



Moretti & Vitali editori

Cras iterabimus aequor

Le immagini di questo numero sono tratte da R. Toepfer, *Essay de physiognomie*, Schmidt, Genève, 1841; e Id., *Essay d'autographie*, Jullien, Genève, 1904. La loro riproduzione ed elaborazione è stata curata da Paolo Piazzesi

“Atque”

Materiali tra filosofia e psicoterapia

Rivista semestrale

13

Maggio 1996

Redazione: R. Bodei, M. Ferrara, A. M. Iacono, P. F. Pieri.

Direzione: Via del Loretino, 27 – 50135 Firenze – tel. 055/690923
(il giovedì, ore 9-13).

Collaborano / tra gli altri: L. Aversa, A. Barchiesi, M. Bianca, M. Ceruti, U. Galimberti, A. G. Gargani, E. Ghidetti, M. La Forgia, M. Lavagetto, L. Lentini, G. Maffei, S. Moravia, S. Natoli, F. Petrella, M. Rossi - Monti, A. Ruberto, C. Sini, E. V. Trapanese, M. Trevi.

Direttore responsabile: Paolo Francesco Pieri.

Progetto grafico: Barbara Vitali.

Consulente tecnico: Paolo Piazzesi.

Registr. del Tribunale di Firenze n. 3944 in data 28-2-90.

Stampa: Grafital - Torre Boldone (BG)

abbonamento 1995: Italia: privati L. 35.000 - enti sostenitori/biblioteche L. 100.000, Estero \$ 30. Il pagamento può essere effettuato nelle forme seguenti: a) assegno di c/c bancario; b) assegno circolare; c) carta di credito; d) vaglia postale; e) versamento sul c/c postale n. 11196243. In ogni caso il pagamento va effettuato a favore di: Moretti & Vitali Editori, Via Betty Ambiveri, 15 - 24126 Bergamo. Per ulteriori informazioni telefonare al n. 035/321588.

numeri arretrati: possono essere ottenuti telefonando al n. 035/321588.

INDICE

<i>Nota editoriale</i>	p. 9
<i>Arnaldo Ballerini e Andrea Ballerini</i> , AFFETTI E DELIRIO	p. 19
<i>Gaetano Benedetti</i> , INTENZIONALITÀ PSICOTERAPEUTICA	p. 31
<i>Eugenio Borgna</i> , C'È ANCORA UN SENSO NELLA PSICOPATOLOGIA?	p. 51
<i>Bruno Callieri</i> , INQUADRAMENTO ANTROPOLOGICO DELL'ESPERIENZA D'INCONTRO CON LO PSICOTICO	p. 61
<i>Giacomo Calvi e Lorenzo Calvi</i> , NORA:UN'IMMAGINE LETTERARIA DELL'ESALTAZIONE	p. 87
<i>Eleonara D'Agostino e Mario Trevi</i> , PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA	p. 97
<i>Luciano Del Pistoia</i> , PSICOPATOLOGIA: REALTÀ DI UN MITO	p. 121
<i>Giovanni Gozzetti</i> , LA PERDITA DEL SENTIMENTO DEL SÉ Tra psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi	p. 145
<i>Fausto Petrella</i> , SULLA PSICOPATOLOGIA: caute riflessioni di uno psichiatra che non disdegna la psicoanalisi, di uno psicoanalista che non disdegna la psicopatologia	p. 155
<i>Mario Rossi Monti e Giovanni Stanghellini</i> , NOSOGRAFIA E PSICOPATOLOGIA: UN MATRIMONIO IMPOSSIBILE?	p. 179
MATERIALI	p. 195

NOTA EDITORIALE

I CONFINI DELLA PSICOPATOLOGIA

Relativamente indipendente dalla psichiatria e quindi dalla medicina cui del tutto apparteneva nell'Ottocento, la psicopatologia è attualmente una disciplina che risulta variamente collegata alla psicologia sin da quando quest'ultima ha perduto l'impronta filosofico-metafisica che la contraddistingueva. Proprio in connessione con una psicologia a carattere dinamico (e cioè con una psicologia che sia in grado di pensare i saperi che la costituiscono) e con il pensare filosofico che mai si traduce in una filosofia chiusa nella sua sistematica, la psicopatologia si costituisce come premessa della pratica psicoterapeutica. Essa ha genericamente per oggetto il fenomeno psicopatologico e il funzionamento patologico dell'attività psichica (e quindi le diverse malattie e i differenti insiemi di disturbi del comportamento), col fine specifico di individuarne, in una prospettiva sistematica aperta, le specifiche cause e quindi i particolari "meccanismi" attraverso cui il soggetto elabora le proprie esperienze e mette in atto determinati comportamenti. In questo senso le ricerche si sono differenziate da quelle della psichiatria organicistica, non essendo più rivolte al reperimento delle cause nell'organismo e alla costituzione di tecniche per l'eliminazione dei sintomi. Le indagini si sono pertanto orientate all'osservazione di quelle esperienze e di quei comportamenti che a livello collettivo sono intesi come anormali e quindi più fondamentalmente come soggettivi. Sorto attraverso la cultura europea, il pensiero psicopatologico è stato poi travasato negli Stati Uniti, ricevendo una particolare torsione sul piano dell'oggetto e dei metodi. Difatti il campo degli studi della psicopatologia nordamericana è divenuto quello del comportamento oggettivo (anziché quello "vissuto"), ed il sapere che ne è derivato, non ha fondamentalmente distinto l'oggetto della conoscenza psicopatologica dalla rappresentazione che di

quell'oggetto viene data attraverso ogni sistematizzazione psicopatologica: e cioè la psicopatologia nord-americana ha finito con l'obliare i caratteri rappresentativi (e quindi i fattori antropologici e storici che vivono attraverso gli individui e i loro valori collettivi) che inevitabilmente entrano a costituire un oggetto nel momento che di esso è dato un sapere generale. Sicché non ha posto in luce i problemi che insorgono tra un oggetto già rappresentato da quei saperi e il fenomeno che invece viene, per così dire, indagato nell'incontro psicopatologico. Proprio lasciando impensato tutto questo, la psicopatologia americana si è volta a osservare i criteri distintivi del comportamento patologico da quello normale, ipotizzando tra loro un criterio di continuità, per cui il primo è stato inteso come un'aspezzatura del secondo. E in questo senso essa si è almeno distinta dalla tradizione psichiatrica secondo cui tali differenze non avevano un carattere quantitativo ma qualitativo.

Varie sono le influenze di pensiero e differenti sono le pratiche cliniche che hanno contribuito, nel tempo, alla costituzione della psicopatologia, per cui mobili risultano i confini e complessa risulta l'articolazione interna (anche rispetto alle differenti aree geografiche in cui essa viene ad esercitarsi). Schematicamente si può dire che all'istituirsi come disciplina distinta ma sempre, in vario modo, confinante con la psichiatria, con la psicologia e con la psicoterapia, hanno contribuito almeno sei prospettive, e precisamente: 1° la teoria dei livelli di organizzazione psichica ipotizzata da J.H. Jackson; 2° la teoria psicoanalitica, non in quanto sapere del profondo ma in quanto psicologia dinamica; 3° la teoria e la pratica della psicologia analitica laddove essa riflette sul processo della comprensione psicologica dei fenomeni psicopatologici, proponendo fondamentalmente un arco della comprensione psicologica del fenomeno psicopatologico che si articola attraverso (e nello stesso tempo configura) un momento riduttivo e un momento costruttivo; 4° la riflessione sul metodo e sui fondamenti dell'intendere psicopatologico inaugurata da K. Jaspers; 5° l'analisi di L. Binswanger intorno ai progetti fondamentali dell'esistenza attraverso cui si costituiscono un certo uomo e un certo mondo; 6° la proposta attuata da E. Minkowski di un vero incontro con il fatto pato-psichico vissuto nella temporalità.

1° Dalla teoria jacksoniana, ripresa dalla scuola psichiatrica

francese di Th. Ribot e dai cosiddetti "neo-jacksoniani" quali C. von Monakow e R. Morgue, e successivamente da H. Ey e J. Rouart, la psicopatologia ha tratto almeno due elementi fondamentali, e precisamente: a) il modello interpretativo del funzionamento normale e patologico del sistema nervoso; b) l'interpretazione della malattia mentale come «regressione» e «dissoluzione».

Come si sa nel pensiero filosofico non si è potuto non riflettere sul fatto che il termine "patologico" e l'antinomo "non patologico" furono usati nel 1787 da Kant per designare, rispettivamente, il carattere "inferiore" e quello "superiore" che concernono e, insieme, costituiscono i due modi in cui fondamentalmente si dà la nostra *facoltà di desiderare*, e quindi è qualificata come superiore e non patologica la facoltà della cosiddetta "ragione pratica" nel desiderare indipendentemente da qualsivoglia inclinazione sensibile. E la stessa filosofia non ha potuto non ripensare anche il fatto che, venti anni dopo queste considerazioni di Kant, G. Bentham, riferendosi alle due fondamentali alternative che si danno negli atti e atteggiamenti di differenti figure quali quelle del moralista e del legislatore, le chiamò con il termine "patologia" e con quello di "dinamica", e più precisamente: con il primo egli nominò la *considerazione* intorno ai moventi sensibili delle nostre condotte e la *classificazione* di questi ultimi (e quindi la sensibilità passiva e la sua chiusura in una teoria), e con il secondo egli nominò, invece, l'*uso* di quegli stessi moventi nella determinazione di una condotta umana che fosse in vista della massima felicità possibile.

Proprio i termini "inferiore" e "superiore", seppure con significati differenti da quelli proposti dalla filosofia, sono presenti come elementi preliminari di quella psicopatologia che tendeva ad affrancarsi dalla psichiatria. Esplicitamente fu la teoria psicopatologica dei livelli di organizzazione mentale di J.H. Jackson quella che considerò quanto le funzioni psichiche evolvono a partire da quelle inferiori (o automatiche e, in quanto tali, più semplici e più organizzate) a quelle superiori (o volontarie e, in quanto tali, più complesse e meno organizzate). Pertanto la malattia della mente diviene, da un lato, il mostrarsi degli elementi basilari della organizzazione mentale superiore, e, dall'altro, il darsi di quest'ultimi come capacità, pur nella disarmonia per l'appunto prodottasi attraverso la scomposizione patologica, di resistere meglio agli eventi morbosi stessi.

2° La psicopatologia deriva dalla psicoanalisi in quanto psicologia dinamica, almeno la seguente serie di nozioni: a) la nozione di causalità genetica: e cioè la spiegazione del comportamento patologico dell'adulto in base alle sue esperienze infantili; b) la nozione di conflitto psichico; c) la nozione di transfert. Come sappiamo la teoria dell'apparato psichico di S. Freud riprende nella sua psicopatologia dinamica i termini di "inferiore" e "superiore" della filosofia, designando la coscienza come formazione psichica superiore e l'inconscio come formazione psichica inferiore, e ciò sia sul piano della temporalità che su quello della topologia psichica stessa. Sicché, agli occhi della teoria psicoanalitica, il sintomo psicopatologico rinviando come segno allo stato inferiore e antecedente della psiche, si rivela come effetto di una causalità produttiva: e cioè come causa storico-dinamica della condizione in cui la coscienza viene a ritrovarsi.

3° Attraverso la teoria e la pratica della psicologia analitica junghiana la psicopatologia riflette sul processo della comprensione psicologica dei fenomeni psicopatologici. Due sono le nozioni che fondamentalmente conducono all'intendere psico(pato)logico, e precisamente: a) la nozione di spiegazione psicologica; b) la nozione di metodo costruttivo nell'analisi. In quanto la prima nozione fa riferimento ai saperi istituiti ed al loro uso umano, e la seconda fa riferimento al pensare i procedimenti attraverso cui quegli stessi saperi si sono costituiti, entrambe le nozioni sono intese come momenti del processo comprensivo della psicologia che, per l'appunto, si richiamano nell'esercizio di quest'ultima.

a) Con il primo termine si indica ogni procedimento che nei confronti, non dell'essere, ma del rappresentarsi di una cosa e di una persona, oppure nei confronti della rappresentazione di un evento e di una situazione, tende a determinare il loro *perché*: e cioè ha da renderli chiari e accessibili all'intendimento – eliminando eventuali difficoltà e conflitti dell'intelletto stesso. Attraverso questo procedimento, che è una delle due tappe del processo interpretativo-comprensivo, qualsivoglia rappresentazione psichica viene incontrata come qualcosa di compiuto e di divenuto e non nel suo continuo divenire. Sicché un tale procedimento, nel suo assurgere a metodo, incontra i fenomeni come oggetti, ossia come essi si danno attraverso i saperi e le conoscenze che in vario modo si sono consolidati nella co-

scienza e nello stesso processo scientifico (C.G. Jung, *Il contenuto della psicosi* [1908/1914], trad. it., in *Opere*, v. 3, Boringhieri, Torino, 1971, pag. 187 e segg.). In questo senso la determinazione del perché di una determinata configurazione di sé e del mondo, evidenzia essenzialmente i principi generali con cui la stessa psicologia la approssima: e cioè la spiegazione psicologica è l'espressione di un giudizio che è ortodosso rispetto a una specifica dottrina. E perciò essa è un pregiudizio o una concezione preconcepita che, nel suo positivo darsi, istruisce, innanzitutto, rispetto all'adesione, più o meno critica, a una determinata verità psicologica. Ma per l'obliare tutto ciò e quindi per la pretesa di mostrarsi nella sua validità oggettiva e non nella sua validità oggettiva tradizionalmente assunta (stante la sua implicita richiesta di essere accolta come una verità assoluta e non relativa), la spiegazione psicologica risulta applicata secondo il criterio dell'ovvietà. E proprio per questo, una tale spiegazione, acriticamente assunta, tende a svolgere una funzione suggestiva e non quella che più le compete in quanto fondamento per un possibile dialogo, innanzitutto, con i canoni collettivi di quella specifica comunità scientifica cui essa, partecipandovi, ogni volta riconfigura (C.G. Jung, *L'applicabilità pratica dell'analisi dei sogni* [1934], trad. it., in *Opere*, v. 16, Boringhieri, Torino, 1981, pag. 157 e seg.).

b) L'espressione "metodo costruttivo" è utilizzata invece per indicare l'altra modalità fondamentale di intendere il materiale psichico, secondo cui quest'ultimo è una configurazione psichica nuova, relativamente a quelle precedentemente costitutesi nel processo cognitivo e affettivo. Pertanto la coscienza del soggetto e la stessa psicologia possono fare riferimento al materiale dell'inconscio come a ciò di cui esse ancora non sanno. Proprio per queste considerazioni il metodo costruttivo veicola caratteri opposti e complementari rispetto a quelli del metodo riduttivo o causale e quindi rispetto al metodo della spiegazione psicologica, che, riconducendo il materiale psichico a ciò che è già noto e quindi alle interpretazioni già installatesi nel sapere psicologico, gode invece del privilegio della condivisibilità, e cioè: i prodotti psichici e innanzitutto quelli dell'inconscio, attraverso il metodo riduttivo vengono consegnati ai saperi della psicologia; mentre, attraverso il metodo costruttivo, essi – in quanto ciò di cui la psicologia sa soltanto di non sapere – vengono lasciati da

pensare. Abitando essenzialmente il luogo e i modi dell'ulteriorità, il metodo costruttivo, detto anche *prospettico* o *teleologico*, inaugura in psicoterapia una proposta che consiste nell'interrogazione continua del soggetto e degli strumenti e dei metodi che si trova dinnanzi. E ciò vale per la relazione tra lo psicoterapeuta e la persona in psicoterapia, ma anche per la relazione tra la coscienza e l'inconscio di costoro. Sicché, con il metodo costruttivo, si mettono tra parentesi le modalità di ogni psicologia della risposta che fondamentalmente implica quel sapere di già, che è tipico, per l'appunto, del metodo riduttivo. C'è però da precisare che la messa tra parentesi o sospensione del giudizio formulato rispetto ai saperi già costituiti, avviene in una forma speciale, in quanto viene suggerito che una tale sospensione è fondamentalmente finalizzata all'interrogazione di quegli stessi saperi (dominanti nei canoni collettivi della scienza e della coscienza) attraverso cui già sussiste una determinata immagine o rappresentazione della realtà. Proprio perciò, al metodo costruttivo è inerente una dimensione critica dell'esistente e un utilizzo altrettanto critico dei modelli attraverso cui l'esistente stesso si dà sul piano delle rappresentazioni mentali: e cioè comporta la considerazione secondo cui ciò che, ogni volta, chiamiamo "realtà" (e che, più precisamente, è la sua rappresentazione) è ciò che viene *ovviamente* inteso, proprio perché si è installata (in vari modi) la dominanza di determinati modelli di agire, di sentire e di interpretare. Con queste considerazioni si comprende che l'espressione introdotta da Jung fa riferimento non al materiale in sé, ma al modo di intenderlo, e precisamente all'intenderlo come anticipazione degli sviluppi possibili della personalità e della situazione in cui esso si manifesta.

4° Attraverso Jaspers la psicopatologia è fondamentalmente osservazione dei sintomi e, nel contempo, osservazione dello stesso metodo osservativo e degli elementi che in esso intervengono. Pertanto essa consiste essenzialmente in una riflessione intorno all'intendere psicopatologico e quindi in un pensare i saperi che la stessa psicopatologia produce e le relazioni tra i differenti modi di sapere che essa dispiega. Ne sono classici esempi: la distinzione che viene fatta nella *Psicopatologia generale* tra la nozione di "spiegazione" e quella di "comprensione", e il concetto di circolo ermeneutico del processo della comprensione stessa. Quest'ultimo riguarda, da un la-

to, il mutuo rinvio tra il comprendere “statico” («l’attualizzazione di stati psichici e l’oggettivazione di qualità psichiche») e il comprendere “genetico” («l’immedesimarsi nell’altro, il comprendere le relazioni psichiche»), e, dall’altro, l’arricchirsi di ciascuno dei due attraverso l’altro – pur nel loro rimanere costantemente distinti. In questo senso è focalizzata la relazione tra il medico e il paziente, considerandola come il momento privilegiato di una circolarità comprendente che, già da sola, costituisce la vera esperienza psicopatologica, e cioè: a) l’esperire quei tre elementi co-essenziali che sono: «l’inquietudine dell’animo, il movimento, la relazione»; b) l’intenderli come parti e il porli in relazione tra loro (mai a partire, heghelianamente, da un tutto già dato, bensì rinvianti ad un tutto che li possa comprendere); c) il venirsi – conseguentemente e parallelamente – a configurare, all’interno di quella situazione, una totalità (che di quelle parti non è, meccanicisticamente, la somma); d) la possibilità – infine – che una simile totalità possa ulteriormente rischiarare i cosiddetti fatti particolari che all’inizio (si fa per dire) erano stati esperiti. Sicché la stessa vita psichica e la comprensione di quest’ultima e degli aspetti psicopatologici, non si darebbero mai definitivamente, bensì temporalmente, e quindi aperti all’ulteriorità: e cioè anche quella totalità che pure venisse a configurarsi nell’esercizio della psicopatologia, manterrebbe una forma temporale, e quindi il carattere di una strutturazione che è stata data nella processualità circolare dell’intendere psico(pato)logico, per cui a quest’ultimo, ancora circolarmente, rinvia. In altre parole, con la psicopatologia jaspersiana viene indicata la ricerca non di una norma psicopatologica, ma di un senso unitario dei modi in cui il paziente viene all’espressione. E proprio rispetto al fatto che la molteplicità delle manifestazioni psicopatologiche producano o non producano una tale unità di senso, Jaspers distingue gli atteggiamenti e i comportamenti «comprensibili» da quelli «incomprensibili». Ma poiché è inteso che l’incomprensibilità si rivela all’interno del processo della comprensione, essa non costituirebbe la fine del processo comprensivo bensì un rinvio a quest’ultimo e quindi la possibilità di un suo ri-inizio: e cioè con il configurarsi dell’incomprensibilità si dà l’urto della comprensione con i suoi stessi limiti e attraverso quest’ultimo si dà, ancora e di rimbalzo, un punto di partenza per una possibile conoscenza (rispetto all’«esistere così» del paziente, si costituisce

una esistenza possibile, e, per un altro verso, nello stesso «essere così» della coscienza si costituisce una zona psichica extracosciente di cui non è dato un sapere e che risulta tutta da pensare).

5° Attraverso Binswanger la psicopatologia perviene all'analisi dei momenti costitutivi della temporalità, della spazialità, dei modi del soggetto di stare in relazione con gli oggetti, e quindi con le persone e con le cose. Più precisamente, la psicopatologia, nell'essere fondamentalmente fenomenologia, guarda tali momenti come l'istituirsi di funzioni attraverso cui, simultaneamente, si costituisce una certa presenza dell'uomo, e li rileva come modi di essere-nel-mondo (e quindi come modi di progettare sé e il mondo), anziché come carenze o eccessi (e quindi come disfunzioni rispetto a quadri nosologici precostituiti). Sicché la psichiatria, nel suo farsi tradizione, viene invitata a riflettere, innanzitutto, sul carattere astratto e ideale delle proprie distinzioni gnoseologiche e in particolare delle distinzioni attraverso cui si danno l'«anormale» e il «normale», ed a riflettere, secondariamente, sia sul carattere di ovvietà delle differenze che essa produce, sia sull'inefficacia pratica di privilegiare, soltanto secondo il buon senso, il mondo del «sano» rispetto a quello del «malato». Per questa via, Binswanger tenta di condurre la psicopatologia oltre le linee metodiche tracciate, da una parte, dall'idealismo filosofico, e, dall'altro, dal positivismo scientifico, sostenendo che le leggi dell'alienazione mentale hanno il limite di non potere essere spiegate secondo il causalismo del metodo scientifico di matrice ottocentesca, e sostenendo, ciononostante, che la stessa malattia mentale può essere compresa accedendo a quelle particolari condizioni che sono le forme trascendentali dell'esperienza (che si danno insieme alle specifiche costruzioni che ciascuno uomo fa di sé e del mondo). Attraverso queste considerazioni sulla psicopatologia e sulla psichiatria, la pratica psicoterapeutica che Binswanger indica, risulta un'opera di ricerca del senso complessivo delle attuali esperienze vissute dall'individuo. Quel che si dà sotto gli occhi e alle orecchie dello psicoterapeuta non deve essere sospettato (e quindi ridotto a un "null'altro che questo"), né colto nelle sue contraddizioni, né, tanto meno, conosciuto diacronicamente o orizzontalmente. E ciò perché qualunque raccolta longitudinale di dati e di fatti empirici, anche la più completa possibile, è, in partenza, condannata alla lacunosità e rivolta esclusivamente alla

riconferma del nostro sapere nosografico, per cui la pratica psicoterapeutica che ne discende sarà, per così dire, riabilitativa, e, fondamentalmente rieducativa: e cioè una riassunzione empirica di quei comportamenti osservati non può che rinviarci, da un lato, alla lettura dell'Io empirico di quell'individuo, e, dall'altro, ad una possibile deduzione e spiegazione dell'"essere così" attraverso la descrittiva psicopatologica che già possediamo; e quindi, e ancora più fondamentalmente, può rinviarci soltanto (anche se non è poco) ad una gestione empirica di quell'individuo o di quella figura storica. Se questa è la *pars destruens* del discorso binswangeriano, la *pars costruens* è rivolta a dire che quel che si dà davanti ai nostri occhi e alle nostre orecchie, ma anche quel che si dà – contemporaneamente – nella nostra interiorità (e quindi si offre alla nostra intuizione), va innanzitutto "lasciato essere". E proprio la possibilità di dare uno spazio al qualcos'altro da noi (per l'appunto, difficile da tollerare dalla tradizione che abitiamo, e quindi dalla nostra coscienza collettiva e dalla nostra stessa scienza psicopatologica), avrebbe il fine di far sussistere quell'attimo attraverso cui quel certo comportamento gnoseologico o pratico possa dispiegarsi pienamente, per intuire il progetto di esistenza che l'accompagna. In questo senso si darebbe una visione sincronica o verticale del fatto e del non fatto, ma anche del gesto corporeo che veramente li costituisce nel tempo e nello spazio. Tale modalità di stare in psicoterapia permetterebbe non soltanto la configurazione dei segni dell'anima malata e sofferente, ma anche del disegno dell'esistenza che il soggetto offre di sé e del mondo. Sicché questa vera presenza costituirebbe un Io che anziché avere lo statuto dell'empiria avrebbe quello della trascendentalità: e cioè quell'umana presenza pur nel rimanere tale quale è (e forse proprio perché la si lascia essere morfologicamente tale), aprirebbe ad un altro da sé (e quell'altro da sé – che proprio attraverso quella presenza "salta fuori" – avrebbe il carattere della possibilità).

6° Con E. Minkowski la psicopatologia assume come oggetto il fatto psicopatico come fenomeno vissuto nella temporalità e quindi impone allo stesso esperto in psicopatologia uno stare davanti a quel fenomeno senza, in alcun modo, aggirarlo: e cioè non indietreggiandovi alla astratta ricerca delle cause (o di un "prima") né avanzandolo alla ricerca delle conseguenze (o di un "dopo"). Con Minkowski,

la psicopatologia tenta pertanto di comprendere il senso del fenomeno psicopatologico nel momento vivo in cui esso si dà e quindi nel simultaneo e altrettanto vivo risuonare di esso nell'interiorità dello psicopatologo. Si tratta specificamente di costituire una visione differente da quella psichiatrica per quanto attiene almeno alla relazione che si istituisce tra intuizione e aspetto temporale della vita. E, più in generale, si tratta di introdurre delle considerazioni psicopatologiche che perdano il carattere generale e astratto che avrebbero come categorie logiche, e che, invece, mantengano lo specifico carattere dei modi di vivere e sentire qualsivoglia rapporto (e anche quello temporale) dell'uomo con il mondo. Sicché, incatenate «nel tempo», le stesse «manifestazioni esteriori e ciò che esse esteriorizzano» nel cosiddetto "malato", non sono più da intendere come esaustive della vita mentale in generale, ma, intanto, produttive di orientamenti e tendenze che – come scrisse Minkowski (*La psychopathologie: son orientation, ses tendances*, in «L'évolution psychiatrique», 1937, 3, pag. 18) – costituiscono «l'analisi fenomenologica della vita-tempo», e ciò fino al punto che da esse la psicopatologia stessa possa, da un lato, trarre la sua «ispirazione», e, dall'altro, essere «messa in guardia» dal voler costituire «qualsivoglia forma che cerchi di glissare l'elemento "nel tempo"». Ancora più fondamentalmente, alla psicopatologia è proposta non una azione interpretativa né riduttiva, ma un'opera di traduzione di un mondo in un altro, e quindi una traduzione fedele del mondo del paziente nel mondo autentico del medico: e cioè per lo psicopatologo non è più in gioco un acritico o "spensierato" riferire il mondo del paziente alla normalità e alla verità – perché queste ultime ritornerebbero ad essere categorie generali ed astratte, coincidenti spesso (e ovviamente) con i saperi della tradizione cui costui appartiene in quanto membro di una specifica comunità scientifica.

P. F. P.

AFFETTI E DELIRIO

Arnaldo Ballerini e Andrea Ballerini

La storia della psichiatria può essere vista come la lotta, mai terminata del tutto, scriveva Jaspers (1913-59), fra i sostenitori di una psicosi "unica" di cui le varie forme cliniche psicotiche sono solo tappe o fasi e i sostenitori dell'esistenza di forme psicotiche fra loro naturalmente diverse. Quest'ultima linea di pensiero è stata quella apparentemente vincente, da E. Kraepelin (1904) in poi, anche se il "fantasma nosografico" della psicosi unica continua a riaffacciarsi sotto forme sempre diverse.

Fra le varie dicotomie nella nosografia psichiatrica fondamentale è stata quella fra campo del delirio e campo dei disturbi dell'umore. Infatti essi rinviano per la clinica psichiatrica a due grandi gruppi sindromici: le psicosi schizofreniche e le psicosi affettive. Dicotomia che aveva il suo punto di origine nelle considerazioni di E. Kraepelin sui decorsi delle malattie mentali, attribuendo a ciò che indichiamo come psicosi schizofrenica e che non a caso E. Kraepelin chiamava *Demenza Precoce*, una fatale tendenza verso la cronicità ed il deterioramento della persona, e alle psicosi affettive una spontanea tendenza alla guarigione ed al decorso ciclico.

Se il sistema linneano della psichiatria di Kraepelin divideva in "enti di natura" le malattie mentali prevalentemente sulla base degli esiti e assai poco

sulla analisi dei sintomi, già prima dell'esordio della psicopatologia fenomenologica, E. Bleuler (1911) aveva vigorosamente rivalutato la analisi psicologica dei sintomi del disturbo per il quale in maniera significativa conìò il termine schizofrenia al posto della "demenza precoce" kraepeliniana.

La nascita della psicopatologia ha poi significato l'affermazione metodologica della radicale priorità dello studio delle esperienze interne del malato per la conoscenza delle psicosi, rispetto ad indicatori tratti dai comportamenti, dal decorso e dagli esiti. Indicatori oggi ormai largamente superati e poco attendibili, in specie essendo stata dimostrata la estrema variabilità dei decorsi e degli esiti della sindrome schizofrenica. Tuttavia la dicotomia fra delirio e disturbo affettivo, intesi come campi psicopatologici del vissuto fra di loro non compatibili, è stata assunta anche dal paradigma psicopatologico, prevalentemente sulla base di una analisi delle esperienze deliranti.

Infatti la tensione della psicopatologia fenomenologica nei confronti del delirio è stata quella di «cogliere il decorso dell'esperienza vissuta piuttosto che il suo prodotto» (K. Schneider, G. Huber, 1975), conducendo un'analisi esemplare delle modalità di pensiero che caratterizzano il delirio, indipendentemente dal criterio grossolano di verità-falsità e da qualsiasi riferimento al tema del delirio.

In un celebre passo K. Jaspers (1959) scriveva: «Diamo il nome di "idee deliranti vere" solo a quelle idee deliranti che hanno all'origine una esperienza patologica primaria [...] al contrario chiamiamo idee deliroidi quelle che risultano in modo comprensibile da altri processi psichici, che quindi possiamo ricondurre psicologicamente alle emozioni, alle pulsioni ai desideri e ai timori». Ove per esperienza patologica primaria si intende "ultima", nel senso che risalendo indietro lungo il fluire delle esperienze interne

ideo-affettive della persona al di là della esperienza delirante non si trova nessun stato psichico cosciente dal quale derivare in maniera comprensibile, per un osservatore partecipe, il convincimento delirante.

Il vero delirio si stacca così, proprio per le sue caratteristiche formali che lo definiscono, dal contesto situazionale del delirante, dalla sua personalità e dal suo stato affettivo. Quindi delirio propriamente detto (altra cosa è formalmente il "deliroido" melanconico) e disturbo affettivo sono stati considerati diagnosticamente incompatibili, nel senso che la comparsa del primo determinava la perdita di senso nosografico del secondo. Da questo punto di vista delirio e depressione sono apparsi i due principi organizzatori della clinica psichiatrica come naturalmente antitetici.

Del resto la psicopatologia di K. Jaspers, anche se in genere non concede molto alle preoccupazioni nosografiche, stabilendo il noto "principio gerarchico", sottolineava la inconciliabilità dei piani sui quali si può porre il delirio o il disturbo dell'umore. Infatti dal punto di vista diagnostico il grande filone di pensiero psicopatologico che va da K. Jaspers a K. Schneider (1950) stabiliva come fondamentale per la definizione del singolo paziente prendere in esame con valenza radicalmente prioritaria ciò che veniva considerato il livello più grave raggiunto dal disturbo. In questa gerarchia si considera la distorsione del reale espressa dal delirio come il disturbo più profondo, e pertanto definitorio per la diagnosi, rispetto a qualsiasi alterazione patologica dell'umore.

Una sorta, quindi, di priorità del pensiero e delle sue distorsioni rispetto a qualsiasi affetto e i suoi turbamenti, in armonia con una visione razionalistico-illuministica che considera il pensiero l'espressione più rappresentativa dell'uomo e della sua individualità.

L'impatto del principio-diagnostico-gerarchico di K. Jaspers nella teoresi e nella prassi psichiatrica è

stato enorme: tutti gli psichiatri ne hanno fatto un uso definitorio e discriminante fondamentale, consapevolmente o inconsapevolmente, e nel rapporto con il paziente il cogliere il delirare equivale spesso al passaggio ad una dimensione diversa. In effetti ci si può per lungo tratto illudere di comprendere e condividere il dolore melanconico, sottovalutando la grave distorsione del mondo ed in definitiva la chiusura idiosincrasica dell'essere nella melanconia, mentre il delirio sembra passare direttamente ad un'altra forma di pensiero dichiarando la sua alienità. Troppo spesso le potenzialità empatiche si infrangono sulle secche del delirio.

La posizione del "comprendere" è più facilmente mantenibile verso la patologia affettiva anche perché può essere non facile percepire la differenza fra, ad esempio, la tristezza reattiva ad un evento od anche quella esistenziale, legata alle angosce fondamentali dell'esistere, come tutti possiamo sperimentarle, e la depressione endogeno-vitale caratteristica della melanconia, cogliendo «lo scacco nella donazione di senso nella psicosi melanconica» (B. Callieri, 1995). Mentre un simile movimento empatico identificatorio è operazione difficile nei confronti dei modi e delle forme di un vero delirio.

Del resto ogni comprendere in psichiatria è essenzialmente un autocomprendersi e l'illusione di autocomprendersi ha largo spazio di fronte alla tristezza anche la più patologica; ne ha pochissimo, invece, di fronte alla distorsione del pensiero che sovrverte, come nel delirio, la ovvietà dei significati del mondo condiviso.

Ciò nonostante ideazione delirante e disturbo dell'umore non solo mostrano chiari passaggi nella clinica, per chi non voglia assumere le dicotomie nosologiche come reificazioni definitive, ma la stessa storia della melanconia ha visto alternativamente

prevalere interpretazioni incentrate sull'umore ad altre incentrate sull'ideazione.



In effetti le sindromi depressive di entità maggiore comportano sempre una distorsione della concezione di sé e del mondo, e il problema storico non è stato solo quello dell'attribuzione di un ruolo più o meno centrale a questi aspetti, ma anche quello della individuazione di modi formali nella distorsione cognitiva che separino il campo dei disturbi dell'umore dal campo delirante.

Si pone qui il problema classico in psicopatologia della differenza fra delirio propriamente detto e deliroide. In definitiva lo spartiacque è stato fornito dalla coppia concettuale, che ha radici nello storicismo di Dilthey, “comprensibile *versus* incomprensibile”, e su questa polarità si è largamente fondata la distinzione fra “derivabile ed inderivabile”.

Con una asserzione radicale e sfumatamente tautologica la psicopatologia tradizionale asserisce che il vero delirio è siglato dalla incomprensibilità da parte dell'osservatore e là dove vi è comprensibilità e derivabilità dallo sfondo emozionale o dal contesto situazionale non vi è vero delirio. In queste ultime condizioni si può parlare di errore deliroide ma non di delirio. Vale a dire la distorsione cognitiva derivabile e comprensibile dal contesto emozionale inco-

cia ancora il piano dell'errore e verità, piano che il vero delirio non incrocia affatto. Ovviamente si è sempre insistito sul fatto che mentre l'errare del deliroide si incentra prevalentemente sui temi e i contenuti, la incomprendibilità del delirio si basa sulle forme ed i modelli di pensiero all'opera nella costruzione del delirio.

Si massimalizza in questo modo la importanza della comprensibilità "statica" delle singole esperienze interne vissute dal soggetto, ponendo in ombra la possibilità del comprendere "genetico", cioè la opportunità di cogliere da parte dell'osservatore il possibile passaggio fra uno stato d'animo ed un altro, fra un pensiero ed un altro, fra una situazione di esistenza ed un'altra lungo la storia interiore e la biografia di una persona.

Ma ci sembra palese che la comprensibilità di un vissuto patologico tende a variare a seconda del tipo e della durata del rapporto fra paziente e terapeuta e se ciò probabilmente non azzererà la incomprendibilità di alcune esperienze patologiche, tenderà tuttavia a spostare i limiti del comprendere attraverso una sorta di "familiarizzazione del contesto". È evidente che questo spostamento e relativizzazione della soglia della comprensibilità trascina alla deriva i concetti di primario ed inderivabile attribuiti al delirio, anche se è sembrato possibile sul piano antropologico ritrovare la inderivabilità del delirio propriamente detto nella sua struttura di "rivelazione" opposta alla connotazione della "conferma", che sembra inerire al deliroide melanconico. Ma questo significa passare dal piano della psicopatologia clinica a quello dei costrutti antropologici, con i rischi che questa contaminazione comporta.

Da questo punto di vista, la distorsione cognitiva anche profonda della melanconia richiama il problema della menzogna, dell'autoinganno che traspare

nell'asserzione deliroide melanconica di aver sempre mentito, di aver sempre presentato una falsa immagine di sé, e che mostrerebbe il rapporto fra delirio melanconico e personalità pre-melanconica (A. Kraus, 1994).

D'altronde tutti sappiamo che severi disturbi affettivi possono comportare anche esperienze deliranti francamente persecutorie (*mood incongruent*), ed è talora sottile il confine fra vissuti di punizione e vissuti di persecuzione nella melanconia. Anche se noi vediamo non solo la ovvia necessità di distinguere le due posizioni, ma la possibilità di una loro consequenzialità che approda alla fine a mondi diversi.

Queste possibilità di percorsi psicopatologici diversi sono probabilmente modulate dalla struttura di personalità su cui si impianta il disturbo affettivo e dalla sua intrinseca possibilità di sperimentare accanto al dolore ed all'euforia la rabbia (disforia). Ciò significa aderire al modello di autori come P. Wiener (1983) che propongono di considerare la patologia affettiva quale un "processo" che può impiantarsi su "strutture" personologiche diverse e che risulterà da esse modulato. In questa direzione è di rilievo una lettura dei fatti clinici avente come sfondo la ipotesi psicopatologica ed antropologica che considera le sindromi psichiatriche come la risultante del rapporto fra "persona" e "disturbo", visti come due assi semi-indipendenti la cui reciproca interferenza o "proporzione", nel senso di L. Binswanger (1955), struttura e direziona il percorso psicopatologico.

Esistono, allora, caratteristiche legate alla persona, o ai modi ed alla intensità degli affetti patologici, che si costituiscono come legami di senso significativi nell'eventuale passaggio al delirio propriamente detto al di là dell'ambito del deliroide (di colpa, rovina e malattia) che esprime la coscienza melanconica, e al di là dei lampi di grandiosità dereistica talora

espressi nella maniacalità?

Possono i deliri che esprimono la essenziale internalizzazione della colpa e quelli che esprimono la sua esternalizzazione negli altri, essere posti su un continuo o sono incorrelabili come modi di esistenza?

I complessi rapporti e le variegate possibilità che la clinica ci mostra fra patologia dell'umore e tipi di delirio ci sembrano più rappresentare dei percorsi possibili che non delle associazioni sindromiche rigide. Il concetto di percorso, a differenza di una visione nosografica, valorizza al massimo le possibilità di cambiamento ed evoluzione nella fenomenica psichiatrica che sono sotto gli occhi di tutti, ma che sono percettibili soltanto all'interno di una relazione col paziente tesa alla ricerca di senso. Si possono così intravedere personali sentieri tortuosi che possono alla fine sfociare in panorami anomali, o così considerati da una visione strettamente nosografica.

