999, pp. 232-244.
- C. K. Ogden e I. A. Richards, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1966.
- M. Ogrizek, J.-M. Guillery e C. Mirabaud, *La communication médicale*, PUF, Paris 1996.
- G. Olmi, *L'inventario del mondo*, Il Mulino, Bologna 1992.
- , a cura di, *Rappresentare il corpo. Arte e anatomia da Leonardo all'Illuminismo* (catalogo della mostra), Bononia University Press, Bologna 2004.
- J. E. Olsén, *The body voyage as visual representation and art performance*, “Nuncius. Journal of the Material and Visual History of Science”, vol. 26, n. 1, 2011, pp. 222-241.
- J. Oomen e W. L. Gianotten, *Lovesickness. In search of a discarded disease*, “Medische Antropologie”, vol. 20, n. 1, 2008, pp. 69-86.
- S. O'Reilly, *Il corpo nell'arte contemporanea*, trad. it. Einaudi, Torino 2011.
- G. E. Orlandini, S. Zecchi Orlandini e D. Lippi, a cura di, *Medicina e anatomia nelle collezioni dell'Università degli Studi di Firenze e nelle fotografie degli Archivi Alinari* (catalogo della mostra), Alinari, Firenze 1998.
- Ph. Ortel, *La Littérature à l'ère de la photographie. Enquête sur une révolution invisible*, Jacqueline Chambon, Nîmes 2002.
- N. Oulebsir, a cura di, *Art, science et technologie*, “Histoire de l'art” [INHA], n. 67, ottobre 2010.

- W. Pagel, *Joan Baptista Van Helmont. Reformer of Science and Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge-London-New York 1982.
- , *Paracelso. Un'introduzione alla medicina filosofica nell'età del Rinascimento*, trad. it. il Saggiatore, Milano 1989.
- G. Pallardy, M.-J. Pallardy e A. Wackenheim, *Histoire illustrée de la radiologie*, Roger Dacosta, Paris 1989.
- C. Pancino e J. D'Yvoire, *Formato nel segreto. Nascituri e feti fra immagini e immaginario dal XVI al XXI secolo*, Carocci, Roma 2006.
- E. Panofsky, *Early Netherlandish Painting. Its Origins and Character*, Harvard University Press, Cambridge, Mass 1953, 2 voll.
- , *Il significato nelle arti visive*, Einaudi, Torino 1962.
- A. Paolella, *Linguaggio erotico in Giambattista Della Porta*, "Quaderni di italianistica", vol. 18, n. 1, primavera 1997, pp. 35-56.
- M. Papi e B. Didona, a cura di, *Dermart. La dermatologia tra scienza e arte*, Mazzotta, Milano 2012.
- K. Park, *Secrets of Women. Gender, Generation and the Origins of Human Dissection*, Zone Books, New York, 2006.
- K. Parker e E. Kessler, *The concept of psychology*, in C. B. Schmitt e Q. Skinner, *The Cambridge History of Renaissance Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1988, pp. 455-463.
- A. Parodi, *Storie della medicina*, Edizioni di Comunità, Milano 2002.
- J. Parrot, *Chlorose*, in *Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales*, 1^{ère} série, n. 16, 1874, pp. 699-719.
- T. Parsons, *La struttura sociale e il processo dinamico: il caso della professione medica moderna*, in *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano 1981, pp. 437-487.
- B. Pasveer, *Knowledge of shadows. The introduction of x-ray images in medicine*, "Sociology of Health and Illness", vol. 11, n. 4, pp. 360-381.
- A. Paton, *Uomo Universale*, "British Medical Journal", 12 febbraio 1977, p. 473.
- , *The man who brought the Dali to Scotland*, "British Medical Journal", 22 settembre 1979, p. 711.
- P. Paul e R. Gagnayre, *Le Rôle de l'art dans les éducations en santé*, L'Harmattan, Paris 2008.
- L. Payer, *Disease Mongers. How Doctors, Drugs and Insurers Are Making You Feel Sick*, Wiley, Hoboken 1992
- , *La babele medica. Terapie e culture mediche a confronto nel mondo occidentale*, trad. it. ETD, Torino 1992.
- S. J. Peitzman e R. C. Maulitz, *La fondazione della diagnosi*, trad. it. in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 255-283.
- E. D. Pellegrino e D. C. Thomasma, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, trad. it. Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1992.
- D. Pennac, *La lunga notte del dottor Galvan*, trad. it. Feltrinelli, Milano 2007.
- J. C. Penney, *Reactions of medical students to dissection*, "Journal of Medical Education", n. 60, 1985, pp. 58-60.

- M. Perniola, *L'arte e la sua ombra*, Einaudi, Torino 2000.
- F. E. Perozziello, *Storia del pensiero medico*, 4 voll., Mattioli 1885, Fidenza 2007-2010.
- H. Perry Chapman, *Jan Steen's household revisited*, "Simiolus. Netherlands quarterly for the history of art", vol. 20, n. 3-4, 1990-91, pp. 183-196.
- , *Home and the Display of Privacy*, in M. Westermann, a cura di, *Art and Home. Dutch interiors in the age of Rembrandt*, The Newark Museum and Denver Art Museum-Waanders, Zwolle 2001, pp. 129-152.
- , W. Th. Kloek e A. K. Wheelock jr., *Jan Steen. Painter and Storyteller*, National Gallery of Art-Rijksmuseum-Yale University Press, Washington-New Haven-London-Amsterdam 1996.
- M. Perry, N. Maffulli, S. Willson e D. Morrissey, *The effectiveness of arts based interventions in medical education. A literature review*, "Medical Education", vol. 45, 2011, pp. 141-148.
- E. R. Peschel, a cura di, *Medicine and literature*, Neale Watson Academic Publications, New York 1980.
- A. Peterkin, *Medical humanities for what ails us*, "Canadian Medical Association Journal", vol. 178, issue 5, 26 febbraio 2008, p. 648.
- K. L. Peterson, *Popular Medicine, Hysterical Disease, ad Social Controversy in Shakespeare's England*, Ashgate, Farnham-Burlington 2010.
- S. Petrosino, *Piccola metafisica della luce*, Jaka Book, Milano 2004.
- E. Petterson, *Amans amanti medicus. Das Genremotiv der ärztlichen Besuch in seinem kulturhistorischen Kontext*, Mann, Berlin 2000.
- I. Pezzini, a cura di, *Semiotica delle passioni. Saggi di analisi semantica e strutturale*, Esculapio, Bologna 1991.
- R. Pierson e R. Stephanson, *Imagining reproduction in science and history*, "Journal of Medical Humanities", vol. 31, issue 1, marzo 2010, pp. 1-9.
- J. Pigeaud, *La Maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, Paris 1989.
- , *Reflection on love-melancholy in Robert Burton*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros. The Medical Traditions of Love in the Renaissance*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992, pp. 211-231.
- , *L'Art et le vivant*, Gallimard, Paris 1995.
- , *Melancholia. La malaise de l'individu*, Payot & Rivages, Paris 2008.
- , *Poétiques du corps. Aux origines de la médecine*, Les Belles Lettres, Paris 2008.
- D. Pinel, *La follia dei vapori*, trad. it. in J. Le Goff e J.-C. Sournia, a cura di, *Per una storia delle malattie*, Dedalo, Bari 1985, pp. 187-194.
- A. Pinotti *Estetica della pittura*, il Mulino, Bologna 2007.
- , *Empatia. Storia di un'idea da Platone al postumano*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- e A. Somaini, a cura di, *Teorie dell'immagine*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
- G. Pizza, *Antropologia medica*, Carocci, Roma 2005.