Anomale sono le persone che con profondi sentimenti depressivi delirano tuttavia di persecuzione; anomali sono i passaggi fra persecuzione come "punizione" e persecuzione vissuta come assolutamente immeritata; anomali sono quei sentimenti di colpa che tuttavia possono ancora ribaltarsi in vissuti persecutori; anomale sono le persone che continuano ad oscillare fra questi mondi diversi.

È certamente possibile cortocircuitare tutti questi problemi usando quella sorta di "parassita delle classificazioni nosologiche" (H.M. van Praag, 1993) che è il concetto di "comorbidità", per il quale è possibile dire che una persona soffre di disturbo dell'umore e di disturbo delirante, e con ciò ritenere sul piano descrittivo risolto il problema, in realtà comportandosi come può avvenire verso ogni anomalia, che, come l'epistemologo Khun ha avvertito, può essere risolta anche riconducendola, a forza, dentro un paradigma prestabilito.

Anche i distinguo formali stabiliti dalla psicopatologia classica possono entrare in crisi di fronte a queste anomalie.

L'esperienza clinica ad esempio mostra che allorché un deliroide di colpa ed indegnità si trasforma o sfocia in un delirio persecutorio possono emergere figure formali, quali la percezione delirante o anche particolari esperienze allucinatorie, del tutto assenti nel deliroide dei disturbi affettivi, e con esso categorialmente incompatibili secondo la psicopatologia classica.

Tuttavia la psicopatologia non solo è stata sempre consapevole di essere una "riserva" di anomalie, e K. Jaspers avvertiva che proprio i casi di difficile inquadramento diagnostico sono i più ricchi di insegnamento allorché si tolleri di non seppellire precocemente sotto una etichetta diagnostica il caos dei fenomeni, ma anche usa consapevolmente il concetto di "costrutto", così lontano da stabilire le diverse malattie psichiatriche come enti di natura. Inoltre ci sembra che gli sviluppi degli ultimi anni del pensiero psicopatologico siano andati più nella direzione di una visione prototipico-dimensionale che qualitativo-categoriale, più attenta ai passaggi ed alle transizioni fra esperienze patologiche diverse che non ad una loro rigida separazione.

Del resto esiste nella storia delle conoscenze psichiatriche almeno un esempio illuminante la coniugazione clinica fra campo delle emozioni e degli affetti e campo del delirio, rappresentato dal contributo e dalle tesi di E. Kretshmer (1918, 1954) che abbiamo tentato recentemente di sottrarre ad una inspiegabile rimozione nel pensiero psichiatrico (A. Ballerini, M. Rossi Monti, 1990).

Nel suo lungo e magistrale lavoro Kretshmer ha individuato un percorso clinico all'interno del quale un delirio persecutorio è lo sbocco di profonde emo-

zioni di angoscia-vergogna-rabbia che si articolano nel contesto di personalità che definì "sensitive". L'Autore attraverso un rapporto psicoterapeutico continuativo ricostruiva con intelligenza ed amore le tappe che conducono dalla personalità e dalla biografia alla fatale svolta di emozioni tradotte poi nel delirio. Nella prefazione alla quarta edizione di *Der sensitive Beziehungswahn* Kretshmer scrive: «Lo sforzo [...] fu un significativo segnale e un avanzamento per due tendenze di base della moderna psichiatria: 1) per il compito della psicoterapia [...] nel campo dei disturbi deliranti risalendo verso il confine delle psicosi schizofreniche; 2) per il passaggio ad una diagnostica multidimensionale».

L'attenzione di Kretshmer, la sua continua donazione di senso alle esperienze deliranti, si incentra su una valutazione massima delle emozioni dei suoi deliranti e sullo strumento del comprendere genetico rispetto alla comprensibilità statica: vale a dire che l'articolazione di senso si impianta sulla sequenza affetti-delirio e sulla relazione Io-mondo espressa nelle situazioni, più che sulla rivivibilità da parte dell'osservatore di singoli fenomeni del delirio, che pur continuano ad esprimere modi di pensiero altamente patologici.

Dall'insegnamento di Kretshmer nasce un modello delle sindromi deliranti che va ben al di là della categoria del "delirio in personalità sensitive" e che si rivolge a tutti i collegamenti coglibili, anche in maniera frammentaria, fra affetti e delirio e fra questi e situazioni di esistenza.

Ci sembra che di fronte al problema delle relazioni fra area dei disturbi affettivi e del delirio esistono due possibilità, ambedue conoscitivamente valide, quasi due declinazioni della psicopatologia: l'una che valorizza al massimo la ricezione e l'analisi formale delle singole esperienze interne della persona;

l'altra che valorizza al massimo il fluire della storia interiore e la globalità della persona. È evidente che queste due modalità sono sottese da due diversi contesti di approccio, e la seconda comporta un sistematico e prolungato rapporto psicoterapico.

La inconciliabilità categoriale fra disturbo affettivo e delirio (propriamente detto) si mantiene come identificazione di campi del vissuto formalmente diversi, ma si eclissa come fondante una "nosologia naturale" in un approccio che lasci emergere la storia emozionale del soggetto ed intravedere i rapporti fra di essa e la distorsione del reale espressa nel delirio.

BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, A., ROSSI MONTI, M., *La vergogna e il delirio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- BINSWANGER, L., *Per una antropologia fenomenologica* (1955), trad. it., Feltrinelli, Milano, 1970.
- BLEULER, E., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie* (1911), trad. it., Il Pensiero Scientifico, Roma, 1985.
- CALLIERI, B., *Lo scacco della donazione di senso nella psicosi melanconica: aspetti antro-po-fenomenologici*, in «Nòos», 1, 1, 1995, pp. 61-70.
- JASPERS, K., *Psicopatologia generale* (1913, 1959), trad. it., Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- KRAEPELIN, E., *Trattato di psichiatria* (1904), trad. it., Vallardi, Milano, 1907.
- KRAUS, A., *Le motif du mensonge et la dépersonnalisation dans la mélancolie*, in «L'Evolution Psychiatrique», 59, 4, 1994, pp. 649-657.
- KRETSCHMER, E., *Der sensitive Beziehungswahn*, Springer, Berlin, 1918, 1954.
- PRAAG, VAN H.M., *Make-Believes in Psychiatry or the Perils of Progres*, Brunner-Mazel, New York, 1993.
- SCHNEIDER, K., *Psicopatologia Clinica* (1950), trad. it., Sansoni, Firenze, 1954.
- , HUBER, G., *Deliri*, in *Enciclopedia Medica Italiana*, U.S.E.S., Firenze, 1973.
- WIENER, P., *Structure et processus dans la psychose*, P.U.F., Paris, 1983.

INTENZIONALITÀ PSICOTERAPEUTICA

Gaetano Benedetti

1. Da quando, con Sigmund Freud, lo psichiatra ha studiato l'ammalato psichico dal punto di vista del suo esperire, ossia da poco più di cento anni a questa parte, il compito classico dello psichiatra si è esteso al polo opposto di quello iniziale, che era anzitutto descrizione del comportamento abnorme nello sforzo di contrapporlo alla norma. Da Freud in poi, il discorso nell'incontro con il malato psichico non è altrimenti concepibile che entro una continua dialettica fra quello che il fenomeno psicopatologico significa per noi e quello che il paziente esperisce nella relazione con noi. Il capovolgimento operato da Freud è immediatamente visibile nel fatto che mentre da un canto attraverso la comprensione dell'esperire del malato si è avuta la psicologizzazione della malattia mentale e della sofferenza psicopatologica tutta (la quale viene recuperata nella concezione di eventi interiori, emotivi, affettivi, non essenzialmente, qualitativamente diversi dai nostri, ma scostantisi da questi in misura quantitativa), d'altro canto lo studio della "psicopatologia quotidiana" (Freud) e degli aspetti neurotici della personalità clinicamente sana (che talora in psichiatria si sottopone volontariamente ad analisi come paziente) ci ha fatto viceversa comprendere lo stato di salute umana come uno stato di "mancanza".

Attraverso tale processo di pensiero la psichiatria, che da un canto trae dalla neurobiologia molte fra le sue nozioni più significative, si pone d'altro canto in contatto con l'uomo tutto e con quella filosofia della sofferenza esistenziale che da Pascal a Kierkegaard, a Nietzsche e a tanti altri è divenuta cosciente soprattutto all'uomo di oggi.

Lo studio psicopatologico è divenuto così, nelle sue forme migliori, anche uno strumento psicoterapeutico (nel senso che il nostro rivolgersi, da clinici, al sofferente psichico ci impone *a priori* il compito

di esaminarlo in modo maieutico, e mai solo sperimentale). L'esperienza dell'incontro psicoterapeutico diviene così per lo studioso di essa la fonte principale della conoscenza psicopatologica. Nel continuo oscillare fra l'identificarsi col malato per conoscerne "dal di dentro" l'esperire, e il separarsi da esso per riflettere su di esso, si fonda il metodo della ragione psichiatrica. E così come questa si estende ai due poli dell'esperire e del comprendere, della psicoterapia e della psicopatologia, così essa conosce due diversi gradi di specificità: da un canto si approfondisce lo sforzo nosologico di distinguere fra loro non solo le sindromi più diverse, ma anche i "meccanismi" metapsicologici che ci appaiono nella riflessione ragionata; d'altro canto l'identificazione terapeutica col malato, radicata nel tentativo di scoprire in esso l'*humus* che tutti ci riunisce e ci fa comprendere il singolo ponendolo simbolicamente entro di noi, fa scomparire in psicoterapia barriere nosologiche necessarie in psicopatologia: ad esempio fra sindromi schizofreniche, schizoaffettive, paranoide, *etc.* In esse ritroviamo gli stessi conflitti di fondo che insieme si intersecano e si sovrappongono; per cui non esiste, ad esempio, una psicoterapia della psicosi schizofrenica ed un'altra di quella schizoaffettiva e un'altra ancora di quella psicoreattiva.

Nella cornice del mio discorso non farò perciò distinzione fra sofferenza endogena e sofferenza psicoreattiva, preoccupandomi invece di vedere nell'individuo preso in cura quel portatore della sofferenza umana che si costituisce come paziente di fronte ad un terapeuta. E neppure vedrò il terapeuta nelle sue varie funzioni di psichiatra, di psicoanalista o di psicoterapeuta nelle possibili varie contrapposizioni metodiche; il terapeuta è nel mio attuale discorso colui che, anch'egli un normopatico, risponde come esperto alla sofferenza del suo paziente e affida questa alla sua attenzione, cura e dedizione. Chi volesse perciò scorgere nel mio discorso incongruenze dovute appunto al fatto che col mio pensiero associativo passo dalle riflessioni sul paziente neurotico a quelle sul paziente psicotico o dal tema della psicoanalisi a quello della psicoterapia potrebbe farlo facilmente. Solo che tali incongruenze sono coscienti e da me volute, perché è solo accettandole in un'ampia visione della terapia psichica che mi è possibile affrontare un tema di respiro così vasto nell'ambito di un breve contributo. Questo affronta allora il tema di come la psicoter-

pia possa comprendere se stessa anche come psicopatologia e in che modo questa si trasforma nello specchio psicoterapeutico.

Psicopatologia e psicoterapia si costituiscono ambedue nelle due grandi funzioni della "negativizzazione" e della "positivizzazione" dell'esistenza, e in ciò sta – come vedremo – la corrispondenza. Ma nello stesso tempo esse si contraddicono in modo assoluto perché alla autonegativizzazione del paziente si contrappone la positivizzazione del terapeuta e viceversa, all'autoesaltazione del paziente il pensiero critico del terapeuta.

Per svolgere questa tesi vediamo anzitutto che l'oggetto delle nostre riflessioni è l'uomo al di dentro della sofferenza psichica. Il termine "psichica", e non semplicemente "morale", sta ad indicare che essa ha raggiunto un grado superiore, il quale attenta alla salute e mette a repentaglio quella di coloro che convivono con il paziente. Quale l'atteggiamento usuale dell'uomo al di dentro della sofferenza psichica?

Un primo stadio consiste nella negazione di essa da parte del paziente; o più esattamente nella negazione di tutti quei fattori intrapsichici che minacciano la coesione interna. La grande conquista intellettuale della psicoanalisi è stata la scoperta della rimozione di tali fattori – reminiscenze di Freud, complessi di Jung, oggetti cattivi di Melanie Klein, "Not me" di Sullivan, fino a quelle che chiamo, nella psicosi, le perversioni simbiotiche. Il paziente si difende da questi fattori, con: le classiche difese neurotiche, le resistenze di Freud, l'espulsione proiettiva di Melanie Klein e di Rosenfeld, il "falso Sé" di Winnicott e addirittura il rovesciamento della depressione nella mania. È solo in un secondo stadio, quello più propriamente psicotico ed autodistruttivo, che predomina l'identificazione del paziente con i fattori negativizzanti e ove la positivizzazione terapeutica deve stare in primo piano nell'incontro con la psicopatologia.

Fermiamoci adesso al primo stadio. Il compito fondamentale della psicoterapia psicoanalitica consiste nella analisi delle difese che non permettono l'accesso ai fattori negativi situati nell'inconscio del paziente e nell'interpretazione di questi ultimi, condotta in modo tale che la patogenicità di essi venga neutralizzata dal rapporto duale, dal transfert positivo, dalla riduzione della pericolosità attuale ai traumi dell'infanzia. È inevitabile che in questo processo l'opera "psicoar-

cheologica" dell'analista, la sua fermezza di fronte a tutte le difese falsificanti la realtà psicologica, la sua demolizione del "falso Sé", il suo inesorabile riportare alla coscienza ciò che era "rimosso" (Freud), "coperto" (Sullivan), "scisso" (Bleuler), proibito e negato, conduca ad ondate di transfert negativo, perché esperito dal paziente come un'opera di negativizzazione della sua identità.



Darò di ciò due brevi esempi. Uno è quello della madre di una paziente schizofrenica unita a lei da un profondo rapporto simbiotico per cui l'una delle due donne non poteva esistere senza l'altra. La madre, provata da tante traversie nella sua vita, esposta per tanti anni all'ostilità di persone per lei significative, aveva concentrato tutta la sua libido su questa figlia, sviluppando l'idea quasi delirante che nessuno al mondo, tranne lei, fosse capace di comprendere la figlia, di curarne la invalidità psichica, di aiutarla nelle difficoltà della vita. Con le sue proiezioni ostili sugli altri aveva finito con l'isolare la figlia dalla società umana. La ragazza viveva esclusivamente all'ombra della madre, cui era legata da un rapporto profondamente dipendente: da un canto non poteva vivere senza appoggiarsi in ogni piccola cosa alla madre, d'altro canto la odiava come colei che l'aveva privata di ogni autonomia. All'ostilità della paziente la madre reagiva con stati d'animo depressivi, suicidali, cui seguiva sempre la persuasione che la paziente in quello stato aveva doppiamente bisogno di lei.

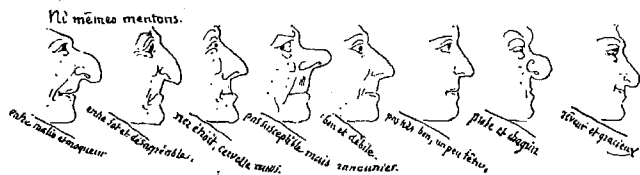
La paziente si trovava in psicoterapia presso una mia allieva. Un altro mio collaboratore si assunse il ruolo di contatti psicoterapeutici con la madre e si sforzò, con le debite cautele, di mostrarle come ella identificasse una propria parte maltrattata dalla vita, debole e depres-

sa, con la figlia, prendendosi cura di questa al posto di se stessa e finendo con l'impedire alla figlia di essere diversa dalla madre. Purtroppo questi sforzi non approdarono a molto. La madre reagiva alle prudenti interpretazioni del collega con profonda ostilità, con la persuasione che questi mettesse in dubbio la ragione prima della sua vita («Anche se la tua tesi fosse una verità, non posso accettare una verità che negativizza la mia esistenza»). Come supervisore ho discusso con il terapeuta il problema se la sua confrontazione con la madre della paziente non fosse stata incauta, affrettata, non le avesse lasciato il tempo di sviluppare un transfert positivo che avrebbe costituito una motivazione a lavorare assieme. È da dire tuttavia che lunghe psicoterapie che comportano corrispondenti regressioni sono difficili, poco fattibili nelle istituzioni psichiatriche attuali, anche perché economicamente non agibili.

Metodi confrontativi, cognitivi, diretti ai singoli problemi sono oggi frequenti nei riguardi di pazienti la cui struttura dell'Io non presenta sfaldamenti psicotici. E non raramente essi risultano anche utili quando riescono a motivare ad una ricerca della verità. Cito a questo proposito le parole di una mia paziente: «l'esperienza sorprendente fatta da me in analisi è stata quella che le interpretazioni anche dolorose, le quali mettevano il dito su una mia mancanza inconscia, risultavano per me liberatrici, amplificavano il mio spazio interno, non provocavano un senso di depressione – poiché la verità affranca sempre». «Die Wahrheit ist nie trostlos» diceva lo storico Ranke; ma l'opera della ragione critica può essere sentita transitoriamente dal paziente come negativizzazione della sua persona, del suo modo di vivere, delle sue resistenze. Era questo il caso della madre della nostra paziente; un caso in fondo non troppo raro in quelle persone ove i «vantaggi secondari» della malattia psichica sono talmente notevoli, pur al di dentro di un'esistenza in fondo svantaggiata, da rendere insufficiente il punto di vista psicologico e da porre in primo piano, nell'esperire del paziente, la «negativizzazione» che da esso risulta e che si riflette nel transfert negativo. Talora, e per fortuna nella maggior parte dei casi, questo è transeunte, quando il lavoro è sufficientemente lungo ed esteso in profondità da condurre all'accettazione della ragione critica, sì che a questa segua infine la positivizzazione dell'esistenza.

Il secondo esempio è un caso diverso. Ad un sadico latente, che nella maschera patologica di varie fobie ed ossessioni costringe i suoi familiari ad occuparsi continuamente di lui, che tormenta la sua famiglia con i suoi comportamenti coatti, che controlla con questi le sue aggressioni o le sue pulsioni sessuali infantili, noi sveliamo a poco a poco questi momenti per lui profondamente inquietanti; noi mettiamo in evidenza una componente inconscia della sua psicopatologia che è quella di nascondere a se stesso le proprie aggressioni e di sadicizzare gli altri, costringendoli ad aver riguardo per lui. Naturalmente tale interpretazione non incontrerà il favore del nostro paziente che infatti resisterà lungamente ad essa, ci accuserà magari di incomprendione e possibilmente trasferirà su di noi la componente sadica di certi suoi comportamenti.

Ora siffatta resistenza è appunto una difesa del paziente nei riguardi di ciò che egli sente quale "negativizzazione" della sua autoidentità. Ma se noi infine gli mostriamo anche come il suo sadismo sia, ad esempio, una introiezione di quello paterno di cui lui ebbe a soffrire, e da cui non pote' altrimenti difendersi che attraverso l'identificazione con l'aggressore da un canto e le paure fobiche dall'altro; se noi comprendiamo, quindi, quanta infelicità è dentro il sadismo del nostro paziente e gli facciamo sentire la nostra vicinanza a tale sofferenza, ebbene noi compiamo allora un'opera di positivizzazione. Tale dialettica di critica (sentita come negativizzazione e positivizzazione) in cui si struttura la nostra comunicazione col paziente ci permette di vedere meglio un'intenzione della psicoanalisi, quella della ragione critica, della riduzione, dello svelare, smascherare e comprendere i risvolti della vita intima: la riscoperta del tragico nell'esistenza umana.



È stato visto forse troppo poco questo grande compito della psicoanalisi, la riscoperta del tragico. Il secolo in cui viviamo è un secolo che vuol essere scientifico, che in psicoanalisi ha cominciato a discorrere di apparato psichico, di meccanismi, di psicoeconomia, senza badare troppo all'esistenza. Vediamo allora di sostare un attimo sul concetto di "tragico". Che cosa intendiamo con esso? Proverei ad esprimermi, in accordo con Simmel che tuttavia svolge il suo pensiero sul piano storico, in questi termini: tragica è una azione, una volontà, una pulsione, un'esistenza che nel perseguimento dei suoi fini, dei propri ideali o interessi, della sua realizzazione porta inevitabilmente – e qui in psicoanalisi preciserei: inconsciamente – alla negazione di tutto ciò, creando così le premesse per la distruzione di quello che viene intenzionalmente e perfino disperatamente ricercato. Tragico è un individuo che nel perseguimento di un ideale crea le premesse per la distruzione di esso, e tale contraddizione intima dell'uomo viene scoperta in psicoanalisi attraverso l'esame dell'inconscio.

L'esame dell'inconscio, lo sappiamo tutti, è il compito più penoso del paziente in psicoanalisi, quel compito che stimola difese e provoca non di rado il transfert negativo. Si tratta per il paziente di scoprire con l'aiuto dell'analista quante illusioni, quanti impulsi rimossi, di odio, invidia, rivalità, quanti narcisismi, quanti moti sadici, siano presenti nel fondo della sua psiche e inoltre quanti ideali di abnegazione, di sacrificio, altruismo che dettano forse lo stile di vita familiare, sociale rappresentano talora solo delle croste utili al mantenimento dell'autosicurezza e del potere. La psicoanalisi è prudente nel parlare al paziente di queste cose. L'analista parla piuttosto di atteggiamenti narcisistici che non di atteggiamenti egoistici; di pulsioni distruttive infantili che non di una distruttività attuale; e il termine di "neurotico" sta ad indicare non tanto che certe pulsioni siano ingiustificate in sé, quanto piuttosto che esse entrano in conflitto con quei tre aspetti dell'Io che non le accettano: l'Ideale dell'Io, il Super-Io e le difese dell'Io.

Così questo esame dell'inconscio, che infine scarica il soggetto dal peso delle "mancanze" che esso va scoprendo man mano in terapia, è diverso dall'esame di coscienza propostoci dal colloquio socratico il quale, come ogni morale tradizionale, tende piuttosto a contrapporre il bene al male. «Nel tuo Interno, o *Polos* – così parla il Socrate plato-

nico al sofista – tu sai con perfetta decisione che ogni male è nefasto, da te stesso io voglio trarne la prova». Qui in psicoterapia ciò che appare nefasto nelle transazioni umane viene riscoperto come conseguenza di una incomprensione infantile che ha fatto del bambino incompreso il perverso di oggi.

La confrontazione con la coscienza e la confrontazione con l'inconscio sono due cose diverse, così come due cose diverse sono il discorso di Socrate col sofista e il discorso della psichiatria col sofferente. Proprio perché la psicoanalisi si è rivolta sin dai suoi primordi al sofferente, ha scoperto l'inconscio, e oggi è nata come terapia medica, essa ha lasciato da parte il discorso morale, in sé pur importante, ma inutile o pesante per il paziente già gravato dal fardello di un Super-Io esoso e da quello dei suoi sintomi morbosi.

Ma la divisione fra sano e malato, evidente nelle psicosi, non è sempre troppo netta nelle nevrosi. Quali delle nostre pulsioni distruttive sono del tutto inconscie, sono del tutto infantili e sono anche di origine attuale, e solo nascoste ("covered", come diceva Sullivan, per distinguerle da quelle veramente inconscie) dai bisogni narcisistici? È soprattutto nel transfert, quando paziente e analista non stanno a ragionare sul passato ma lo vivono attualizzato nella relazione, che il paziente si identifica con i suoi sentimenti (di odio, di amore, *etc.*) verso il terapeuta e non intende più esaminarli come un rimasuglio del passato; ed è allora che il terapeuta nel suo controtransfert rischia di rifiutare inconsciamente il paziente.

Questo dell'attualizzazione del passato è fra l'altro uno dei grandi mezzi della psicoanalisi; altrimenti: come noi potremmo agire su un passato ormai definito, cristallizzato, interiorizzato, appersonato, divenuto fondamento della personalità, come noi potremmo mai neutralizzare tale passato se non incontrandolo una seconda volta nella attualizzazione del transfert da un canto e della vita onirica dall'altro? Man mano che questa attualizzazione procede il paziente resiste. È tale resistenza, tragica quando essa porta ad una interruzione precoce del lavoro, è invece salutare quando essa sta quasi a simboleggiare la lotta interna fra l'uomo spirituale e l'uomo naturale (l'Eroe celeste e l'Eroe terreno, direbbe Platone) o, in termini più moderni, fra il Sé vero e il Sé falso (Winnicott); quella lotta interiore senza cui non c'è vero progresso ma solo "dottrina psicoanalitica".

2. Vi sono così delle fasi, anche in una terapia ben condotta, in cui il paziente vive la critica terapeutica come un'opera di negativizzazione compiuta dall'analista su tanti aspetti della sua personalità sentiti prima come ovvi e che adesso appaiono, al microscopio dell'indagine, come costruzioni di vita tutte da rifare. Uso il termine un po' forte di "negativizzazione" per potere contrapporre ad esso quello di "positivizzazione" che sarà un argomento principale del mio discorso.

Ritengo che in psicoanalisi non c'è l'una senza l'altra. Ma già nel trattamento di stati non ancora psicotici ma abbastanza gravi, ad esempio depressivi, dobbiamo stare attenti con la critica, con la messa in evidenza di aspetti narcisistici della persona, con la scoperta di pulsioni di morte, perché il Super-Io sadico del paziente sembra stare lì a non attendere altro per dimostrare al paziente quanto egli sia "cattivo" o narcisista o altro, come sembra dirgli adesso perfino la psicoterapia. Qui è più indicata anzitutto l'analisi del Super-Io stesso fin dal principio, la quale mostra all'Io – ossia alla coscienza del paziente – quanta ingiustizia venga ad essa fatta dall'istanza morale arcaica e spesso incosciente, rappresentata dal Super-Io patologico.

Sono cose queste dette tante volte che temo di ripetere dei luoghi comuni, se tuttavia non fosse che la neoformulazione è sempre utile e che nello studio dell'anima umana, come risulta anche dalla filosofia, ci sono delle verità eterne che vanno ripetute sempre, con nuove parole, in nuovi giri di pensiero, per dirci incessantemente che cos'è l'uomo, per farci presentificare sempre di nuovo l'incontro con esso.

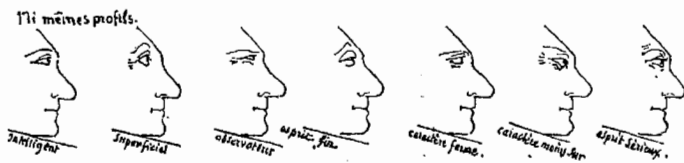
Veniamo adesso a quello che potremmo chiamare l'altro polo della psicoanalisi e della psicoterapia: la positivizzazione. Il concetto di positivizzazione che ho tratto dalla mia esperienza va tuttavia, se usato *cum grano salis*, aldilà della malattia psicotica ed è uno dei miei contributi alla psicoterapia nel senso più vasto del termine. In fondo il concetto in forma latente sta alla base di tutta l'intenzione psicoterapeutica fin dai suoi primordi e trova nei miei scritti solo una meditazione ed esplicitazione. La corrispondente attitudine mentale è già implicita nel nostro stesso atto di avvicinare il paziente, chiunque esso sia. Questo paziente, specie se grave, può essere ritratto nella similitudine del dio Glauco, cacciato giù in fondo al mare: «chi lo mira laggiù non riesce più a riconoscere la sua natura. Le sue membra sono dalle onde scorticate e rotte dalla loro forma originale, altre parti

gli son cresciute di fresco, conchiglie, alghe, pietre in modo che somiglia piuttosto ad un mostro e non già alla sua propria natura». Fin qui Platone, che nel dio Glauco ravvisa l'anima umana caduta a cagione di innumerevoli infausti influssi. Abbiamo qui il germe filosofico della psicoterapia che può persino servirsi della similitudine platonica per esprimere la sua intenzione. L'idea qui non è che l'immagine, nella mente del terapeuta, dell'Essere del paziente nascosto dalla sua malattia, dai "fetici psicotici" (Mahler, 1968) ma anche da tutte le sue deviazioni morbose, le quali sembrano farne un altro essere. Esse non lo estraniano completamente se noi scopriamo che la similitudine del dio cacciato in fondo al mare lumeggia vivamente anche lo stesso stato dell'uomo e che il malato psicotico è solo un grado diverso, certo ben più grave, di quello che siamo noi. L'idea che noi allora ci facciamo di lui corrisponde quindi al nostro desiderio di essere qualcuno di più di quel che noi siamo; qualcuno che noi siamo già in quanto aspiriamo ad esserlo, seguendo così il detto di Pindaro che fu più tardi anche quello di Nietzsche: "diventa quel che sei"; ed è opposto in psicoterapia alla diagnosi di "difetto", di "degenerazione psichica", come si soleva dire un tempo, di "psicopatia" più o meno irreversibile.

È in un atto di "reciprocità", molto spesso inconscio ma non pertanto meno operante, che noi trasformiamo la percezione psicopatologica dell'altro, non per idealizzarla e tanto meno per difendercene attraverso l'idealizzazione della vera realtà, ma al contrario in forza del presentimento della sua vera realtà (il "Sé vero" di Winnicott) nascosto dalla realtà denaturante del dolore e della difesa, dal Sé falso. Noi allora prima ancora di operare ascoltiamo l'idea del paziente in noi e ci avviciniamo, entro le nostre modeste possibilità, all'artista di cui Forster ebbe a dire che esso «prende dunque dalle labbra della natura la parola non detta».

Questa nascita silenziosa dell'idea del paziente nella nostra mente, che si ripete ad ogni incontro con lui, non è tuttavia che il primo atto della psicoterapia. Quel che Platone naturalmente non ci dice, quel che accade, direi regolarmente, in ogni atto terapeutico, è la difesa del dio Glauco dal nostro sforzo di estrarlo dalle maschere ed illusioni in cui egli si è sprofondato, dapprima controvoglia, per il suo destino esistenziale, e poi per il suo stesso sforzo difensivo. Quel che

per noi è una positivizzazione della sua immagine, per lui è una negativizzazione del suo stato; una negativizzazione operata da una terapia che lo vuol privare di quei pezzi del suo essere che gli son serviti a ricomporsi, più o meno, nella sua nicchia, per lasciarlo poi sperduto nelle profondità oceaniche del suo dramma esistenziale. E vi sono in realtà dei momenti, nella psicoterapia delle psicosi, ove noi preferiamo non analizzare certe idee deliranti, evitiamo perfino di razionalizzarle nella nostra mente per non privare il paziente di certi suoi specchi, frammenti di vetri che gli riflettono il suo universo, senza di cui andrebbe in frammenti. Ecco qui un dilemma della psicoterapia: togliere al paziente i "corpi estranei" aderiti alla sua pelle e cresciuti in lui, affinché egli possa divenire permeabile al nostro messaggio o viceversa, infondergli a poco a poco, con il contagocce, il nostro messaggio, affinché egli possa spogliarsi da sé delle mostruosità che lo rivestono?



3. Dopo questa introduzione, che tocca le premesse fondamentali del nostro pensiero, passiamo alla domanda: in che cosa consiste, nella nostra concezione della psicoterapia, l'opera della positivizzazione? Ne disegno tre gradini successivi che rappresentano, per me, la presenza del terapeuta nel mondo del paziente e permettono quella sintesi psichica che va di pari passo con l'analisi e che costituisce il progredire dell'integrazione della persona.

Vi è innanzitutto un atto interno del terapeuta che si manifesta naturalmente nel suo modo stesso di essere, di sentire quale terapeuta, che viene cioè percepito dal paziente già sul piano inconscio. Esso

è la coscientizzazione, nel terapeuta, della dimensione tragica dell'esistenza umana per cui il paziente gli diventa, nella sua particolare storia di vita e di sofferenza, un simbolo dell'Uomo e quindi anche di se stesso. Attraverso l'ascolto lo psicoterapeuta comprende nel senso di un contenitore le dimensioni contraddittorie dell'esistenza, le quali inducono il Sé perciò autonegantesi al falso uso degli oggetti; falso uso che equivale al concetto di perversione, la quale si intreccia spesso con la neurosi.

Desidero tracciare a questo proposito alcune antinomie dell'esistenza umana che, presenti in noi tutti, ci appaiono nel paziente, ora l'una ora l'altra, nella forma più radicale, anche se questa forma è cangiante da un caso all'altro. Ne descriverò brevemente tre, ma so che la mia sintesi è arbitraria e che serve solo per esporre il mio pensiero.

a. La prima antinomia è la cornice entro cui si iscrive il senso di colpa umano e quindi del paziente. Noi siamo soliti distinguere il senso di colpa neurotico da quello autentico, anche se la distinzione nel caso particolare non è semplice, anche se non mancano da un canto gli analisti che considerano (o consideravano, agli albori della psicoanalisi) qualsiasi senso di colpa come neurotico, e dall'altro i moralisti anche psichiatri che in ogni senso di colpa vedono il segno di una mancanza, come lo vedevano i cosiddetti "psichiatri psichici" del secolo scorso (in questo senso la storia della depressione, della melancolia, di questa "malattia della colpa" – come è stata chiamata da Guntrip, è significativa).

Ecco qui in realtà la situazione dell'uomo che, "gettato" in questa esistenza (per usare l'espressione di Heidegger) da una necessità che sta al di fuori della sua scelta, si sente sopraffatto da compiti della vita spesso contrastanti tra loro, la cui armonizzazione supera le possibilità del suo organismo, psichico e fisico; compiti, richieste, urgenze istintuali, bisogni propri e altrui che lo legano, lo impegnano in conflitti in ultima analisi difficilmente solubili; che lo colpevolizzano qualunque sia la sua scelta (*Grenzsituation der Schuld*, come la ebbe a definire Jaspers, ove cioè ogni scelta conduce ad una colpa).

Errore, incapacità, scacco, disperazione rappresentano qui una forma del tragico, non solo per il carattere opprimente delle emozioni relative, ma anche per la struttura stessa delle dinamiche, che ten-

dono col loro sviluppo fatale a distruggere ciò che invece si voleva intraprendere. E non deve allora venire alla mente dell'analista, del terapeuta, come non tanto il singolo individuo, quanto l'organizzazione di questo nostro mondo, con le sue istituzioni e le sue contraddizioni, è il portatore della colpa, dal cui vissuto il paziente è tormentato, o il cui vissuto egli disperatamente cerca di reprimere?

Eppure la conoscenza dell'uomo e del paziente in esso ci dice che egli attua sempre una copia sbiadita di quello che si sente chiamato ad essere, che la responsabilità è anche sua e che, togliendogliela, gli si toglie la sua dignità di uomo; che il mondo dei sensi, nel quale noi viviamo, soffriamo e moriamo, non è il vero ed unico mondo, ma il collegamento con un mondo invisibile al quale il nostro mondo interiore appartiene in modo indissolubile e sulla base del quale noi fermamente dobbiamo operare, se vogliamo rimanere fedeli sulla terra a quella origine e anche alla nostra vera personalità.

Questo vissuto metafisico incosciente è nella mia esperienza una particolare prerogativa dei sofferenti psicotici. Quanti pazienti conosco che solo nel progressivo responsabilizzarsi della loro esistenza¹ hanno realizzato il senso del Sé! In questa polarità fra responsabilità personale, che il paziente anela a riconquistare, e violenza di un Inconscio che dispone del suo ordine morale e del suo destino, di un inconscio preparatosi talora al di fuori di lui, nell'incoscienza dell'infanzia e dei suoi introietti, nei legami delle generazioni precedenti, sta una dimensione tragica dell'uomo, che noi sentiamo con particolare struggimento nello specchio del nostro paziente.

b. La seconda antinomia può essere considerata un eccesso o una mancanza. Siamo abituati a vedere nell'eccessivo narcisismo un amore egocentrico di sé che rende impossibili quelle relazioni oggettuali che nutrono la psiche con la linfa dell'altro e che sconfinano tante volte (ad esempio in tanti caratteri cosiddetti isterici) nella tendenza a manipolare gli altri, a dominarli per esserne poi dominati. Ma guardando bene questi pazienti noi ci accorgiamo anche di "lacune" le quali *ab initio* hanno reso futile il senso del Sé ed evocato la costruzione degli strati narcisistici della persona; tant'è che il termine di narcisismo, riattualizzato in particolare dall'opera di Kohut, sta a denominare sia la libido appunto narcisistica, sia la lacuna – anch'essa narcisistica – che si apre come una falla nel tessuto primordiale dell'Io.

Una antinomia che veste del suo velo tragico anche quei pazienti che, talora, proprio per il loro atteggiamento narcisistico riescono sgradevoli, nel transfert, agli stessi analisti.

c. La terza antinomia: la antinomia egoismo-altruismo. Questa antinomia, che attraversa da millenni tutta la storia dell'umanità, le sue filosofie e religioni, mostra nell'ambito della sofferenza psichica una particolare struttura, la quale più che qualsiasi altro stato umano, ci fa comprendere l'esistenza di un inconscio e la limitazione della libertà umana di fronte ad esso. Nella maggior parte di quelle situazioni familiari in cui c'è una psicopatologia della sofferenza, noi vediamo che gli ideali da cui è fatta l'identità sociale dell'uomo vengono trasmessi in una misura che non è corrispondente alle povere possibilità di un Io malnutrito dalle mancanze di libido familiare, invischiato in quella miriade di conflitti intrafamiliari, ove la difesa del proprio ruolo, la preoccupazione per la propria identità materiale, l'immersione simbiotica nelle ansie altrui non lascia spazio sufficiente al vero Sé del bambino, alle sue autentiche possibilità di crescita, di autonomia e di creatività. Ne consegue, nell'individuo sofferente, una spaccatura profonda e poco cosciente fra quello che egli vorrebbe essere e quello che egli è e perciò anche un'impossibilità a sentirsi veramente e comprendersi in quel che egli fa.

È a questo punto che scatta in tanti pazienti, depressi o narcisisti o psicotici che essi siano, un conflitto ascoso fra libido e aggressività, fra altruismo ed egoismo, fra bisogno di abnegazione e bisogno di possesso e di manipolazione, la cui tragicità sta sia nell'insoddisfazione del singolo, sia nella sua incapacità a risolvere il conflitto, sai infine in un decorso che vede il paziente vittima di aggressioni altrui.

Ecco ad esempio la paziente depressa che è vissuta un'intera vita per il marito e i figli, rinunciando ad ogni distrazione, ad ogni attività indipendente dalla famiglia, ad ogni sua autentica autonomia e che alla fine della sua vita di sacrificio viene rimproverata dai suoi stessi familiari a cui credeva di essere votata, di averli voluti anzitutto possedere, iperproteggere, asservirli, manipolare; la quale "scopre" dunque, allo specchio degli altri, come tutto il suo altruismo non sarebbe stato che egoismo razionalizzato. Ecco ancora il paziente psicotico, che durante la adolescenza viveva di fantasie umanitarie di salvezza, avvertire con spavento, all'inizio della sua psicosi, la presenza di im-

pulsi distruttivi che contraddicono radicalmente tutto il modello che egli aveva costruito di se stesso. Ecco il paziente ossessivo, che per anni ha creduto di realizzare con la sua precisione esasperata i compiti posti a lui dagli altri, che col suo perfezionismo ha solo raggiunto lo scopo di venire odiato dagli altri.