- C. Pogliano, *Lumen in obscuris. The winding road of modern endoscopy*, "Nuncius. Journal of the Material and Visual History of Science", vol. 26, n. 1, 2011, pp. 50-82.
- R. Poma, *Metamorfosi dell'hereos. Fonti medievali della psicofisiologia del mal d'amore in età moderna (XVI-XVII)*, in S. Marcozzi e I. Piperno, a cura di, *Eros Pharmakon*, "RiLUne. Revue des Littératures de l'Union Européenne", n. 7, 2007, pp. 39-52.
- P. Pomme, *Essai sur les affections vaporeuses des deux sexes, contenant une nouvelle méthode de traiter ces maladies fondée sur des observations*, Benoit Duplain, Lyon 1763.
- A. Pontius, *Icono-diagnosis, a medical humanist approach, detecting Crouzon's malformation in Cook Islands' prehistoric art*, "Perspectives in Biology and Medicine", n. 27, 1983, pp. 107-120.
- K. Popper, *Problemi, scopi e responsabilità della scienza*, in Id., *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino 1969, pp. 121-158.
- , *Poscritto alla logica della scoperta scientifica, I, Il realismo e lo scopo della scienza*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1984.
- E. Porcu, *La comunicazione medico-paziente al tempo delle nuove tecnologie*, in G. Remuzzi e C. Cipolla, a cura di, *Dire, fare, curare. Parole tra medici e malati*, Franco Angeli, Milano 2008, pp. 152-168.
- D. A. Portemer, *Les Érotomanes. Etude médico-légale*, trad. ingl. parz. in *History of Psychiatry*, vol. 11, n. 44, 2000, pp. 439-443.
- R. Porter, *The patient view.. Doing medical history from below*, "Theory and Society", n. 4, 1985, pp. 175-198.
- , *The two culture revisited*, "Cambridge Review", vol. 115, n. 2, 1994, pp. 74-80 [poi in "Boundary 2", vol. 23, n. 2, 1996, pp. 1-17].
- , a cura di, *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1996.
- , *Quacks. Fakers & Charlatans in English Medicine*, Tempus, Stroud 2001.
- e A. Wear, a cura di, *Problems and Methods in the History of Medicine*, Croom Helm-Methuen, New York 1987.
- A. Portman, *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, Milano 1969.
- J. Postel e E. Farjon, *Une description de la mélancolie à la fin de la Renaissance*, "L'Evolution psychiatrique", vol. 59, n. 4, 1994, pp. 625-634.
- , *Melancolia 1597*, in D. Gourevitch, a cura di, *Maladie et maladies. Histoire et conceptualisation*, Droz, Genève 1992, pp. 249-256.
- R. Potier, *L'imagerie médicale à l'épreuve du regard*, "Cliniques méditerranéennes", n. 76, 2007/2, pp. 77-90.
- , *L'image en médecine. Esquisse et précipice*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 164-169 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- E. Powley e R. Higson, *The Arts in Medical Education. A Pratical Guide*, Radcliffe Publishing, Oxford 2005.
- M. Praz, *Studies in Seventeenth-Century Imagery*, Edizioni di Storia e Letteratura, Roma 2001.
- L. Premuda, *Rapporti fra arte e medicina e spunti di metodo nello studio di essi*, "Il Policlinico", n. 44, 1952, pp. 1475-1481.

- , *Storia dell'iconografia anatomica*, Ciba Edizioni, Milano 1993.
- A. Prete, a cura di, *Nostalgia. Storia di un sentimento*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
- , *La passione d'amore e la scrittura romantica*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 181-211.
- H. Prigent, *Mélancolie. Les métamorphoses de la dépression*, Gallimard-Réunion des Musées Nationaux, Paris 2010.
- Prospettive estetiche in medicina*, "Rivista per le Medical Humanities", n. 19, luglio-settembre 2011.
- M. Proust, *Alla ricerca del tempo perduto. Dalla parte di Swann*, trad. it. Mondadori, Milano 1987.
- , *Alla ricerca del tempo perduto. Il tempo ritrovato*, trad. it. Mondadori, Milano 1993.
- , *Alla ricerca del tempo perduto. La parte dei Guermantes*, trad. it. Mondadori, Milano 1995.
- E. Pulcini, *La passione del moderno: l'amore di sé*, in S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 133-180.
- I. Quaranta, a cura di, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
- H. Quéré, *Le rêveries di un imbronciato solitario*, trad. it. in I. Pezzini, a cura di, *Semiotica delle passioni. Saggi di analisi semantica e strutturale*, Esculapio, Bologna 1991, pp. 27-34.
- A. Quondam, *Il gentiluomo malinconico*, in B. Frabotta, a cura di, *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dell'interiorità*, Donzelli, Roma 2001, pp. 93-123.
- F. Rabelais, *Gargantua e Pantagruelle*, trad. it. Einaudi, Torino 1993.
- E. Racine, O. Bar-Ilan e J. Illes, *fMRI in the public eye*, "Nature Reviews Neuroscience", vol. 6, n. 2, 2005, pp. 159-164.
- A. P. Radford, *Dead wood fungi*, "British Medical Journal", 22 settembre 1979, p. 711.
- M. Radstake, *Visions of Illness. An Endography of Real-Time Medical Imaging*, Eburon, Delft 2007.
- , *Looking for a sponge. How a body learns to be affected by ultrasound*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within. Art, Medicine and Visualization*, Brill, Leiden-Boston 2009, pp. 123-137.
- J. Rancière, *L'Inconscient esthétique*, Galilée, Paris 2001.
- O. Ranum, *I rifugi dell'intimità*, trad. it. in P. Ariès e G. Duby, *La vita privata dal Rinascimento all'Illuminismo*, Laterza, Roma-Bari 1988, pp. 160-204.
- E. Rasy, *Figure della malinconia*, Skira, Milano 2012.
- O. Ratib, *Le Corps et son image. Du diagnostic à l'esthétisme de l'imagerie médicale*, Favre, Lausanne 2010.
- D. Raymond, *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*, Brunot-Labbe, Paris 1816.
- M. Raynaud, *Les Médecins au temps de Molière*, Didier, Paris 1882.
- E. Rawlings, *Wigs*, "British Medical Journal", 24 gennaio 1976, p. 214.
- M. Recalcati, *Al di là del corpo isterico: l'acting out dell'orrore. Note sul corpo nella clinica e nell'arte contemporanea*, in D. Giglioli e A. Violi, a cura di, *L'immaginario dell'isteria*, Bruno Mondadori, Milano 2005, pp. 97-111.

- R. Recht, *Le Texte de l'oeuvre d'art: la description*, Presses Universitaires de Strasbourg-Musée d'Unterlinden, Strasbourg-Colmar 1998.
- C. Reicher, a cura di, *Le Corps et ses fictions*, Minuit, Paris 1984.
- S. J. Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge University Press, Cambridge 1981.
- , *Technological Medicine. The Changing World of Doctors and Patients*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2009.
- P. Richer, *L'Art et la médecine*, Gaultier, Magnier & C^{ie}, Paris 1901.
- , *Introduction à l'étude de la figure humaine*, Gaultier, Magnier & C^{ie}, Paris 1902.
- P. Ricoeur, *La metafora viva. Dalla retorica alla poetica: per un linguaggio di rivelazione*, trad. it. Jaca Book, Milano 1976.
- W. Riese, *Descartes as a psychotherapist. The uses of rational philosophy in the treatment of discomfort and disease ; its limitations*, "Medical History", vol. 10, n. 3, luglio 1966, pp. 237-244.
- C. Ripa, *Iconologia*, Einaudi, Torino 2012.
- Y. Ripa, *La Ronde des folles*, Aubier, Paris 1986.
- P. Ritarossi, *La natura della donna. La concezione dell'utero nella tradizione popolare*, "Medicina nei secoli. Arte e scienza", vol. 4, n. 2, 1992, pp. 59-70.
- C. Rivière Dufresny, *La Malade sans maladie* [1699], in Id., *Œuvres*, vol. I, Briasson, Paris 1747.
- L. J. Rizzolo, *Human dissection. An approach to interweaving the traditional and humanistic goals of medical education*, "The Anatomical Record", vol. 269, n. 6, 2002, pp. 242-248.
- G. G. Roberts e N. J. Touma, *The face of testicular pain. A surprising ultrasound finding*, "Urology", vol. 78, n. 3, 2011, p. 565.
- K. B. Roberts e J.D.W. Tomlinson, *The Fabric of Body. European Tradition of Anatomical Illustration*, Clarendon Press, Oxford 1992.
- F. W. Robinson, *Gabriel Metsu (1629-1667). A Study of his Place in Dutch Genre Painting of the Golden Age*, Abner Schram, New York 1974.
- G. Roccatagliata, *Riflessioni sulla decadenza dell'isteria*, Liguori, Napoli 1992.
- L. Rodler, *I termini fondamentali della critica letteraria*, trad. it. Bruno Mondadori, Milano 2004.
- J. Roger, *Les Sciences de la vie dans la pensée française du XVII siècle*, Armand Colin, Paris 1971.
- P. de Ronsard, *De par les prés mignards et frétilards. Choix de poèmes amoureux, érotiques et bachiques*, Éditions du Cherche-Lune, Vendôme 1985.
- H. Rorschach, *Psicodiagnostica*, trad. it. Kappa, Roma 1981.
- K. Rosenkranz, *Estetica del brutto*, trad. it. Aesthetica, Palermo 2004.
- S. Rossi, a cura di, *Scienza e miracoli nell'arte del Seicento. Alle origini della medicina moderna* (catalogo della mostra), Electa, Milano 1998.
- P. Roth, *La lezione di anatomia*, trad. it. Einaudi, Torino 2007.
- J. Roubaud, *La Fleur inverse*, Les Belles Lettres, Paris 2009.

- A. Rouillé, *Le Corps et son image. Photographies du dix-neuvième siècle*, Contrejour, Paris 1986.
- G. S. Rousseau, *The invention of nymphomania* [1982], in Id., *Perilous Enlightenment. Pre and Post-modern Discourses. Sexual, Historical*, Manchester University Press, Manchester-New York, 1991, pp. 44-64 [anche in Id., *Nervous Acts. Essays on Literature, Culture and Sensibility*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2004, pp. 188-210].
- , *Enlightenment Borders. Pre and Post-modern Discourses. Medical Scientific*, Manchester University Press, Manchester-New York 1991.
- , *Enlightenment Crossing. Pre and Post-modern Discourses. Antropological*, Manchester University Press, Manchester-New York 1991.
- , *Depression's forgotten genealogy. Notes towards a history of depression*, "History of Psychiatry", vol. 11, n. 41, 2000, pp. 71-106.
- , *Nervous Acts. Essays on Literature, Culture and Sensibility*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2004.
- , M. Gill, D. Haycock e M. Herwig, a cura di, *Framing and Imagining Disease in Cultural History*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2003.
- e R. Porter, a cura di, *Sexual Underworlds of the Enlightenment*, Manchester University Press, Manchester 1987.
- J. Rousselot, a cura di, *La medicina nell'arte*, Silvana, Milano 1970.
- E. G. Ruestow, *The Microscope in the Dutch Republic. The Shaping of Discovery*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, trad. it. Adelphi, Milano 1986.
- , *Su una gamba sola*, trad. it. Adelphi, Milano 1991.
- L. Sanders, *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*, trad. it. Einaudi, Torino 2009.
- M. Sappol, *Dream anatomy* (catalogo della mostra), U.S. Department of Health and Human Services-National Institute of Health-National Library of Medicine, Washington 2006.
- J.-P. Sartre, *Un'idea fondamentale della fenomenologia di Husserl*, trad. it. in Id., *Che cos'è la letteratura*, Il Saggiatore, Milano 1963.
- , *L'essere e il nulla*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 2008.
- H.-M. Sass, *Medicine. Beyond the boundaries of science, technology, and arts*, in C. Delkeskamp-Hayes e M. A. Gardell Cutter, a cura di, *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-Boston-London 1993, pp. 259-270.
- B. F. Saunders, *CT Suite. The Work of Diagnosis in the Age of Noninvasive Cutting*, Duke University Press, Durham 2008.
- J. Sawday, *The Body Emblazoned. Dissection and the Human Body in Renaissance Culture*, Routledge, London-New York 1995.
- M. Sax, J. M. Walsh, I. C. Freestone et alii, *The origin of two purportedly pre-columbian Mexican crystal skulls*, "Journal of Archaeological Science", vol. 35, n. 10, 2008, pp. 2751-2760.
- E. Scarry, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, trad. it. il Mulino, Bologna 1990.
- S. Schade, *Charcot and the spectacle of hysterical body*, "Art History", vol. 18, n. 4, dicembre 1995, pp. 499-517.