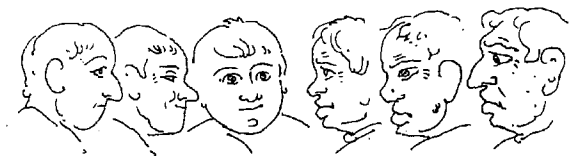
Come non sentire, in queste e in tante altre situazioni simili e diverse, quella non-libertà dell'uomo che misteriosamente si ingrana con la libertà della coscienza, la limita già in noi e poi, ben più, nel sofferente in una misura in cui la morale tradizionale, con la sua divisione troppo netta tra il bene e il male, non si è resa mai sufficientemente conto; quella non-libertà dell'uomo – dico – alla cui percezione non è possibile sfuggire con un taglio preciso fra malato e sano ma che ci impone piuttosto il senso tragico della vita, soprattutto di fronte a quegli esseri-pazienti che a cagione dei loro scacchi familiari e sociali non assurgono a un'altezza che impressiona la società ma restano in un grigiore di vita che attira perfino il disprezzo altrui.

Finora ho parlato dell'esperienza terapeutica che è il tema centrale del mio scritto. Ma non voglio – come psicoterapeuta – con ciò circoscrivere la mia posizione di fronte a tanti colleghi psichiatri che, pur non facendo psicoterapia nel senso stretto della parola, anche perché hanno a che fare non con una selezione di malati ma con centinaia di pazienti psichiatrici (“psichiatria di massa”, secondo la accezione di Barison) e non possono quindi dedicarsi alla “psichiatria del profondo”, incontrano tuttavia i loro malati in quello spirito di profonda comprensione, di attenzione fenomenologica che può essere considerata una visione positiva di quel che altrimenti, in cert'altra psichiatria, viene visto invece fondamentalmente quale “difetto”.

Barison, parlando della visione “scienziata” la quale osserva anzitutto i disordini da difetto, precisa: «non si tratta di un errore, ma di un diverso modo di fare psichiatria». Con una certa paradossalità, che fa bene perché mi sembra una sfida a chi pensa altrimenti, egli scrive che il «Mit-Sein autentico» può accadere «sul piano trasferenziale e controtrasferenziale anche se vi sia per avventura una sola intervista, qualsiasi siano nel tempo e nello spazio e nelle diverse circostanze gli svolgimenti di tale rapporto». Nella schizofrenicità stessa egli vede una «originalità e creatività analoga all'attività artistica; [...] che differisce dall'opera d'arte solo perché non ne possiede l'universalità di

comunicazione²; [...] che solo una visione soltanto scienziata e positivista può vedere come un disordine da difetto; [...] che è creazione surrealista non solo quando appare come gelido vuoto, ma anche quando si moltiplica in svariatissime forme; [...] che è una esasperazione vertiginosa del comportamento espressivo [...] come se fosse, per il paziente, un modo per fare scoppiare la realtà sotto la spinta di potentissime esigenze vitali»; e cioè anzitutto quella di «tenere per sé un suo mondo comunque diverso». L'esplosione, aggiungerei io, del Sé separato come difesa dalla perdita di esso. Ecco, dice Barison, «l'impossibilità di spiegare [tutto questo] come un fatto di atimia, che non può rendersi conto di questa struttura intenzionale».

Vi è, in questo incontro con l'Anders, anche quel rispetto verso ciò che nel paziente ci risulta inconoscibile e non riducibile alla conoscibilità del difetto, lo stesso spirito che, in altro modo, pervade anche la mia psicoterapia.



4. Per concludere la natura della psicoterapia mi appare in una relazione fra terapeuta e paziente in cui il primo, interiorizzando il secondo in se stesso, diviene attento ad ogni dettaglio della sofferenza, mentre il secondo interiorizza a sua volta l'attenzione dialogica dell'altro per divenire infine il terapeuta di se stesso. In questo processo occorre incessantemente un'opera di conoscenza critica che si svolge fra i due poli dialetticamente opposti di "negativizzazione" critica (interpretazioni critiche, mobilitazioni di resistenze, aumento dell'ansia) e di "positivizzazione", aumentando così progressivamente lo spazio introspettivo di ambedue i partecipanti al dialogo.

La conoscenza di sé quale possibilità maggiore di esistenza è altamente positivizzante e quindi ricca di valenze affettive, perché essa evidenzia, attualizza e valorizza agli occhi di un *partner* terapeutico le potenzialità dei vissuti negativi del paziente, i quali appaiono come risvolti di bisogni genuini non corrisposti, di possibilità mancate, di spinte della persona vanificate dall'assenza di ricezione altrui. Tale positivizzazione è una dimensione essenziale della psicoterapia ed essa è possibile tramite la presenza dialogica di un terapeuta nel cui specchio interpretativo di traduzione solidale dall'inconscio alla coscienza, la persona non solo si riconosce nel suo germe di verità ma anche si realizza come dualità.

Nell'ambito di tale conoscenza positivizzante il terapeuta si assume la difesa delle pari vere, genuine, autentiche del paziente, incrostate e nascoste da autotradimenti, da falsi adattamenti agli altri, ai sistemi patogenici della famiglia e della società, dalle tendenze distruttive altrui e proprie. Il terapeuta non è però solo un avvocato difensore di tutto ciò che è rimasto vittima nel programma di vita del suo paziente; egli è anche il paladino della rinuncia a quegli ideali narcisistici, a quel "Sé grandioso", a quegli aspetti sadici della personalità che un tempo venivano riassunti nel concetto di peccato, di mancanza o di insufficienza psichica. I limiti medici di tale psicoterapia stanno nella rigidità del divenire psicostorico dell'individuo come anche nel suo mondo psicofisico, nella fissazione corporea dell'esistenza. Essi non sono sempre modificabili.

Ma l'interesse che ogni psicoterapia veramente motivata suscita nei terapeuti e nei pazienti mostra come le dimensioni di ricerca umana, di attenzione dialogica e di solidarietà duale si sviluppano in uno spazio più vasto che non quello solamente medico e di cui possono prendersi cura solo i due partecipanti ad esso. È nell'ambito di questa concettualizzazione che noi possiamo infine esplorare la molteplicità creativa dei modelli esplicativi in psicoanalisi e in fenomenologia. Quanti modelli diversi dell'origine e della struttura delle varie psicopatologie sono stati proposti dal pensiero sia psicoanalitico sia fenomenologico (o *da-seinsanalitico*)! Mentre la psichiatria essenzialmente descrittiva perviene oggi ad un linguaggio relativamente univoco nei manuali internazionali di diagnostica psichiatrica, i modelli psicodinamici o ermeneutici si sventagliano in una molteplicità di differenti punti di vista che

può disorientare che richiede al modello una certa invarianza storica, una "aderenza alla realtà", una sicura testabilità di ipotesi e non è aperto all'atto creativo dello "spostamento di attenzione".

Eppure è solo attraverso i modelli che noi ci avviciniamo veramente ai nostri pazienti, perché così creiamo simboli del loro esperire, di una interiorità altrimenti inconoscibile che – alla psichiatria descrittiva – si manifesta solo come un insieme di "sintomi". I modelli esplicativi sono *simboli* dell'incontro della nostra mente con l'interiorità inconoscibile di chi è veramente Altro; essi possono svelare, almeno in parte, la soggettività dei vissuti e delle strutture interiori solo se noi ci avviciniamo ai "sintomi" con la nostra soggettività. Se noi soltanto cataloghiamo i sintomi, il loro ascoso linguaggio ci resta muto e il paziente ci rimane lontano, inafferrabile pur nel concretismo del sintomo. La "dimensione soggettiva" del modello (psicoanalitico o fenomenologico), che da un punto di vista "scientista" ne è la debolezza, ci rimbalza agli occhi che cercano l'incontro come la sua vera forza. perciò la simbolizzazione della malattia psichica non potrà mai venire standardizzata e qualsiasi standardizzazione dei sintomi equivale alla rinuncia a leggerli come messaggi del profondo. Ed è nella nostra disposizione a "leggere il malato" nei geroglifici di un linguaggio che da un canto precede l'incontro e ne è la base, ma che d'altro canto si definisce nell'incontro, che appare l'intenzionalità psicoterapeutica.

¹ Vedi G.M. Ferlini, 1991: «io credo che la risposta della psicoanalisi [...] sia la sua neutralità; ma una neutralità ben paradossale, nel senso che si tratta di una neutralità che conduce non ad approvare né a condannare i nostri pazienti, ma a comprenderli, comunicare la nostra comprensione, in modo che il paziente possa lentamente assumere a sua volta, con piena conoscenza di causa, le sue scelte e la responsabilità dei suoi atti. La nostra etica tende a rendere ciascun paziente cosciente dei suoi conflitti rimossi, tende dunque a rimettere in questione tutti i suoi valori, tutte le sue credenze, religiose, politiche, etiche, allo stesso modo dei suoi desideri e della sua vita sessuale».

² Vorrei qui tuttavia osservare che del vissuto estetico fa parte l'intenzionalità comunicativa come anche la ricezione dell'altro. In psicoterapia noi osserviamo produzioni "quasi artistiche" ove non mancano né la ricerca del paziente di esprimere qualcosa di verbalmente indicibile al suo terapeuta, attraverso il proprio *opus*, né la sensibilità ricettiva di chi vede punteggiato tutto il suo cammino terapeutico con quelle manifestazioni della sofferenza dualizzata, con quelle simbolizzazioni incipienti del miglioramento, da creare anche l'*Erleben* estetico. Certo non sempre!

BIBLIOGRAFIA

- BARISON, F., *Comprendere lo schizofrenico*, in «Psichiat. Gen. Età Evol.», 31, 1993.
- , *Il manierismo schizofrenico*, in «Psichiat. Gen. Età Evol.», 31, 1993.
- , *Schizofrenia: Anders e Apatia*, in «Psichiat. Gen. Età Evol.» 31, 1993.
- BARNETT, G., *On aggression in the obsessional neurosis*, «Contemporary psychoanalysis», 6, 1969, pp. 48-57.
- BENEDETTI, G., *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Boringhieri, Torino, 1991.
- FERLINI, G.M., *Psicoterapia psicoanalitica e religiosità*, in D. DE MARTIS, S. RESNIK, G.M. FERLINI (a cura di), *La cura e la psicoterapia nell'istituzione*, Atti delle giornate di studio 18-19 ottobre 1991, Ospedale Villa S.Giuliana, Verona.
- FREUD, S., *Die Traumdeutung* (1900), in *Gesammelte Werke*, II/III, e in «Imago», London, 1942.
- FORSTER, F., *Cristo e l'anima umana*, Società Tipografica Ed., Torino, 1927.
- JASPERS, K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Heidelberg-Berlin, 7 Aufl., 1937.
- MAHLER, M., *On human symbiosis and the vicissitudeness of individuation*, International University Press, New York, 1968.
- PLATONE, *Gorgia*, Dialoghi.
- SCHARFETTER, C., *Psychopathologie*, Stuttgart, Thieme, 1975.
- SIMMEL, G., *Der Konflikt der modernen*, Kultur, Berlin, 1921.
- WINNICOTT, D.W., *Collected papers*, Tavistock Publ., London, 1958.

C'È ANCORA UN SENSO NELLA PSICOPATOLOGIA?

Eugenio Borgna

*Una
premessa*

Non so se abbia ancora un senso parlare di psicopatologia in un contesto storico in cui, nei paesi nord-americani ma anche in quelli europei, sembra dominare una psicologia biologica (una farmacopsichiatria nel migliore dei casi) *estranea*, radicalmente estranea, alla dimensione psichica delle esperienze psicotiche e neurotiche e *intesa* alla loro riduzione, alla loro nientificazione, in schemi (in funzioni) neurofisiologici e neurochimici.

Questa è teoria, certo, ma in psichiatria, e non solo in psichiatria del resto, ogni prassi clinica e ogni modalità di agire (anche) terapeutico è condizionata dalla visione *teorica* che noi abbiamo delle realtà psichiche e, in particolare, delle esperienze neurotiche e psicotiche che si tematizzano come *oggetto* della psichiatria. Se la psichiatria non è altro se non scienza naturalistica, scienza che si occupa dei soli modi di funzionamento delle strutture encefaliche e diviene encefalo-iatria (E. Borgna, 1995), quale significato ci può mai essere nel confrontarsi con i fenomeni intenzionali della vita psichica, con la plasmabilità e la interscambiabilità delle esperienze in chi cura e in chi è curato? Se la psichiatria è in ultima istanza scienza della oggettività, *non* ha alcun senso analizzare e descrivere le esperienze vissute dai pazienti nel contesto di una articolazione dialogica (F. Barison, 1988; M.

Buber, 1993; H.-G. Gadamer, 1983) di un discorso.

Cosa conosce, e *come* conosce, una psichiatria che voglia fare a meno di ogni analisi e di ogni valutazione della vita psichica? Sulla scia della antica lezione kraepeliniana (E. Kraepelin, 1920) il paradigma della coscienza si incentra, e si esaurisce, sugli aspetti del comportamento e sulle sue abnormi modalità di espressione? Certo, *anche* le macromolecole (abnormi) della vita psichica vengono utilizzate (le esperienze deliranti e allucinatorie: lo faceva, del resto, anche Emil Kraepelin questo) al fine di stabilire se si abbia a che fare con una forma depressiva, o con una forma dissociativa; ma le esperienze psichiche vengono reificate: considerate come *sintomi* destituiti di senso: destituiti della dimensione intenzionale che hanno i *fenomeni* psichici.

In una psichiatria, a cui sia estranea la vita interiore (la interiorità) dei pazienti, non c'è spazio se non per l'applicazione di questionari, strutturati o semi-strutturati, che della vita interiore di una persona non rivelano se non segmenti atomizzati e congelati: svuotati e destituiti di senso e di interiorità.

Rovesciamo, e ribaltiamo, il *background* del discorso: *cosa* si conosce, e *come* si articola la conoscenza, in una psicopatologia che continui ad essere la struttura portante (B. Callieri, 1984; D. Carniello, 1977; E. Minkowski, 1966; K. Schneider, 1962) della psichiatria?

*L'orizzonte
della
conoscenza
in psico-
patologia*

La descrizione, e l'analisi, e cioè la conoscenza, non sono possibili in psicopatologia senza la partecipazione radicale della soggettività del medico alla soggettività del paziente. Non c'è una modalità di conoscenza astratta e oggettiva, in psicopatologia, ma in essa ogni forma di conoscenza è inesorabilmente implicata e immersa in una spirale ermeneutica, in una circolarità ermeneutica, che trascini con sé la sogget-

tività (la interiorità) del paziente e la soggettività del medico: la sua interiorità.

Non c'è possibilità di conoscenza in psicopatologia, dunque, non c'è captazione possibile degli orizzonti infiniti che fanno da sfondo ai fenomeni psichici, che possano prescindere dalle connessioni radicali con l'area problematica e sfuggente, ma essenziale, della intersoggettività.

Al di là delle contrapposizioni teoriche che separano la psicopatologia *clinica* dalle psicopatologie *fenomenologiche* (queste ultime, a loro volta, diversamente tematizzabili in senso fenomenologico-descrittivo (K. Jaspers, 1913-1959; K. Schneider, 1962), in senso fenomenologico-eidético (V.E. von Gebattel, 1964; E. Minkowski, 1966; E. Straus, 1960) e in senso fenomenologico-trascendentale (L. Binswanger, 1965), la psicopatologia clinica e le psicopatologie fenomenologiche si riconciliano, e si ritrovano unite, su di un terreno *comune* e su di una *comune* ricerca: nella alleanza conoscitiva fra la nostra interiorità e l'interiorità dei pazienti; nella interscambiabilità inesauribile delle esperienze. Non ci è possibile conoscere nulla di ciò che avviene negli abissi delle soggettività, della nostra soggettività e della soggettività dei pazienti, se non rinunciamo ad ogni atteggiamento di distacco e di neutralità, di fredda e gelida scientificità, di fronte ai pazienti; e se non ci serviamo della *intuizione* e della *immedesimazione*.

Questo è l'aspetto essenziale di ogni riflessione sul senso della psicopatologia e sulla sua ineliminabile importanza in psichiatria.

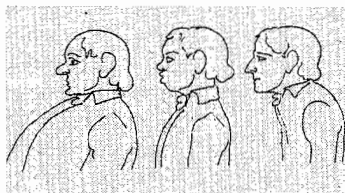
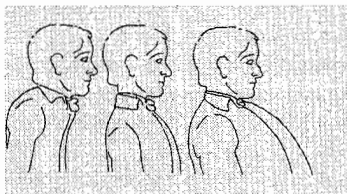
Solo mettendo-fra-parentesi ogni impostazione ideologica, ogni teoria che si sovrapponga come un diaframma impenetrabile alle realtà umane (normali o patologiche), *solo* muovendo dalle esperienze vissute dai pazienti e mettendoci *dalla parte* dei pazienti mediante una conoscenza che si abbia ad alimenta-

re di immedesimazione e di intuizione, è possibile cogliere le dimensioni e le interne articolazioni della vita psichica e il *sensò* (delle aree semantiche) che da essa, di volta in volta e di situazione in situazione, riemerge: frastagliato e straziante, doloroso e opaco, silenzioso e nostalgico.

Cosa ci può dire, in alternativa a *questa* (interna) forma di conoscenza che si esaurisca nella valutazione *esteriore* di un comportamento e nella indifferenza alla introspezione e all'ascolto? Cosa ci può dire, insomma, una forma di conoscenza che si serva degli artigli spietati della *raison* calcolante e oggettivante (reificante) quando si confronta con le luci e le ombre camaleontiche delle emozioni: della tristezza e della nostalgia, della disperazione e della angoscia, della desolazione e della desertitudine, della frantumazione e della elisione dell'io?

Non sono interrogazioni decadenti e inutili, convenzionali e scontate, queste, se pensiamo alle modalità dominanti con cui, almeno in molte aree di psichiatria italiana (che, pure, si svolge in contesti funzionali infinitamente aperti, grazie alla rivoluzione metodologica e operativa promossa da Franco Basaglia (1981, 1982), da una psichiatria umanizzata e rigorosa insieme), avviene, e si svolge, una pratica clinica a-nonima e indifferenziata, opaca e muta.

Una psichiatria, che faccia a meno delle labili *sonde* della psicopatologia (delle sonde che abbiano a fare lievitare le stratificazioni magmatiche delle emozioni), si trasforma in una glaciale somministrazione di sostanze farmacologiche o in una meccanica applicazione di metodologie riabilitative: incentrate sugli aspetti di superficie, e *non* su quelli di profondità, di una *défaillance* o di uno scacco esistenziale, o anche solo pragmatico. (Le categorie della interiorità e della esteriorità si delineano, sfolgoranti, nel discorso di Emmanuel Lévinas [1982].)



*Le categorie
del tempo e
dello spazio
in psico-
patologia*

La psicopatologia clinica, quella legata al discorso magistrale di Karl Jaspers (1959), ha riconsegnato scientificità alla vita interiore dei pazienti, alla loro soggettività, e alla esigenza di ascoltare i pazienti nelle loro autodescrizioni che, nella psichiatria antecedente e parallela a quella jasperiana, venivano radicalmente e intenzionalmente ignorate e sottovalutate: considerate, come emblematicamente in Emil Kraepelin (1920), del tutto inattendibili e inutili. Con una metanoia copernicana, della quale non si finisce mai di essere ammirati, la fonte della conoscenza si sposta definitivamente, *repetita juvant*, dalla osservazione e dalla descrizione dei modi di essere esteriori (dei modi di essere comportamentali) alla immedesimazione e alla immersione nelle esperienze vissute dei pazienti.

Certo, dalla interiorità dei pazienti, dalla analisi fenomenologica e psicopatologica di ciò che avviene in essi, continuano a scaturire (non c'è mai una fine alla originalità [G.E. Morselli, 1975] delle esperienze psicopatologiche) modi di esperienza che, normali o a-normali, sono qualitativamente diversi o patologici, assumono una radicale significazione *anche* diagnostica.

In questo senso, non solo le manifestazioni della coscienza dell'io, e quelle della vita affettiva e del pensiero, ma *anche* le esperienze dello spazio e del tempo sono realtà che hanno dimensioni soggettive e sono accessibili alla intuizione e alla introspezione.

Non è un discorso astratto e velleitario, nemmeno questo, ma è un cammino conoscitivo che, articolato con le categorie dello spazio e del tempo, dilata e approfondisce la conoscenza delle strutture costitutive delle esistenze psicotiche e neurotiche: con le conseguenti implicazioni anche terapeutiche.

Come ci si confronta con un paziente, in quella esperienza decisiva che è il colloquio, come ci si confronta con l'esperienza che egli ha del tempo e dello spazio (così diversa da quella che si ha nella condizione umana "normale"), come ci si confronta con il suo volto e il suo sguardo (P. Lain-Entralgo, 1980): sono questioni, queste, che hanno a che fare con la psicopatologia radicale: fenomenologico-soggettiva (K. Jaspers, 1959) o fenomenologico-obiettiva (L. Binswanger, 1957, 1965), e che sono del tutto sconosciute ad una psichiatria clinica schiacciata in una *Einstellung* di in-differenza e di lontananza.

Quali connessioni ha questo discorso con le realtà cliniche e psicopatologiche quotidiane?

La psicopatologia ha riscoperto il *senso* dello spazio *vissuto* e della distanza *vissuta* sia per la comprensione dei modi di essere nella separatezza *autistica* o nella ebbrezza maniacale che divora gli spazi sia per la articolazione di una comunicazione con le esperienze psicotiche e neurotiche. La distanza e la vicinanza vissute sono, infatti, categorie essenziali in ciascuna di queste aree psicopatologiche e (psico)terapeutiche.

Ma la psicopatologia ha riscoperto (anche) il *senso*, e la importanza, del tempo, del tempo soggettivo e del tempo vissuto, che è cosa *altra* dal tempo obiettivo: dal tempo delle lancette dell'orologio. Quando incontriamo un paziente, la riuscita, o lo scacco, dell'incontro si gioca (anche) sulla linea di una valutazione e di una decifrazione dei modi con cui il tempo è vissuto (esperito) dal paziente. Non ci sono,

nemmeno qui, se non la intuizione e la immedesimazione che ci consentano di intravedere quali siano le sequenze, e le modificazioni, del tempo (vissuto) in questa, o in quella, condizione psicotica, o neurotica, ma anche in questa, o in quella, situazione *umana*: al di là di una sua qualsiasi connotazione abnorme.

Come ha genialmente affermato Agostino (*Le confessioni*) nel tempo è possibile distinguere il presente, il passato e il futuro che, nelle condizioni di esistenza "normale", si definiscono come dimensioni l'una intrecciata con l'altra; mentre nelle esperienze neurotiche, ma soprattutto in quelle psicotiche, si disgregano e, infine, si sfilacciano. Non posso non ricordare come nella depressione si abbia una modificazione del tempo vissuto così radicale da perdere la dimensione del futuro: non sopravvivendo se non un presente (il presente del presente in senso agostiniano) che viene a mano a mano risucchiato e divorato dal passato (dal presente del passato) sempre più inarrestabile. Nella dissolvenza del futuro si inabissa la speranza, e l'orizzonte temporale precipita in uno scenario di tenebra a cui viene meno ogni scheggia di luce (E. Borgna, 1992).

Ora, non ha senso, nemmeno clinico e terapeutico, confrontarsi con una esistenza depressiva, e del resto anche con una esistenza maniacale, o schizofrenica, *senza* tenere presenti queste modificazioni profonde e paradigmatiche del tempo (vissuto) che, *solo*, le sonde di una psicopatologia dialettica e rigorosa riescono a cogliere e a tematizzare.

*Non c'è psichiatra
senza psicopatologia*

Non c'è psichiatria, dunque, che possa fare a meno di una psicologia considerata nella sua inesauribile significazione di disciplina che abbia ad analizzare e a descrivere, a isolare e a tematizzare, i fenomeni (i segni) che riemergono dal fluire ininterrotto della vita psichica.

La psicopatologia, la decifrazione dei segni dotati di *sensò*, consente una conoscenza più radicale e più profonda dei modi di essere di ogni esperienza neurotica, e di ogni esperienza psicotica, e consente (anche) di fondare le esperienze essenziali e categoriali che separano le esperienze neurotiche da quelle psicotiche: tematizzando ciascuna di esse nei suoi contenuti e nelle sue articolazioni formali che rimandano alle radicali epistemologie jaspersiane. Sottratta alle sue fondazioni psicopatologiche la psichiatria si svuota fatalmente del suo statuto di scienza dialettica e di scienza umana: inaridendosi in modelli di conoscenza incentrati sulla tecnica e sulla "malattia", o desertificandosi in modelli pratici di discorso: banali e designificati.

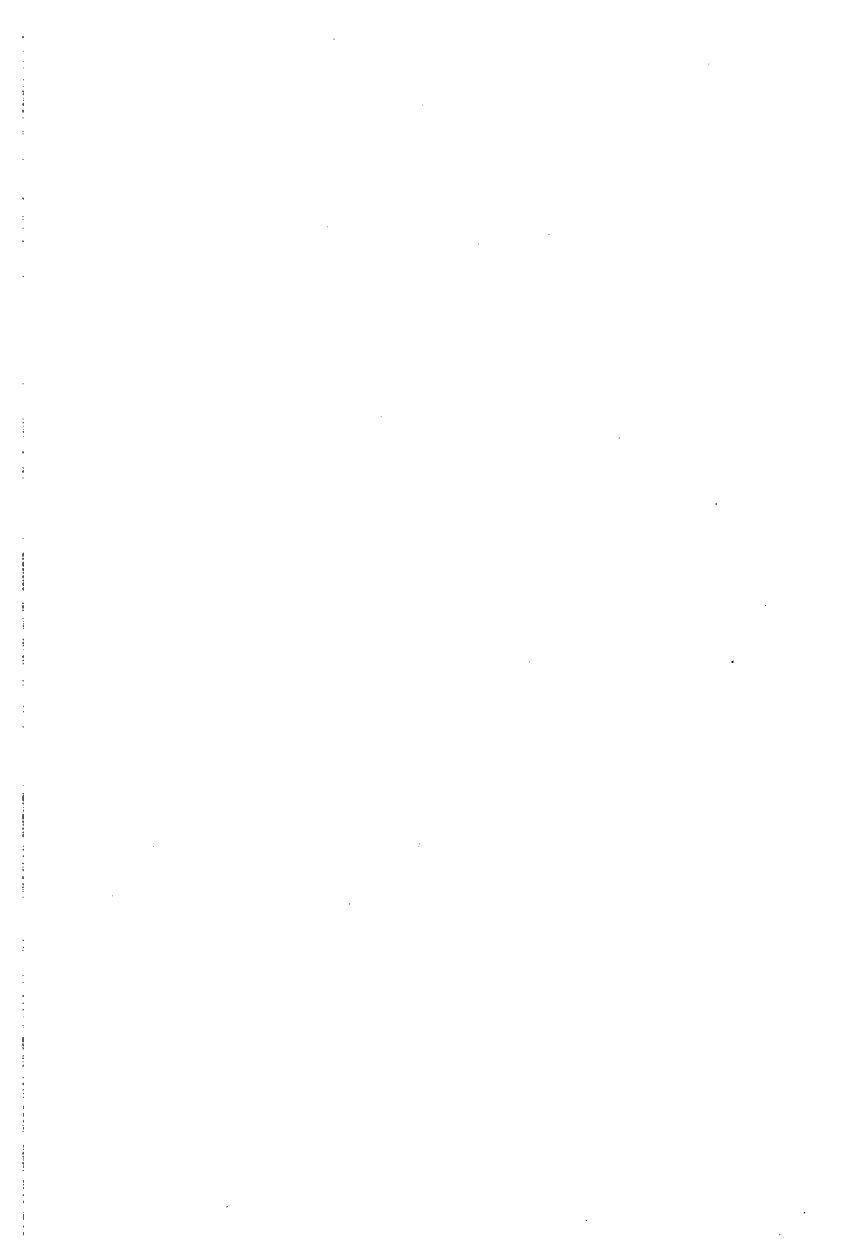
La psicopatologia si riflette anche nei modi con cui la diagnosi, in psichiatria, abbia ad essere rifunzionalizzata. Solo nella ricerca degli elementi psicopatologici (dei sensi psicopatologici), che la costituiscono, la diagnosi in psichiatria riassume una sua emblematica significazione dialettica e dialogica che nasce, e si continua, fra paziente e medico: nel contesto di una relazione interpersonale, di una rifondazione intersoggettiva della relazione, che fugga ad ogni reificazione e ad ogni negazione del *sensò* e che non rinunci mai alla intuizione e alla immedesimazione (alla *Einfühlung*) come strumenti essenziali di conoscenza.

Non solo questo: la psicopatologia è essenziale anche al fine di una farmacoterapia rigorosa e dialettica che sia continuamente rimodulata nell'orizzonte delle diverse articolazioni sintomatologiche che si stratificano in ciascuna esistenza neurotica, o psicotica.

In ogni caso, la psicopatologia si costituisce come una sfida radicale alla banalizzazione della tecnica e alla dimensione critica e culturale in psichiatria.

BIBLIOGRAFIA

- AGOSTINO, *Le confessioni*, Garzanti, Milano, 1989.
- BARISON, F., *Un segno siamo, senza significato*, in «Psichiatria generale dell'età evolutiva», 26, 1988, pp. 1-8.
- BASAGLIA, F., *Scritti I: 1953-1968*, Einaudi, Torino, 1981.
- , *Scritti II: 1968-1980*, Einaudi, Torino, 1982.
- BINSWANGER, L., *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen, 1957.
- , *Wahn*, Neske, Pfullingen, 1965.
- BORGNA, E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- , *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli, Milano, 1995.
- BUBER, M., *Il principio dialogico e altri scritti*, Edizioni San Paolo, Milano, 1993.
- CALLIERI, B., *Quando vince l'ombra*, Città Nuova, Roma, 1984.
- CARGNELLO, D., *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- GADAMER, H.-G., *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983.
- GEBSATTEL, V.E., VON, *Imago Hominis*, Neues Forum, Schweinfurt, 1964.
- JASPERS, K., *Allgemeine Psychopathologie (1913-1959)*, Springer, Berlin-Göttinger-Heidelberg, 1995.
- KRAEPELIN, E., *Die Erscheinungsformen des Irreseins*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 62, 1920, pp. 1-29.
- LAIN-ENTRALGO, P., *Antropologia medica*, Edizioni Paoline, Milano, 1980.
- LÉVINAS, E., *Totalità e infinito*, Jaca Book, Milano, 1982.
- MINKOWSKI, E., *Traité de psychopathologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
- MORSELLI, G.E., «Esiste un'attività psicopatologica originale?», in *L'esistenza psicopatologica*, Torino, 1975, pp. 255-268.
- SCHNEIDER, K., *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1962.
- STRAUS, E., *Psychologie der menschlichen Welt*, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.



INQUADRAMENTO ANTROPOLOGICO DELL'ESPERIENZA D'INCONTRO CON LO PSICOTICO

Bruno Callieri

Un secolo fa lo psichiatra, determinato univocamente nell'ambito positivista e dal modo di pensare naturalistico, finiva per esaurire tutto il suo agire psichiatrico nell'atto dell'obiettivazione, reificando il paziente, spersonalizzandolo e soffocandolo *in toto* nell'anonimato di categorie etiopatogenetiche e nosologiche, di classi e classificazioni, secondo i canoni di un pensiero puramente nomologico.

Tale atto soddisfaceva appieno il suo operare, che restava essenzialmente adialogico, tutto conchiuso nella "spiegazione" e nell'identificazione causale psiche-cervello. La nota tesi griesingeriana (1863) "le malattie mentali sono malattie del cervello" veniva indebitamente assolutizzata, in un'ottica di medicalizzazione radicale dell'uomo sofferente psichicamente e/o disturbato nel comportamento.

Con ciò non si vuol dire che la psichiatria non sia anche una neuroscienza, cioè non debba anche avvalersi di impostazioni, di approcci, di procedimenti e di metodi neurologici: basti pensare all'importanza innegabile e sempre crescente degli studi sulla fisiologia e patologia dei neurotrasmettitori, alla psicoendocrinologia, ai rapporti tra gli effetti neurofarmacologici e i modelli comportamentali. Fondamentale, per quest'impostazione, è il recente volume di Patrizia Chierchland e T. Sejnowski dal titolo *Il cervello computazionale*. (Il Mulino, Bologna, 1995).

Ma, anche se va riconosciuto il fecondissimo orizzonte del naturalismo psichiatrico (psichiatria biologica, neuroscienze), non si può cadere nel riduttivismo e nell'equivoco metodologico, così chiaramente delineato e denunciato (ormai molti anni fa) da Ludwig Binswanger. Egli diceva che «l'ottimismo della conoscenza consiste qui nel ritenere che il problema della psichiatria vada risolto solo per la via dell'ipotesi naturalistica. Una tale fede è possibile solo se non si

è consapevole che l'essere umano soltanto unilateralmente è caratterizzato dalla "vita" o dal suo "essere naturale", mentre invece esso, per essere pienamente compreso, necessita della caratterizzazione come *presenza*. La psichiatria è dunque, basicamente, una scienza dell'uomo, dell'esistenza umana, esistenza che non è solo natura ma è anche cultura e storia, cioè *persona*.

Alla *Crisis* husserliana, alla riscoperta dell'intenzionalità della coscienza, alla *Lebenswelt* si debbono certamente grandi aperture d'orizzonte della psicopatologia e della psichiatria: aperture sul rapporto intersoggettivo, sulla corporeità, sull'incontro, sull'esigenza di intenzionare e di cogliere, sempre husserlianamente, l'Alter-Ego e il suo esser-mondano anche nel "caso" clinico più inequivocabile.

Ma il cammino che conduce all'Alter-Ego è tutt'altro che semplice e facile. Nella tensione bipolare fra "natura" ed "esistenza", fra spiegazione (*erklären*) e comprensione (*verstehen*), fra il "caso" oggettivato in parametri biologici e il "caso" incontrato nella sua realtà singola, irripetibile e irriducibile (si pensi al depresso, là neurobiologicamente spiegato e qui antropologicamente inteso nelle sue dimensioni esistenziali), si pone un *tertium*: l'approccio psicanalitico, causalistico nella sua metapsicologia ma sempre più umanistico nella sua prassi, con una dialettica sempre più avvertita fra naturalità e storicità dell'uomo ma con una irriducibile ambiguità fra spiegare e comprendere: l'ambiguità dell'interpretazione.

Questo *tertium* si dà, sempre, come parola ineludibile, per cui non si può non riconoscere che, sia pure in un senso ben diverso da quello positivista «la consapevole distanza dell'obiettivazione non è un tradimento esistenziale della persona malata ma è l'indispensabile condizione dell'attività psichiatrica» (Straus, 1969), e che il fatto che una relazione io-lui non possa essere trasformata nella relazione io-tu, può davvero costituire una manifestazione primaria, fondamentale, della psicosi. Lo psichiatra quindi, come dice Tellenbach, non può non essere "camaleonte di metodi"; anche perché, nella pratica quotidiana, egli incontra l'altro non come un *socius*, un compagno, che poi riduce a caso clinico; no, egli incontra un caso clinico, sia pure di tipo particolare, il quale lo riporta sempre al dilemma che connota lo specifico della psichiatria attuale: natura e/o esistenza.

Io sono sempre più persuaso che la psichiatria vada dialettizzata

articolandola sul nodo essenziale dell'*intersoggettività*, registro propriamente umano. Questo nodo, che per la psicanalisi si è posto come recupero del soggetto, si fonda innegabilmente sulla singolarità della persona, così come prospettato dall'antropologia esistenziale. Invero, accanto all'impostazione psicanalitica, e sempre riconoscendo a questa una sua innegabile validità sul piano operativo, recenti sviluppi delle dottrine psicopatologiche, sollecitati dalla rivalutazione della dimensione dell'irripetibile singolarità della persona, hanno consentito l'accesso alla prospettiva umana in termini di rapporto e di incontro. Tale prospettiva sarebbe destinata a rimanere radicalmente nell'ombra ove l'approccio fosse esclusivamente naturalistico, e sarebbe perdita davvero irreparabile.

In realtà, se la coscienza è essenzialmente intenzionalità e l'esserci è sempre esserci-nel-mondo («Im Ich-sagen spricht sich das Dasein als in-der-Welt-sein aus» – Heidegger, *Sein und Zeit*, pag. 321), l'Io si pone sempre e anzitutto in relazione¹. Ecco tutto il significato "rivoluzionario" (per la psichiatria, almeno) del marceliano *Esse est coesse*, un "coesse" che consente di ben fondare metodologicamente un'antropologia dell'incontro (Uslar, 1959), anche all'insegna del personalismo.

Questo dell'incontro e del personalismo mi pare potersi porre come uno dei più corretti piani teorici da cui è deducibile il trattamento terapeutico della *Psychoanalyse*. Cogliere l'altro in prima persona nell'incontro (come un Tu, o come un Alter-Ego): l'antropologia dell'incontro (cfr. Uslar e soprattutto Boeckenhoff) fa veramente compiere un giro di boa al pensiero psichiatrico moderno più sensibile all'istanza umana. Partendo dal Tu e dal Noi (Buber) l'incontro, non più soltanto vissuto come esperienza-limite, viene considerato come fenomeno primordiale antepredicativo, costitutivo del vivere umano, l'*esse est coesse*, di Gabriel Marcel.

Lain Entralgo parla chiaramente di crisi del "Yoismo": il mio Io (anche nel suo senso metapsicologicamente più esteso) non esaurisce la propria realtà². E Heidegger in *Einführung in die Metaphysik*, (1958, pag. 53) dice che non è più il tempo dell'Io ma è il tempo del Noi («Die Wirzeit statt der Ichzeit»). Dunque, di pieno significato antropologico appare la costituzione del noi, della noità (*Wirheit*) e, in inevitabile precedenza, la costituzione dell'altro. Qui però non

possiamo fare a meno di chiederci se siamo autorizzati a «passare dalla coesistenza empirica ed ontica dell'esser-con alla posizione della coesistenza come struttura ontologica del nostro esser-nel-mondo» (Sartre, *L'être et le néant*, pag. 304); va cioè chiarito se il fatto che il mio mondo debba esser il nostro mondo sia più che un semplice fatto, se cioè questa coesistenza sia un aspetto strutturale dell'esistenza umana. Ciò è invero di fondamentale significato per la giustificazione teoretica di una psichiatria interpersonale.

Heidegger ha chiaramente sottolineato che sono proprio i modi deficienti di coesistenza a rilevare l'esistenza come coesistenza: «Anche l'esser-solo dell'esserci è coesistenza nel mondo [...]. L'esser-solo è un modo deficitario del co-essere» (*Sein und Zeit*, pag. 120). A me pare però che i modi deficitari (ammesso che sempre lo siano) della coesistenza non “provano” che l'esser-con nel mondo sia l'aspetto strutturale essenziale dell'esistenza umana. Ciò mi condurrebbe a ritenere che, filosoficamente parlando, è corretto dire che non c'è *soltanto* la dimensione interpersonale ma c'è *anche* una dimensione interpersonale. Però la rilevanza di questa dimensione interpersonale, nella psichiatria attuale, è tale che sembra davvero non potersi più prescindere da essa, anche se restano pienamente validi altri modi di approccio (biologico, psicanalitico *sensu stricto*, comportamentale, etc.), in vero fecondissimi.