- P. B. Schaff, S. Isken e R. M. Tager, *From contemporary art to core clinical skills. Observation, interpretation, and meaning-making in a complex environment*, "Academic Medicine", vol. 86, n. 10, 2011, pp. 1272-1276.
- S. Shama, *Wives and wantons. Versions of womanhood in 17th century Dutch art*, "Oxford Art Journal", vol. 3, n. 1, 1980, pp. 5-13.
- , *Il disagio dell'abbondanza. La cultura olandese nell'epoca d'oro*, Mondadori, Milano 1993.
- A. Scharf, *Arte e fotografia*, trad. it. Einaudi, Torino 1979.
- J. A. Shaw, *Toby jugs and Violets*, "British Medical Journal", 18 ottobre 1975, p. 159.
- M. A. Schenkeveld, *Dutch Literature in the Age of Rembrandt. Themes and Ideas*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 1991.
- J. Schiesari, *The Gendering of Melancholia. Feminism, Psychoanalysis, and the Symbolics of Loss in Renaissance Literature*, Cornell University Press, Ithaca-London 1992.
- P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo*, trad. it. Franco Angeli, Milano 1973.
- W. Schivelbusch, *Luce. Storia dell'illuminazione artificiale nel XIX secolo*, Pratiche, Parma 1994.
- J. Schlanger, *Les Métaphores de l'organisme* [1971], L'Harmattan, Paris 1995.
- W. Schleiner, *Ethical problems of the lie that heals in Renaissance literature*, in R. Beecher e M. Ciavolella, a cura di, *Eros and Anteros. The Medical Traditions of Love in the Renaissance*, University of Toronto Italian Studies-Dovehouse, Toronto-Ottawa 1992, pp. 161-175.
- J. von Schlosser, *Storia del ritratto in cera*, trad. it. Quodlibet, Macerata 2011.
- G. Schmidt e R. Schenk, a cura di, *Kunst und Naturform / Form in art and nature / Art et nature*, Basilius, Basel 1960.
- J. Schmidt, *Melancholy and the therapeutic language of moral philosophy in seventeenth-century thought*, "Journal of the History of Ideas", vol. 65, n. 4, 2004, pp. 583-601.
- F. Schmidt-Degener e H. R. Van Gelder, *Jan Steen*, trad. ingl. John Lane, London 1927.
- J. M. Schneck, *The love-sick patient in the history of medicine*, "Journal of Medicine and Allied Sciences", n. 12, 1957, pp. 266-267.
- G. Schott, *Duchenne superciliously "corrects" the Laocoön. Sculptural considerations in the "Mécanisme de la Physionomie Humaine"*, "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry", vol. 84, 2013, pp. 10-13.
- W. Schupbach, *The paradox of Rembrandt's Anatomy of Dr. Tulp*, "Medical History", suppl. 2, Wellcome Institute for the History of Medicine, London 1982.
- , a cura di, *Wellcome Institute for the History of Medicine. Iconographic Collections*, The Trustees of Wellcome Trust, London 1989.
- G. Schwartz, *Art in history*, in D. Freedberg e J. de Vries, *Art in History, History in art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 7-16.
- L. Schwartz, *Parallel experience. How art and art theory can inform ethics in human research*, "Medical Humanities", n. 29, 2003, pp. 59-64.
- P. A. Scott, *The relationship between the arts and medicine*, "Medical Humanities", n. 26, 2000, pp. 3-8.
- H. Sedlmayr, *La luce nelle sue manifestazioni artistiche*, trad. it. Aesthetica, Palermo 1989.

- A. Ségal, *I mezzi di esplorazione del corpo*, trad. it. in M. D. Grmek, a cura di, *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari 1998, pp. 285-298.
- V. Segalen, *Les Cliniciens-ès-lettres*, pref. di J. Starobinski, Fata Morgana, Montpellier 1980.
- J. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894) recueillies et publiées par Henry Meige*, Asselin&Houzeau, Paris 1895.
- D. Sennert, *Institutiones medicae*, in Id., *Operum*, tomo III, Ioannis Anthonii Huguetan, Lugduni 1650, pp. 72-102.
- L. Serianni, *Un treno di sintomi*, Garzanti, Milano 2005.
- M. Serres, *Variations sur le corps*, Le Pommier-Fayard, Paris 1999.
- S. Settis, *Laocoonte, fama e stile*, Donzelli, Roma 1999.
- A. Shafer, *Medical humanities. Demarcations, dilemmas and delights*, "Medical Humanities", n. 35, 2009, pp. 3-4.
- J. Shapiro, *A sampling of the medical humanities*, "Journal for Learning through the Arts", Center for Learning through the Arts and Technology, UC, Irvine 2006 [e-learning, University of California].
- , *Medical Humanities Introduction*, "Journal for Learning through the Arts", Center for Learning through the Arts and Technology, UC, Irvine 2009 [e-learning, University of California].
- , V. Nguyen, S. Mourra *et alii*, *The use of creative projects in a gross anatomy class*, "Journal for Learning through the Arts", Center for Learning through the Arts and Technology, UC, Irvine 2006 [e-learning, University of California].
- , V. Nguyen, S. Mourra *et alii*, *Relationship of creative projects in anatomy to medical student professionalism, test performance and stress: an exploratory study*, "BMC. Medical Education", vol. 9, n. 65, 2009, p. 65.
- e L. Rucker, *Can poetry make better doctors? Teaching the humanities and arts to medical students and residents at the University of California, Irvine, College of Medicine*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, 2003, pp. 953-957.
- , L. Rucker e J. Beck, *Training the clinical eye and mind. Using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills*, "Medical Education", vol. 40, n. 3, 2006 pp. 263-268.
- E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1986.
- D. Sicard, *Hippocrate et le scanner. Réflexion sur la médecine contemporaine. Entretiens avec Gérard Haddad*, Desclée de Brouwer, Paris 1999.
- M. Sicard, *L'Année 1895, l'image écartelée entre voir et savoir*, Les empêcheurs de penser en rond-Synthélabo, Paris 1994.
- , *La Fabrique du regard. Images de sciences et appareils de vision (XV^e-XX^e siècle)*, Odile Jacob, Paris 1998.
- , R. Pujade e D. Wallach, *À Corps et à raison. Photographies médicales 1840-1920*, Marval, Paris 1995.
- K. Siena, a cura di, *Sins of the Flesh. Responding to Sexual Disease in Early Modern Europe*, Centre for Reformation and Renaissance Studies, Toronto 2005.
- H. Sigerist, *The historical aspect of art and medicine*, "Bulletin of the History of Medicine", n. 4, 1936, pp. 271-297.