Ecco la nostra opzione: attualmente la psichiatria come fenomenologia dell'intersubiettività è per noi esigenza ineludibile, cioè è *ineludibile la premessa fenomenologica dell'intersubiettività a ogni psichiatria che voglia esser propriamente antropologica*. Va ricordato con Natanson (1962, pag. 38) che «the intersubjectivity remain the root problem of philosophy for those who follow Husserl». Certo, e va anche aggiunto che proprio qui, alla base dell'intersoggettività, per nessuno così perentoriamente come per lo psichiatra si pone il *corpo* come intermediario. Il corpo, che non è possibile estrarre dalla persona (forse non vi era riuscito nemmeno Cartesio, se diceva «... me non tantum adesse meo corpori ut nauta est navigio, sed illi arctissime esse conjunctum et quasi permixtum, adeo ut unum quid cum illo componam»: il *mio* corpo non è *un* corpo; è il mio corpo e, in quanto mio (ma non mio come è mio un libro, un oggetto) è tutto intriso di soggettività, è corpo-soggetto, è qualcosa che io sono (non è qualcosa

che io ho). Inteso appieno questo punto (si pensi alle illuminanti pagine di Merleau-Ponty), è facile vedere anche che il mio corpo è la transizione da me al mondo, è *intermediarietà*. Ciò dovrebbe essere il vissuto costitutivo di ogni agire medico.



Nell'antropologia psichiatrica attuale, antropologia della relazione e dell'incontro, il mio corpo (ripeto, mio non come oggetto del marceliano avere) rende possibile il mio incontro con l'altro come soggetto, possibile perché anche il suo corpo è incarnazione della sua soggettività. A questo proposito dobbiamo far nostra la sempre attuale affermazione di Marcel: «Être incarné, c'est s'apparaître comme corp, comme ce corp-ci, sans pouvoir s'identifier à lui, sans pouvoir non plus s'en distinguer – identification et distinction étant des opérations corrélatives l'une de l'autre, mais qui ne peuvent s'exercer que dans la sphère des objets» (*Du refus à l'invocation*, pag. 31). E allora in questo mondo vissuto (l'husserliana *Lebenswelt*), con questo corpo come intermediario dell'incontro con l'altro, la fenomenologia dell'intersoggettività trova la piena premessa della sua giustificazione.

In questo ambito, che dovrebbe esser presupposto irrinunciabile per ogni prassi clinica psichiatrica, l'"Io penso" dovrebbe esser rimpiazzato dal "Noi esistiamo". E va ancora una volta precisato che in questo "Noi esistiamo" un punto deve esser ben chiaro: l'incontro con l'altro rivela l'altro a me non come un oggetto ma come un'esistenza, cioè come una sorgente di senso e di significato.

L'incontro con l'altro, la sua presenza, rivela l'altro a me come "like-me-in-the-world": è questo un significato che io non percepirò mai nell'incontro con le cose. In questo senso si può dire che l'altro è il mio "compagno-verso-il-mondo" (cfr. Lujipen), sia nell'amore che

nell'odio, sia nella presenza che nell'assenza, sia nella collaborazione che nel conflitto.

È ovvio che questo *noi* presenta molte forme e contiene una moltitudine di possibilità che debbono essere investigate. È questo il vasto compito della psicologia fenomenologica; che può qui trapassare in psicologia sociale (A. Schulz). Alla psicopatologia compete più propriamente lo studio delle deficienze e delle distorsioni di tale coesistenza. Ciò illumina di una luce nuova l'approccio all'isolamento schizofrenico, all'arresto depressivo della temporalità, al congelarsi melanconico della colpa, all'incoercibile ripetitività del coatto, all'inautenticità d'amore isterica e narcisistica, alla passività dell'evitamento, alla stabilità-instabilità del borderline, al mondo ostile e persecutorio del paranoide. Questi sono i temi dell'indagine psicopatologica attuale più autenticamente antropologica; basti qui l'indicarli.

Nel vivere quotidiano, purtroppo il *noi* che il fenomenologo incontra più spesso è il noi dell'indifferenza, il vuoto, freddo e opaco *noi* di una società sempre più perdente il meglio del suo carattere umano, il noi della burocrazia e dell'autobus, il noi anonimo e anodino della "gente", il *si* impersonale dell'esistenza giornaliera, dove avvertiamo sempre, in negativo, la verità antropologica dell'agostiniano «Nil homini amicum sine homine amico».

Qui si rivela tutto lo spessore umano dell'asserto buberiano secondo cui il fatto fondamentale dell'esistenza umana è l'uomo *con* l'uomo, cioè è la relazione. Riconoscere e accettare questo è stato, per la cultura antropologica degli ultimi decenni, un fatto dalle conseguenze incalcolabili: cogliere lo specifico della psicopatologia in termini di relazione, di *Mit-einander-sein*, di alterità; un'alterità che ci costruisce sempre di nuovo, ogni volta, secondo l'infinita gamma dei diversi rimandi quotidiani. È qui che si situa, con prospettive ricchissime ma in gran parte ancora da esplorare, l'incontro psichiatra-paziente, in particolare l'incontro psicoterapeutico. La dimensione dialogica di questo rapporto non è risolvibile in psicologia, è antropologia. Buber inoltre, anticipando un tema ripreso dalla più recente psicanalisi e psicologia del profondo a proposito di controtransfert, ha indicato chiaramente e a più riprese che questa comprensione dialogica muove, sì, dall'onticità delle due esistenze ma si costituisce solo "tra loro" (il famoso *Zwischen Ihnen*), cioè in un trascendimento di

entrambe. Qui si situerebbe propriamente l'incontro, che è, sempre buberianamente, *Gnade* (grazia) e *Geheimnis* (mistero).

Ancor più pregnante per l'agire psichiatrico è stato l'apporto del pensiero di Max Scheler il quale, specie in *Gli idoli dell'autoconoscenza*, ha ampiamente mostrato che il singolo, l'individuo, è sempre preceduto, nella costituzione psicologica, dal noi.



Binswanger, con tutta la sua opera, è stato – per lo psichiatra antropologicamente educato (ma sempre sensibile all'intenso richiamo freudiano e junghiano) – un *Weg-Weiser*, un indicatore di via: la co-presenza, il co-esserci dell'uomo, minacciato di perdita radicale dai processi di massificazione ma anche, più sottilmente, dal predominio della propria ipseità, va a realizzarsi soprattutto nei modi coesistentivi, così mirabilmente da lui analizzati.

Qui però l'accesso va indicato muovendo, più che da definizioni ontologiche, dall'evento concreto dell'incontro e della coesistenza: donde nella psichiatria attuale la prevalenza, sul momento diagnostico e nosologico (radicalmente obiettivante, e che pur resta sempre operativamente utilissimo come mostrano i vari DSM e l'ICD), dell'approccio concreto ai singoli, clinici, fallimenti dell'incontro o alle sue limitazioni o impossibilità. L'approccio psichiatrico che fa sua questa linea, in autentico impegno coesistentivo, tende a contrapporsi polarmente ad ogni reificazione dell'altro, fondando in modo nuovo il rapporto medico-paziente, fondandolo cioè sulla *reciprocità*. Mi preme anche, a tal proposito, sottolineare la posizione feconda e fondamentale (invero poco nota nella più recente situazione psichiatrica italiana) di Viktor von Weizsäcker, di questo medico e antropologo che giunge ad affermare con coerenza e lucidità di pensiero il

primato della relazione interpersonale: la relazione interpersonale come prima categoria dell'umano, dunque come chiave per la formazione e la lettura del rapporto medico-paziente.

Sulla linea di von Weizsäcker, sono persuaso che nella pratica psichiatrica il dare e il ricevere costituiscano un atto unitario che ben può essere designato come relazione di totalità, proprio secondo i principi della *psicologia della forma*. Questo nesso indissolubile, dimostrato anche sperimentalmente in persone che svolgono un lavoro in comune, va riconosciuto alla base di ogni situazione bipersonale (medica compresa), cioè in ogni situazione in cui è fondamentale la reciprocità.

Partendo da questa reciprocità è stato possibile (si pensi alla scuola psicoterapeutica di Stoccarda) prospettare in modo metodologicamente corretto il passaggio dal transfert (psicanalitico) all'incontro (antropologico).

Il modello transferale di rapporto (e controtransferale) resta sempre il modo fondamentale di ogni procedimento psicoterapico ad impronta analitica; sarebbe però necessario, in base a quanto sono venuto dicendo sopra, riscattare il transfert dalla rigida delimitazione della teoresi metapsicologica che lo sottende per "schiudere" il paziente alla singolare dimensione dell'incontro: ed un terapeuta dovrebbe esser capace ed interiormente disposto a favorire quest'apertura esistenziale, questa partecipazione.

In vero, oggi appare non più totalmente soddisfacente il considerare la psichiatria soltanto come lo studio fenomenologico delle distorsioni della comunicazione: essa piuttosto si propone in modo sempre più convincente come lo studio delle dimensioni, più o meno antropologicamente distorte, dell'incontro (cfr. anche Calvi). In altri termini, se esistere è anche partecipare (*esse est coesse*), la necessità di una fondazione interpersonale della coscienza psicologica si impone, e si impone anche come chiave ermeneutica *sine qua non* dei disturbi psichici. Ma, si badi bene: l'incontro non è da intendersi solo e semplicemente come *Mit-sein*, cioè come quella serie indefinita, anonima, impersonale di rimandi quotidiani a un altrui in cui sempre ci imbatiamo, ma come esserci-con-l'altro, fedele all'insopprimibile *struttura dialogica del singolo*.

La psichiatria, dunque, come la scienza che studia l'uomo nelle

sue capacità o incapacità di sentire il "noi", nelle molteplici forme di scadimento nell'anonimo e nel collettivo o di chiusura totale, là dove si assiste a una vera e propria "scomparsa del partner", un vanificarsi della sua copresenza (si pensi allo schizofrenico, al maniaco, al paranoide e alle deformazioni che ivi assume l'incontro, così magistralmente descritte da von Baeyer).

Il disturbo psicotico dell'incontro è un disturbo non solo tematico ma anche modale, è anche un disturbo dell'ordinamento "estetico" (*Zutt*) dell'esperienza vissuta, una perdita del fisiognomico, dello "stare".

È proprio lo studio antropologico-psichiatrico di questi modi distorti o alterati o soffocati e abortiti dell'incontro che consente di cogliere, per negativa e con singolare pregnanza, tutta la portata pratica di quel peculiare modo del *mit-sein* che è appunto costituito dall'esserci-con-l'altro (*Rencontre, Begegnung, Encounter*, è appunto il titolo di un famoso volume edito da Spectrum, di Utrecht, nel 1954, libro che fu ed è ancora fondamentale). Ed è proprio sulla noità (la *Wirheit*) che punta l'odierna antropoanalisi che, con Cargnello, è analisi dell'alterità e dell'alienità.

Dunque, si sta delineando da più parti il risveglio odierno della consapevolezza dello psichiatra non mono-dimensionale verso l'apertura dell'orizzonte di un incontro "dialogico" con lo psicotico. Qui va detto che la "presenza", cioè l'*esser-ci-con*, si può estendere, come accade nello psicotico, alla stregua di un modo profondamente difettivo del co-esistere-con-l'altro, un modo che gli preclude l'incontro, costitutivo dell'intersoggettività, l'incontro che, pienamente presente nell'amore-odio e nell'amicizia-aggressività, può velarsi ma giammai scomparire del tutto nelle mille forme delle urgenze pragmatiche e delle declinazioni dei ruoli.

Certamente lo psicotico, con il suo dire, ci comunica la sua situazione; certamente anche per lui "il linguaggio è la dimora dell'essere" (Heidegger) ma non è più domanda e risposta, non è dialogo, non è "colloquio" ma *monologo*. In un tale tipo difettivo di co-presenza manca l'apertura al mondo umano comune e l'incontro sembra divenire qui praticamente irrealizzabile o, comunque, destinato allo *scacco* o all'aborto (difficile, anche per ciò, la psicoterapia con gli psicotici).

Come scrive Cargnello (1984), «è proprio in questa prospettiva

che la psichiatria può essere intesa come una scienza di distorti, falliti, impossibili incontri». Viene così tracciato, tramite il delirante, un modello generale per la ricerca psicopatologica, appunto «quello dell'analisi delle specifiche declinazioni difettive della categoria della coesistentività» (Stanghellini e Ballerini, 1992, pag. 79).

In verità, in certe situazioni psicotiche, soprattutto deliranti-paranoidi, l'*alter* ci si propone come alcunché di estraneo, come *alienus*, transitato da fratello a nemico, cioè muoventesi secondo parametri "altri", paralogici e paratimici (Trupia, 1992), che sovvertono le "nostre" prospettive mondane e che ci obbligano a salti categoriali del tutto insoliti; è lo "scuotersi delle fondamenta" (il tillichiano *shaking of the foundations*) che, *volentes aut nolentes*, ci fa restare *interdetti*, in quanto sconvolti dall'invasione del significato abnorme (per esempio, di "fine del mondo") o dalla continua presenza della perplessità e, poi, dell'illuminazione e della rivelazione deliranti (Callieri, 1982).

Vivici Jean qui rit :



Vivici Jean qui pleure :



Nell'esperienza del "restare interdetto" è fortemente implicato l'esser-preso-[sorpreso]-da, c'è in essa il sentimento attonito di una contemplazione obbligata, subita, imposta, c'è la sgradevole sensazione dell'imprevisto, c'è – quasi sconvolgente – la sospensione della donazione di senso, non più ricevuto né dato, nell'arresto di un flusso coesistenziale (che invece dovrebbe essere incessante e darsi, anche nei momenti di maggior solitudine). Nell'incontro col delirante, che ci comunica (o ci consente di cogliere) il suo mondo dereistico, fantasmatico, illusionale, immaginario, si verifica – quasi brutalmente – una specie di collisione di categorie, con uno scatenamento infrena-

bile di moti psichici di difesa: nessuno psichiatra, per quanto esperto, può esserne risparmiato (a meno che egli non si burocratizzi piattamente o cada in una specie di *burn-out*).

Certo, è proprio lo psichiatra a trovarsi continuamente confrontato con categorie mentali inusuali, ben lontane dall'abituale (mi accorgo di aver evitato il trabocchetto della parola "norma"), di trovarsi a convivere con gli orizzonti sterminati dell'assurdo, dell'inadeguato, dell'illusorio, del surreale, dell'inverosimile, del "delirante", con le esperienze impalpabili eppur penetranti dell'irreale divenuto incontrovertibile realtà per quel singolo: nell'allucinazione (voci), nell'incoerenza, nella discordanza, nell'intuizione magica, nella visionarietà, perduto tra le spirali dell'ossessione oppure brancolando nelle nebbie oniroidi della confusione. L'imbattersi di continuo in queste esperienze pienamente vissute e, in un certo senso, sconvolgenti, obbliga dapprima lo psichiatra ad un atteggiamento obiettivante, indispensabile per difendersi dall'irruzione dell'"irrazionale" e dal suo potere psicopatogeno, dalla frustrante esperienza di "scacco".

Se il deprecato, ma sempre allettante, atteggiamento di neutralità asettica, sia pur benigna, restasse l'unica modalità d'esperienza di incontro, verrebbe a rendersi impossibile ogni tentativo di dialogo (nel suo preciso etimo) e verrebbe ostacolato seriamente ogni conato di recupero dell'*alter* nascosto nell'*alienus* o da esso sommerso: ché questo, il recupero dell'*alter* (dice il filosofo E. Lévinas *que l'autre devienne autrui*), è lo scopo terapeutico autentico dello psichiatra, specifico delle sue capacità professionali e umane; e ciò anche avvalendosi del prezioso anzi indispensabile aiuto farmacologico, tuttavia sempre criticamente considerato come ausilio, senza riduzionismi semplicistici e senza ideologiche negazioni o preclusioni, oggi ancora molto diffuse. Io ritengo fermamente, dopo quarant'anni di attività psichiatrica clinica, ospedaliera, privata, di trincea e mai di retrovia, che saper e voler accettare l'*alienus* nella sua insopprimibile qualità umana, come compagno di strada, delirante o schizofrenico, malinconico o maniacale, demente o oligofrenico, costituisce la condizione preliminare per ogni incontro effettivo in ambito psichiatrico. A costo di passar per illuso di fronte a tanti colleghi saggiamente pragmatici, ritengo che anche l'alienazione più radicale, l'autismo più chiuso, il paranooidismo più spinto, il delirio più schiodato, la dissociazione

più sfacciata, l'eccitamento più inadeguato, racchiudono in sè un insopprimibile nucleo di *alter*, di *fellow-man*, anche se inesperto, soffocato o radicalmente camuffato o nascosto.

Un simile "incontro", antropologicamente valido, non ci dispensa dal chiederci che cosa spinga l'uomo-psichiatra ad accostarsi all'alienato; forse è nella sua dialettica con l'Irrazionale (*Lenz*), nel confronto con le situazioni angoscianti degli altri, forse è qui che egli affronta la problematica della propria angoscia. Quest'equilibrio delicato e precario, sul filo del rasoio, col continuo rischio di essere infranto, porta lo psichiatra ad una posizione essenzialmente ambigua, sempre problematica (come ben visto da L. Binswanger), sempre passibile dello scacco più radicale, della delusione più bruciante e inattesa.

Non va qui dimenticato che, diversamente da ogni altra esperienza del medico, è sul piano verbale che si realizza nella sua piena autenticità l'incontro dello psichiatra col mondo del delirante, con il suo senso (*Wahnsinn*) e con il suo mondo vissuto (*Lebenswelt*): il *logos* come strumento essenziale di indagine e di cura, per lo psicopatologo, per lo psichiatra. La consapevolezza di ciò, sempre accresciuta, per vivaci stimoli sia ermeneutici che epistemologici, giustifica l'approccio di studio dei problemi del linguaggio e della comunicazione (Trupia, Caputo), studio inteso come analisi semantica della comunicazione di significati, anche paradossa; e sempre torna, suavo e perentorio, Heidegger: «Il linguaggio è la dimora dell'essere; al suo riparo abita l'uomo». Il linguaggio come aspetto costitutivo e momento costituente dell'umanità dell'uomo (cheché ne dicano certi neurobiologi ad oltranza; cfr. Crick, Changeux, Edelman, la sopracitata Churchland e le due pagine perentorie di Paul Cotton: *Neurophysiology, Philosophy on Collision Cours?*, in «J.A.M.A.», 269, marzo 1993, p. 1485), il linguaggio quotidiano, comune, denso e dimeso, vibrato e piatto, con le sue metafore, metonimie, sineddoci, antanàclasi, catacrèsi (figlie predilette della *Daseinsanalyse* binswangeriana e del pensiero di Cassirer sul simbolo).

Lo studio del linguaggio poetico, religioso, ispirato, ma soprattutto lo studio del linguaggio dello psicotico (Bobon, Maccagnani) ha sempre costituito capitolo di grande interesse per la psicopatologia (cfr. Piro, Carta e Maggio). Pur di fronte ai complessi e spesso enig-

matici disturbi della comunicazione verbale dei deliranti, parafrenici, glossolalici, criptolalici, schizofasici, lo psichiatra (aiutato dalla sua preparazione psicolinguistica, oggi sempre più necessaria) deve tendere a cogliere gli aspetti nodali, polisemantici e ugualmente univoci, della produzione verbale dei pazienti, aiutato dalla sua "intonazione" (*Stimmung*) interpretativa. Bisogna inoltre tener conto dell'*intenzione di base*, che anima ogni sua mossa all'incontro, e che tanto più è autentica e feconda quanto più risponde ad una volontà verace di ascoltare l'altro, di decifrarne il criptico messaggio, di recepirne l'invocazione, espressa o soffocata, silente o gridata, camuffata o raggelata, deviante o dirompente; invocazione che spesso non ha valore di referenza alla realtà e che si nasconde dietro i vari processi di *ridondanza* o di *abbreviazione*. Diviene allora perentorio domandarsi se il denso o lo sfrangiato linguaggio metaforico del delirante, dello schizofrenico, dello psicotico in genere si limiti a rifiutare la realtà come essa è, a cancellare il mondo come complesso di oggetti disponibili e manipolabili, come sorgente di significazioni individuate e stabili; oppure questo linguaggio possa invece aprire a nuove dimensioni, a nuovi orizzonti semantici e simbolici di significato, a un ricostituirsi di significati privati (la metamorfosi delirante, indicativa della presenza dell'*idios cosmos*). Si sarebbe tentati di mostrare la legittimità di tali linguaggi, il che vorrebbe dire apertura al linguaggio umano di altre vie, diverse da quelle della *dominazione*: dominazione dei segni ridotti alla loro funzione strumentale di sintomi. Invero, nell'esperienza della metafora, così intesa, è la parola che, pre-pragmaticamente, mi interpella e mi reclama. Forse così appare possibile (sia pure solo entro spazi limitati), superare l'abusato concetto di dissociazione ideoverbale e di discordanza, che si cela dietro ogni paranoidismo (A. Artaud insegna). È qui che la decodificazione del linguaggio paranoide palesa la sua importanza per aiutarci a scorgere nell'altro l'interlocutore. Oserei dire che, a parte l'efficacia del *feed-back* di ritorno, con il sottinteso richiamo e invito a una realtà duale e dialogica, una tale decodificazione può aumentare la consapevolezza dell'altro (potrebbe trattarsi così di un abbozzo di una vera e propria *logoterapia*); si renderebbe così possibile un certo recupero personologico del mistero dell'emergere dei significati fisiognomici e dell'esperire la travolgente pienezza della "rivelazione delirante" (*l'ab!-Erlebnis*).

Lo psichiatra, pur mantenendo sempre questa particolare "qualità di presenza", può utilizzare in due modi differenti le informazioni ricevute dal paziente: 1) può servirsene in senso semiogenetico, e in questo caso si deve parlare di una vera *strumentalizzazione del linguaggio dei pazienti*; 2) oppure può rilevare i messaggi in uno scopo principalmente terapeutico, e in tal caso si può parlare di una *strumentalizzazione del linguaggio proprio*. In ogni caso, le due eventualità permettono allo psichiatra di servirsi del disturbo stesso della comunicazione (là dove, ad esempio, alle parole si sostituiscono le mezzeparole allusive, alle frasi il gergo, al linguaggio il gesto o il silenzio) per giungere a un certo risultato. Basti pensare a qual punto sia importante cogliere esattamente i vari processi di ridondanza e di abbreviazione, di ellissi, di metafora che possono inerire al contesto di una comunicazione "schizofrenica", conferendole enigmaticità o rivestendola di arabeschi verbali senza fine e senza scopo pragmatico.

Qui, forse, si potrebbe dire che lo spostamento di piani comporta uno spostamento di interrogazione. L'approccio linguistico (ce lo ha ben insegnato P. Ricoeur - "metafora viva") si è efficacemente impegnato a sciogliere il nodo dell'ambiguità di senso presente nel discorso mediante il meccanismo della polisemia e dell'isotopia.

È pur vero che, accanto ai linguaggi di *statement*, di descrizione e di ordinamento, esistono altri linguaggi (poetici, religiosi, simbolici e - dico io - psicotici) che sono linguaggi di metafora e di metamorfosi della realtà, linguaggi che non avrebbero valore di referenza alla realtà.

È possibile superare la lettura retorica della metafora e giungere ad una lettura che la consideri come strategia linguistica capace di dar conto della creazione di un nuovo significato? Ricoeur ci ha mostrato che i linguaggi metaforici non sono carenti di vero rapporto con la realtà, anzi sono linguaggi portatori di una sovrabbondanza di senso.

È allora perentorio qui (nell'antropologia dell'incontro) domandarsi se il linguaggio metaforico dello schizofrenico si limiti a rifiutare la realtà come è, a ritirarsi in sé (anacoresi), a cancellare il mondo come complesso di oggetti disponibili e manipolabili, oppure possa aprire nuove dimensioni della realtà. Si sarebbe tentati di mostrare la legittimità di tali linguaggi: ciò vorrebbe dire aprire al linguaggio

umano altre vie che non quelle della dominazione: intendo dominazione delle cose, dei segni ridotti alla loro funzione strumentale. Invero, nell'esperienza della metafora (così intesa) non sono più io a dominare l'universo dei segni ma è *la parola che, apragmaticamente, mi reclama e mi interpella.*

Qui è possibile superare davvero il concetto di dissociazione ideoverbale. Lontani dal concetto di dissociazione, la possibilità di decodificare in modo adeguato i messaggi degli psicotici (più si lascia parlare lo psicotico, meno si parla di psicosi) non è davvero priva di importanza: a parte l'efficacia del *feed-back* di ritorno, con il richiamo (sia pure parziale) a una realtà duale e dialogica, tale decodificazione può aumentare l'autocoscienza dell'altro (cfr. anche Trevi, 1993).

A parte lo studio della vasta gamma dei linguaggi psicotici (dalla follia discordante verbale di Chaslin alla glossolalia, dalle litanie declamatorie ai paralogismi, dalle schizofasie alle glossomanie e ai neologismi), in queste modalità psicotiche di esistenza mi preme rilevare di nuovo il fatto (fondamentale) che qui la parola non è soltanto il momento rivelatore (*a-leteico*) del pensiero alterato ma è essa stessa a interpellarmi, anche se il *Logos* pragmatico e semantico di cui essa è portatrice fa qui difetto. Più possibile (entro certi limiti) la relazione non-verbale; invero la mimica o il gesto hanno un valore comunicativo propriamente e irriducibilmente umano e, in certe modalità dell'esserci, come in quelle convenzionalmente dette schizofreniche, possono assumere il senso (anche ambiguo) di una comunicazione specifica: per esempio il significato di certi manierismi.

Qui diviene particolarmente difficile trasferire sul piano verbale la sostanza di un incontro non-verbale. In tal senso appaiono pienamente pertinenti le osservazioni di von Baeyer sull'assenza di bipolarità nell'incontro con lo psicotico, eclissi di ogni possibilità dialogica: si pensi, ad esempio, al riso immotivato e del tutto avulso dal contesto, proprio di certi ebefrenici, allo scoppio di risa del lisergizzato, all'inetto mutacico del catatonico, al mormorio incoerente del confuso.

D'altro canto, pur di fronte all'emergenza dei sintomi psicotici di primo ordine, all'invasione del pensiero xenopatico, al colpo di frusta della rivelazione delirante, dell'intuizione folgorante (*Tua res agitur*, di Hagen), permane, inconfondibile, lo stile della presenza paranoide, polimorfo ed equivoco, investente la realtà con i suoi perentori si-

gnificati o tendente al nascondimento, al ritiro, comunque sempre con un'inequivocabile valenza di messaggio. Nel delirante cronico (si pensi alla parafrenia fantastica, allo sviluppo paranoicale, alla bizzarria schizo-paranoide) va colto il fatto fondamentale che la parola (ripeto ancora una volta) non si pone soltanto come momento rivelatore della metamorfosi del pensiero, ma è essa stessa a interpellarmi, pur difettando di *logos* pragmatico e semantico (Callieri, Frighi, Jervis) e scansandosi dalla bipolarità dell'incontro.

È tuttavia vero che esistono espressioni le quali, pur provenendo da una *Lebenswelt* diversa (come vedremo poco oltre), offrono ancora un'espressività non equivoca; ad esempio lo *sguardo* del paranoide (il "guardare e l'esser guardato", di Zutt e Kulenkampff) ci offre un'apertura singolarmente feconda sul suo mondo interiore: la sua sospettosità, il suo guardarsi intorno o guardar di traverso, l'evasività, la fissità, costituiscono altrettanti indizi del suo "non voler incontrarsi"; qui, sartrianamente, *l'autre c'est l'enfer*. Qui guardare e esser guardato giungono a costituirsi in unità, al centro di un modo di esistere in cui l'incontro si dà soltanto con l'impersonale, il "si" (si dice, si fa, si trama...). E allora l'incontro con l'*alter* si depersonalizza, si frammenta, cade nell'anonimato, si serra in difesa, sorda e rigida. E l'anonimo conduce a una perdita, sempre grave, dell'individualità, della storicità, della libertà, del noi, della *communitas*. Tutto viene sostituito dal fantasma delirante di riferimento, compensazione di una solitudine desolata. Il mondo delirante o, più esattamente, il mondannizzarsi di esso, può essere veramente paradigmatico della destrutturazione dell'incontro (si pensi all'esperienza di fine del mondo, alla perplessità, all'apofania di Klaus Conrad, al mutamento pauroso di Carlo F. Coppola, allo stato d'animo delirante, all'esperienza di stato d'assedio). Anche lo psichiatra ne è coinvolto, prima o poi, e rischia di divenire anche esso, come ogni altro persecutore, "funzionario della collettività", controllore della coscienza.

Ed ecco emergere proprio qui, come non-partecipazione, il silenzio d'opposizione, che è spesso vuoto di risposta e negativismo, ma che a volte nasconde una qualità particolare di invito all'incontro, di appello disperato, di rifiuto e invocazione: riempire col silenzio i vuoti di un dialogo "verbale", che rischia a ogni momento di smarrirsi nell'incomprensione³. Qui invero è sempre obbligatorio uno scarto

«rapporter à l'ensemble des expressions, il est évidemment une conséquence
 du premier. Mais pour lui donner l'éclaircissement d'un exemple nous tra-
 cions cette série de yeux qui, non seulement nient déjà pas mal par eux-mêmes,
 mais qui sont en outre l'indice infallible que les particuliers auxquels ils ap-
 partiennent nient à cœur joie; tout comme les suivants sont l'indice non moins
 infallible que les infortunés à qui ils appartiennent sont pour le quart d'heu-
 re aussi peu que possible en train de rire.

di livello, che potrà essere ridotto al minimo ma mai completamente
 eliminato, anche se certe tematiche psicotiche possono suscitare riso-
 nanze inquietanti, rivelatrici di mondi opprimenti e ineluttabili, di
 “distorte mondanizzazioni” (von Gebattel, 1938). E allora dobbia-
 mo domandarci: anche quando lo psichiatra è impegnato nel tentati-
 vo (psicoterapico?) di sviluppare una tematica delirante nell’ambito
 della comprensibilità, siamo sicuri che si produca veramente una
 coincidenza d’informazioni, anche soltanto su un piano empatico, fra
 determinate esperienze psicotiche e i riferimenti categoriali, da parte
 dello psichiatra, a tematiche analoghe nel campo della mitologia, del-
 la religione, dell’antropologia culturale (J. Hillman, *Saggio su Pan*)?
 Innegabilmente, rimane qui sempre un dubbio consistente sulla pos-
 sibilità di una vera comprensione delle esperienze, interiori e monda-
 ne, del delirante: c’è sempre, piaccia o no, un *gap*, uno *hiatus*, tra la
 partecipazione dello psichiatra, intenzionale, voluta, frutto di affina-
 mento culturale, e l’esperienza del paranoide, immediata, sconvol-
 gente, singolarissima, senza appello, o l’esperienza impoverita, deso-
 lata e gelida dello “smondanizzarsi” (*Entweltlichung*) propria dell’au-
 tismo o del post-delirio. Per dirla col celebre frammento di Eraclito,
 «la trama nascosta è più forte di quella visibile»: la perdita del contat-
 to col reale *communis* si articola nell’emergere di un mondo di fanta-
 smi arcaici, che domina, con una cristallizzazione esistente che sem-
 bra stata “scelta” una volta per tutte e in cui non è più possibile cam-
 biar rotta. Il rifiuto e l’iterativo divengono quasi perentori, traversati
 da imprevedibili saltuarietà paratimiche o annebbiati dallo smorza-
 mento progressivo delle spinte pulsionali.

Ma anche per il delirante il nostro incontro col suo mondo vissuto, con la sua *Lebenswelt*, può essere colto nei suoi *aspetti costitutivi* e nei suoi *momenti costituenti* solo in quel che questo mondo significa per me, cioè solo in quanto permane in esso la possibilità di poter evocare o meno una comunanza di istanze oggettuali. Poiché il paranoide (ma soprattutto il paranoico) si muove – contrariamente allo schizofrenico – nel mondo della prassi, il delineamento di una *Gestalt* unitaria e inconfondibile, cioè di una tipizzazione univocamente determinata, è pressoché impossibile.

Nella presenza paranoide l'alterazione psicopatologica più rilevante riguarda i significati logico-categoriali, che sottendono una donazione di senso, a volte data *ab initio* una volta per tutte, a volte lentamente ma inesorabilmente costruitasi (lo "sviluppo", di jaspersiana memoria), come nel "lavoro delirante" (*Wahnarbeit*) paranoicale, per esempio di gelosia. I recenti rilievi di Stanghellini e Ballerini mostrano limpidamente che il nostro tentativo di incontrare il mondo del delirante cozza contro la difficoltà massiccia di ricostruire proprio geneticamente i momenti costituenti di questo suo mondo: la sua è più narratologia che storia. Ad esempio i rilievi che possiamo trarre dall'analisi della *spazializzazione* dell'esistere paranoide sono solo indiretti, solo desumibili dal suo modo di incontrare o evitare gli altri, di fronteggiare determinate situazioni, di retroceder di fronte a circostanze percepite come pericolo, tranello, trabocchetto. Ci imbattiamo dunque in una spazializzazione nettamente orientata, addirittura polarizzata. Qui non c'è posto per l'altro come *socius*; esso è il persecutore, da cui bisogna mantenersi a debita distanza, distanza che molto spesso è incolmabile.

A tal punto la polarizzazione della *spazialità vissuta* assorbe e cattura l'esperire del delirante da renderne impossibile il costituirsi e muoversi su altri parametri spaziali: basti pensare all'esperienza di "stato d'assedio", al timore di quel che si cela dietro l'angolo o in quella sala cinematografica, per vedere come forse l'origine di tutto ciò non risieda tanto nella preesistenza della tematica persecutoria (come facilmente si ammette) quanto in una primariamente alterata progettazione spaziale. Vorrei ulteriormente sottolineare che quello che nel non-psicotico viene vissuto come avvertimento e messa in guardia, nel delirante paranoide e paranoico viene vissuto (cfr. anche

M. Rossi Monti, nonché Clara Muscatello) come un irrigidimento ulteriore in una direzione spaziale che è già pregiudizialmente tutta preconstituita e scontata.

In altri termini, come si parla di *overinclusion* per l'assetto cognitivo del pensiero schizofrenico così, partendo dal concetto di "mondo orientato" (tipico attributo dell'husserliana *Lebenswelt*), parlerei per il mondo delirante (paranoide e paranoico) di "sovra-orientato": nulla è lasciato alla possibilità del plurivoco, all'imprevedibile e al caso, e la pregnanza oggettuale è scontata nel suo significato, significato che evoca a sé ogni altra prospettiva (avvicinandosi così in modo davvero singolare al mondo del rupofobico; cfr. il fine apporto fenomenologico di L. Calvi). A tal proposito è opportuno ricordare anche il concetto di *orizzonte* (C.A. van Peursen, 1954) che convoglia ogni limite spazio-temporale delle situazioni, l'orizzonte che si situa sempre nella distanza davanti a noi, oltre ogni indicazione, che è riferito al corpo e al suo sguardo. Senza l'orizzonte l'esperienza del mondo è inimmaginabile, l'orizzonte è sempre oltre e non può essere ignorato, come invece può esserlo un oggetto nel mondo. E se, come dice suavisamente van Peursen, l'orizzonte è anzitutto distinzione fra interiorità ed exteriorità, ben si comprende come la *Lebenswelt* paranoide debba mostrare una profonda carenza di orizzonte, là dove tanto spesso i limiti dell'interiore vengono superati e cancellati (si pensi all'esperienza di influenzamento, alle voci interiori, al furto del pensiero, alla lettura del pensiero, all'onnipresenza dell'enigma), per cui tra vedere e esser visto, toccare e esser toccato non vi sono più polarità distintive: le prospettive si dissolvono, la coerenza significativa si perde; in fondo, il paranoide non *abita* più, perché perde le prospettive a partire dalle quali ognuno ottiene il *suo* preciso "campo di visione". In tal senso, proprio attraverso l'analisi della sua *Lebenswelt* (Ballerini e Rossi Monti, *La vergogna e il delirio*), ci è dato cogliere il pieno significato antropologico dello "sradicamento" (*Entwurzelung*, di J. Zutt), che si allinea alla perdita del limite (*Entgrenzung*) e alla perdita del sentirsi radicato e piazzato (*Entbergung*); quindi alla perdita della propria intimità, della propria dimora, del proprio nido nascondente. Qui, a mio parere, il dramma antropologico del delirante paranoide si svela appieno (una vera antropofania psicotica); egli ha perduto il "mondo comune" (il *Mit-sein*), per lui è svanito l'appello

di un altrui nell'orizzonte: "l'autre, c'est l'enfer". Il serrarsi del suo campo co-umano, il coartarsi del suo orizzonte, ne svela l'angoscia di base, quando ogni circostanza sembra estrometterlo da ogni progetto rassicurante di vita. Le prospettive del mondo oggettuale vengono sempre spiazzate (*dis-placed*) e respinte oppure divengono invasive... e allora bisogna difendersi, magari attaccando. Fra sé e il mondo, nel delirante, viene a fraporsi una distanza che non è colmabile e che, lungi dall'offrirsi come una spazialità di autentica salvezza, costituisce un radicale affossamento, rendendo la persona inaccessibile all'istanza alter-egoica. Alla mente di ogni psichiatra clinico si affollano innumeri esempi di ciò.

Né va taciuto che nell'ostendersi della *Lebenswelt* del delirante ci imbattiamo in una modificazione significativa delle dimensioni *temporali* della sua presenza. Anche qui, temporalità *over-orientata*, con obiettivi fissi da perseguire, con nodi incumbenti, in un'inserzione non-dialettica e non-storica del mondo, che incombe o si estrania radicalmente (come nelle depersonalizzazioni allopsichiche, di cui mi occupai molti anni fa con Semerari e poi con Felici).

Si può assistere persino ad una condizione peculiare di *contaminazione spaziale della temporalità*, vissuta come catastrofe incumbente oppure come perdita dei limiti del proprio divenire (come accade nelle esperienze deliranti di eternità, spesso impregnate dal senso di colpa). Qui, nel processo di futurizzazione il passato grava massicciamente e assume un incoercibile segno di indicazione di come il futuro debba delinearci perché sia possibile evitare l'inatteso o l'imprevisto, denaturandolo così dei suoi connotati essenziali e consentendo, come ha detto Minkowski, *memoria del futuro*⁴.

Questo peculiare modo di esperire la temporalità, proprio del delirante, informa la sua *Lebenswelt* in un modo che è da noi coglibile non tanto nel suo rapporto con le cose quanto nel suo rapporto con il mondo dei soci, degli "altrui". Nell'incontro con la dimensione alter-egoica la situazione delirante produce diaframmi insormontabili per la dimensione dialogica, per il *Mit-einander-sein*: l'altro, ad esempio lo psichiatra, è lo specchio del suo monologo, mera figura proiettata verso un futuro già scontato. *La situazione del delirante è astorica: il suo è uno pseudodiscorso rivolto verso uno pseudoaltro.*

Del pari va sottolineato, in questo mio tentativo di antropofania

della "presenza", che la *corporeità* del delirante (Callieri) ci si mostra come divenuta radicalmente trasparente al senso di ostilità di cui si percepisce sovraccarico sia il mondo che, in particolare, il configurarsi mondano dei soci; fino a sentir ridotta la propria autonomia alla merce' degli altri, alla loro manipolazione (Butler, 1991): basti pensare a certi deliri di influenzamento, xenopatici, alle psicosi allucinatorie croniche, alle somatoparafrenie, alle dismorfofobie indotte (Phillips). I gradi di concretizzazione di tale intrudere dell'"altro" sono molto diversi, fino al delirio di possessione (Callieri, 1992; Yap, 1960), con annullamento totale della dimensione coesistentiva.