- M. Simonazzi, *La malattia inglese. La melanconia nella tradizione filosofica e medica dell'Inghilterra moderna*, il Mulino, Bologna 2004.
- H. C. Sims, *The golden journey to Elephantine*, "British Medical Journal", 12 febbraio 1977, p. 473.
- S. Sinclair, *Making Doctors. An Institutional Apprenticeship*, Berg, Oxford-New York 1997.
- M. Sirridge e K. Welch, *Body image and the innocent eye*, "Medical Humanities", n. 28, 2000, pp. 35-40.
- , *The program in Medical Humanities at the University of Missouri-Kansas City School of Medicine*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, 2003, pp. 973-976.
- J. R. Skelton, *Correspondence: Medicine and self-image in literature*, "The Lancet", Vol 359, March 16, 2002, p. 981.
- J. R. Skelton, C. P. Thomas e J. A. A. Macleod, *Teaching literature and medicine to medical students, part I: the beginning*, "The Lancet", n. 356, 2000, pp. 1920-1922.
- , *Teaching literature and medicine to medical students, part II: why literature and medicine?*, "The Lancet", n. 356, 2000, pp. 2001-2003.
- D. Skolnick Weisberg, F. C. Keil, J. Goodstein, E. Rawson e J. R. Gray, *The seductive allure of neuroscience explanations*, "Journal of Cognitive Neuroscience", vol. 20, n. 3, 2008, pp. 470-477.
- P. Skrabanek e J. Mc Cormick, *Follie e inganni della medicina*, trad. it. Marsilio, Venezia 1992.
- E. Slater, *What is hysteria?*, in A. Roy, a cura di, *Hysteria*, John Wiley, Chichester 1982, pp. 37-40.
- J. Slatman, *L'imagerie du corps interne*, "Methodos. Savoirs et textes", n. 4, 2004 [on line: www.methodos.revues.org].
- , *Transparent bodies. Revealing the myth of interiority*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within. Art, Medicine and Visualization*, Brill, Leiden-Boston 2009, pp. 107-122.
- S. Slive, *Frans Hals*, Phaidon, London-New York 1970-1974.
- , *Dutch Painting 1600-1800*, Yale University Press, New Haven-London 1995.
- E. J. Sluijter, *Didactic and disguised meanings? Several seventeenth-century texts on painting and the iconological approach to Northern Dutch paintings of this period*, in D. Freedberg e J. de Vries, a cura di, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 175-208.
- , *Seductress of Sight. Study in Dutch Art of Golden Age*, Waanders, Zwolle 2000.
- H. Small, *Love's Madness. Medicine, the Novel, and Female Insanity 1800-1865*, Clarendon Press, Oxford 1996.
- A. Smelik, a cura di, *The Scientific Imaginary in Visual Culture*, V&R Unipress, Göttingen 2010.
- J. W. Smit, *History in art*, in D. Freedberg e J. de Vries, *Art in History, History in Art. Studies in Seventeenth-Century Dutch Culture*, The Getty Center for the History of Art and the Humanities, Santa Monica 1991, pp. 17-25.
- P. Smith, *The Body of the Artisan. Art and Experience in the Scientific Revolution*, The University of Chicago Press, Chicago-London 2004.
- A. A. Snellert, *Reading Jacob Cats*, in E. Kloek, N. Teeuwen e M. Huisman, a cura di, *Women of the Golden Age. An international Debate on Women in Seventeenth-Century Holland, England and Italy*, Uitgeverij Verloren, Hilversum 1994, pp. 21-34.

- C. Snow, *Le due culture*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1970.
- S. Sontag, *Malattia come metafora*, trad. it. Einaudi, Torino 1992.
- J.-C. Sournia, *Storia della medicina*, trad. it. Dedalo, Bari 1984.
- B. Spinoza, *Opere*, a cura di F. Magnini, Mondadori, Milano 2007.
- S. Spinsanti, *Medicina e letteratura*, Zadig, Roma 2009.
- H. A. Squier, *The teaching of literature and medicine in medical school education*, "The Journal of Medical Humanities", vol. 16, n. 3, 1995, pp. 175-187.
- S. M. Squier, *Liminal Lives. Imagining the Human at the Frontiers of Biomedicine*, Duke University Press, Durham-London 2004.
- B. M. Stafford, *Body Criticism. Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*, The MIT Press, Cambridge-London 1991.
- , *Good Looking. Essays on the Virtue of Images*, The MIT Press, Cambridge-London 1996.
- , *Visual Analogy. Consciousness as the Art of Connecting*, The MIT Press, Cambridge-London 1999.
- G. Stampa, *Rime*, a cura di A. Salza, Laterza, Bari 1913.
- J. Starobinski, *La mélancolie de l'anatomiste*, "Tel Quel", n. 10, 1962, pp. 21-29.
- , *L'encre de la mélancolie*, "La Nouvelle Revue Française", n. 123, 1963, pp. 410-423.
- , *La Relation critique*, Gallimard, Paris 1970.
- , *L'occhio vivente. Studi su Corneille, Racine, Stendhal, Freud*, trad. it. Einaudi, Torino 1975.
- , *Le passé de la passion. Textes médicaux et commentaires*, "Nouvelle Revue de Psychanalyse", n. 21, 1980 pp. 51-76.
- , *Chlorosis. The "green sickness"*, "Psychological Medicine", n. 11, 1981, pp. 459-468.
- , *Montaigne en mouvement*, Gallimard, Paris 1982.
- , *Brève histoire de la conscience du corps*, in R. Ellrodt, a cura di, *Genèse de la conscience moderne. Etudes sur le développement de la conscience de soi dans les littératures du monde occidental*, PUF, Paris 1983, pp. 215-229.
- , *Recettes éprouvées pour chasser la mélancolie*, "Nouvelle Revue de Psychanalyse", n. 32, 1985, pp. 71-90.
- , *Il rimedio nel male. Critica e legittimazione dell'artificio nell'età dei lumi*, trad. it. Einaudi, Torino 1990.
- , *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, trad. it. Guerini, Milano 1990.
- , *Une mélancolie moderne: le portrait du docteur Gachet par Van Gogh*, "Médecine et Hygiène", vol. 49, 1991, pp. 1053-1057 [poi in J. Clair, a cura di, *Mélancolie, génie et folie en Occident*, Gallimard, Paris 2005, pp. 412-415].
- , *Médecine et anti-médecine*, "Revue médicale de la Suisse Romande", n. 112, 1992, pp. 1105-1111.
- , *A piene mani. Dono fastoso e dono perverso*, Einaudi, Torino 1995.
- , *La malinconia allo specchio. Tre letture di Baudelaire*, trad. it. SE, Milano 2006.