Nella tensione dialettica dei due poli dell'esser-corpo e dell'aver-un-corpo, si assiste qui ad un prevalente irrigidimento verso il polo dell'aver, fino a sfuggire alla propria disponibilità fungente, a sentirsene spossessati, divenuti "preda" o "bersaglio": «mi fanno le onde, mi tormentano il petto con i raggi, mi "fanno" le radiazioni alla testa, mi trafiggono col laser, etc.», con un'incredibile multiformità di sensazioni, aptiche, ottiche, uditive, cenestesiche. In tali condizioni (acerbamente sofferte e denunciate) sembra che la soggiacenza del proprio corpo agli altri sia l'unica possibilità di recepire l'"altro", persecutore malvagio, carnefice raffinato e crudele. Allora la dimensione coesistentiva scade ad un mero e inane contrapporsi all'altro, al nemico, che viene vissuto come sempre più forte e invasivo, cui non è possibile sottrarsi e sfuggire. Al delirante (specie paranoide persecutorio) finisce per divenir impossibile anche il rifugio nell'anonimato: tutti sanno di lui, lo controllano, lo segnano a dito, lo spiano, lo comandano, lo robotizzano, gli succhiano via il pensiero, ne invadono gli spazi più privati, in una vera "despazializzazione" (Zutt e Kulenkampff avrebbero qui parlato di *Enträumlichung*). Qui la crisi dell'intersoggettività è kaffkianamente radicale, non offre scampo, ed è impietosamente connessa alla crisi del "senso comune", di quel tessuto, anche banale e scontato, anche grigio o deteriore, che noi finiamo per accettare nella nostra pirandelliana "pena di vivere così", nel nostro piatto e "normale" riferimento all'esperire altrui.

In altri termini (il discorso è qui veramente inesauribile, come sono inesauribili gli accadimenti e gli avvenimenti), nel mondo vissuto (*Lebenswelt*) come è espresso e testimoniato dal delirante, anche tacitamente o mutacicamente, l'altro non può essere interiorizzato, come

lo è invece in alcune esperienze sensitive (Kretschmer) ma viene forzatamente e ineluttabilmente allontanato in una distanza (anche metrica) incolmabile; da tale distanza l'altro però, persecutore, costantemente torna a riproporsi come realtà ostacolante tanto più massiccia in quanto non può più esser ripresa nella sua interlocutorietà. Ogni volta che se ne ripropone la presenza, anche come aiuto (si pensi a *Fuga nelle tenebre* di A. Schnitzler), si erge nel delirante il massiccio e implacabile impedimento di ogni riconfigurazione come "socio" (qui le spiegazioni psicoanalitiche sono divenute, in questi ultimi decenni, fecondissime – come ci hanno fatto più volte intravedere F. Petrella, R. Rossi, A. Pazzagli, e tanti altri colleghi).

Forse l'analisi ora abbozzata di queste modalità rigidamente unidirezionate della *Lebenswelt* del delirante ci può far in parte comprendere (non certo "spiegare" – anche se oggi i due termini tendono epistemologicamente a convergere) la più intima ragione, direi la "ragione categoriale", dell'impossibilità del delirante di uscire dall'isolamento (è forse proprio qui il vero scacco dell'incontro?) cui lo destina e lo consegna il suo *Wahn-Sinn* (Lenz), il suo esser-nel-delirio, questa smisurata (anzi, proprio, *s-misurata*) donazione di senso.

Per *concludere*, non vi è dubbio che queste massicce limitazioni dell'"incontro" col delirante ci fanno toccar con mano l'ambiguità fondamentale dell'esser-psichiatra (cfr. Cargnello, 1980), medico e *human scientist*, in un'ambivalenza "psicopatologica" che mi pare ineludibile e che mostra come sia difficile e forse proprio mistificatorio sostenere di poter uscire radicalmente dall'equivoco. Attualmente, malgrado l'affermarsi sempre più vigoroso dei progressi della psichiatria biologica, a me e a tanti cari amici sembra sempre più necessario coltivare nella formazione dello psichiatra, accanto al binomio mente-cervello, la passione per l'esistenza (come già dicevo in altro contesto): è una vera "paideia", una formazione, una *Bildung*, che esige l'affinamento delle dimensioni coesistentive, la "svolta" antropologica, svolta che si concretizza nella disponibilità, nel bisogno di empatia, in un certo grado di oblatività, in un atteggiamento di tolleranza e di accettazione dell'"anormale" nell'altro e di riconoscimento in esso della qualità di "presenza", superando, anche solo in piccola parte, il proprio narcisismo. Sapersi mantenere con l'altro (l'*autrui* di E. Lévinas) e non meramente di fronte all'altro, anche se delirante, si-

gnifica cercare di scorgere l'uomo (cioè un "ordine") anche là dove, forse con posizione meno impegnata, si scorgerebbe soltanto un disturbo mentale o del cervello, cioè un dis-ordine. È forse, questa della dimensione interpersonale, la vera "rivoluzione copernicana" della psichiatria.

¹ Aggiungerei qui volentieri, con Merleau-Ponty, che «si le sujet est en situation, c'est qu'il ne réalise son ipséité qu'en étant effectivement corps et en entrant par ce corps dans le monde» (*Phén. perception*, p. 467). Forse però sarà meglio parlarne oltre. Qui va anche ricordato il volume, dello psicanalista C. Traversa, *La relazione analitica*, Borla, Roma, 1981, ancora pienamente valido.

² Qui è certamente adombrata la lezione scaturente dal *Selbst* junghiano.

³ Tacere è ben più che non-parlare, dice Romano Guardini.

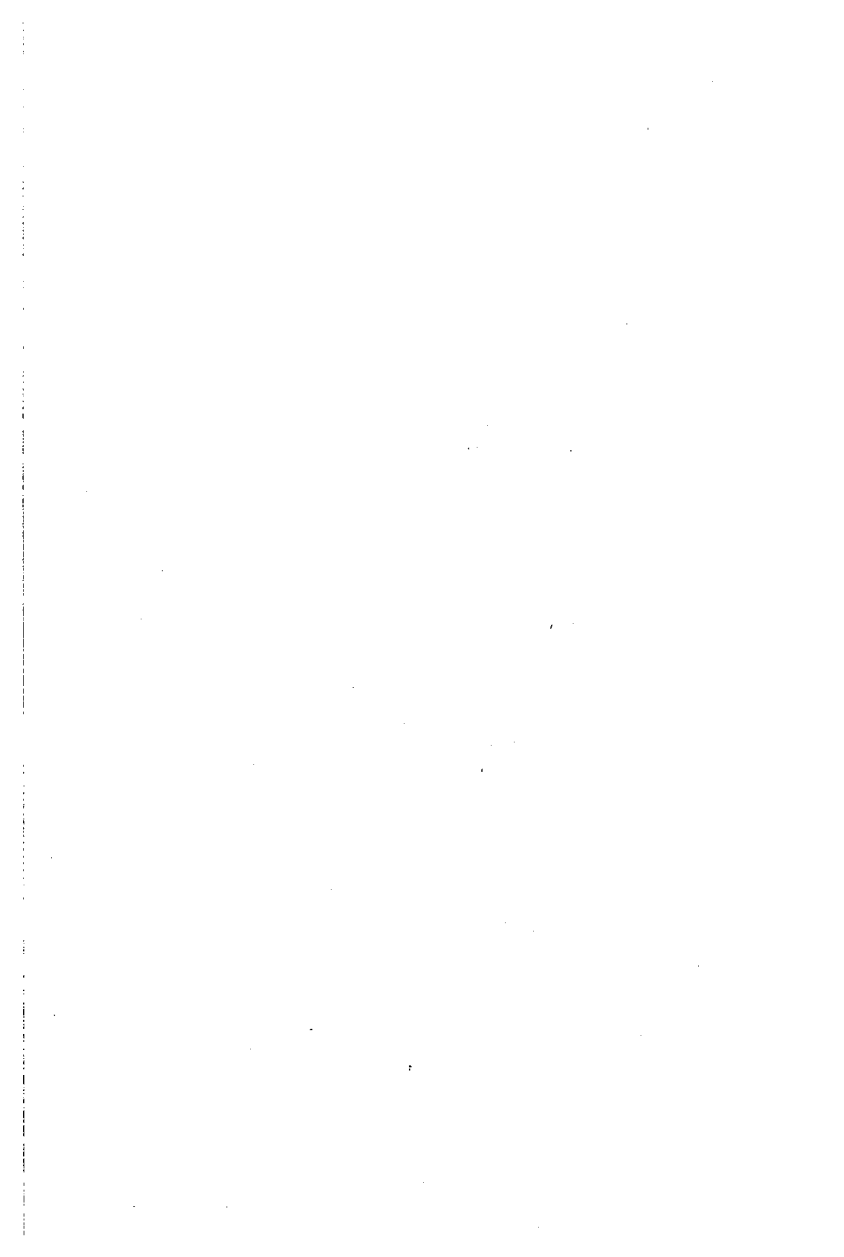
⁴ Nel vecchio delirante domina la dimensione nostalgica dell'esistenza, vista tutta in chiave narratologica, e non solo come semplice "ricordo delirante" (la *Wahn-erinnerung* di H. Gruble): invero i ricordi dall'infanzia si formano momento per momento.

BIBLIOGRAFIA

- BAEYER, W.V., *Zur Psychopathologie der Begegnung*, in «Nervenarzt», 26: 369, 1955.
- BALLERINI, A., ROSSI MONTI, M., *La vergogna e il delirio. Un modello delle sindromi paranoidee*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- BARISON, F., *Art et schizophrénie*, in «Évol. Psychiat.», 26: 69, 1961.
- BINSWANGER, L., *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Dasein*, Niehans, Zürich, 1942 (3^a ed., München 1962).
- , *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970, pp. 180-181.
- BOBON, J., *Psychopathologie de l'expression*, Masson, Paris 1972.
- BÖCKENHOFF, J., *Die Begegnungsphilosophie*, Alberg, Freiburg, 1970, p. 65.
- BORGNA, E., *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano, 1988.
- , *Come se finisce il mondo*, Feltrinelli, Milano, 1995.
- BUBER, M., *Werke*, München, 1962, vol. 1°, p. 262.
- , *Il problema dell'uomo*, Pàtron, Bologna, 1972.
- BUTLER, R.W., BRAFF, D., *Delusion: a Review and Integration*, in «Schiz. Bull.», 17 (4): 633, 1991.
- CALLIERI, B., *Aspetti psicopatologici delle demonopatie*, USL Ferentino, in «Spazi della Mente», 1992, pp. 17-26.
- , *Inquadramento antropologico del vissuto corporeo e della sua psicopatologia*, in «Idee», 8: 23, 1993.
- , *La perplessità. Note di psicologia in ordine al consenso matrimoniale*, in «Studio Rotale», 3: 59, 1988.

- , *Percorsi di uno psichiatra*, Ed. Universitarie Rom., Roma, 1993.
- , *Presupposti fenomenologico-esistenziali per una psichiatria interpersonale*, in «Riv. Sperim. Freniat.», 87: 639, 1963.
- , *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Città Nuova, Roma, 1982.
- , *Tertium datur: la passione dell'esistenza tra mente e cervello*, in «Psichiatria e Neuroscienze», Univ. Genova, Ediz. Cisalpina, 1992, p. 47.
- , FELICI, F., *La depersonalizzazione*, in «Riv. Sperim. Freniat.», suppl. 2: 93, 1968.
- , FRIGHI L., *La comunicazione non verbale*, in «Riv. Sperim. Freniat.», 83: 901, 1959.
- , —, *La rencontre du psychiatre avec le monde psychotique*, in «Évol. Psychiatrique», 30: 61, 1965.
- , SEMERARI, A., *Contributo psicopatologico e clinico al concetto di depersonalizzazione*, in «Rass. Studi Psych.», 42: 100, 1953.
- CALVI, L., *Prospettive antropofenomenologiche*, in: G.B. CASSANO (ed.) *Trattato italiano di psichiatria*, I° vol., Masson, Milano, 1993.
- CAPUTO, C., *Bréal versus Hjelmslev. Una linguistica aperta ai problemi del senso*, in «Idee», Lecce, Milella, 7: 20, 1992.
- CARGNELLO, D., *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- , *Ambiguità della psichiatria. Scienza, linguaggio e metafilosofia. Scritti in memoria di P. Filiasi Carcano*, Napoli, 1980.
- , *Il caso Ernest Wagner*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- CARTA, J., MAGGIO, G., *L'impiego della linguistica contemporanea nella perizia psichiatrica*, in «Quad. Psych. Forense», 1: 130, 1992.
- CONRAD, K., *Die beginnende Schizophrenie*, Thieme, Stuttgart, 1966.
- CORRADI FIUMARA, G., *Filosofia dell'ascolto*, Milano, Jaca, 1985.
- CRICK, F.: *La scienza e l'anima. Un'ipotesi sulla coscienza*, Rizzoli, Milano, 1994.
- CULLBERG, J., *Das Du und die Wirheit. Zum ontologischen Hintergrund der Gemeinschafts-theorie*, Upsala, 1933.
- GALIMBERTI, U., *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 1983.
- , *Psichiatria e fenomenologia* (prefaz. E. BORGNA), Feltrinelli, Milano, 1979.
- GEBSATTEL, V. VON, *Die Welt des Zwangskranken*, in «Mtschr. Psychiat. Neurol.», 99: 10-74, 1938.
- , GIESE, H., *Psychopathologie der Sexualität*, Encke, Stuttgart, 1949.
- GRUHLE, H., *Verstehen und Einfühlen*, Springer, Berlin, 1954.
- HARPER, R., *L'esperienza esistenziale* (1972), Il Pens. Sci., Roma, 1975.
- , *Nostalgia* (1975), Il Pens. Sci., Roma, 1976.
- HEIDEGGER, M., *Einführung in die Metaphysik*, 2° ed., Tübingen, 1958.
- HILLMAN, J., *Saggio su Pan* (1972), Adelphi, Milano, 1992.
- JAKAB, J., *Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken*, Akademiai Kiadó, Budapest, 1956.
- JERVIS, G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975.
- KRETSCHMER, E., *Der sensitive Beziehungswahn* (1918), Springer, Berlin, 1954.
- LAGACHE, D., *Some Aspects of Transference*, in «Internat. J. Psychoanal.», 1: 34, 1953.
- LAIN ENTRALGO, P., *Teoria y realidad del otro*, Madrid, 1961.
- LENZ, H., *Wahn-Sinn. Das Irrationale im Wahngeschehen*, Herder, Wien, 1976.

- LÖWITZ, K., *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*, Leipzig, 1928.
- MACCAGNANI, G., *L'arte psicopatologica*, AGE, Reggio Emilia, 1958.
- MAGGIO, G., *Psicopatologia e linguaggio*, Masson, Milano, 1991.
- MARCEL, G., *Homo Viator*, Aubier, Paris, 1937.
- MINKOWSKI, E., *Traité de psychopathologie*, P.U.F., 1966, (Feltrinelli, Milano 1973)
- MURA, G., *L'angoscia innocente*, in «Nuova Umanità», 1 e 2: 23 e 36, 1979-1980.
- MUSCATELLO, C. ET COL., *Note per una fenomenologia delle personalità paranoicali*, in «Riv. Sperm. Fren.», III: 48, 1987.
- NÉMO, PH., *Job et l'excès du mal*, Paris, 1978.
- PEURSEN, C.A. VAN, *Phénoménologie et ontologie. Rencontre*, Spectrum, Utrecht, 1957.
- PHILLIPS, K.A., *Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of Imagined Ugliness*, in «Amer. J. Psychiat.», 150: 302, 1993.
- PIRO, S., *Trattato sulla psichiatria e le scienze umane*, Vol. I°, Idelson, Napoli, 1986.
- RANLY, E.W., *Scheler's Phenomenology of Community*, Nijhoff, L'Aja, 1966.
- ROSSI MONTI, M., *La conoscenza totale*, Il Saggiatore, Milano, 1984.
- SCHELER, M., *Essenza e forme della simpatia* (1° ed. 1913; 6° ed. 1973), Città Nuova, Roma, 1979.
- , *Sociologia del sapere* (1° ed. 1924), Abete, Roma, 1966.
- SCHULZ, A., *La fenomenologia del mondo sociale* (1960), (Introd. E. MELANDRI), Il Mulino, Bologna, 1974.
- STANGHELLINI, G., BALLERINI A., *Ossessione e Rivelazione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- STRAUS, E., *Die Psychologie der Menschlichen Welt*, Berlin, Springer, 1963.
- THEUNISSEN, M., *Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*, Berlin, 1965, p. 60 e sg.
- TREVI, M., *Saggi di critica neojunghiana*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- TRÜB, H., *Heilung aus der Begegnung* (prefaz. M. BUBER), Stuttgart, 1949.
- TRUPIA, P., *Semantica della comunicazione*. Unicopli, Milano, 1992.
- USLAR, D.V., *Vom Wesen der Begegnung*, in «Ztsch. f. phil. Forschung», 13: 85-101, 1959.
- VILLA, G., *Dignità del delirio*, Cap. I° del suo *Delirio e fine del mondo*, Liguori, Napoli, 1987.
- WEIZSÄCKER, V.V., *Pathosophie*, Göttingen, 1956.
- , WYSS, D., *Zwischen Medizin und Philosophie*, Göttingen, 1957.
- WIPLINGER, F., *Dialogischer Logos. Gedanken zur Struktur der Gegenüber*, in «Philos. Jahrbuch», 70: 169-190, 1962.
- WYSS, D., *Storia della psicologia del profondo* (1977), Città Nuova, Roma, 1979.
- YAP, P.M., *The possession syndrome*, in «J. Ment. Sci.», 106: 114, 1960.
- ZOLLA, E., *Simbologia*, in *Encicl. del Novecento*, Ed. Enc. Ital., 1982.
- ZUTT, J., *Neue Wege zur Anthropologie*, Springer, Berlin, 1961.
- , KULENKAMPPFF C., *Das Paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht*, Springer, Berlin, 1958.



NORA: UN'IMMAGINE LETTERARIA DELL'ESALTAZIONE

Giacomo Calvi e Lorenzo Calvi

È noto che Binswanger ha dedicato molta attenzione al teatro di Ibsen e che ne ha tratto alcuni elementi di riflessione, soprattutto nella preparazione degli studi sulla esistenza mancata e sulla proporzione antropologica. Abbiamo pensato di affrontare anche noi almeno un dramma del medesimo autore per calarci nella stessa atmosfera culturale e partecipare più intensamente allo spirito della *Daseinsanalyse*. Abbiamo riletto *Una casa di bambola*, trovando nel personaggio di Nora un'immagine stupenda della esaltazione.

Per riassumere brevemente il dramma di Nora, basterà ricordare che si tratta d'una giovane donna, madre di due bimbi e moglie d'un uomo in carriera. La sua casa è una casa di bambola, perché Nora è infantilmente vivace, gioca con i figli, vezzeggia il marito e si lascia vezzeggiare in un clima di perpetua gaiezza. Questo clima tocca un vertice all'inizio del dramma, perché la posizione del marito ha avuto un forte miglioramento. Proprio in questo momento emerge un episodio del passato, che minaccia di distruggere tutto. Nei primi mesi del matrimonio il marito si era ammalato gravemente ed abbisognava per guarire d'un soggiorno al sole d'Italia. Nora si procura nascostamente il denaro necessario facendo un debito e firmando una cambiale, che lei stessa avalla

con la firma falsa del padre. Per anni Nora paga le rate del debito sottraendo faticosamente l'importo dalla spesa quotidiana. Nel momento del successo e della gioia più grande, il possessore della cambiale la ricatta. Ella dapprima pensa al suicidio o alla fuga, poi decide di raccontare tutto al marito, che le esprime la più grande riprovazione per il suo atto. Desolata e disillusa la donna abbandona la casa.

Anche senza vederlo su un palcoscenico, si deduce chiaramente dal testo che il personaggio di Nora richiede una attrice giovane, bella, elegante, agile e flessuosa, che gioca a rimpiattino con i figli, si accoccola sulle gambe del marito, riempie la casa di cicalecci, moine, canti e passi di danza. Il suo atteggiamento si mostra, in ogni scena, intessuto di slanci armoniosi.

Adempiendo egregiamente la funzione propria del teatro, il dramma ibseniano ci regala un'immagine esemplare della esaltazione, tale da scolpirsi in modo indelebile nella mente dello spettatore. Tuttavia, fin dalle prime scene, veniamo a sapere che l'esaltazione di Nora è ben altra rispetto a quella che si vede. Quando ella racconta la sua angoscia per la malattia del marito, la sua prontezza nel correre ai ripari, la sua risolutezza nell'infrangere il codice sociale e la sua determinazione nel tenere il marito all'oscuro di tutto, allora siamo costretti a conoscere Nora sotto una luce ben diversa. Noi veniamo a sapere, ma non lo sa il marito, non lo sanno i suoi amici più intimi (tranne la confidente, messa a parte del segreto per un tradizionale *jeu de théâtre*), che il nerbo della sua vita non è quello di tenere allegra la sua famiglia. L'esaltazione di Nora risiede nel suo coraggio, nel suo sacrificio, nella sua abnegazione.

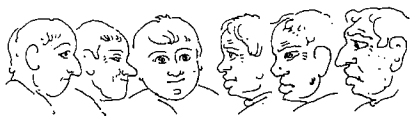
Tuttavia il dramma di Nora non si consuma nella contraddizione. Non è mai possibile sospettarla di finzione e d'ipocrisia. La sua gaiezza è sincera non

meno del suo coraggio. E non è possibile neppure sospettare Nora lacerata fra due diversi e contrastanti modi di essere. Dobbiamo riconoscere invece che Nora persegue un progetto di vita nel quale s'intrecciano due filoni concorrenti al medesimo fine (la felicità dei suoi cari), a tutti conosciuto il primo, chiuso in lei stessa il secondo.

Cerchiamo ora di rispondere alla domanda: chi è Nora? Quello che Nora fa l'abbiamo già visto: fa la moglie sottomessa e civettuola, la madre scanzonata e vivace, la donna coraggiosa e spregiudicata. Queste azioni di Nora le veniamo a conoscere, perché alcune sono agite ed altre sono raccontate sulla scena. Sono appunto i suoi atti che ci permettono di attribuirle per deduzione determinate qualifiche. Senonché, nello stesso momento in cui operiamo secondo questo procedimento psicologico, siamo indotti a ritenere che, al di là del comportamento di Nora, il suo personaggio ci suggerisca ch'ella non si lasci porre questi limiti. Tale intuizione, di cui gode lo spettatore dalla sua posizione privilegiata, viene a poco a poco condivisa dagli altri personaggi. Tutti gli interlocutori di Nora (l'amica, l'amico, l'usuraio e, infine, il marito), tutti quanti scoprono che Nora è assai di più di quel che ciascuno conosceva di lei. La conoscenza di Nora attraverso le sue azioni è quindi una conoscenza parziale. Osservando o ricostruendo il fare di Nora, veniamo a sapere molto, magari moltissimo, sulla storia della sua vita e questo ci permette, come si è già visto, di conferirle determinate qualifiche. Qualifiche, d'altra parte, soggette a variazioni anche vistose, anche a rovesciamenti (come quello che travolge il marito) non appena si apprendano altre azioni prima ignorate.

Noi ci siamo prefissati di andare oltre le azioni di Nora ed ora possiamo dire perché. In pratica non c'è resoconto possibile della storia d'una vita che si pos-

sa legittimamente considerare esaustivo, di modo che la conoscenza diacronica si condanna in partenza alla lacunosità. Per giunta, anche laddove si potesse presumere di avere inventariato completamente tutte le azioni d'una persona, questa rifiuterebbe di identificarsi in una raccolta di dati, rivendicando tutto il non fatto come parte integrante della sua storia, asserendo così la preminenza del progetto sulla realizzazione.



Pensiamo ora a riprendere la posizione privilegiata dello spettatore e cerchiamo di osservare sincronicamente quello che abbiamo sotto gli occhi. Ci accorgiamo allora che possiamo vedere assai più di quel che Nora dice e fa sulla scena. Nella gioia della festa il suo corpo si slancia a disegnare uno spazio armonioso e pieno di luce, dilatato oltre l'attimo attuale per il tempo lunghissimo, che si prepara ad una famiglia florida e felice. Nel rievocare con l'amica il suo gesto audace e generoso, il suo corpo si contrae nello spazio soffocante della malattia, che preclude l'avvenire e subito dopo trionfa nello spazio glorioso del sole mediterraneo e della riacquistata salute, anticipando il tempo senza fine del matrimonio rassicurato. Quando incombe la minaccia dell'usuraio, il corpo di Nora si fa esangue nella prospettiva d'una esistenza immiserita e senza futuro al punto di farle balenare la resa con il suicidio. Quando il marito la-

scia cadere su di lei l'opprimente magnanimità d'un tronfio perdono, Nora si rattroppisce di fronte al programma d'una esistenza spenta e monotona.

Non è difficile rendersi conto che la sostanza del dramma consiste nel succedersi di queste figure. Rispetto a quel che ci offre la visione sincronica, la conoscenza diacronica della storia di Nora è poco più espressiva di quel che sarebbe un succinto riassunto della vicenda. Peraltro se volessimo ottenere un'accentuazione espressiva ancora più intensa, non avremmo che da immaginare lo stesso dramma rappresentato come balletto, dove le metamorfosi di Nora sarebbero sottolineate dal gioco pantomimico. Il riassunto della trama ed il balletto costituiscono i due poli ai quali veniamo a mettere Nora se ne enfatizziamo i comportamenti oppure le metamorfosi. Se la nostra attenzione va ai comportamenti, possiamo parlare di Nora come io empirico che è soggetto di alcune azioni ed è oggetto di altre. Invece, se la nostra attenzione va alle metamorfosi, non possiamo non riconoscere che Nora ne è allo stesso tempo il soggetto e l'oggetto e quindi dobbiamo aspettarci che il suo io reclami uno statuto diverso da quello di io empirico.

Fintanto che rimaniamo sul piano empirico, possiamo dedurre psicologicamente, come si è già detto, che Nora è generosa, spregiudicata, ecc. ecc., interpretare i suoi atti, capire i suoi gesti. Tutto quello che Nora fa e subisce può essere collocato nell'ambito della causalità e può avere una spiegazione. È precisamente quello che fa suo marito, quando viene a sapere ch'ella ha falsificato una firma. Un atto così criminale può essere spiegato soltanto facendo riferimento alla figura di suo padre, che egli bolla come degenerato immorale. Il dogma "scientifico" dell'ereditarietà non lascia adito a dubbi ed esime dal porsi altri perché sull'azione di Nora. Alla quale

non può spettare altro che una vita ridotta allo stato minorile, schiacciata dalla colpa e da un programma di "rieducazione" presieduto dallo stesso marito.

Ma noi non riusciamo ad essere solidali col marito e ad approvare il suo giudizio ed i suoi propositi. Egli non ci ha convinti neppure all'esordio del dramma, quando attribuisce al perpetuarsi dell'indole paterna la presunta tendenza di Nora al dispendio. Una spiegazione così limitativa e impersonale ci sembra incongruente con l'entusiasmo di Nora nello sciorinare le sue compere, soprattutto dopo aver appreso ch'ella spende il denaro in modo assai più calcolato e rigoroso di quel che sembri. Noi tutti siamo disposti a vedere assai più di quel che vede il marito, siamo trascinati a cogliere quelle metamorfosi, che Nora offre di sé e del suo ambiente fino a far loro assumere una cifra inconfondibile.

Anche se fossero presi uno per uno, tutti i gesti di Nora non sarebbero riconducibili al principio di causalità. Rimarrebbe sempre da spiegare perché emanano da lei con un certo ordine, perché si collocano in una certa armonia, perché risultano fondere corpo, spazio e tempo secondo un disegno espressivo globale. Mentre il marito si limita ad una lettura semantica degli stati di Nora, noi ne facciamo anche una lettura sintattica e morfologica. Grazie a quel che abbiamo saputo del passato con le tempestive rivelazioni di Nora, noi non possiamo non riconoscere che la sua presenza non è superficiale come sembra, ma ha tutto uno spessore. Spessore fatto non soltanto di alcune azioni in più rispetto a quelle messe in scena, ma anche e soprattutto della motivazione con la quale un giorno Nora ha deciso di affrontare la vita e continua ad affrontarla.

Essendo impossibile riferire tutto questo al principio di causalità, non può non sembrare inadeguato ridurre Nora al suo io empirico, quello, tanto per in-

tenderci, cui suo marito vorrebbe ridurla quando sente il bisogno di spiegarsene il comportamento. Al contrario del marito, al quale, per la necessità dialettica del dramma (dove non è estranea la tradizione del marito inconsapevole fino all'ultimo) è imposta dall'autore una singolare "cecità", noi tutti abbiamo sotto gli occhi, nel personaggio di Nora, una presenza che non si esaurisce nella sfera delle azioni e delle spiegazioni, ma che va oltre se stessa ed i rimandi della vita quotidiana, così da doversi chiamare io trascendentale.

Il conflitto tra Nora e il marito, ed il dramma, si concludono con la partenza di lei. Ma non è il marito che vince, tutti i cuori seguono Nora. Si può discutere, e a suo tempo si è discusso moltissimo, chi dei due abbia ragione. Al di là del piano giuridico (Nora non sa nemmeno, tra l'altro, d'aver infranto il codice), al di là della ragione e del torto sul piano individuale, domestico e sociale, non c'è dubbio che l'arte di Ibsen ha creato un inattaccabile consenso intorno alla figura di Nora. Il marito non può, non dico vincere, ma neppure affrontare il confronto con lei, perché la sua presenza è poco più che funzionale. Egli si risolve completamente nelle poche azioni del suo personaggio, ma, per dirla in forma molto sintetica, non riempie la scena di sé. Soltanto Nora riempie la scena. La riempie nel modo che abbiamo già descritto nei particolari e che abbiamo indicato come esaltazione. Il consenso suscitato da Nora dipende non tanto da una generica e superficiale simpatia quanto dalla pienezza esemplare della sua persona. L'esaltazione porta Nora al di là di se stessa senza disperderla né frammentarla, ma, al contrario, affermando con lei valori sia femminili che maschili, doti sia convenzionali che eccezionali, tratti di carattere sia dolcissimi che fermi. Aiutati, naturalmente, dalla magia del teatro, gli spettatori si identificano volentieri con

Nora, anche se, il mattino dopo, non hanno per lo più alcuna esitazione a pensare e ad agire come il marito.

Magia del teatro ed intensità poetica fanno almeno quanto la più approfondita analisi fenomenologica nell'offerirci, con Nora, quella che Binswanger chiama figura antropologica, intesa come ciò che aduna in sé le forme della presenza, permettendoci di coglierla nello spessore della sua esistenza anziché nella sua determinatezza storica¹.

Tutto questo deve indurre a riflettere che il personaggio di Nora presenta sulla scena l'esistenza autentica e che l'io in carne ed ossa merita di chiamarsi io trascendentale (Husserl) o *Dasein* (Heidegger, Binswanger) assai più che io empirico.

La *Daseinsanalyse* di Binswanger discende fondamentalmente – come è ben noto – dalle filosofie di Husserl e di Heidegger, a segno che il dibattito intorno alla sua opera ed alla psichiatria fenomenologica tutta non smette di riaccendersi ogni tanto a partire da questa duplice radice. Qui non si vuole riprendere questo dibattito. Il nostro intento è quello di visualizzare, per quanto possibile, dall'evidenza delle cose il cuore dell'antropologia fenomenologica. Abbiamo analizzato lungamente il personaggio di Nora per far toccare con mano (o meglio per permettere, appunto, di visualizzare intensamente) la nozione di *Dasein* o io trascendentale. Affermato una volta per tutte che l'economia del nostro discorso tollera di parlare senza differenza di io trascendentale o di *Dasein* (ciò che un filosofo non farebbe), va precisato anche che abbiamo in mente un'idea di *Dasein* assai più vicina a quella di Binswanger che a quella di Heidegger.

«Io stesso – dice Binswanger – ho mosso una critica positiva alla dottrina heideggeriana contrappo-
nendo all'essere-nel-mondo come essere dell'esserci-

in-vista-di-me-stesso, che, come è noto, Heidegger definisce preoccupazione (*Besorge*) o cura (*Sorge*), l'essere al di sopra e al di fuori del mondo come essere dell'esserci in vista del Noi, che ho definito *amore*. L'analisi delle forme di esistenza psicotiche tanto più deve tener conto di questa modificazione della dottrina heideggeriana in quanto vi constatiamo spesso modificazioni della trascendenza nel senso dell'esaltazione (il corsivo è nostro) dell'amore, piuttosto che nel senso del superamento della cura»².

Ripercorriamo ora brevemente l'itinerario, che comincia quando Nora entra in scena. Abbiamo proposto più su di immaginare che Nora si muova molto vivacemente per suggerire fin dal primo momento che ci si deve aspettare da lei una grande vivacità interiore. Si tratta ora di mettere in parentesi la sua movimentazione fisica e di mantenere dentro di sé l'immagine d'una persona che nel presente gioca armoniosamente col suo corpo così da infondere legiadria nella sua casa; nel passato acquista un ancoraggio doloroso ma sicuro nella stanza dell'usuraio e nel sole d'Italia; nel futuro anticipa la gioia d'una casa ancora più armoniosa, estendendo i suoi propositi o perfino alla banca del marito. Tutto questo si svolge costantemente in rapporto a qualcuno, perché Nora è sempre riuscita a rendere felice il marito, gioiosi i bambini, soddisfatto l'usuraio, appagato l'amico, rassicurata l'amica bisognosa, fondendo insieme il suo corpo, lo spazio, il tempo e gli altri in un solo progetto. Se noi ora fermiamo la nostra attenzione sul progetto di Nora e riusciamo a vederlo come manifestazione globale della sua esistenza, allora arriviamo a coglierlo come un intreccio di operazioni psichiche, che chiamiamo movimenti, perché vibrano ancora in noi i movimenti scenici di Nora. Questi movimenti psichici li definiamo intenzionali, perché ciascuno di essi è diretto non tanto e non soltanto

dove c'è qualcosa da fare, quanto dove c'è qualche significato da mettere in luce.

Non volendo ripercorrere – come si è già detto – l'approccio teoretico alla nozione di *Dasein*, ci siamo proposti di offrirne con Nora un approccio immaginativo. Abbiamo suggerito di assistere all'esaltazione psicomotoria della sua figura come se fosse un segnale della sua esaltazione intenzionale. A questo punto si tratta di raffreddare, se così si può dire, l'immagine offerta da Nora, con un procedimento simile a quello col quale si estrae il concetto dall'allegoria. L'esaltazione intenzionale si spoglia di quel tanto di eccesso che la parola esaltazione contiene e conserva la sua indicazione di "saltar fuori". L'unità io-mondo o io-spazio-tempo-altri, che abbiamo conosciuta col nome di Nora, ci si offre come esempio in carne ed ossa dell'io trascendentale.

Non dimentichiamo lo sconcerto del marito. Egli non ha seguito il nostro processo e quindi crede fino all'ultimo di poter continuare a gestire Nora empiricamente. Egli non si rende conto che le recenti rivelazioni impongono di convivere con l'intera progettualità di Nora oppure niente. Non può neppure capire cosa vuol dire sua moglie affermando che vuol "diventare una persona"! Non si rende conto che Nora è tutta amore. L'amore, che scaturisce dalla pienezza esistenziale ed è l'impressione compiuta della presenza. È precisamente questa la convinzione che Binswanger colloca al centro della sua *Daseinsanalyse*³.

¹ BINSWANGER, L., *L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria* (1946), trad. it., *Il caso Ellen West*, Bompiani, Milano, 1973, p. 96.

² *Ivi.*, p. 25.

PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA

Eleonora D'Agostino e Mario Trevi

1. Psicopatologia e psicoterapia: disgiunzione e rapporto

Psicopatologia e psicoterapia appaiono – soprattutto oggi – come regioni relativamente indipendenti del sapere che si sviluppa attorno all'ambiguo termine di "psiche", disgiunte dall'appartenenza dell'una all'atteggiamento tendenzialmente neutro della descrittiva e dall'appartenenza dell'altra all'atteggiamento necessariamente coinvolto e per lo più dubbioso e sperimentale della pratica. Della prima si può cercare legittimamente un'epistemologia e una metodologia critica, della seconda si potrebbe dare, a rigore, solo una "dossologia" (scienza dell'opinione, della congettura) se la parola non fosse stata usurpata già da tempo da due significati diversi e distinti¹.

Tra psicopatologia e psicoterapia si stabilisce tuttavia un legame apparentemente forte, nel senso che la prima sembrerebbe dover precedere obbligatoriamente la seconda, dettando anzi ad essa i compiti e i limiti del suo operare: solo dove sono chiari e sufficientemente distinti i campi della sofferenza psichica (delle abnormità, delle disfunzioni, delle devianze) la psicoterapia è chiamata a riparare, correggere, reintegrare, restringere infine la sofferenza fino alla sua almeno auspicabile scomparsa.

Questo legame, indubitabile nella medicina generale, a causa della sua prevalente preoccupazione per il benessere del corpo, si intorbida e si assottiglia tuttavia nell'ambito della medicina della psiche, della psichiatria, aspetto speciale della medicina generale, sia per la difficoltà della ricognizione di una chiara norma di riferimento (il benessere della psiche non è ancorato a parametri evidenti e indubitabili) sia per lo straripare della psicoterapia dal solco classico di ogni terapia rigorosamente scientifica che dal sintomo risale alla causa e da

questa alla possibile restaurazione della norma fisiologica e perciò del benessere.

Il restauro della *physis* della psiche sembrerebbe percorrere vie incomparabilmente più complicate o complesse rispetto a quelle usuali del restauro della *physis* del soma, a parte il sovrapporsi parziale delle due sfere terapeutiche.

Ma c'è di più: chi volesse dedurre dalle terapie della psiche oggi in atto un quadro della sofferenza psichica (ricostruire cioè una psicopatologia *ex adiuvantibus*) si accorgerebbe con stupore che tale quadro risulta incomparabilmente più vasto e variegato di quello – già di per sé complesso – contemplato dalla psicopatologia tradizionalmente intesa. La psiche dell'uomo contemporaneo ricorre alle psicoterapie per un numero riguardabilissimo di disagi e di sofferenze non contemplati dalla psicopatologia.

Queste asimmetrie ci costringono a pensare: vorremmo salvare l'altissima dignità secondo la psicopatologia ma anche rispettare l'evidenza della proliferazione – non necessariamente teratologica – delle psicoterapie. Sospettiamo che in questa proliferazione si celi un problema non ancora evidente, nel migliore dei casi un'alternativa alla priorità della psicopatologia rispetto alla psicoterapia, infine il dubbio che la conoscenza della psiche sofferente abbia inizio nel coinvolgimento della terapia piuttosto che nell'osservazione tendenzialmente neutra della psicopatologia.

2. Generale e singolare: opzione o polarità dinamica

Sia nel versante psichiatrico (e pertanto anche psicopatologico) dell'osservazione dello psichico, sia nel versante psicologico (e pertanto della descrittiva del tutto avalutativa di una presunta "fisiologia" della vita psichica) non è possibile evitare un dualismo metodologico di fondo che ora si presenta come scissura e ostacolo e ora si presenta come strumento euristico di grande efficacia. Si tratta del dualismo – peraltro ovvio in tutte le scienze della cultura – di "generale" e "singolare".

Se qui si fa uso di questi termini – piuttosto degli analoghi ma non del tutto sovrapponibili "universale" e "individuale" – è perché la prima coppia di opposti, col suo esplicito richiamo a Kierkegaard e

pertanto a uno dei fondatori della nostra sensibilità in materia di "psichico" e di "psicologico", evoca, con più precisione dell'altra coppia, sia la tensione antinomica (C.G. Jung, 1935, pag. 9) sia la drammaticità di quel dualismo di cui qui si tenta di parlare.

Nell'osservazione psicologica e psicopatologica sempre e inevitabilmente l'osservatore si trova scisso tra la ricerca di quelle generalità senza le quali non potrebbe dare fondamento al suo discorso almeno presuntivamente scientifico e l'esperienza di quell'evidente concretezza di dati che sembrano convergere verso la singolarità inconfondibile e irriducibile. Non si dà scienza dell'individuale. La scienza, qualsiasi scienza, cerca quelle conformità essenziali che le permettono di distinguersi dalla narrazione, dalla confessione personale, dalla diaristica e infine dalla poesia. D'altra parte ciò che esperiamo nell'osservazione spregiudicata della psiche sana o malata ci si dà sempre come un singolo, un qualcosa che non sopporta confronti o astrazioni se non a rischio di scomparire appunto come singolo: un'entità che si sottrae tenacemente ad ogni generalizzazione.

La saggezza medica tradizionale ha cercato di chiarire questa scissione con l'opposizione di malattia e di malato: il bravo medico, si dice, cura il malato, non la malattia; perpetuando così la nobiltà di un monito e di un richiamo verso la concretezza esistenziale, l'unicità che chiede di mettere almeno provvisoriamente da parte ogni facile generalizzazione. La filosofia ha, almeno una volta nella sua storia, cercato di dirimere il nodo problematico di generale e singolare distinguendo scienze nomotetiche e scienze idiografiche (Windelband, con connotazioni diverse anche Rickert e, infine, forse Weber e Croce). Ma quella distinzione seducente si rivelò insufficiente: il *nomos*, la legge, il generale invade inesorabilmente ogni intento scientifico, ogni tentativo di conoscenza che non si voglia risolvere deliberatamente in esperienza "estetica" dell'oggetto considerato. Conoscendo o tentando di conoscere qualcosa al di fuori dell'immediatezza puntuale e puramente intuitiva soggiaciamo di necessità agli schemi rigidi del "generale", siamo spinti a cercare appunto generalità, somiglianze, identità, nella migliore delle ipotesi analogie e omologie. L'"idiografia" è un'esperienza estetica, non una scienza. Così sembra concludere Gadamer, che non a caso inizia la sua ricerca maggiore dall'esame dell'esperienza *extrametodica* dell'arte, che pro-

babilmente altro non è che comprensione del singolo, dell'irriducibile singolarità.

Nella ricerca psicopatologica e nell'esperienza psichiatrica, tuttavia, "singolo" e "generale" non implicano necessariamente un'opzione (e pertanto un rifiuto dell'uno o dell'altro), ma piuttosto il difficile esercizio di "tenere assieme" i due opposti, senza tuttavia confonderli, bensì passando continuamente e per così dire circolarmente dalla considerazione generalizzante all'intuizione immediata del singolo, dove immediatezza significa sospensione di ogni categoria precostituita, abolizione almeno tendenziale di ogni giudizio che voglia precedere l'esperienza. L'oscillazione che ne consegue (con la sua rinuncia alla coerenza scientifica tradizionale) è innanzi tutto un atto di umiltà. Rinunciamo all'orgoglio di avere una griglia concettuale precostituita per intendere l'altro. Nello stesso tempo, rinunciamo anche – con altrettanta umiltà – all'orgoglio di non avere pregiudizi o precomprensioni. L'ermeneutica del nostro secolo ci ha abituati proprio a questo, a rinunciare cioè alla pretesa di una cognizione "pura", come se potessimo guardare all'altro con gli occhi assolutamente vergini di Adamo, l'unico che, essendo stato sottratto da un tragico destino ad ogni processo di inculturazione, può non ubbidire a schemi interpretativi derivati dalla cultura. Rinunciando all'illusione adamitica (che fu anche l'illusione empiristica e poi illuministica) accettiamo l'oscillazione tra singolo e generale o, meglio, tra intuizione immediata dell'individuale e necessaria ricerca delle generalità, l'inevitabile "generalizzazione".

Nel migliore dei casi riusciamo a comprendere che quell'oscillazione ha carattere euristico, bensì, ma solo a patto di rimanere tale, appunto una "umile" oscillazione, senza pretesa di assolutezza, senza ricorso a un metodo prefissato e in qualche modo costrittore. Ricordando, magari, che l'oscillazione di un punto geometrico tra i due vertici di un segmento di retta altro non è che la "proiezione" del movimento di un punto lungo un percorso circolare. "Circolazione", dunque, non spostamento repentino e magari ingiustificato. In quella che potremmo chiamare "circolazione extrametodica" tanto più facciamo uso di categoremici generalizzanti, tanto più sentiamo il bisogno di recuperare quel "singolo" che i categoremici vorrebbero – disarticolato – assorbire in sé. Quanto più, viceversa, siamo affascinati dalla

concretezza esistenziale del singolo, tanto più avvertiamo il pericolo di quella fascinazione e cerchiamo la grigia categoriale per poterlo "spiegare", ridurlo al già noto. Se ci atteniamo all'oscillazione euristica (che sappiamo essere in realtà una "circolazione"), rendiamo inesauribile il nostro processo di comprensione e ci salviamo dimessamente da ogni pretesa di conoscenza "certa" o assoluta. L'opposizione di generale e singolo, lungi dal costringerci a un'opzione che di per sé sarebbe arbitraria, si rivela una polarità in cui ognuno dei due opposti richiama l'altro secondo il modello della complementarità (C.G. Jung, 1935, pag. 9; M. Trevis, 1993, pagg. 93-147).



3. L'esperienza psicoterapeutica: intersoggettività e dialogo

È in questo assunto dell'oscillazione euristica tra generale e singolo che la psicopatologia evoca di necessità l'esperienza psicoterapeutica. Solo in questa infatti il singolo è autenticamente raggiungibile, ci "si dà" nella concretezza irriducibile ai categoremici generalizzanti, attraverso le modalità "extrametodiche" dell'ascolto, dell'empatia, della simpatia, del dialogo, del rispecchiamento, della ricostruzione narrativa, della costruzione ipotetica ma efficace, della catarsi e dell'*insight*. Potremmo semplificare – per comodità e bisogno di essenzialità – e dire che il singolo ci si dà solo nel dialogare empatico. Dove tuttavia va precisato che il dialogo è tale solo se è paritetico e, almeno tendenzialmente, mutuamente interpretativo. Solo se nessuno dei due (o più) dialoganti vuole assoggettare l'altro a una propria verità e dove l'unica verità possibile è quella che si manifesta nella forma della cauta proposta, di una congettura che si può condividere oppure scartare assieme, con identica persuasione. E dove va altresì precisato che

l'empatia (vocabolo ormai usurato dall'eccessivo impiego e dagli "stiramenti" semantici cui è sottoposto) altro non è che la forma della simpatia che permette l'identificazione con l'altro sia nell'esperienza del dolore che in quella della gioia.

Non è il cosiddetto colloquio psichiatrico o diagnostico – peraltro utilissimo e indispensabile – a schiudere la possibilità della comprensione dell'altro in quanto singolo, bensì quella più o meno prolungata esperienza dialogica che usiamo chiamare psicoterapia.

E sia qui lecito ancora una volta (M. Trevi, 1992) richiamare sia il senso sia il significato corrente del termine psicoterapia. Non si tratta di proporre una delle tante etimologie fastidiose che infestano il discorso filosofico del nostro secolo e utili solo se ne riesce a mettere in luce la natura di pure metafore. La parola "psicoterapia", peraltro, non ha neppure un secolo e mezzo di storia. Non è il suo etimo che deve essere restituito, solo il suo significato deve essere sottratto all'impallidimento dovuto a un impiego inconsapevole. Psicoterapia è terapia con strumenti psichici. Terapia peraltro prevalentemente rivolta alla psiche e alla sua sofferenza, benché non necessariamente solo ad esse. Dunque, per semplificazione o legittima estensione, terapia della psiche mediante la psiche. Nella maggior parte dei casi la "psiche" che funge da *pharmakon* è la stessa essenza o natura interattiva della psiche. È perciò il dialogo sorpreso nella sua efficacia rivelatrice e trasformatrice, quel "discorso" che è sempre rivolto a un singolo e che sempre a un singolo chiede assenso o dissenso, convergenza o divergenza ma, in ogni caso, ascolto e reciprocità. Lo spazio della psicoterapia, quale che possa esserne la forma, è perciò sempre osservazione, ascolto e coinvolgimento del singolo con il singolo, anche se al rapporto duale si sostituisce quello plurale, nel quale pur sempre (e spesso con maggiore difficoltà o sofferenza) il singolo è chiamato a reagire all'appello degli altri.

La psicoterapia è perciò esercizio multiforme di esperienza coinvolgente del singolo, perché solo l'esperienza coinvolgente del singolo permette l'intuizione del singolo. L'osservazione neutra e oggettivante si limita a scomporre il singolo nelle sue componenti generali, nelle simiglianze e nelle analogie che occorrono per formulare i concetti, le categorie, le classi, gli "assi" e le costanze di qualsiasi approccio descrittivo, di qualsiasi psicopatologia in quanto scienza.



4. La concretezza psicoterapeutica e il suo apporto alla ricerca psicopatologica

Certo, anche nell'arte medica in generale, la terapia fornisce continuo alimento alla descrittiva patologica. E, si potrebbe aggiungere, la terapia è sempre rivolta al singolo sofferente, a *questo* malato che inevitabilmente si dà all'osservazione clinica nella sua unicità, concretezza e insostituibilità. Senonché la scienza del *soma*, per quanto complessa e mai del tutto esplorata, ha i suoi precisi parametri esplorativi e, di tempo in tempo, mostra i suoi confini convenzionali. Se oggi la biologia molecolare ha dilatato a dismisura questi confini non per questo essi si sono vanificati in quanto tali. L'esplorazione appassionata continua in ogni settore o anfratto del *soma*, ma mai in alcun caso si ha l'impressione che parametri di ricerca e confini convenzionali vengano meno.

Non così per la psiche, almeno per ora. Almeno per ora resta valida l'umile saggezza del frammento 45 di Eraclito che abolisce una volta per sempre la presunzione di raggiungere i "confini dell'anima" e forse la stessa presunzione di concepirli. Nella medicina del corpo abbiamo una "fisiologia" come premessa indispensabile alla "patologia", a nessuna premessa certa e circoscritta possiamo far appello come introduzione alla psicopatologia. O meglio, se ci appelliamo alla "psicologia" come analogo della "fisiologia" e perciò come premessa legittima della psicopatologia, ebbene non ci troviamo di fronte ad una scienza dalle strutture interne ben precisate e dai confini visibili. Ci troviamo, al contrario, di fronte a una molteplicità forse limitata d'atteggiamenti o indirizzi contenenti tuttavia ciascuno molteplicità potenzialmente illimitate di prospettive. L'osservazione della psiche

non si costituisce mai in una scienza formalizzata. Quell'osservazione – o studio – è viziata fin dall'origine da un paradosso invalicabile o insolubile: è sempre la psiche che osserva la psiche, e l'osservatore è coinvolto fino alla radice nell'osservato così come l'osservato tende a risolversi (sciogliersi) del tutto nell'osservatore, assumendone radicalmente le forme. La psicopatologia non può illudersi di avere una "fisiologia" certa e circoscritta come specchio normativo o semplice quadro di riferimento fondato su un'inalterabile *physis*.

La "psicologia" che dovrebbe anticipare e ancorare alla terra ferma dell'evidenza la psicopatologia, non è che un pelago generoso ma tempestoso di ipotesi e di modelli che talvolta si trovano nella condizione di una mutua contestazione e talvolta in quella di una dubbia alleanza. Il *pathos* della psiche non ha una *physis* con cui confrontarsi, non ha una "norma" precisa a cui riferirsi. Tutte le volte che una psicologia in quanto scienza ha preteso di ergersi a modello normativo di riferimento è stata ben presto sommersa dalla storia. Quella "psicologia", quella pretesa scienza unitaria della psiche non è tuttavia scomparsa ma ha dovuto riconoscere l'arroganza della sua presunzione di essere l'unica e, magari di poter interpretare le altre psicologie concorrenti come patologie inconsapevoli.

È bene qui affermarlo ancora una volta: la psicologia in quanto scienza (e come fondamento teorico di ogni psicoterapia) è molto più simile a una scienza della cultura – sempre consapevole della sua storicità e della sua parzialità costitutiva – che a una scienza della natura – sempre animata dalla pretesa in gran parte legittima di esaurire una volta per tutte il campo della sua esplorazione.

La distinzione tradizionale dei due gruppi di scienze è oggi largamente contestata e, nel migliore dei casi, si fa osservare che anche le scienze della natura sono assoggettate al divenire della storia, sia pure attraverso processi assai più lenti conducenti a fratture di paradigmi universalmente accettati e a ricostruzione di altri paradigmi. Ma anche se ci dovessimo accontentare di una differenza quantitativa (e non più qualitativa, dunque, come pretendevano Dilthey e i suoi seguaci) resterebbe pur sempre l'evidenza della straordinaria accelerazione delle scienze della cultura nel loro apparire sulla scena della storia e della "compresenza" delle varie forme o modalità di ciascuna di esse all'interno dei campi del sapere esplorati. Esistono o coesisto-

no numerose sociologie o antropologie; esiste – sostanzialmente – una sola biologia o una sola zoologia o, infine, una sola anatomia, sia essa comparata o umana.

L'asimmetria che si constata tra la coppia fisiologia-patologia e la coppia psicologia-psicopatologia non può essere sottaciuta o ignorata. Essa anzi ci costringe a pensare e, alla lunga, ci procura inquietudine. Per quanto ingenua possa essere considerata questa osservazione, onestamente essa non può essere né contestata né obliata.

È ben vero, lo statuto epistemico della psicologia è complesso e forse contraddittorio. La psicologia ha e acquista sempre più il carattere di una scienza bifronte. Al suo doppio "sguardo" si mostrano i due versanti entrambi legittimi e radicalmente diversi. Il versante naturalistico della neurofisiologia, della biologia molecolare e delle neuroscienze in generale, e il versante che, in assenza di espressione migliore, potremmo chiamare dell'indeterminatezza culturale. Intendendo con questa espressione certamente ambigua sia l'appartenenza dell'uomo alla costante deriva della cultura e alla stessa pluralità delle culture sia quel margine sia pur esiguo di indeterminatezza (o possibilità di sottrarsi al determinismo radicale) abolendo il quale ogni applicazione pratica della psicologia, ogni psicoterapia appunto si vanifica e, anzi, per coerenza, dovrebbe essere radicalmente eliminata.

Poiché, per ora, non ci sentiamo di abolire o condannare come assurda la pratica della psicoterapia dobbiamo riservare una costante attenzione proprio al versante della psicologia che l'assimila a una scienza della cultura. Di conseguenza dobbiamo accettare il frantumarsi della psicologia in numerosi indirizzi relativamente autonomi e in centinaia di modelli probabili, così come dobbiamo accettare l'inesausto moltiplicarsi dei paradigmi operativi in psicoterapia. Nell'arco di un secolo l'orgoglioso asserto per cui, sì, sono possibili numerose psicoterapie ma una sola di esse ha carattere causale e pertanto essa sola può essere considerata "vera" è stato sommerso dalla proliferazione di centinaia di modelli operativi, tutti a loro modo "causali", che autorizzano altrettanti interventi psicoterapeutici, tutti a loro modo efficaci o per lo meno legittimi.

Il disagio teoretico di questa condizione storica ha tuttavia un vantaggio: quello di poter riconoscere allo "spazio" della psicoter-

pia, quale che ne sia il carattere o lo stile, la natura di un luogo privilegiato per l'osservazione o, meglio, l'esperienza del singolo e del suo disagio psichico. Laddove i modelli che condizionano l'osservazione e l'esperienza si moltiplicano senza posa diminuisce il pericolo di precomprensioni o pregiudizi surrettizi e limitanti. Ove un modello domina più o meno incontrastato il rischio del dissolvimento del singolo nel generale è inevitabilmente maggiore. La pratica psicoterapeutica consapevole del suo limite prospettivistico (e perciò della possibilità, al di là del suo orizzonte, di molte prospettive diverse e legittime)



consente un approccio il più possibile "spregiudicato" al singolo non più irretito in un modello presuntivamente "vero" ed esclusivo.

Certo, la scienza o l'arte dell'interpretazione, l'ermeneutica, ci avverte dell'impossibilità di sottrarci radicalmente alle precomprensioni o ai pregiudizi ma infine ci consiglia non solo di renderli consci (o, meglio, di rendere noi stessi consapevoli di essi) ma anche di sforzarsi di distinguere tra pregiudizi adeguati e pregiudizi inadeguati, se non, addirittura, tra pregiudizi veri e pregiudizi falsi (H.-G. Gadamer, 1960, pagg. 316-317). Se non altro l'ermeneutica ci consiglia di acquisire «coscienza della determinazione storica» (H.-G. Gadamer, 1960, pag. 12) e già questo ci vincola ad un atteggiamento saggiamente realistico, senza alcun pericolo, tuttavia, di cadere in uno scetticismo paralizzante.

In conclusione ci è legittimo credere che sia proprio il lavoro psicoterapeutico (là dove dunque è l'insondabile interattività dialogica della psiche che è chiamata a prendersi cura della sofferenza della psiche

stessa) ad alimentare il rinnovato emergere del singolo nell'osservazione psicologica e nella considerazione psicopatologica. Se la psicopatologia si arricchisce sempre più e sempre più si affina, è in gran parte perché il multiforme lavoro psicoterapeutico riscatta continuamente il singolo dalla tirannia del generale. Non con questo che il generale possa essere ignorato o abolito, ma esso è costretto a rendere sempre più duttili le sue strutture per far posto alla ricchezza inesauribile delle forme del singolo. Per questo processo non mancano eloquenti esempi storici nel nostro secolo.

5. Esperienze e modelli nell'area psicoanalitica

Basterebbe, a tale proposito, prendere in attenta considerazione quanto, lungo l'arco di un intero secolo, è avvenuto all'interno del cosiddetto "campo freudiano". Questa espressione – generica e forse equivoca – è autorizzata sia dall'uso comune sia dalla letteratura specialistica al fine di indicare una fedeltà estremamente elastica all'originario modello freudiano e alle successive e relativamente immediate modificazioni sino a giungere a conclusioni o ipotesi che col severo – e naturalistico – impianto di Freud ben poco hanno a che fare. Resta tuttavia una deferenza quasi religiosa al padre fondatore e al suo genio innovatore così come avviene, nel corso dei secoli, in taluni movimenti filosofici che continuano a richiamarsi a una personalità innovatrice pur avendo preso talora considerevoli distanze da essa. In ogni caso la psicoanalisi ha indubbiamente arricchito sia l'osservazione psicopatologica sia i parametri delle inevitabili classificazioni cui la psicopatologia deve ricorrere, le tassonomie indispensabili di ogni scienza neutrale e descrittiva.

Ma questo arricchimento ha la sua matrice proprio nel versante pratico della psicoanalisi, nella psicoanalisi come terapia della sofferenza psichica. È in questo terreno accidentato, aleatorio e rischioso che si sono maturate le grandi rivoluzioni interne alla psicoanalisi, dall'ammissione della "pulsione di morte" all'arretramento temporale delle dinamiche conflittuali infantili, dall'autonomia dell'Io al primato delle relazioni oggettuali, dalla considerazione del transfert come patologia utile all'ammissione dell'intrinseca terapeuticità della coppia dinamica transfert-controtransfert, dalla riconsiderazione ra-

dicale del narcisismo a quella sorta di “sospetto del sospetto fondatore” cui può essere riportato il dissolvente atteggiamento ermeneutico. Da ognuno di questi scardinamenti nasce un qualche riordinamento del quadro psicopatologico o, quanto meno, una consapevolezza nuova nella continua creazione degli schemi tassonomici della patologia della psiche.

Questo, si potrà obiettare, è un processo comune a tutti i settori della medicina: è l'osservazione sempre rinnovata e per quanto possibile spregiudicata che modifica la struttura generale dell'inquadramento patologico, salvo restando il valore di ineliminabile precomprensione che quello stesso inquadramento ha rispetto all'osservazione clinica. Ma il rilievo critico non terrebbe conto del fatto che, nell'ambito della psicopatologia, l'osservazione spregiudicata che innesca la necessità del rinnovamento degli schemi precostituiti non è la comune esplorazione clinica o il neutro esame di laboratorio in cui il malato, l'organo e il reperto microscopico permangono nella loro natura di meri oggetti davanti all'osservatore, bensì è un soggetto che non solo chiede di permanere tale ma coinvolge l'osservatore decostruendo la sua stessa neutralità e infine, quel che più conta, esige di rimanere un singolo, un insostituibile, un non-commutabile.

Se, in generale, è l'osservazione clinica che modifica la patologia in quanto quadro di riferimento, nella ricerca psicopatologica quell'osservazione clinica, lungi dall'essere neutra, si radica in un coinvolgimento che altera e confonde gli statuti tradizionali del soggetto e dell'oggetto. Il terreno dell'euristica psicopatologica è quella psicoterapia che, a differenza di ogni altra terapia, esige un coinvolgimento e una reciprocità tradizionalmente sconosciuti nella comune attività clinica.

Con il che – è bene ripeterlo – non si vuole in alcun modo disconoscere l'esigenza del generale (o delle generalità categorizzanti) in psicopatologia. Lo stesso momento formale e necessariamente tassonomico della psicopatologia in quanto scienza esige la creazione e l'impiego di generalità orientatrici che nessun uomo di buon senso potrebbe disconoscere o tentare di abolire. Qui si vuole solo osservare che la matrice esperienziale (vale a dire clinica) della psicopatologia è una condizione caratterizzata dal mutuo coinvolgimento e dalla permanenza del soggetto nel suo statuto di singolo. Il discorso che

approfondisce la stretta relazione tra dialogo mutuamente coinvolgente e statuto teoretico del singolo è da una parte intuitivamente evidente e dall'altra troppo dettagliato e tortuoso per essere proposto qui, sia pure nelle sue linee essenziali.

Una sola chiosa a questo paragrafo conviene aggiungere. Una psicopatologia che si risolvesse radicalmente nella descrittiva del singolo caso clinico (*questo* malato, non il paziente affetto da *una* malattia generale) è stata tentata² ed è sempre auspicabile come guida all'intendimento comprensivo, che altro non è che l'intendimento che ha di mira il singolo pur rispettandone le generalità o le possibili analogie generalizzanti. Ma una psicopatologia di tal fatta finisce per mettere tra parentesi l'arbitrio prospettivistico dello psicopatologo: ogni "caso clinico" è una traccia narrativa dischiusa nella complessità irriducibile della sofferenza e della stessa esistenza. Il suo contenuto non è arbitrario; arbitrario, anche se comprensibile, è il punto di vista prospettico scelto una volta per tutte e dal quale la pretesa oggettività viene selezionata e ordinata, per lo più "costruita" secondo strutture legittime ma necessariamente parziali. La psicopatologia del "caso clinico" ha il carattere di un ideale orientativo di altissimo valore ed è un utile, forse indispensabile antidoto alla psicopatologia combinatoria e nominalistica fondata sull'incastro statistico dei sintomi. Ma essa finisce per parlarci più del medico che del paziente e, in ogni caso, deve fare ancora i conti con i problemi aperti (e mai del tutto risolvibili, fortunatamente) della ricerca ermeneutica, i problemi che mettono opportunamente in dubbio una troppo facile nozione di oggetto e di oggettività.

6. *Quattro stili psicoterapeutici del Novecento*

Se qui si scelgono, come esemplificazione parziale delle varietà degli approcci possibili, quattro "stili" psicoterapeutici tra innumerevoli altri e si pretende di descriverli brevissimamente, lo si fa ben consapevoli dell'inevitabile arbitrio della scelta e scarsamente confortati dalla notorietà dal peso storico dei loro autori. Non possiamo in alcun modo anticipare i criteri di giudizio che un futuro anche prossimo produrrà in un terreno così vario e mutevole come la psicoterapia. È possibile, forse anche molto probabile, che le nostre scelte su-

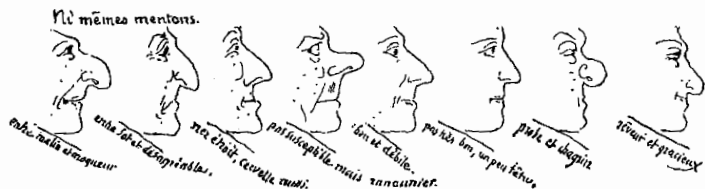
biscano ben presto l'irrisione del tempo. Tuttavia è almeno legittima quella prospettiva che, nella sua relatività, giustifica appunto una scelta, per arbitraria o discutibile che sia.

Se qui preferiamo parlare di "stili" è perché poco importa, in questo contesto, il rapporto della pratica psicoterapeutica con il modello teorico che lo precede o lo accompagna. C'interessano invece le discontinuità e le falle di quel rapporto e pertanto il primato della pratica rispetto alla teoria. La pratica si incentra nella concreta esperienza dell'intersoggettività, sul comune agire e patire, su quella comunanza dei bisogni e degli affetti che fonda la possibilità dell'intendere e dell'essere intesi. Di fronte a questa concretezza il modello teorico appare aleatorio anche se geniale, fragile anche se monolitico.

Freud cercò di dare dignità di scienza (o di tecnica rigorosamente fondata su una scienza) ad una pratica millenaria che solo poco prima di lui aveva ricevuto il nome di "psicoterapia". L'assunto della rimozione – cardine assolutamente centrale di quella scienza – e dell'oceanico del desiderio che sottende la fragile isola della coscienza giustificava la tecnica dell'associazione libera che esplora sia il rimosso che le componenti pulsionali del rapportarsi del paziente al terapeuta. In questo rapportarsi è il segreto della terapia: esso mette in scena un dramma familiare sepolto, in cui l'odio, l'amore e soprattutto la paura sono i sentimenti o le passioni dominanti. Il dramma speculare (e sperimentale) inscenato dal rapporto paziente-terapeuta non solo libera il primo dramma della costrizione della rimozione ma individua le linee di risoluzione di quel dramma stesso, rimasto dolorosamente incompiuto o, meglio, arrestato nel punto in cui il dolore della colpa è al culmine e ha i caratteri dell'insopportabilità. Nel migliore dei casi ne indica il possibile lieto fine. La nobiltà dell'intento è indubitabile: il rischio della procedura è quello di calare il soggetto in un dramma probabile ma non necessariamente suo.

L'universalità del dramma rimane infatti un'ipotesi non sufficientemente confortata dall'esperienza. Il dramma supposto può assumere allora il carattere del mito fondatore di una religione tirannica. Si salva solo chi rivive nella sua carne quel mito fondatore: non solo *extra ecclesiam nulla salus*, ma anche *extra fabulam nulla salus*. Freud, cercando di fissare una volta per tutte la centralità di una *fabula* senza

tempo e senza patria, ha aperto la strada alla ricerca di altre innumerevoli *fabulae*. Così come ha aperto la strada della relativizzazione di ogni *fabula* e, contemporaneamente, della scoperta della sua efficacia probabile. Freud elevò a dignità di scienza la pratica millenaria della catarsi col suo indubitabile valore salvifico e collocò la catarsi stessa all'interno di una riedizione concreta – nel rapporto vissuto tra terapeuta e paziente – delle vicende che avevano provocato quell'oblio patogeno che ora l' "analisi" tenta di rischiarare. Se la rimozione è il perno del nostro disagio non è il ricupero del rimosso che ci libera da quel disagio, bensì il rapporto col suo significato asimmetrico rispetto alla causa patogena. Così Freud diede dignità di comprensibilità e chiarezza a quel misterioso *rapport* che era stato per decenni al centro dell'interesse della grande psichiatria francese. Restava un dubbio: chi può renderci certi che le strutture di quel *rapport* siano uniche, universali e inalterabili? Il "dopo" Freud (e perciò anche l'allontanamento da Freud) segue le vie numerosissime aperte da questa domanda.



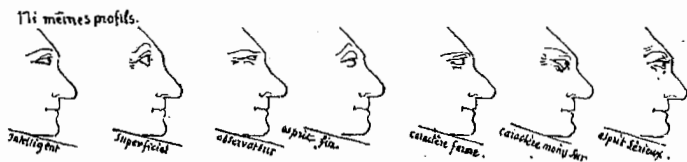
Sappiamo poco della pratica psicoterapeutica di Jaspers. Possiamo tuttavia legittimamente supporla perché la sua psicopatologia è fondata su un'osservazione "coinvolgente" che solo la psicoterapia può fornire: la "comprensione" diltheyana, tante volte ribadita da Jaspers, è tale solo se nel comprendere ne va dell'osservatore. In ogni caso Jaspers ci ha lasciato pagine memorabili sulla psicoterapia (K. Jaspers, 1959, parte VI, § V) e sulla nobiltà di una tecnica che richiede la presenza totale dell'artefice. La posta in gioco è "l'essere umano come un tutto" (così si intitola uno dei capitoli più lunghi della *Psicopatologia generale*): per conseguire questa posta occorre che terapeuta e paziente si liberino dell'impedimento radicale dell'inautenticità e

ritrovino assieme le strutture fondanti di un'esistenza autentica che è anche un'esistenza "possibile", vale a dire "aperta" (benché non garantita) alle sue realizzazioni legittime.

Di qui l'austero monito di Jaspers allo psicoterapeuta: l'obbligo di una completa "chiarificazione" di se stesso, ("l'orientamento" nel mondo e la "chiarificazione dell'esistenza" sono le prime e indispensabili tappe di quel "filosofare" jaspersiano che è irriducibile ad ogni "filosofia" definita e tanto meno accademica [K. Jaspers, 1956]). «Lo psicoterapeuta che non ha fatto luce in se stesso non può neppure illuminare bene il malato» (K. Jaspers, 1959, pag. 863). Ma di qui anche l'aristocrazia intellettuale di Jaspers, la necessità della cura della "tradizione spirituale" da parte dello psicoterapeuta. Per conseguire una visione adeguata dell'uomo occorre far propria la tradizione che ci sta alle spalle e che sempre determina quella visione. «Un'immagine dell'uomo la si può ottenere con un'antropologia che si nutre della filosofia greca e di quella di Kierkegaard, di Kant, di Hegel e di Nietzsche» (K. Jaspers, 1959, pag. 871). Solo con una buona dose di malinconica ironia possiamo far nostro questo monito di Jaspers, pensando alle condizioni effettive della formazione dello psicoterapeuta nel nostro tempo: a lui in realtà sono solo consegnati, di volta in volta, limitati formulari tecnici e un'unica esperienza di apertura incondizionata all'altro ma già irrigidita da un'opzione teorica. Questi scarni bagagli dovrebbero abilitarlo all'esercizio di una professione in cui il rischio minimo è proprio quello di non poter applicare agli altri né quei formulari né quell'esperienza.

Infine Jaspers psichiatra subisce il contagio dello Jaspers filosofo (vale a dire, nonostante tutto, portatore di una particolare e limitata *Weltanschauung*). Questa visione del mondo s'impenna sulla nozione di "scacco" immediatamente connessa a quella di coscienza e a quella di apertura al trascendimento del dato originario dell'"esser così". L'orizzonte della possibilità si schiude attorno a noi solo per dissolversi nel naufragio di ogni possibilità. È questa consapevolezza tragica che Jaspers chiede allo psicoterapeuta? Se anche così fosse, si rilegga attentamente il paragrafo della *Psicopatologia generale* sui "limiti della psicoterapia", anzi solo il sottoparagrafo che inizia con «la psicoterapia si trova di fronte all'originario *esser così* di un uomo», e ci si renda conto di come Jaspers psicoterapeuta sappia "mettere as-

sieme" la disperazione di fronte all'immodificabile e il dovere terapeutico di tentare ancora tutto, prima di rassegnarsi. Oppure sappia "tenere assieme" la rassegnazione di fronte all'immodificabile con la pazienza come "risorsa ultima" e infine con quella che egli chiama "dolcezza terapeutica" (K. Jaspers, 1959, pag. 855). Da questo altissimo stile psicoterapeutico possiamo ancora imparare molto, pur conservando tutti i diritti di un nostro eventuale "prendere le distanze" da esso.



Anche della pratica psicoterapeutica di Binswanger sappiamo poco: i quattro brevi scritti sull'argomento (L. Binswanger, 1927, 1935, 1954, 1957) che ci ha lasciato non sono sufficienti a delineare con chiarezza un metodo e, in ogni caso, andrebbero collocati nell'arco della lunga evoluzione del suo pensiero che, in una facile e grossolana semplificazione, ha come punto di partenza lo studio di Husserl e come punto d'arrivo il fascino esercitato dallo Heidegger della *Daseins-analitik*. Possiamo tuttavia tentare di definire lo stile di Binswanger facendo uso proprio di una delle categorie esistenziali mediante le quali egli esplora le modalità dell'umana presenza nel mondo: la sua opera e il suo lavoro sembrano infatti rientrare nella categoria della "verticalità".

Più che alla costituzione di una nuova clinica psichiatrica e di nuove tecniche psicoterapeutiche, Binswanger si colloca in una prospettiva che trascende sia i fondamenti teorici della psichiatria e della psicopatologia tradizionali sia i fondamenti tecnici della psicoterapia. La rivoluzione binswangeriana, che tende a ritrovare il significato attuale ed esistenziale delle esperienze vissute dall'individuo e quindi nega l'osservazione isolata e frammentaria di dati osservati, rifiuta qualsiasi ricerca di principio unificante, qualsiasi "generalità" che

permetta di inserire l'esperienza del singolo in una griglia di riferimenti "oggettivi". Questo atteggiamento comporta l'impossibilità di una psicopatologia fondata su basi fenomenologiche: Binswanger sembra più impegnato a costituire l'orizzonte entro cui si iscrive il quadro psicopatologico che non a trasformare i tradizionali criteri naturalistici e positivistici su cui si fonda la ricerca psichiatrica, psicopatologica e psicoterapeutica del suo tempo. La vita interiore è strettamente confinata all'interno di ogni singolo individuo e solo in questo spazio ha una sua legittimità, sfuggendo di fatto a qualsiasi concreto trascendimento verso l'altro. La stessa psicoterapia sembra definirsi attraverso uno scopo sovradeterminato e in gran parte astratto perché deve mirare «a ricostituire la successione delle esperienze vissute e a ricostruire la trama dei contenuti racchiusi nella storia interiore di una vita» (L. Binswanger, 1935, pag. 149), senza privilegiare, almeno in linea teorica, alcuna specifica tecnica operativa, né formulare alcun giudizio particolare.

Il valore "trascendentale" di questo atteggiamento sta nel consentire la ricerca dei primi fondamenti di un'osservazione dell'uomo – sia sano che malato – nelle sue specifiche modalità di essere al mondo e di esprimere progetti. Ma l'atteggiamento stesso non sembra trascendere il modello puramente descrittivo e, dal punto di vista operativo, non cessa di essere tributario di quegli schemi di approccio naturalistico e oggettivante dai quali la Fenomenologia aveva tentato il riscatto. Per quanto riguarda la psicopatologia, l'antropoanalisi binswangeriana sembra limitarsi ad approfondire e a chiarificare le categorie tradizionali, continuando a riferirsi alle tecniche più tradizionali della psichiatria; per quanto riguarda la psicoterapia sembra interessata a definirne il limite operativo, scindendo il compito "spirituale" dalla tecnica scelta di volta in volta, con criteri empirici, in base alla sua efficacia pratica.

Il privilegio della "verticalità" nell'opera di Binswanger non permette probabilmente la costituzione di concreti esempi di operatività psicoterapeutica. L'oblio della dimensione "orizzontale" distanzia la purezza della ricerca dal necessario coinvolgimento pratico. Non per questo la stessa esperienza di ricerca di Binswanger cessa di essere valida come riferimento nel lavoro psicoterapeutico: è la genialità delle intuizioni secondo cui la "presenza umana" viene colta o raggiunta di

volta in volta nell'osservazione clinica che fornisce stimoli inenarrabili allo psicoterapeuta. Se alle categorie della descrittiva psicopatologica si sostituiscono le categorie proprie dell'essere al mondo, allora il divario tra il sano e il malato (e perciò tra lo stesso psicoterapeuta e lo stesso paziente) può venir meno. Non si tratterà più di collocare un uomo in un quadro nosografico ma di cogliere in lui il dramma di una vicissitudine comune a tutti (del rischio stesso dell'umana presenza) e, proprio per questo, d'intravedere anche le sia pur tenui possibilità di riscatto.

Vici Jean qui rit :



Vici Jean qui pleure :



Jung ci ha lasciato un solo volume di scritti sulla pratica psicoterapeutica (C.G. Jung, 1921-1959), relativamente poco rispetto ai venti volumi delle Opere da lui stesso ordinate e in larga misura selezionate. In compenso si tratta del volume in cui l'imprudente o tracotante apparato teorico di ogni "psicologia del profondo" del nostro secolo arretra quasi totalmente di fronte ad un'esperienza libera, spregiudicata, aperta, talvolta persino contraddittoria dello psichico. Laddove la teoria sembra riprendere il sopravvento (C.G. Jung, 1946) essa in realtà si mostra nelle vesti ambigue ma umili della metafora, l'eterno gioco della proposta probabile, dell'invito, del cauto suggerimento.

La vera *vis formativa* della pratica psicoterapeutica di Jung sta nella reciprocità dell'incontro (C.G. Jung, 1921-1959, pag. 80), nella sua tendenziale pariteticità (C.G. Jung, 1921-1959, pag. 81, 83, 127, 128, 147, e *passim*), nell'euristica dell'errore (C.G. Jung, 1921-1959, pag. 12) e nel metodo del "non sapere" (C.G. Jung, 1921-1959, pagg. 98-99). Il che significa mettere da parte ogni modello teorico, sospendere ogni schema pregiudiziale anche se seducente, imparare dall'esperienza in atto, ricordarsi costantemente che davanti a noi c'è un individuo che chiede di essere sottratto a imbriglianti categoremi scientifici, a umilianti generalizzazioni e che, già nel suo intimo, è vit-

tima di stereotipi collettivi e forse proprio per questo – benché non solo per questo – è ricorso al nostro aiuto. Tale sembra essere l'insegnamento psicoterapeutico del miglior Jung. Infine, all'attento ascolto dell'altro Jung aggiunge l'attenzione rispettosa a un processo di mutua trasformazione che sempre si attua tra paziente e terapeuta, talché quest'ultimo patisce l'imprevedibilità del rapporto come e forse più del primo (C.G. Jung, 1921-1959, pag. 12, 80). Proprio la presenza di questo processo è il perno di ogni psicoterapia, che è, sì, esplicitazione dell'implicito (e perciò presa di coscienza delle pulsioni e di non ben precisate "forme dell'istinto" ³) ma è soprattutto tentativo per prove ed errori di trasformare un caos di elementi collettivi in un ordine capace di ricevere e di fornire senso.