- , *Tre furori*, trad. it. SE, Milano 2006.
- E. Stephens, *Anatomy as Spectacle. Public Exhibitions of the Body from 1700 to the Present*, Liverpool University Press, Liverpool 2011.
- L. Sterne, *La vita e le opinioni di Tristram Shandy, gentiluomo*, trad. it. Mondadori, Milano 1992.
- V. Stoichita, *Breve storia dell'ombra*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 2008.
- M. Stolberg, *The monthly malady. A history of premenstrual suffering*, "Medical History", n. 44, 2000, pp. 301-322.
- A. Stott, *Neurasthenia and the new woman*, in L. S. Dixon, a cura di, *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 125-143.
- J.-P. Stroobants, *Les cadavres éternels du professeur Gunt[h]er von Hagens*, "Le Monde", 11-12 novembre 2001
- E. Strosberg, *Art et Science*, Unesco, Paris 1999.
- M. Sturken e L. Cartwright, *Practices of Looking. An Introduction to Visual Culture*, Oxford University Press, Oxford-New York 2001.
- A. L. Suchman, *A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating*, "Journal of General Internal Medicine", n. 21, 2006, pp. 40-44.
- E. Sue, *I misteri di Parigi [1843]* trad. it. Lucchi, Milano 1990.
- P. C. Sutton, a cura di, *Masters of Seventeenth-Century Dutch Genre Painting*, Philadelphia Museum of Art, Philadelphia 1984.
- , L. Vergara e A. Jensen Adams, *Love Letters. Dutch Genre Paintings in the Age of Vermeer*, Frances Lincoln, London 2003.
- C. Swan, *Art, Science and Witchcraft in the Early Modern Holland. Jacques de Gheyn II (1565-1629)*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2005.
- T. S. Szasz, *Il mito della malattia mentale*, trad. it. Spirali, Milano 2003.
- e M. H. Hollender, *Un contributo alla filosofia della medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente [1956]*, "Sanità, scienza e storia", n. 1, 1990, pp. 3-18.
- F. Tallis, *Love Sick. Love as a Mental Illness*, Century, London 2004.
- C. Talon-Hugon, *Goût et dégoût. L'art peut-il tout montrer?*, Jacqueline Chambon, Paris 2003.
- C. Tartarini, *La malattia adolescente. L'isteria tra compiacenza somatica e rifiuto del corpo*, in S. Ferrari, a cura di, *Il corpo adolescente. Percorsi interdisciplinari tra arte e psicologia*, Clueb, Bologna 2007, pp. 69-103.
- , *Anatomie fantastiche. Cinema, arti visive e iconografia medica*, Clueb, Bologna 2010.
- , *Note estetiche sulle arti-terapie*, in S. Ferrari e C. Tartarini, a cura di, *Autofocus. L'autoritratto fotografico tra arte e psicologia*, Clueb, Bologna 2010, pp. 71-82.
- , *L'iconografia fotografica delle malattie nervose: intorno alla Salpêtrière di Jean-Martin Charcot*, in S. Ferrari, a cura di, *Nuovi lineamenti di psicologia dell'arte*, Clueb, Bologna 2011, pp. 67-77.
- , *Una storica dell'arte tra medicina e celluloidi*, "Janus", n. 34, autunno 2011, pp. 52-55.
- Teresa d'Avila, *Libro della mia vita*, Edizioni Paoline, Milano 2006.

- J. S. Terry, *Dissecting room portraits. Decoding an underground genre*, "History of Photography", vol. 7, n. 2, 1983, pp. 96-98.
- M.-J. Thiel, *Où va la médecine? Sens des représentations et pratiques médicales*, Presses Universitaires de Strasbourg, Strasbourg 2003.
- D. C. Thomasma, a cura di, *The Influence of Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*, Springer, New York 1997.
- V. Tischler, a cura di, *Mental Health, Psychiatry and the Arts. A Teaching Handbook*, Radcliffe, Oxford-New York 2010.
- S. A. D. Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, Didot, Paris-Lausanne 1778-1780 [2 tomi].
- , *De la santé de gens de lettres*, François Grasset, Lausanne 1769².
- T. Todorov, *Éloge du quotidien. Essai sur la peinture hollandaise du XVII^e siècle*, Adam Biro, Paris 1993.
- L. Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ič*, trad. it. Garzanti, Milano 2005.
- S. Tomelleri, *Le metafore in opera nelle pratiche mediche*, in P. Conrad e A. Maturo, a cura di, *La medicalizzazione della vita*, "Salute e Società", n. 2, 2009, pp. 153-166.
- E. Torre, A. Corsi e P. Gentili, *Il medico smarrito. Riflessioni sul rapporto medico-paziente*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2006.
- S. Toulmin, *Knowledge and art in the practice of medicine. Clinical judgement and historical reconstruction*, in C. Delkeskamp-Hayes e M. A. Gardell Cutter, a cura di, *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-Boston-London 1993, pp. 231-249.
- A. Tramontana, *Il mal d'amore tra semiotica e semeiotica: il caso del paziente appassionato*, in G. Marrone, a cura di, *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Roma 2005, pp. 274-283.
- É. Trillat, *Histoire de l'hystérie*, Seghers, Paris 1986.
- D. Truchet, *La responsabilité juridique du fait de l'imagerie médicale*, "Recherches en Psychanalyse", n. 8, 2009 [*Les effets psychiques de l'image en médecine: regards croisés sur l'imagerie médicale*], pp. 174-181 [on line: www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-2].
- A. Tversky e D. Kahneman, *Judgment under uncertainty. Heuristics and biases*, "Science", n. 185, 1974, pp. 1124-1131.
- O. Vaenius [O. Van Veen], *Amorum Emblemata*, con introduzione di K. Portemann, Scholar Press, Aldershot 1996.
- P. Valéry, *Quaderni*, vol. 2, trad. it. Adelphi, Milano 1986.
- F. Vallerioli, *Observatio septima*, in Id., *Observationum medicinalium, libri sex*, Antoine Griphe, Lyon 1573, pp. 93-109.
- P. Vallery-Radot, *Médecine et art*, "Médecine de France", n. 192, 1968, pp. 18-22.
- J. van Beverwijck, *Schat der gesontheit. Uit Alle de werken, Ian Iacobsz Schipper*, Ian Iacobsz. Schipper Amsterdam 1660 [on line: <http://www.dbnl.org/>].
- R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within. Art, Medicine and Visualization*, Brill, Leiden-Boston 2009.