Benché Jung non abbia potuto approfittare della nuova sensibilità ermeneutica che caratterizza la seconda metà del nostro secolo (e forse, con meno evidenza, l'intero secolo), egli è consapevole della inevitabilità delle precomprensioni in ogni intendimento possibile della vita psichica, se non altro nella forma della visione del mondo e del "punto di vista" (*Gesichtspunkt*) dai quali ogni uomo avvertito sa di non poter prescindere. Ma a questo proposito il monito di Jung sembra essere inequivocabile: se non ci si può sottrarre alle precomprensioni ci si deve tuttavia rendere coscienti di esse. È questa presa di coscienza che schiude quell'universo pluralistico e relativistico – benché niente affatto scettico – che costituisce il fondale epistemologico di Jung e l'elemento di maggior interesse della sua divagante meditazione. Che poi egli cada fragorosamente e ripetutamente nell'ingenuità di una teoria dello psichico data una volta per tutte, di una *psychologia perennis* questo è ascrivibile al debito che Jung paga, al pari di Freud e forse più di questo, alla tradizione del positivismo e dello scientismo naturalistico.

7. *Psicoterapia, interpretazione, dialogo*

Quel che resta di questi esempi di stile psicoterapeutico, quel che è veramente valso, ha contribuito in modo indubbio al mutamento dell'immagine dell'uomo psichicamente sofferente e chiede ancora di essere assunto nell'universo della psicopatologia, che è la scienza – limitata e transeunte – di quella sofferenza.

Avviandoci alla conclusione dobbiamo tentare di semplificare al massimo il discorso. Come la psicologia anche la psicopatologia è una scienza ancipite (corpo e mente, natura e indeterminazione) e scissa dal paradosso della mutua inclusione tra osservatore e osservato. Qui si dovrà tuttavia escludere quella parte della psicopatologia che ha netti e ben configurati fondamenti organici, pur ricordando che la zona di confine tra soma e psiche è infida e indeterminata, e lo stesso confine si sposta continuamente in entrambe le direzioni. La patologia generale si fonda sul confronto con la fisiologia e s'alimenta in continuazione dell'osservazione clinica. La psicopatologia ha uno status abnorme ed eccezionale rispetto alla patologia generale. Essa non può guardare a una fisiologia sicura e normativa, rispetto alla quale ricercare e descrivere i quadri morbosi. Il fondamento della psicopatologia è quella scienza tanto bifronte quanto paradossale di cui si è detto e che chiamiamo, per dubbia convinzione secolare, psicologia. In essa non vigono né norme sicure né un chiaro riferimento ad una *physis* evidente, a una natura come certo parametro di confronto.

D'altra parte la psicopatologia si alimenta, sì, come la patologia generale, dell'osservazione clinica, per quanto possibile spregiudicata ed attenta, ma tale osservazione non è mai, in alcun caso, neutra ed asettica. È, al contrario, un'osservazione impura e compromessa, in cui l'oggetto si dà all'osservatore solo nella misura in cui ne è coinvolto e lo coinvolge. La forma più adeguata di questa osservazione coinvolgente non è il colloquio clinico, chiuso nella frettolosa esigenza di una diagnosi e perciò di necessità distanziante e reificante, bensì la psicoterapia, intesa come interazione psichica che modifica, nel suo svolgersi, sia il paziente che il terapeuta. La "cura della psiche mediante la psiche" è la vera sede naturale dell'osservazione clinica che alimenta lo studio delle anomalie e delle sofferenze della psiche. Nel mondo psichico la diagnosi non precede la cura (se non in un numero limitato di casi) ma la segue. Quando pretende di precederla lo fa a rischio di un arbitrio pericoloso e nel costante pericolo di una riduzione naturalistica, di un ricondurre la psiche a pretese oggettività, e il soggetto ad oggetto.

La psicoterapia, peraltro, è in gran parte dialogo e in parte minore interpretazione. Il primo, nella sua natura di mutua apertura, di af-

fidamento reciproco, di ricognizione di sé attraverso l'altro e dell'altro attraverso sé, non ha confini precisi. È il contenitore indefinitamente ampliandosi di ogni esperienza autenticamente intersoggettiva. La seconda, l'interpretazione, è valida solo se stabilisce fin dall'inizio i suoi confini e se è accompagnata dalla consapevolezza che, al di là di questi, si schiude la possibilità di altre interpretazioni legittime. Tra dialogo aperto e incondizionato e interpretazione autolimitantesi esiste un legame sufficientemente evidente per non dover essere approfondito più del necessario: se l'interpretazione "si colloca" nel dialogo è autenticamente autolimitantesi; il dialogo autentico, viceversa, è mutua interpretazione.

La psicopatologia ha nella psicoterapia così intesa la sua base e il suo alimento. Di conseguenza non può mai ritenersi definita e definitiva: la matrice esperienziale della psicoterapia coincide con l'ineusurabile natura intersoggettiva dell'uomo e l'uomo è – e diventa – tale solo nell'esercizio dell'intersoggettività. D'altra parte la psicopatologia, con i suoi schemi e i suoi modelli di volta in volta sostituibili, fornisce alla psicoterapia quelle precomprensioni senza le quali qualsiasi interpretazione non potrebbe prodursi, anche se – appunto nel dialogo – ogni precomprensione deve essere messa in dubbio e distanziata almeno di quel tanto perché non soffochi l'esperienza del nuovo e dell'assolutamente incompreso. Non dobbiamo meravigliarci che le psicoterapie siano tante: nella loro molteplicità esse rimandano ai molteplici, forse infiniti approcci alla psiche. Dobbiamo meravigliarci invece che la psicopatologia sia così lenta ad approfittare di quella molteplicità.

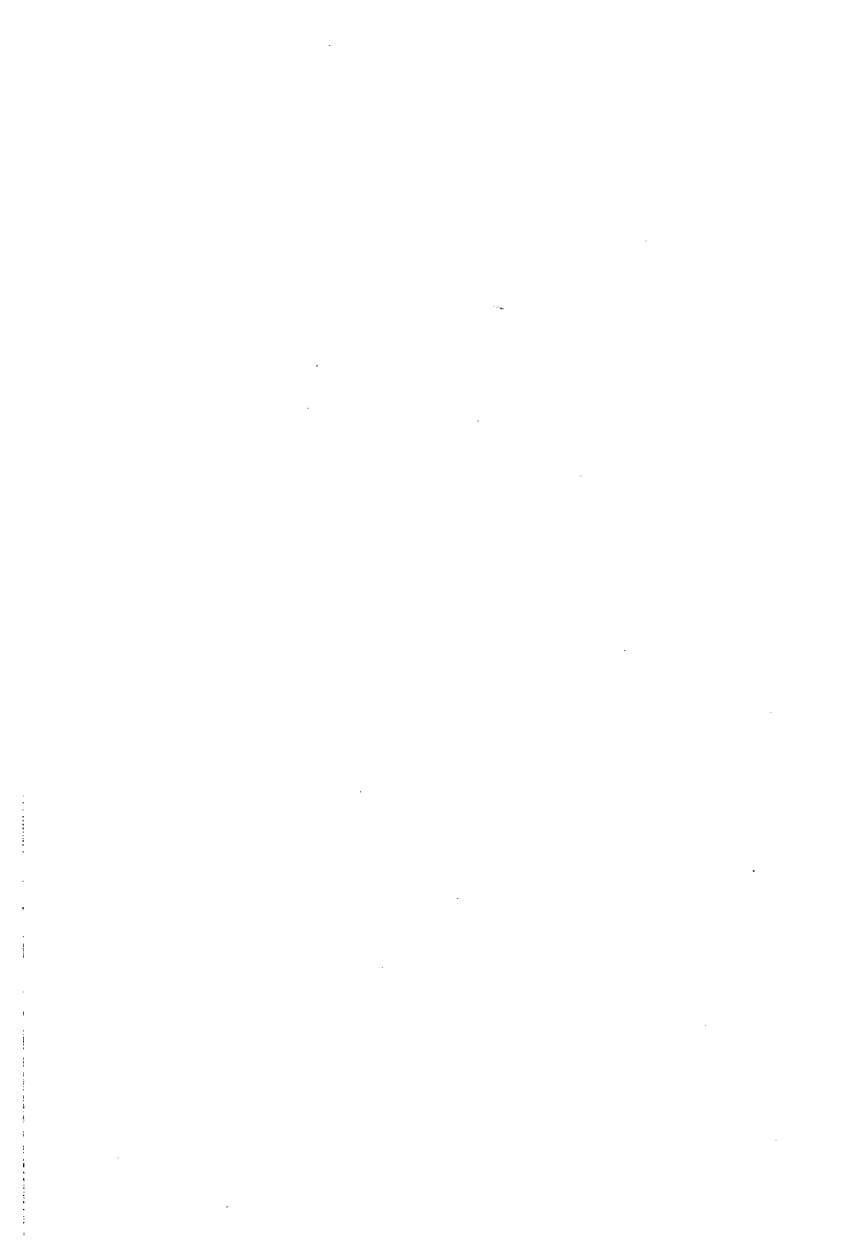
¹ *Dossologia* come formula liturgica di lode o glorificazione e (*Demo*)*dossologia* come disciplina dei processi di formazione dell'opinione pubblica.

² Ci si riferisce soprattutto all'opera di Ludwig Binswanger e a quella di Medard Boss.

³ Così Jung sembra, alla fine di un lungo percorso, intendere l'ambigua nozione di archetipo, dopo aver assimilato quest'ultima al concetto etologico di comportamento filogeneticamente programmato. Vedi C.G. Jung, 1954.

BIBLIOGRAFIA

- BINSWANGER, L., *Psychotherapie als Beruf*, in «Nervenartz», I, 3, 1927; *Sulla psicoterapia* (1935), trad. it., in *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- , *Daseinsanalyse und Psychotherapie* (I), in «Z. Psychother. med. Psychol.», v. IV, 5, 1954.
- , *Daseinsanalyse und Psychotherapie* (II), in E. SPEER (a cura di), *Aktuelle psychotherapie*, Lindau, 1957.
- GADAMER, H.-G., *Verità e metodo* (1960), trad. it., Bompiani, Milano, 1983.
- JASPERS, K., *Filosofia* (1956), voll.1 e 2, trad. it., Mursia, Milano, 1977, 1978.
- , *Psicopatologia generale*, 7 ed. (1959), trad. it., Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1964.
- JUNG, C.G., *Pratica della psicoterapia*, (1921-1959), trad. it., in *Opere*, vol. 16, Boringhieri, Torino, 1971.
- , *Principi di psicoterapia pratica* (1935), trad. it., in *Opere*, vol. 16, cit.
- , *Psicologia del transfert* (1946), trad. it., in *Opere*, vol.16, cit.
- , *Riflessioni sull'essenza della psiche* (1954), trad. it., in *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976.
- TREVI, M., *Il lavoro psicoterapeutico*, Theoria, Roma, 1993.
- , *Indagine ingenua sulla natura della psicoterapia*, in «Atque», 6, 1992.



PSICOPATOLOGIA: REALTÀ DI UN MITO

Luciano Del Pistoia

1. *Il problema* Psicopatologia è parola colta – se non quasi esclusivamente specialistica – che denota le manifestazioni patologiche della psiche: umana e non solo umana. Molti ricorderanno infatti uno dei prestigiosi *Colloques* che Henri Ey organizzava a Bonneval! Il suo titolo era: *Psichiatria animale* e vi si poneva appunto la questione dell'esistenza di una psicopatologia delle bestie (A. Brion, H. Ey, 1965).

Il termine non è tuttavia univoco e presenta due accezioni distinte seppure vicine. «Curieusement [...] psychopathologie signifie à la fois le trouble mental étudié et la science qui l'étude» (D. Widlocher, 1994, pag. 4).

Più esplicitamente, si può dire che, in una prima accezione, psicopatologia è sinonimo di patologia mentale, indipendentemente dal fatto che tale patologia sia indicata globalmente e senza ulteriori distinzioni, come follia o che sia specificata nei termini delle malattie mentali che descrive la clinica psichiatrica. In questo ultimo senso la intendeva Kahlbaum (G. Lanteri-Laura e L. Del Pistoia, in D. Widlocher, 1994). Insomma, psicopatologia è sinonimo dell'uno o dell'altro termine, la si nomina di volta in volta in causa dipendendo solo dalle intenzioni del locutore.

In un'altra, diversa accezione, psicopatologia in-

dica invece lo studio delle cause ma soprattutto dei modi, dei "meccanismi" dei disturbi psichici.

Essa non è più allora sinonimo di follia o di clinica ma è un discorso sulla psichiatria; ovvero in termini più colti e come dice G. Lanteri-Laura, un meta-linguaggio di cui la clinica psichiatrica diventa il linguaggio oggetto (G. Lanteri-Laura e L. Del Pistoia, in D. Widloecher, 1994). Tuttavia lo studio dei meccanismi dei disturbi psichici – sia che si tratti dei "meccanismi di difesa" della psicoanalisi o dei meccanismi di ricaptazione della serotonina degli psichiatri organicisti – è solo un primo aspetto di questo secondo significato.

Per un altro verso, infatti, la psicopatologia – sempre in questa accezione – è una vera e propria ricerca di senso della pazzia: e non tanto di quel senso che si ripiega – almeno in apparenza – sulla clinica stessa, come è nei casi appena citati, ma di quel senso che si apre sull'esistere umano.

Psicopatologia allora non è solo chiedersi in quali modi e con quali processi, la mente umana arrivi al delirio, ma chiedersi che significhi vivere la vita – tutta o solo un suo breve momento – come delirante, e quale immagine rinvii – codesto specchio deformante – dell'essere-al-mondo non alienato. È su questa ultima accezione che mi pare interessante fare qualche considerazione, perché essa rivela il significato più profondo della psicopatologia, la scommessa che essa contiene come chiave di senso della psichiatria e sulla fondazione di essa come sapere scientifico e laico.

Contiene o – più spesso – sottintende. Non tutti i sistemi clinici infatti fanno – o sono capaci di far sapere – di quale psicopatologia – e antropologia – sono figli, o figliastri.

2.
*Precisare il
problema*

Dare a questo problema una formulazione precisa è essenziale: ne va dell'esistenza stessa della psicopatologia, della sua identità di sapere autonomo.

La formulazione che ne dette a suo tempo E. Minkowski è ancor oggi centrata nella sua sobrietà.

«Patologia dello psicologico o psicologia del patologico?» si chiedeva Minkowski in cerca della "essenza" della psicopatologia (E. Minkowski, 1966).

E la sua risposta era senza esitazione per la seconda opzione.

Il che voleva dire che la psicopatologia è sapere di secondo grado la cui base concreta sono le manifestazioni della pazzia quali le evidenzia e le descrive la clinica psichiatrica.

È solo conoscendo direttamente e con la competenza dello specialista queste manifestazioni – cioè i diversi modi di delirare o di essere allucinati, le diverse alterazioni dell'umore o le diverse forme della demenza e così via – che si può passare ad una ricerca di senso di codesti disturbi, passare cioè dall'atomismo pragmatico a cui li riduce la clinica a strutture di senso dove si ritrova l'uomo pazzo. Come ripete Lanteri-Laura parafrasando Locke: «Nihil est in psychopathologia quod non fuerit prius in clinica» (G. Lanteri-Laura e J.G. Bouttier, 1983).

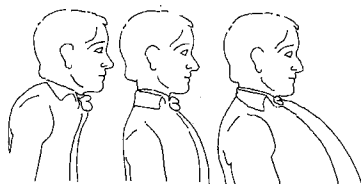
Per contro, se psicopatologia avesse il senso di una patologia dello psicologico, collocandosi così oltre il riferimento preciso e la base concreta della clinica psichiatrica, finirebbe per perdersi in disquisizioni su una generica "natura umana"; e l'unica questione a cui potrebbe rispondere sarebbe di sapere se la pazzia è connaturata all'uomo, o se è solo per lui un accidente. Questione ovviamente non illecita ma lontana dal gusto di sapere cose diverse da queste dell'epoca nostra.

3. *Quale sapere*

Precisata così l'“essenza” di fondo della psicopatologia – e cioè, ripetiamolo: che essa è una ricerca di senso radicata nella clinica psichiatrica e non la disquisizione su una ipotetica natura umana suscettibile di perdersi nella follia come è capace di depravarsi nel peccato – cerchiamo ora di vedere a che tipo di sapere essa conduce.

Per il quale scopo, due vie ci sono aperte.

Da un lato, esaminare tutti i sistemi psicopatologici susseguitisi dall'antichità della nostra – eventualmente di altre culture – fino ad oggi; d'altro lato, cercare di cogliere, per dicotomie e opposizioni, i problemi essenziali che ogni psicopatologia si trova di fronte come interrogativi di sua pertinenza. Noi cercheremo di battere questa seconda strada.



Una dicotomia significativa: Demenziale/ Affettivo

Di questi due “meccanismi” psichici che in concorrenza – o in concomitanza collaborante – hanno “spiegato” e continuano a “spiegare” la pazzia, quello “demenziale” è forse, se non il più familiare, di certo il più profondamente impresso nelle convinzioni esplicite o implicite degli psichiatri di oggi: l'idea, insomma, che la pazzia autentica è una menomazione del giudizio con pesanti ripercussioni sul comportamento. Il che fa sì che la vecchia definizio-

ne che Jean Pierre Falret (1864) dava del delirio abbia ancora corso: il delirio come errore morboso del giudizio che non si corregge né con la critica né con l'esperienza contraria (P. Pancheri in G.B. Cassano, 1993).

La psicopatologia "affettiva" rinvia invece ad un atteggiamento più elastico e possibilista sulla convinzione, che al demenzialismo l'accomuna, del delirio, cioè, come errore. Nella sua ottica, infatti, la ragione erra non perché irrimediabilmente deteriorata ma perché occasionalmente trascinata dalle passioni, o dall'umore.

È, del resto, quanto sottintende lo psichiatra di oggi quando parla di "deliroide olotimico": uno sragionare dovuto all'umor nero o all'umor gaio e che non produce un delirio vero e proprio ma qualcosa che solo gli somiglia: un'"oide", un'*Ersatz* di delirio (K. Jaspers, 1964; L. Bini e T. Bazzi, 1954; P. Sarteschi e C. Maggini, 1982; E. Poli, P. Cioni e C. Faravelli in G.B. Cassano, 1993).

È interessante vedere più da vicino codesti demenzialismo e affettivismo in quanto motivi conduttori che col loro intreccio dominano e strutturano una buona parte della psicopatologia dalla fine del '700 a oggi.

a. Il demenzialismo

La teoria del demenzialismo celebra la sua apoteosi con la *dégénérescence* di Morel. È Morel che liquida la clinica delle monomanie di Esquirol, clinica che, sul piano prognostico e terapeutico, era ancora empiricamente possibilista e ottimista secondo la tradizione di Pinel.

La *dégénérescence* sussume in sé tutto il folklore aneddotico di essa e ne fa attributi ed estrinsecazioni di un processo unico, dal conio – e dalla conclusione – fatalmente demenziale: appunto, la degenerazione.

È il criterio nosodromico che consente la ridu-

zione ad un comune denominatore di forme dall'esordio e dalle apparenze disparate.

La teoria passerà alla notorietà attuale attraverso il filtro di Kraepelin (J. Postel e Cl. Quétel, 1983) perché inserita nell'ambito di una sintesi più ampia e già di impronta culturale più "moderna": Kraepelin opta per le malattie mentali mentre la *dégénérescence* rinvia alla psicosi unica; e inoltre, per lui, il demenzialismo non ha più il monopolio psicopatologico ma lo divide con l'affettivismo.

Tutti sanno tuttavia che fu Morel a descrivere e a battezzare il Demente precoce e ad addurlo a prova e conferma folgorante della sua teoria: un malato che compendia nel breve arco di una vita quel processo di degenerazione di solito esteso nell'arco di una saga: alla Rougon-Macquart (B.A. Morel, 1860; E. Zola, ed. 1972).

Anche per Kraepelin, il demente precoce rimane il riferimento teorico forte, pilastro e sostegno della parte demenzialista del suo sistema. Una simile funzione non può certo esercitarla il paranoico dotato in questo sistema di un rilievo ignoto a Morel, e che fino alla fine dei suoi giorni rimane lucido ragionatore; e che, come tale, fa anzi problema. L'annessione della paranoia al demenzialismo è un interessante esempio di come il sistema si costruisce e merita una digressione. Sarà regolato dall'articolo epocale di Tanzi e Riva (E. Tanzi e G. Riva, 1984-85-86).

Se infatti la paranoia interpretativa alla Sérieux e Capgras può far pensare a un "errore di giudizio" di una gravità demenziale, in altri tipi di paranoia quali la gelosia, l'invenzione, il *Querulantwahn*sinn – il deterioramento del giudizio non è così evidente e sembra meno una demenza che l'impuntatura ossessiva e combattiva di una mente altrimenti integra.

L'annessione demenzialista della paranoia riceve tuttavia aiuti e contributi dallo spirito del tempo,

dalla piega che prende la psicopatologia scienista nello scorcio del secolo XIX. Annunciata dalla posizione di Snell, Sanders; e Westphal, viene sancita dalla geniale intuizione di Tanzi e Riva.

Snell, Sanders (G. Lanteri-Laura, L. Del Pistoia e H. Bel Habib, 1985) sostengono la natura primitivamente delirante della paranoia con un criterio di esclusione: per essere cioè un delirio fin dall'inizio "a freddo", senza annunci, o corteggi di surriscaldamento affettivo. Essa si dichiara fin dall'inizio come *Verrucktheit*, corrispondente cioè a quella fase della *Einheitspsychose* di Griesinger in cui la ragione, sfibrata dai moti dell'umore, ha raggiunto il punto di non ritorno del suo iniziale deterioramento demenziale - la paranoia può, così, essere ammessa alla demenza.

Nella Germania dell'epoca codesta affermazione andava controcorrente, urtava un modo di sentire diffuso e che l'affettivismo di Griesinger aveva strutturato a sistema.

L'argomento del Tanzi e Riva è invece di carattere positivo: ai loro occhi il paranoico appare come un demente non per i contenuti demenziali del suo delirio a freddo, ma per la *forma rationis* che tali contenuti organizza e che possono anche apparire plausibili. Apparentemente sana e solida, questa forma, nella sua serrata logicità, è invece minata dalla *paralogia*. Il sillogismo su cui si impernia è falsato nella sua impostazione, viola in effetti le leggi fondamentali della logica.

Tutti ricordano il classico esempio scolastico del normale sillogismo di BARBARA:

Gli uomini sono mortali / Socrate è un uomo / Socrate è mortale;

e riconosceranno facilmente codesto paralogismo paranoico altrettanto classico:

Chi tossicchia sfotte / quell'uomo ha tossicchiato /
quell'uomo mi sfotte.

Paralogismo perché nella premessa maggiore manca la necessità universale che rappresenta invece la morte per tutti gli uomini. Da qui la falsità dell'edificio delirante che ne discende. Senza poi contare il "ricentramento" del mondo in chiave di "io" (*mi sfotte*) che il paralogismo paranoico contiene.

Codesto ragionare paralogico è omologato da Tanzi e Riva ad una "regressione atavica" che indica il ritorno della mente a modi dell'infanzia individuale (il bambino) della specie (i selvaggi di cui i bianchi europei stanno in quello scorcio di secolo spartendosi la colonizzazione e la "civilizzazione": l'anno dell'articolo di Tanzi e Riva è quello dell'occupazione italiana di Massaua).

È questa paralogia la crepa originaria della ragione, che autorizza l'ammissione demenzialista della paranoia; sragione non grossolanamente sprovvista di ogni senso come nei deliri dichiarati e nelle demenze organiche avanzate, ma espressione di una "corticalità" povera, che l'europeo civilizzato ha nella sua evoluzione, superata per arricchimento. È questo mancato arricchimento neuronale-corticale che, dall'ottica del bianco evoluto, può essere omologato ad un impoverimento che permette di assimilare la paranoia alla demenza, la demenza essendo – istopatologia *dixit* – uno spopolamento neuronale della corteccia.

Questa di Tanzi e Riva non è tuttavia l'unica versione della psicopatologia demenzialista; ne è la versione per così dire laico-darwiniana.

La già ricordata *dégénérescence* di Morel (1861), che del demenzialismo è forse la matrice più autentica, ne è per contro la versione biblico-cristiana.

Ma la differenza fra le due teorie è meno del livello psicopatologico che antropologico, ed è inte-

ressante farvi un accenno. Non foss'altro per mostrare il necessario risvolto antropologico di ogni psicopatologia.

Nell'ottica biblico-cristiana di Morel, la degenerazione è una spada di Damocle sospesa sul capo dell'umanità intera da quando la sua perfezione divina s'è guastata col peccato originale. Da allora, ogni essere umano è a rischio di codesta caduta regressiva, che dalla paralogia lo mena prima e lo riduce poi alla turpitudine dei suoi ciechi istinti, mentre solo l'esercizio etico della ragione può mantenerlo al livello precario e faticoso della sua umanità.

Facciamo notare *en passant* che codeste implicazioni antropologiche non sono quelle mere vedute astratte sull'uomo, estranee alla clinica e anzi inutili, come credono i poco, o male, informati di storia e metodologia della psichiatria; ma sono parte integrante della clinica stessa.

In questa concezione infatti è iscritto tutto il pessimismo prognostico e terapeutico della psichiatria della *dégénérescence*. Pessimismo che emerge in modo quasi drammatico nella monografia che Magnan dedicò ai *Degenerati* (V. Magnan e M. Legrain, 1895): nell'ultimo capitolo, quello della terapia, si sente il clinico – la cui vocazione è curare – scuotere le sbarre della gabbia in cui lo ha chiuso lo psicopatologo con la sua logica di ferro.

Per contro, più aperta appare la posizione darwiniana di un Tanzi, il cui pessimismo si restringe a quei cascami di umanità che soccombono allo *struggle for life*. Il suo assunto di fondo depone infatti per una umanità sana e, anzi, in miglioramento progressivo, di cui degenerano solo le frange deboli e marginali, incapaci di tenere la rude concorrenza insita nel modello di vita borghese. Una storia di vita diversa e meno traumatizzante avrebbe potuto risparmiar loro tale degenerazione, tutt'altro che fatale.

In altre parole, nella teoria del Tanzi, cresce in importanza il fattore relazionale e sociale della patologia e conferisce alla malattia mentale una elasticità, comunque lontana dal fatalismo pessimista della teoria di Morel.

Tuttavia, demenzialismo degenerativo e darwiniano si troveranno schierati di comune accordo sul terreno della profilassi sociale, l'unico del resto aperto ad un qualche concreto intervento per una psichiatria sprovvista di farmaci specifici e scossa dal "no-restraint" nella sua fede per l'unico strumento di cui disponeva: il manicomio.

Le motivazioni "antropologiche" sono ovviamente diverse ma gli obiettivi sono comuni; e codesti alienisti scettici o semiscettici in terapia avranno molti meriti nella lotta contro piaghe sociali come l'alcoolismo, la pellagra, lo scorbutico, la sifilide.

b. L' "affettivismo"

Se siamo d'accordo nel riconoscere in Pinel il padre fondatore della psichiatria moderna, l'affettivismo è la teoria psicopatologica inaugurale.

Del resto, essa ha il conforto dell'antica e prestigiosa tradizione umoralista e ippocratica come Pinel sottolinea – allineandovisi – nella introduzione al suo libro (Ph. Pinel, ed. 1965). E di questa ha anche lo stile del ragionamento, più duttile di quello della tradizione "solidista".

L'idea portante di questa teoria è, come abbiamo accennato, il trascinarsi secondario della ragione da parte dell'affettività, nel caso specifico da parte delle passioni.

La follia – la follia autentica, produttiva – per Pinel mania e melancolia dato che idiozia e demenza sono piuttosto una messa a dimora della ragione – è uno stato passionale estremo che obnubila e distorce il retto giudizio.

Si vede subito che lo stacco netto, e anzi qualita-

tivo, fra follia e normalità, insito nell'ottica demenzialista è estraneo a questo modo di ragionare. La follia appare qui piuttosto come una variante quantitativa dell'animo umano, anche se capace di attingere gli estremi dell'"alienazione", di una estraneazione cioè del folle dalla *κοινωνία* umana. Ma è una estraneazione che rimane duttile, e non chiusa, per principio a quel "ritorno" al raziocinio che il pessimismo demenzialista esclude per principio.

Codesta psicopatologia "affettivista" non rimane tuttavia univoca. Nel suo percorso attraverso la psichiatria moderna va incontro a variazioni, in relazione al contesto culturale di riferimento.

Già la versione di Pinel appare con evidenza legata alla posizione filosofica di codesto autore e all'antropologia che ne costituisce parte integrante.

C'è la statua di Condillac, dietro il cittadino-malato di Pinel e c'è il rapporto chiave – costitutivo – che essa ha con la sensazione. Anche qui posizione teorica di immediato riflesso clinico. È infatti su questo assioma che Pinel fonderà – in diritto (G. Swain, 1977) – il suo "traitement moral": il poter cioè influenzare il delirio dell'uomo attraverso gli ingredienti di cui l'uomo è composto: sensazioni, emozioni, idee.

Ed è con i suoi temi deliranti che si estrinseca codesta follia passionale. Il linguaggio vi è implicato a pieno titolo e il "gesto" di Pinel libera meno i pazzi dalle catene che la parola dal silenzio del "non ascoltato" opposto al delirante. Parlare, ascoltare, i cardini della moderna psicoterapia; dialogo con una persona o, se si vuole con la parte sana di essa, alleata al terapeuta contro la sua parte folle. Come ricorderà Hegel lodando Pinel e sottolineando che il malato non è un mero contenitore della sua follia, ma ne è l'attore, lacerato da quella dialettica ragione/sragione che lo costituisce come individuo.

Guarigione come sintesi virtuale, superamento auspicato di questa lacerazione, il malato è ben il "sujet" della sua follia, come ha scoperto Gladys Swain (1977); soggetto a cui la follia può essere "imputata". Ovvero: l'uomo nuovo di Pinel si fa carico della propria follia, si prende la responsabilità del conflitto fra ragione e desiderio che lo costituisce e in cui la follia è potenzialmente inscritta.

L'idea della "possessione" – che spiegava la follia dell'uomo dell'*ancien régime* – suona ormai come alibi ridicolo.



Nella psichiatria tedesca, per contro, il postulato del "motore affettivo" della follia avrà inflessioni correlate al tema romantico della "sensibilità", e sarà incline alla ricerca di quel fenomeno "atmosfera" – che così spesso annuncia e inaugura la follia; mentre l'indirizzo francese è come s'è visto già in Pinel, propenso a privilegiare la precisione del tema, le idee deliranti che sul magma "atmosferico" di angoscia, de-realizzazione e depersonalizzazione ammiccano prima e si precisano poi e che di quel magma indistinto di "affetti" sono per così dire l'unico precipitato chiaramente afferrabile.

La differenza dei due indirizzi è quasi icasticamente espressa dalla definizione che della melancolia danno rispettivamente Griesinger da un lato, Esquirol dall'altro: "Schwermut" per il tedesco (W. Griesin-

ger, 1865), "Délire triste" per il francese (E. Esquirol, 1838). Ed in queste parole, c'è l'indicativo preannuncio della scelta dell'"atmosfera" o del "tema".

La descrizione che Griesinger dà della melancolia è un buon esempio di questa ricerca dell'effetto "atmosfera" ispirato alla psicopatologia affettivista.

Egli fa un elenco minuzioso delle situazioni e occasioni che danno sull'animo del malato la eco del dolore: che non son solo i dispiaceri, i lutti, le disgrazie. Anche gli eventi lieti la riuscita, la vittoria, perfino la gioia – acquistano nello *Schwerbrmut* melancolico l'acuto pungiglione del dolore infinito ed ineffabile.

A guardar bene però, Griesinger non descrive un'atmosfera ma elenca una serie di situazioni dolorose – descrive cioè un dolore declinato in temi narrativi: il pranzo, la *toilette*, la visita dei parenti... L'effetto atmosfera scaturisce semmai in un secondo momento e proprio dalla monotonia un po' pedante di codesta descrizione dal suo insistente ripetersi e dal suo capillare infiltrarsi in ogni dettaglio. Questo dolore, che ritorna puntuale ad ogni occasione, dà ad un certo momento l'impressione di una "dolorosità", di un'atmosfera di cui è impregnato non tanto l'animo di quel singolo paziente ma il mondo, anzi l'universo, intero. E i fatti, gli accadimenti dolorosi di cui si narra sembran quasi, di codesta dolorosità grumi occasionali e persistenti, le forme palpabili che essa assume nella vita e nella storia di quella persona, pur continuando a permeare di sé tutto intorno ad essa, finanche l'interlocutore e il clinico che raccoglie l'anamnesi.

Render codesta atmosfera è molto merito della capacità stilistica di Griesinger: è una specie di "tour de force" che gli consente di superare il limite obiettivo, e peraltro invalicabile del suo metodo: l'atomismo semeiologico della psichiatria clinica.

L'“atmosfera” è infatti una *Ganzheit*, e quel metodo non ha strumenti per descrivere la totalità. Analitico e dissecatore, invano vorrebbe ricostruire alla fine la *Gestalt* iniziale come somma dei frammenti in cui l'ha ridotta.

Anche Kraepelin avvertirà chiaramente codesto ostacolo e non potendo superarlo cercherà almeno di aggirarlo col tentativo di rendere la imprevedibile dimensione “atmosfera” dell'umore in termini di “ritmo” della vita psichica. È tale ritmo – egli dice – (accelerazione, rallentamento) che rivela l'alterazione malinconica o maniacale dell'umore, ben più che non la tristezza o l'euforia. Fino all'affermazione, d'apparenza paradossale che in certi casi di melancolia, l'umore può essere indifferente (E. Kraepelin). Ovvero che, nei disturbi dell'umore, non è l'umore a far testo per la diagnosi.

La ricerca di una descrizione positiva e diretta dell'effetto atmosfera rimane tuttavia un'istanza della psichiatria tedesca e non dello psichiatra francese. Anche se Delay nel 1946 lamenta questo “manque” fra le righe della frase con cui apre il suo libretto: «C'est une notion facile à entendre mais difficile à définir, que celle de humeur» (J. Delay, 1946). Ma ad una psichiatria propensa alla precisione del tema, la dimensione atmosfera non poteva che continuare a sfuggire.

Questa dimensione la vediamo invece apparire nella sua positiva pienezza con la nozione di *Wahnstimmung* di Jaspers (K. Jaspers, 1964).

Nella *Wahnstimmung*, come tutti sanno, non contano tanto i temi deliranti – che del resto non si sono ancora dichiarati – quanto l'atmosfera carica di attesa e di enigma, che impregna il mondo e a cui fa eco la bizzarra e sconosciuta inquietudine del malato. “Atmosfera da venerdì santo” l'ha chiamata Callieri (B. Callieri, 1982) sintetizzando in un'imma-

gine icastica l'aneddotica descrittiva della clinica e alludendo al contempo, seppur senza esplicitarlo, al senso profondo di codesta esperienza.

Senso che io chiamerei senso del *sublime*.

Quel che la caratterizza infatti non son tanto emozioni forti (la paura, lo stupore, l'esaltazione) quanto quell'"aldilà" dell'emozione che ci spianta da ogni nostra referenza e certezza personale e terragna allorché l'immensità dell'evento ci "annienta". Allora non ci sentiamo più come "io che provo un'emozione", ma sentiamo solo di non esser più e, sola esiste l'emozione che ci ha presi e che, nel suo vortice ci porta via: nel gorgo del *Maleström* o nell'infinito delle galassie.

Per esempio: la nostra città che sussulta e crolla in preda al terremoto, la sua certa solidità di cemento e asfalto trasformata in liquida incertezza di natanti precari; oppure l'onda del maremoto alta e ampia come il fronte degli edifici degli Champs Elysées e il suo ruggito e il suo soffio disumano che annunciano la catastrofe imminente sopra di noi; o infine, il cielo che improvviso si abbassa e si apre (come mi raccontava un malato che conobbi al manicomio di Alessandria) e Dio stesso vi appare e ti chiama a sé col gesto e con la parola; tutte queste sono esperienze del sublime – come lo intendeva Kant – e travolgono la nostra finitezza creaturale e i suoi punti di *re-pere*, suscitando in noi l'improvviso senso dell'annientamento ma anche l'attonito ed esaltato slancio verso l'abisso immenso che ci risucchia.

Taglio analogo alla *Wahnstimmung* hanno le cosiddette psicosi oniroidi che Willy Mayer-Gross descrisse nella sua monografia (W. Mayer Gross, 1924): appunto, l'effetto "atmosfera".

Eppure Mayer-Gross non scopre nulla di nuovo ma si limita a riproporre alcune autodescrizioni fatte dai malati di crisi confusionali. Casi del genere eran

noti già da tempo alla psichiatria (E. Ey, 1954) con una collocazione che oscillava fra i deliri confusi o la distimia a seconda dell'inclinazione affettivista o demenzialista dello psichiatra descrittore di volta in volta in causa.

La novità di Mayer-Gross e di Jaspers è di aver trovato "les mots pour le dire": che non vengono da una scoperta clinica ma da un *salto metodologico*. La loro angolatura non è più quella della osservazione scienziata ma quella della comprensione fenomenologica; e l'effetto "atmosfera" può esser descritto come dimensione alterata della "coscienza intenzionante": la quale coscienza non è una "funzione psichica" ma una "apertura al mondo", cioè una *Ganzheit*.

Codesto sviluppo dell'"affettivismo" era possibile solo nel contesto culturale tedesco-romantico. Come può indicare l'elaborazione che i francesi hanno di queste stesse psicosi, anche a loro ovviamente ben note.

Per Magnan, diventano le "bouffées deliranti polymorfe". La loro referenza è cioè il tema delirante che si caratterizza come labile e caleidoscopico ("ipocondriaco alla sera - il malato - perseguitato al mattino, megalomane il pomeriggio" diceva Magnan) in opposizione al tema del delirio cronico, che è sistematico e progressivo in quattro fasi (inquietudine persecuzione, grandezza, demenza). Opposizione che, nel sistema di Magnan, è non solo clinico-empirica ma anche nosologico-strutturante.

D'altra parte anche nell'automatismo mentale di de Clérambault, la referenza sono i fenomeni cognitivo-sensoriali: eco furto ripetizione sonora, anticipazione del pensiero: commentari degli atti; eco della lettura, della scrittura; e così via dicendo.

La dimensione "atmosfera" di codeste psicosi non è ovviamente ignota ai due grandi clinici francesi ma non diventa per loro referenza nosologica né

tanto meno psicopatologica: rimane uno sfondo che meglio fa risaltare i temi deliranti.