- R. van de Vall, *A penny for your thoughts. Brain-scans and the mediation of subjective embodiment*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within. Art, Medicine and Visualization*, Brill, Leiden-Boston 2009, pp. 91-105.
- A. M. van der Woude, *Variations in the size and structure of the household in the United Provinces of the Netherlands in the seventeenth and eighteenth centuries*, in P. Laslett e R. Wall, *Household and Family in Past Time*, Cambridge University Press, Cambridge-London-New York-Melbourne 1972, pp. 299-318.
- L. van Delft, *Frammento e anatomia. Rivoluzione scientifica e creazione letteraria*, trad. it. il Mulino, Bologna 2004.
- J. van Dijk, *Bodyworlds. The art of plastinated cadavers*, "Configurations", n. 9, 2001, pp. 99-126.
- , *The Transparent Body. A Cultural Analysis of Medical Imaging*, University of Washington Press, Seattle-London 2005.
- B. C. van Fraassen, *L'immagine scientifica*, trad. it. Clueb, Bologna 2005.
- L. van Gemert, *The power of weaker vessels. Simon Shama e Johann Van Beverwijck on women*, in E. Kloek, N. Teeuwen e M. Huisman, a cura di, *Women of the Golden Age. An international Debate on Women in Seventeenth-Century Holland, England and Italy*, Uitgeverij Verloren, Hilversum 1994, pp. 39-50.
- J. B. F. van Gils, *De dokter in de oude Nederlandsche toneelliteratuur*, F. Bohn, Haarlem 1917.
- , *Een detail op de Doktersschilderijen van Jan Steen*, "Oud Holland", n. 38, 1920, pp. 200-201 ["Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde", n. 65, 1921, pp. 2561-2563].
- V. van Gogh, *Correspondance générale*, tomo 3, Gallimard, Paris, 1990.
- K. van Mander, *Le vite degli illustri pittori fiamminghi, olandesi e tedeschi*, a cura di R. De Mambro Santos, Apeiron, Roma 2000.
- M. van Rijsingen, *Framing the interiority. Portraits in the age of genomics*, in R. van de Vall e R. Zwijnenberg, a cura di, *The Body Within. Art, Medicine and Visualization*, Brill, Leiden-Boston 2009, pp. 187-205.
- A. van Suchtelen, *Jan Steen in the Mauritshuis*, Royal Picture Gallery Mauritshuis-Wanders, Den Haag-Zwolle 2011.
- P. J. J. van Thiel, *Moeyaert and Bredero. A curious case of Dutch theatre as depicted in art*, "Simiolus", vol. 6, 1972-1973, pp. 29-49.
- R. Van Tiggelen e J. Pringot, a cura di, *1895-1995. Honderd Jaar X-stralen in België /Cent ans de rayons X en Belgique*, Asklepios Editeur-Belgian Museum of Radiology, [Bruxelles], 1995
- N. E. Vanzan Marchini, *Dalla scienza medica alla pratica dei corpi*, Neri Pozza, Vicenza 1993.
- J. Varandal, *De morbis et affectibus mulierum*, B. Vincent, Lyon 1619.
- , *Traité des maladies de femmes*, Robert de Ninville, Paris 1666.
- J. Vaysse, *Images du coeur*, Desclée de Brouwer, Paris 1996.
- S. Vegetti Finzi, a cura di, *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- I. Veith, *Hysteria. Histoire de l'hystérie* [1965], trad. fr. Seghers, Paris 1973.

- T. Verbeek, *Descartes and the Dutch. Early Reactions to Cartesian Philosophy 1637-1650*, Southern Illinois University Press, Carbonade-Edwardsville 1992.
- P. Vergne, a cura di, *L'Art au corps. Le corps exposé de Man Ray à nos jours*, Musée de Marseille-Réunion des Musées Nationaux, Paris 1996.
- G. Vigarello, *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo a oggi*, trad. it. Marsilio, Venezia 1987.
- , *Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal Medioevo a oggi*, trad. it. Marsilio, Venezia 1996.
- , *Histoires des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Seuil, Paris 1999.
- G. Vignaux, *L'Aventure du corps. Des mystères de l'Antiquité aux découvertes actuelles*, Pygmalion, Paris 2009.
- P. Vineis, *Nel crepuscolo della possibilità. La medicina tra scienza ed etica*, Einaudi, Torino 1999.
- e R. Satolli, *I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico*, Feltrinelli, Milano 2009.
- A. Violi, *Il teatro dei nervi. Fantasmî del moderno da Mesmer a Charcot*, Bruno Mondadori, Milano 2004.
- A. Virzì e M.S. Signorelli, *Medicina e narrativa*, Franco Angeli, Milano 2007.
- G. Viviani, *Immagini e dialoghi tra arte, scienza e radiologia*, in A. E. Cardinale, a cura di, *Immagini e segni dell'uomo. Storia della radiologia italiana*, Idelson-Gnocchi, Napoli 1995, pp. 319-350.
- F. Voltaggio, *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- , *La medicina come scienza filosofica*, Laterza, Roma-Bari 1998.
- Voltaire, *Œuvres complètes*, t. XI, Correspondance générale, Furne, Paris 1837.
- V. Volterra, a cura di, *Melanconia e musica. Creatività e sofferenza mentale*, Franco Angeli, Milano 2002.
- U. e T. von Debschitz, *Fritz Kahn. Man Machine*, Springer, Wien-New York [2009].
- G. von Hagens e A. Whalley, a cura di, *Body Worlds. The Anatomical Exhibition of Real Human Bodies*, Institut für Plastination, Heidelberg 2002.
- J. Vons, *Mythologie et médecine*, Ellipses, Paris 2000.
- E. Vul, C. Harris, P. Winkielman e H. Pashler, *Puzzlingly high correlations in fMRI studies of emotion, personality, and social cognition*, "Perspectives on Psychological Science", vol. 4, n. 3, 2009, pp. 274-290.
- C. Wachtler, S. Lundin e M. Troein, *Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program*, "BMC. Medical Education", vol. 6, n. 16, 2006 [on line: www.biomedcentral.com].
- M. F. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages. The Viaticum and its Commentaries*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1990.
- C. H. Waddington, *Behind Appearance. A Study of the Relations Between Painting and the Natural Sciences in This Century*, The MIT Press, Cambridge 1970.
- A. E. Waiboer, a cura di, *Gabriel Metsu*, National Gallery of Ireland-Rijksmuseum-National Gallery of Art-Yale University Press, Dublin-Amsterdam-Washington, New Haven-London 2010.

- P. Wald, J. Clayton e K. Holloway, a cura di, *Genomics in Literature, Visual Arts, and Culture*, "Literature and Medicine", vol. 26, n. 1, 2007.
- D. Wear, *The medical humanities at the North-eastern Ohio University College of Medicine. Historical, theoretical, and curricular perspectives*, "Academic Medicine", vol. 78, n. 10, 2003, pp. 997-1000.
- A. Weber, *Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours*, Éditions Hippocrate, Paris 1936.
- A. K. Weelock, *Dutch Paintings of the Seventeenth Century*, National Gallery of Art-Oxford University Press, Washington-Oxford-New York 1995.
- B. Wenegrat, *The Theatre of Disorder. Patients, Doctors and the Construction of Illness*, Oxford University Press, Oxford-New York 2001.
- A. Wenger, *La médecine et le corps des femmes au XVIII siècle*, in C. Fintz, a cura di, *Le Corps comme lieu de métissages*, L'Harmattan, Paris 2004, pp. 105-124.
- M. Westermann, *How was Jan Steen funny? Strategies and functions of comic painting in the Seventeenth Century*, in J. Bremmer e H. Roodenburg, a cura di, *A Cultural History of Humour*, Polity Press, Cambridge 1993, pp. 134-178.
- , *A Wordly Art. The Dutch Republic 1585-1718*, Yale University Press, New Haven-London 1996.
- , *The Amusements of Jan Steen. Comic Painting in the Seventeenth Century*, Waanders, Zwolle 1997.
- , a cura di, *Art and Home. Dutch Interiors in the Age of Rembrandt*, The Newark Museum and Denver Art Museum-Waanders, Zwolle 2001.
- , *Costly and curious, Full off pleasure and home contentment". Making home in Dutch republic*, in Ead., a cura di, *Art and Home. Dutch Interiors in the Age of Rembrandt*, The Newark Museum and Denver Art Museum-Waanders, Zwolle 2001, pp. 15-81.
- , *After iconography and iconoclasm. Current research in Netherlandish art, 1566-1700*, "The Art Bulletin", vol. LXXXIV, n. 2, 2002, pp. 351-372.
- , *Bodily infirmity as social disease. The art of Adriaen van de Venne*, in L. S. Dixon, a cura di, *In Sickness and in Health. Disease and Metaphor in Art and Popular Wisdom*, University of Delaware Press, Newark 2004, pp. 45-61.
- A. Whalley, a cura di, *Pushing the Limits. Encounter with Body Worlds Curator Gunther von Hagens*, Arts&Science, Heidelberg 2007.
- U. F. Whimster, *The Donatello Bronze*, "British Medical Journal", 7 febbraio 1976, p. 337.
- C. Wilson, *The Invisible World. Early Modern Philosophy and the Invention of Microscope*, Princeton University Press, Princeton 1995.
- L. Wilson, *Women and Medicine in the French Enlightenment. The Debate over Maladies des Femmes*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London 1993.
- S. Wilson, *Art + Science Now*, Thames&Hudson, London 2010.
- M. G. Winkler, *Seeing patients*, "Literature and Medicine", n. 13, 1992, pp. 216-222.
- E. Winner, *Le prime metafore nel discorso spontaneo dei bambini*, in C. Cacciari, a cura di, *Teoria della metafora*, Raffaello Cortina, Milano 1991, pp. 35-57.
- R. e M. Wittkover, *Nati sotto Saturno. La figura dell'artista dall'antichità alla rivoluzione francese*, trad. it. Einaudi, Torino 1968.

- G. Wolf-Heidegger e A. M. Cetto, *Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung*, S. Karger, Basel-New York 1967.
- J. Woodall, *Love is in the air. Amor as motivation and message in seventeenth-century Netherlandish Painting*, "Art History", vol. 19, n. 2, 1996, pp. 208-246.
- V. Woolf, *Sulla malattia*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- D. Wrotnowska, *Pasteur et l'art*, "Medecine de France", n. 66, 1955, pp. 9-16.
- H. R. Wulff, S. A. Pedersen e R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- J.-J. Wunenburger, *Filosofia delle immagini*, trad. it. Einaudi, Torino 1997.
- , *L'immaginario*, trad. it. il melangolo, Genova 2008.
- K. Young, *L'io assente. L'oggettivazione del corpo in medicina*, trad. it. McGraw-Hill, Milano 1999.
- M. P. Zamagni, *Modelli di approccio alla malattia. Evidenza scientifica e narrazione in medicina*, Bononia University Press, Bologna 2012.
- G. Zanier, *La teoria paracelsiana della riproduzione*, in G. Cimino e B. Fantini, a cura di, *Le rivoluzioni nelle scienze della vita*, Olschki, Firenze 1995, pp. 11-19.
- L. Zannini, *Medical humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- M. C. Zegher, a cura di, *Inside de Visible. In, of, and from feminine*, MIT, Cambridge-London 1996.
- R. Zittoun e B.-M. Dupont, a cura di, *Penser la médecine. Essais philosophiques*, Ellipses, Paris 2002.