Sarà tuttavia un francese – Henri Ey – a riprendere la nozione di coscienza intenzionante come grande organizzatore psicopatologico (E. Ey, 1963). Nel suo sistema dell'organo-dinamismo, la patologia acuta è come tutti sanno – decifrata in termini di destrutturazione della coscienza, la patologia cronica in termini di costruzione del “moi aliéné”: frutto cioè di una intenzionalità che si dispiega sia sull’“ici maintenant” che nella continuità della storia della persona, che così contestualmente si costruisce. (Altre dicotomie aiuterebbero a illustrare ulteriormente il concetto di psicopatologia e il suo funzionamento in psichiatria, due in particolare: psicosi unica/malattie mentali, e personalità/malattia; ma non attengono alla dimensione del discorso attuale che qui ha da fermarsi.)

Conclusioni Vediamo allora, per concludere, di dire cosa sia la psicopatologia secondo questo modo di vedere.

Sapere totale, sapere parziale

Escluso che la psicopatologia sia un sapere astratto sulla cosiddetta natura umana e asserito che è un sapere di secondo livello radicato nella conoscenza clinica della patologia mentale, c'è ora da decidere se sia un sapere totale, cioè una teoria a mire esplicative esaustive sulla patologia mentale, oppure un mosaico di saperi parziali ciascuno dei quali spiega una parte di psicopatologia; ovvero se sia un sapere scientifico o una aspirazione alla conoscenza totale paranoica (M. Rossi Monti, 1984).

Da quanto abbiamo detto, la risposta ci sembra ovvia.

“Affettivismo” e “Demenzialismo”, due delle di-

mensioni euristiche usate da noi per inquadrare il problema, sono chiaramente angolature, punti di vista sul campo del patologico mentale e abbiamo visto che ciascuno di essi ha le sue capacità di dare a tale campo una sua struttura di senso e di incidere sulla pratica della psichiatria: prognosi, terapie, istituzioni... Il fatto stesso di questa duplicità esclude un monopolio di principio; ciò non esclude tuttavia tentativi egemonici di fatto che un punto di vista può perpetrare a danno degli altri. Nella storia della psichiatria si assiste ad una prevalenza dell'una o dell'altra teoria, come si assiste ad una loro integrazione reciproca¹.

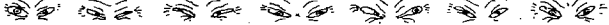

Non ci sembra quindi che possa seriamente sussistere il pericolo che Lanteri-Laura paventa – ed esorcizza con la sua ironia – di una teoria psicopatologica che possa per principio aspirare al monopolio esplicativo della patologia mentale e che, lentamente perfezionandosi nel tempo arrivi un giorno a cancellare ogni alternativa.

Questo tipo di sapere sarebbe un mito e non certo una realtà. Ciò non impedisce tuttavia il temporaneo imperio di una teoria capace di far apparire le altre come residuo pagano di genti incolte: così è stato a suo tempo per l'organo-dinamismo di Henri Ey e, per la psicoanalisi di Lacan, ed è forse oggi così per il DSM IV, tipico esempio di "teoria ateoretica".

L'idea quindi di un sapere psicopatologico assoluto, che spieghi una volta per tutte, le genesi e i meccanismi dei disturbi mentali, è frutto di un equivoco o di un abbaglio consistente nello scambiare con la verità in persona una statua romana della dea, oggi dispersa.

Ci par comunque molto azzeccata l'idea di Lanteri-Laura che vede l'insieme delle teorie psicopatologiche allo stesso modo di come il suo maestro Levi-Strauss vede le varie civiltà del pianeta: alcune

all'apice del loro sviluppo, altre – a torto messe tutte una volta nel sacco del primitivismo – embrioni di eventuali civiltà future, ma anche resti decadenti di una passata grandezza.

Il propos a l'ensemble des expressions, n'est évidemment une conséquence du premier. Mais pour lui donner l'éclaircissement d'un exemple, nous tra-

 cions cette série de yeux qui, non seulement n'est déjà pas mal par eux-mêmes, mais qui sont en outre l'indice infallible que les particuliers auxquels ils app-
 partiennent n'est à cœur joie; tout comme les suivants sont l'indice non moins infallible que les infortunés à qui ils appartiennent sont pour le quart d'heure aussi peu que possible en train de rire.


Nella psichiatria di oggi una psicoanalisi in declino tiene ancora il campo delle nevrosi mentre un organo meccanicismo di ritorno avanza sempre più sul campo delle psicosi, con eventuale accompagnamento di "ottoni psicofarmacologici" (E. Borgna, 1993).

Ma se questo discorso ci ha ricordato un equivoco che pende sul capo della psicopatologia e che è utile dissipare, esso non ci fa tuttavia molto progredire nel capire cosa essa sia in effetti.

Invece una indicazione positiva e centrale in proposito può venire da un autore come Jaspers: e non per il contenuto della sua monumentale tesi (che, come dice Tatossian (A. Tatossian, 1979) per molti aspetti è più un punto di arrivo che di partenza) quanto per la sua essenziale indicazione di metodo.

Jaspers infatti dice chiaramente quale è il punto di vista dal quale egli si colloca per inquadrare la patologia mentale, esplicita la provenienza del suo modello; il quale modello, come tutti sanno, è quello fenomenologico – esistenziale ispirato alla filosofia di Dilthey e di Husserl e centrato sulla distinzione fra il *Verstehen* delle scienze dell'uomo e l' *Erklären* delle scienze della natura.

Non è qui il caso di entrare nel merito e chiedersi se l' *Erklären* di Jaspers faccia del "processo" un residuo del demenzialismo naturalista o meno; e se il suo *Verstehen* rimandi all'affettivismo tedesco-romantico. Interessante è invece la riflessione che questo sistema suggerisce sulla nozione di psicopatologia e la rimediazione delle grandi e originali teorie che la incarnano: da Ey a Pinel, da Griesinger a Morel...

Ci si rende così conto di due fatti significativi, essenziali per capire cosa sia la psicopatologia.

Da un lato, appare l'estraneità del modello ispiratore in rapporto alla clinica: per Ey la fenomenologia, per Pinel la filosofia degli "idéologues," per Griesinger il romanticismo, per Morel un modello zoologico-genetico aduggiato da un'antropologia biblico-cristiana... come dire che la clinica non racchiude in sé il suo senso ma che lo riceve da altrove; e che un clinico competente in elenchi di segni clinici e solo in quelli non sarà mai uno psicopatologo; ma sarà al massimo l'inconsapevole tramite della psicopatologia che fra i segni è nascosta e che il suo maestro nell'arte di raccogliere segni gli ha tacitamente tramandato.

D'altro lato, appare l'appartenenza di tale modello ad una cultura, ad una "mentalità" dominante in quel dato periodo, e che lo psicopatologo adotta come suo punto di vista per "interpretare" il campo del patologico mentale.

Questo riviene a dire che la psicopatologia non è una teoria della psiche malata avente come oggetto la psiche in assoluto e della quale mirerebbe alla conoscenza attraverso una lenta progressione nel tempo e nella storia; ma appare invece come una interpretazione del patologico mentale nell'ottica della cultura sentita come viva e dominante in quel momento. Ovvero, la psicopatologia è l'inserimento dell'immagine della pazzia che una cultura si dà nel-

la conoscenza empirica che della pazzia ha la clinica psichiatrica; e che, nei confronti di tale empiria, funziona come organizzatore di senso.

Un esempio in merito illuminante più dei molti altri che si potrebbero fare: quello della schizofrenia di Bleuler.

Tutti sanno che la clinica della schizofrenia è fatta dello stesso materiale sintomatologico della demenza precoce di Kraepelin, salvo il segno dell'autismo che però in Bleuler rimane poco più che un accenno; ma ugualmente tutti sanno quale diverso rimando psicopatologico abbiano codesti segni nell'una e nell'altra concezione.

Due concezioni che si rappresentano in modi molto lontani l'una dall'altra la psiche umana, il suo modo di funzionare e di produrre deliri e allucinazioni, con la dimensione pregnante dell'inconscio dell'uno che è totalmente estranea all'altro. Tanto da poter dire che benché quasi coetanei (Kraepelin è del '56, Bleuler del '57) Kraepelin rimane uomo dell'Ottocento mentre Bleuler è già uomo del Novecento.

Due concezioni diverse, due modi diversi di immaginare la follia che portano come è noto, "cliniche" molto diverse dove diversi sono le terapie, la prognosi, le istituzioni...

Questa dunque mi par la caratteristica e la funzione della psicopatologia: una messa in forma della clinica al gusto della cultura dell'epoca, secondo l'immagine della follia che quell'epoca si dà. O se si vuole, una mediazione fra tale cultura e l'empiria della clinica.

Con due caratteristiche: da un lato, la discontinuità che produce fra le teorie (ovvie conseguenze del fatto che una cultura nuova comincia con la critica e il ripudio del "vecchiume" di cui vuol liberarsi); d'altro lato, il polimorfismo del suo campo. Le teorie sconfitte non muoiono ma continuano a vivere o a

sopravvivere con la più svariata fortuna: da dorate mummie universitarie ancora spacciate per vivente pensiero a sopravvivenenti credenze di lontane periferie. C'erano, ancora nei manicomi dei nostri anni '80 prossimi alla chiusura, degli adepti più o meno consapevoli, della vecchia *dégénérescence*; come c'è ancor oggi fra il volgo di tutti i ceti, chi crede, come nel medioevo, che la pazzia sia una possessione diabolica e porta dall'esorcista il parente schizofrenico.

È certo, comunque, che la psicopatologia non sia un sapere di lusso e quasi superfluo ma l'anima stessa della clinica.

Una clinica senza asse di senso psicopatologico che la organizzi è impensabile; sarebbe, oltre, anche l'"insalata di parole" schizofrenica che, seppure a suo modo, un senso lo ha. Che il medico sia poi consapevole di tale asse di senso che lo abita e "larvatus prodet" agendo nel suo operare e nelle sue convinzioni sul suo "che è" della follia è altra cosa. Ed è spesso – se non regolarmente – su codesto equivoco della mancata consapevolezza del clinico che si costruisce la convinzione della collateralità superflua della psicopatologia rispetto alla clinica. Ma non basta ignorare la teoria per ignorarne in buona coscienza epistemica l'esistenza. E, d'altra parte, come ripete spesso Lanteri-Laura con la sua ironia, anche la negazione di qualsiasi teoria è già una teoria.

A questo punto bisognerebbe cedere alla tentazione di andare a vedere quale modello psicopatologico, quale "statua di Condillac" funziona larvatamente dentro sistemi dichiaratamente empirico-ateoretici come i DSM americani; ma s'ha da rimettere la cosa ad altro momento.

Rimaniamo per ora alla nostra conclusione che la psicopatologia non è l'astratta teoria della natura umana malata – questo sarebbe il suo mito irrealista – ma è l'asse di senso umano della conoscenza clinico-

empirica degli uomini pazzi. Questa è la realtà del suo mito: il mito di una donazione di senso alla realtà imprendibile della follia.

¹ L'esempio tipico di integrazione è il sistema di Kraepelin dove i deliri cronici (demenza precoce paranoia parafrenie) son decifrati sul registro demenzialista, mentre la maniaco-depressiva è decifrata su quello affettivista. E con l'idea che codesta partizione non è un compromesso empirico ma l'opposizione su cui si erge e si tiene tutto il sistema in questione.

BIBLIOGRAFIA

- BINI, L., BAZZI, T., *Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano, 1954.
- BRION, A., EY, H., *Psychiatrie animale*, Desclé de Brouwer, Paris, 1965.
- CALLIERI, B., *Quando l'ombra vince*, Città nuova ed., Roma, 1982.
- DELAY, J., *Les dérèglements de l'humeur*, PUF, Paris, 1946.
- ESQUIROL, E., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, J.B. Baillière, Paris, 1838.
- EY, E., *Etudes n° 23, "Bouffées délirantes" et psychoses hallucinatoires aiguës*, in *Etudes Psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
- , *La conscience*, PUF, Paris, 1963.
- FALRET, J.P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Baillière, Paris, 1864.
- GRIESINGER, W., *Traité des maladies mentales*, 2° ed., trad. fr., Paris, 1865.
- HEGEL, G.W.F., *Enciclopedia delle scienze filosofiche in compendio*, trad. it., 5° ed., Laterza, Bari, 1980.
- JASPERS, K., *Allgemeine psychopathologie*, trad. it., Priori, Roma, 1964.
- KANT, I., *Critica del giudizio*, trad. it., Laterza, Bari, 1923.
- KRAEPELIN, E., *Trattato di psichiatria*, Vol. 2, trad. it. della 7° ed., Vallardi, Milano.
- LANTERI-LAURA, G., BOUTTIER, J.G., *Psychologie pathologique*, EMC 37032, 1983.
- , —, *Regards historiques sur la psychopathologie*, in D. WIDLOECHER, op. cit.
- , —, BEL HABIB, H., *Paranoïa*, EMC, 37299 D10, 1985.
- MAGNAN, V., LEGRAIN, M., *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, Rueff, Paris, 1895.

- MAYER GROSS, W., *Selbtschilderung der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform*, Springer, Berlin, 1924.
- MINKOWSKI, E., *Traité de psychopathologie*, PUF, Paris, 1966.
- MOREL, B.A., *Traité des maladies mentales*, Masson, Paris, 1860; e *Etudes cliniques*, Nevey, Paris, Vol. 2, 1857: cit. in G. LANTERI-LAURA e M. GROS, *Historique de la schizophrénie*, EMC Paris Psychiatrie, 37281 C10, 9/1982.
- PANCHERI, P., *Il delirio*, in G.B. CASSANO, *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano, 1993.
- PINEL, PH., *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ravier, An. IX, réimpression de l'édition originale, Paris, Calude Tchou, 1965, Cercle du livre précieux.
- POLI, E., CIONI, P., FARAVELLI, C., *Affettività*, p. 535 in G.B. CASSANO, op. cit.
- POSTEL, J., QUETEL, Cl., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983.
- ROSSI MONTI, M., *La conoscenza totale*, Il Saggiatore, Milano, 1984.
- SARTESCHI, P., MAGGINI, C., *Psichiatria*, Goliardica editrice, Parma, 1982.
- SWAIN, G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1977.
- TANZI, E., RIVA, G., *La Paranoia*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1984-85-86.
- TATOSSIAN, A., *Phénoménologie des psychoses*, Masson, Paris, 1979.
- WIDLOECHER, D., *Traité de psychopathologie*, vol 1°, PUF, Paris, 1994.
- ZOLA, E., *Les Rougon Macquart*, Seuil, Paris, 1972, *L'intégrale*.

LA PERDITA DEL SENTIMENTO DEL SÉ

Tra psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi

Giovanni Gozzetti

Se sia caratterizzante nella melanconia il disturbo dell'umore, pur qualitativamente distinto dalla tristezza, oppure un particolare tipo di non sentire è una questione di un significato psicopatologico molto attuale, come indicato da un recente articolo di Alfred Kraus. A questo interrogativo la prima psicoanalisi di S. Freud e K. Abraham aveva apportato un fondamentale contributo.

Sono convinto che la individuazione nel 1911, da parte di K. Abraham della base personalistica predepressiva, assieme alla perdita del *sentimento del Sé* nel melanconico messa in luce da Freud nel 1915, col dar voce e corporeità all'Oggetto introiettato, rappresentino due grandi scoperte, non solo per la psicoanalisi, ma anche per la psicopatologia della melanconia. Allora si era cercato di capire quello che in seguito la psicopatologia fenomenologica ha potuto rendere evidente e visibile, come il male melanconico sia essenzialmente una incapacità di stabilire una relazione con l'alterazione dell'umore, di soffrire sotto l'ossessione di un dolore che il paziente non sente come proprio.

L'apporto della psicoanalisi viene riconosciuto e messo in luce nella seconda edizione dell'opera magistrale di Hubertus Tellenbach, che rende a Freud il merito di aver portato un contributo determinante nell'individuare la profonda caratteristica della depressione melanconica in una alterazione del *sentimento del Sé*, che comporta un totale rovesciamento dei rapporti del soggetto con se stesso ed i propri contenuti tematici. Si tratta del punto essenziale che la differenzia dalla tristezza.

È proprio Freud che nel suo celebre saggio del 1915 distingue nettamente tra cordoglio del lutto e affetto depressivo e di quest'ultimo individua come specifica una caratteristica che manca nel lutto:

uno straordinario avvilitamento del sentimento del Sé, che così precisa: «nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l'Io stesso».

Io e Sé erano nel 1915 concetti simili. Freud continua appunto: «Il malato ci descrive il suo Io come assolutamente indegno, incapace di fare alcunché e moralmente spregevole; si rimprovera, si vilipende si aspetta di essere respinto e punito. Si svilisce di fronte a tutti».

Il basilare apporto di Abraham e Freud si può riassumere con Salomon Resnik dicendo che la melanconia esprime sempre un dolore dissociato, vissuto come non del tutto appartenente al paziente, perché ha in sé le tracce della perdita non solo dell'oggetto, ma anche del soggetto.

Sul versante psicopatologico il *disturbo del sentimento di sé* nel melanconico viene bene chiarito e compreso da K. Jaspers e K. Schneider.

Per K. Jaspers si tratta di un venir meno della coscienza dell'esistenza, un concetto, ripreso da K. Schneider e collocato entro il primo dei quattro caratteri formali della coscienza dell'Io, che sono: 1) *il sentimento di attività*, 2) *la coscienza dell'unità: io sono uno nello stesso istante*, 3) *la coscienza dell'identità: io sono lo stesso di prima*, 4) *la coscienza dell'Io in contrapposizione all'esterno e all'altro*.

K. Jaspers ne parla proprio come *perdita del sentimento dell'Io*, quale coscienza dell'esistenza concreta, riferendosi alla melanconia, e scrive: «È un fenomeno veramente singolare che l'individuo, pur esistendo, non può più sentire il proprio esistere. Il pensiero fondamentale di Cartesio: "cogito, ergo sum", può solo essere pensato, non può più essere realizzato». Precisa attraverso autodescrizioni di melancolici che si tratta di un sentimento di non vivere, di sentirsi una macchina, un automa, senza nome, impersonale. È un vissuto che ha diverse gradazioni di intensità: dal sentimento di mancanza di sentimento, alla estraneità rispetto a se stessi, fino all'avvertire disperatamente di non esserci, potendo anche raggiungere e sorpassare un limite metafisico e porre le basi di quella totale metamorfosi verso *l'essere del non essere* in eterno (F. Barison, 1993), rappresentato dalla sindrome di Cotard.

Nonostante l'uso del concetto di *perdita del sentimento dell'Io* (o del *Sé*), K. Jaspers ha sempre sostenuto la comprensibilità della me-

lanconia, che, a differenza della schizofrenia, non apparterebbe alla vita alienata.

K. Schneider è ancora più coerentemente di questo avviso, tanto che esclude in modo deciso un disturbo della coscienza o della esperienza dell'Io nella melanconia, egli sostituisce la dizione *coscienza dell'Io* con quelle di *concernente l'Io* o meglio *concernente il Me*, privilegiando l'esperienza di passività (*fatto, agito, gemacht*) specifica della schizofrenia. Ecco alcune citazioni: «Quando schizofrenici o ciclotimici depressivi si lagnano di non vivere più, non sono da prendersi alla lettera; anzi, al contrario, questa constatazione presuppone una esperienza dell'esserci, anche se oscura». O ancora: «I ciclotimici [così chiama i melanconici] non ricordano mai una fase precedente, quando sono guariti, come estranea all'Io: al massimo la ricordano come estranea alla personalità». E quando «qualcuno, guardando retrospettivamente, constata di essere divenuto un altro; ancora una volta, qui si tratta della personalità e non dell'Io».

La comparazione tra psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi porta luce ancora ad un vissuto caratteristico che riguarda la distanza tra la depressione che si impossessa del soggetto e il soggetto che assiste alla sua depressione. Una esperienza che può essere così resa in senso clinico: il paziente descrive i suoi sintomi, sente dentro di sé qualcosa che non è suo, che non gli appartiene, si lamenta in modo ripetitivo ed esprime tutta una serie di lagnanze che a volte sente di esporre quasi non volendo, perché in fondo non ci crede. Col progredire della malattia ci crederà, ma, per una parte del decorso della depressione, il paziente vivrà la malattia come un'entità parassitica dentro di lui.

Uno scrittore William Styron (1990) ne parla in un suo libro autodescrittivo, *Un'oscurità trasparente*: «Un fenomeno che molti depressi hanno notato è la sensazione di essere accompagnati da un secondo Io, una sorta di spettrale osservatore che, non partecipando alla follia del suo doppio, è in grado di spiare con spassionata curiosità il suo compagno che lotta contro il disastro incipiente oppure decide di arrendersi».

L'apporto della psicoanalisi si basa sul non rifiutare questo linguaggio che pare rievocare la possessione, ma aiutare a comprendere invece le vicissitudini del lutto e della perdita, all'interno dello spazio

mentale, dove questo Altro, cioè l'oggetto, che è anche Sé, si lamenta e si accusa, vero frammento perduto, piangente entro il mondo interno.

Sulla concretezza e corporeità dell'oggetto interno scrivono appunto J. Laplanche e J.B. Pontalis nel loro dizionario: «L'oggetto introiettato nell'Io è descritto da Freud in termini antropomorfici, egli è trattato crudelmente, soffre e col suicidio viene minacciato di morte».

Gli studi fenomenologici confermano questa distanza, Tellenbach scrive che: «Nella tristezza non psicotica l'Io si identifica al suo sentimento: egli è la sua tristezza e così egli è fissato all'oggetto della sua tristezza [...]. Nella melanconia, al contrario l'Io si tiene in qualche modo accanto al suo dolore. [...] L'Io pur cosciente del fatto che esiste una possibilità di essere liberato dal suo dolore, è lui stesso lo spettatore dell'alterazione del suo umore [...] il male melanconico è forse essenzialmente l'incapacità di stabilire una relazione con questa alterazione dell'umore [...] di soffrire sotto l'ossessione di un dolore che non gli è proprio».

W. Schulte (1951) vede nella incapacità di essere triste il nucleo stesso del vissuto melanconico: «chi può ancora essere triste non è veramente melanconico e si può leggere la fine o la debole intensità di una fase dal fatto che il paziente può ancora nuovamente essere triste».

Le considerazioni di Edith Jacobson (1977) sono coincidenti con quelle della psicopatologia fenomenologica nel rilevare una incapacità del melanconico di provare tristezza e di sperimentare invece una sorta di inibizione dolorosa e un rallentamento, sentito: «come un fenomeno cui la parte sana della personalità può guardare *nei casi lievi* con un certo distacco». Anche lei sostiene che il guarire dalla melanconia implica il poter di nuovo essere tristi, come «una dolce tristezza liberatrice».



In S. Freud il disturbo del sentimento del Sé va considerato alla luce del particolare rapporto con l'Altro (l'oggetto), che si produce nella identificazione melanconica. Un Altro dolorosamente assente da cui il melanconico, a differenza del delirante, non è perseguitato, ma con cui tenta disperatamente di ricongiungersi mediante l'introiezione, anche a costo di forzare ed alterare la propria identità.

Freud descrive le autodenigrazioni del paziente, che hanno la caratteristica di mancanza di vergogna, di una denuncia impietosa e pubblica (si confronti con il motivo della menzogna di A. Kraus), come: «un assillante bisogno di comunicare, che trova soddisfacimento nel mettere a nudo il proprio Io» e, con una intuizione geniale osserva: «Se si ascoltano con pazienza le molteplici e svariate autoaccuse del melanconico, alla fine non ci si può sottrarre all'impressione che spesso le più intense di esse si attagliano pochissimo alla persona del malato e che, invece, con qualche insignificante variazione, si adattano perfettamente ad un'altra persona che il malato ama, ha amato o dovrebbe amare». Si adattano in altre parole all'Altro, all'oggetto introiettato, infatti, nel linguaggio di Freud, la perdita dell'oggetto è una occasione privilegiata per rendere evidente l'ambivalenza; per cui il conflitto ambivalente si chiarisce dopo la perdita dell'oggetto e la sua introiezione.

Abraham, riprendendo Freud, ricorda che l'*ambivalenza* nei premelanconici è così grave che ogni sentimento d'amore può passare nel suo inverso: «*Una qualsiasi defaillance, un distacco dall'oggetto d'amore può favorire un'ondata di odio che sommerge i sentimenti d'amore*». In tal modo la *parte nera* della relazione ambivalente coll'oggetto, ormai perduto o distrutto, viene introiettata e, col linguaggio di Freud, l'ombra dell'oggetto cade sull'Io. Freud (1915) aveva precisato che quando viene interrotta la relazione oggettuale a causa di una reale mortificazione o delusione subita dalla persona amata, allora la libido divenuta libera non viene spostata su un altro oggetto, bensì riportata nell'Io: «Qui non trovò però un impiego qualsiasi, ma fu utilizzata per instaurare una identificazione dell'Io coll'oggetto abbandonato. L'*ombra dell'oggetto* cadde così sull'Io che d'ora in avanti pote' essere giudicato da una istanza particolare come un oggetto, e precisamente come l'oggetto abbandonato. In questo modo la perdita dell'oggetto si era trasformata in una perdita dell'Io, e il conflitto tra

l'Io e la persona amata in un dissidio tra l'attività critica dell'Io e l'Io *alterato dalla identificazione*-».

Si tratta di una "alterazione dell'Io", su cui cade l'ombra dell'oggetto-Altro che corrisponde, utilizzando volutamente un termine della psicopatologia fenomenologica di Kimura Bin (1992), ad una sua "alterizzazione"¹, così che l'Io di fronte all'istanza critica è in parte divenuto, per identificazione, l'Altro.

È un aspetto fondamentale di quella alterazione dell'Io molto profonda, che Tellenbach riconosce come originale scoperta di Freud: *la perdita del sentimento del sé o dell'Io*, di cui si è trattato. Una modificazione che rovescia il rapporto dell'Io, in qualche modo divenuto Altro, con se stesso, e ne fa una forma particolare di depersonalizzazione.

Come scrive Tatossian, il Sé si occulta e passa sotto il dominio dei pensieri tormentosi, dei propri temi.

Una parte del Sé, totalmente presa dalle proprie autoccuse, si impone all'altra, che ora è momentaneamente nascosta e non oppone difesa, immersa com'è nell'ombra nera. Succede in tal modo che quella parte di Sé, che si configura come Sé corporeo, può annullarsi e nel suo svuotamento far precipitare senza ostacoli la decisione suicidiaria: il modo più estremo di risoluzione.

Sia per Freud che per il fenomenologo l'oggetto (l'Altro) caduto o identificato come *ombra* sul soggetto, si impone come una parte del Sé che altera o distrugge l'altra. L'Io di Freud del 1915, così vicino a quello kleiniano, subisce una vera scissione, come la chiama anche Tellenbach, per cui una parte si contrappone all'altra, la giudica implacabilmente.

Una frattura interna che si rivela ancora, a livello mente-corpo nel blocco *dissociato* dell'aspetto affettivo-emotivo: *la depressione fredda* o il sentimento della mancanza di sentimento di Jaspers. Per S. Resnik l'ombra dell'oggetto che cade sull'Io, rappresenta la traccia dell'assenza nella memoria: una traccia, che tende ad appianarsi nel lutto, ma che rimane in parte indelebile perché, come ha scritto L. Grinberg, ogni lutto comporta sempre una perdita di parti del Sé, ciò che S. Resnik chiama efficacemente l'ombra del soggetto.

Riprendiamo ora il pensiero di Alfred Kraus: egli attribuisce al *typus melancholicus* la caratteristica fondamentale della sovraidentifica-

zione al proprio ruolo sociale, che si evidenzia per la scrupolosità ed impegno eccessivi con cui adempie ai propri compiti, fino ad arrivare ad una coscienziosità ed una minuziosità estreme. Questo lo chiama comportamento sociale *ipernomico* per designare l'eccessiva conformità alle norme sociali, termine che ricorda l'*anomia* di E. Durkheim (1897), il cui significato è opposto e vuol introdurre origini e determinismi sociali nella genesi del suicidio. I melancolici hanno un legame straordinariamente forte colle persone e colle cose e si aspettano dall'ambiente familiare, sociale e lavorativo rassicurazioni e garanzie di continuità e stabilità per il mantenimento della loro posizione e funzione.

Le situazioni che scatenano una fase melancolica sono, per loro, quelle che si caratterizzano per la *perdita di valore*.



Nel pensiero di A. Kraus il *typus melancholicus* non è solo una *normale anormalità* come dicevano gli antichi e ha ripetuto H. Tellenbach, c'è in esso un evidente aspetto morboso che A. Kraus (1991) individua e chiarisce riprendendo una rappresentazione della strutturazione del Sé, ispirata a M. Mead, che sarebbe costituito da due poli o dimensioni fondamentali: l'Io-soggetto e l'Io-oggetto. L'Io-oggetto sarebbe il deposito stratificato delle varie e significative identificazioni avvenute nel corso della vita con genitori, educatori o altre persone, che rappresentano identità definite e valori o ruoli precisi; esso verrebbe continuamente superato e spinto dall'Io-soggetto fonte di spontaneità e libero di progettarsi in maniera sempre nuova.

Nella melanconia per una insufficienza dell'Io-soggetto viene impedito questo permanente superamento di se stesso, così che il melancolico si trova ad essere chiuso nel suo Io-oggetto e quindi privo

di ogni libertà e di ogni possibilità creativa d'essere e divenire, schiavo e imprigionato dalle norme sociali senza tenere nei loro confronti una qualche distanza critica. Questo conformismo e adeguamento alle norme sociali può essere sentito dal melanconico, durante la crisi, come un essere deliberatamente non sincero ed usare la menzogna nel presentarsi sociale: molte pazienti dicono di essere false e ingannatrici, perché ricevono complimenti per il loro bel aspetto, mentre dentro si sentono distrutte, o ancora altri pazienti denunciano impietosamente e pubblicamente, proprio come direbbe Freud, la loro incapacità professionale: penso ad un odontoiatra che si è deciso al gesto riparatore e disperato di dimettersi dall'Albo professionale. Questo tipo di autodenuncia appartiene, per A. Kraus, al *motivo della menzogna*, di accorgersi di portare avanti una esistenza non autentica, nel senso che a questa parola dà J.P. Sartre e non tanto nel senso di Heidegger, per il quale l'*inautentico* rappresenta un esistenziale ed abituale modo di essere.

Anche se il premelanconico (*typus melancholicus*) deve sempre mostrarsi come si sente veramente e come è in realtà, e quindi con sincerità, per questa *alterazione del sentimento del Sé*, avverte di essere come mascherato, ingannevole e di avere subito *una perdita dell'essere se-stesso nei sentimenti rivolti ad altri esseri umani*, non solo dunque *un sentimento di mancanza di sentimento* come descritto da K. Jaspers e K. Schneider, ma piuttosto una grave alienazione del Sé che si manifesta in una sorta di menzogna esistenziale. Per questo A. Kraus ritiene che la melanconia sia da comprendersi non come disturbo dell'umore nel senso del DSM-III o DSM-IV, ma piuttosto come una forma particolare di depersonalizzazione.

¹ Dal francese: *Alterisation*, simile al concetto filosofico di *Alienation*.

BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, A., STANGHELLINI, G., *Organizzatori psicopatologici e organizzatori nosografici*, in atti del Congresso "Nosografia e transnosografia", Siena, 1991.
 —, *Psichiatria nella Comunità*, "Introduzione", Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
 BARISON, F., comunicazione personale tramite lettera, 1993.

- , *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia*, in «Comprende», 5, suppl. fasc. 2, in «Rivista sperim. Freniatria», 1992.
- BINSWANGER, L., *Funzione di vita e storia della vita interiore*, in: *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- , *Melanconia e Mania*, Boringhieri, Torino, 1971.
- BORGNA, E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- , *Personalità premorbose e situazioni patogene nella depressione*, in Atti del congresso *Personalità e psicopatologia*, vol. 1°, ETS Editrice, Pisa, 1990.
- CALLIERI, B., *Percorsi di uno psichiatra*, Ed. Universitarie Romane, 1993.
- CASSANO, G.B., PANCHERI, P. (Coordinatori), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1993.
- GLATZEL, J., *Endogene Depression*, Thieme, Stuttgart, 1973.
- , *Melancholie und Wahnsinn*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1990.
- GOZZETTI, G., *L'apporto della psicoanalisi alla psichiatria*, in Atti delle Giornate psichiatriche di Folgaria, 1987.
- , *L'Ombra nera. Un approccio fenomenologico e psicodinamico alla depressione*, (in corso di pubblicazione), Marsilio, Venezia, 1986.
- , *Semeiologia e psicoterapia*, in «Psichiatria. Gen. Età Evol.», 1983.
- HAYNAL, A., *Il senso della disperazione*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- JANZARIK, W., *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*, Enke, Stuttgart, 1988.
- , *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*, Enke, Stuttgart, 1959.
- JASPERS, K., *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma, 1964.
- KIMURA, BIN, *Ecrits de psychopathologie phenomenologique*, Presses Universitaire de France, 1992.
- KLEIN, M., *Développements de la psychanalyse* (1952), PUF, Paris.
- , *Scritti*, Boringhieri, Torino, 1978.
- KLIBANSKY, R., PANOFKY, E., SAXL, F., *Saturno e la melanconia*, Einaudi, Torino, 1983.
- KRAUS, A., *Dynamique et rôle des maniaco-depressifs*, in «Psychologie medicale» 19, 3, 1987, pp. 401-05.
- , *Der Typus melancholicus*, in «ostl. und westl. Forschung. Nervenartz», 42, 1971.
- , *Le motif du mensonge et la dépersonnalisation dans la mélancolie*, in «L'Evolution Psychiatrique», 59, 4, 1994.
- , *Modes d'existence des Hystériques et des Mélancoliques*, in *Psychiatrie et Existence*, Millon, Grenoble, 1991.
- , *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressive*, Stuttgart, Ende, 1977.
- RESNIK, S., GOZZETTI, G., *Interpretazioni. Dialoghi di Psicoanalisi e Clinica psichiatrica*, Teda, Castrovillari, 1994.
- , *La visibilité de l'incoscient*, in «Rev. Psychot. psychanal. de groupe», n. 1, 2, 1985.
- , *Lo spazio mentale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- , *Persona e psicosi*, Einaudi, Torino, 1975, originale edito da Payot, Paris, 1973.
- SCHNEIDER, K., *Psicopatologia clinica*, Sansoni, Firenze, 1967.
- TATOSSIAN, A., *Phenomenologie des psychoses*, Masson, Paris, 1979.

-
- TELLENBACH, H., *Melanconia: Storia del problema, Endogeneità, Tipologia, Patogenesi, Clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1975.
- , *Die Raumlichkeit der Melancholischen*, *Nervenartz*, 27, 1956, pp. 289-298.
- , *Gout et Atmosphère*, PUF, Paris, 1983.
- , *Malinconia: depressività della genialità*, in *Malinconia, malattia malinconica e letteratura moderna*, Bulzoni editore, Roma, 1991.
- WEITBRECHT, H.J., GLATZEL, J., *Psychiatrie im Grundriss*, Springer Verlag, Berlin, 1979.
- , *Stati depressivi*, in «*Psichiatria del Presente*», Russo, Vaduz, 1959.

SULLA PSICOPATOLOGIA:

**caute riflessioni di uno psichiatra
che non disdegna la psicoanalisi,
di uno psicoanalista
che non disdegna la psicopatologia**

Fausto Petrella

Vorrei prendere l'avvio da un notevole scritto di Gerd Huber e Gisela Gross (1995), che sintetizza i criteri psicopatologici che li hanno guidati nella loro lunga ricerca su ciò che hanno chiamato "sintomi-base" della schizofrenia, per fare alcune considerazioni generali sullo stato attuale della psicopatologia.

Così facendo esprimerò sinteticamente, spero nel modo più esplicito, le mie posizioni odierne verso la psicopatologia, intesa come disciplina fondamentale per la psichiatria, ma rispetto alla quale esiste, ormai da molto tempo, una innegabile situazione di crisi.

Tenterò anche di dire in quale senso – sulla scorta di Jaspers – ritengo invece indispensabile la psicopatologia, e per quali ragioni mi appare manifesto un suo deperimento, da considerarsi negativo e preoccupante. Un certo numero di psichiatri italiani, che condivide questa preoccupazione, ha deciso di avviare recentemente su tutto il problema una sistematica discussione all'interno di una nuova associazione scientifica, la *Società italiana per lo studio della psicopatologia*. Questo scritto può essere considerato una tessera molto parziale di un auspicato ed esteso dibattito sulla psicopatologia.

Ma quale psicopatologia?

Anche Gross e Huber (1993) si ponevano un'identica domanda, nel loro scritto intitolato interroga-

tivamente: «Abbiamo ancora bisogno di una psicopatologia? E se così fosse, di quale psicopatologia?».

Una simile domanda è così radicale e indiscreta, da costringere a dichiarare le proprie posizioni. Se non vi fossero posizioni eterogenee e differenziate, nonché pratiche sostanzialmente dissimili da luogo a luogo, direi da istituzione a istituzione e addirittura da psichiatra a psichiatra, certo non vi sarebbe motivo per pensare un simile interrogativo. Il nesso fra le pratiche attuate e il modo di concepire l'oggetto della psichiatria è ovviamente qui della massima importanza.

Huber e Gross forniscono una risposta positiva alla loro domanda, attestata dalla loro lunga e innovativa ricerca sulla schizofrenia, nel solco della più qualificata tradizione psicopatologica di lingua tedesca. La dottrina dei sintomi-base e la interessantissima scala "soggettiva" di valutazione che propongono, rilanciano su basi originali e nuove l'istanza osservativa e l'oggettivazione di fatti significativi, che sono alcuni degli intenti principali dell'atteggiamento psicopatologico. Nel loro caso i fatti notevoli che mirano a rilevare non sono comportamenti, ma vissuti che vengono autoosservati dai pazienti stessi. È quindi una nuova dimensione che essi propongono al paziente di oggettivare in se stesso, più intima, più aderente alla lettera della comunicazione del paziente, più prossima all'esperienza aspecifica della sua vulnerabilità. Questa parola – vulnerabilità – è stata giustamente evocata dagli attenti commentatori italiani della ricerca di Huber e Gross (Ballerini e Rossi Monti, in Stanghellini, 1992), sottolineando che essa si avvicina assai più di altre a quel substrato nervoso che in qualche modo deve pur essere alterato in questi soggetti. Nello stesso tempo Huber e Gross dichiarano gli scopi della loro psicopatologia fenomenologica che si ispira direttamente a Jaspers: impie-

gare l'introspezione del paziente, l'empatia statica e la comprensione genetica dell'osservatore per «produrre il movimento, la connessione e la continuità della vita psichica, non solo nello sviluppo psicopatico e nevrotico, ma anche, per quanto possibile, nelle psicosi».

Quando accenno a una crisi, non penso dunque a una crisi di Huber e Gross, e neppure a un mio disagio professionale eccedente. Ciascuno di noi ha un buon rapporto di continuità con i suoi padri spirituali e metodologici, e avverte di proseguire costruttivamente nella scia di una salda tradizione. E tuttavia mi sembra innegabile una difficoltà complessiva della psicopatologia e della psichiatria, intese sia come discipline scientifiche, sia come pratiche applicative, che dovrebbero riflettere un corpo di conoscenze sufficientemente solido e integrato. Esse rivelano invece al loro interno discordanze stridenti di vario genere. I riferimenti concettuali e i punti di vista comunemente attivati sono di solito troppo eterogenei per essere applicati convenientemente e concordemente a una realtà umana essa stessa troppo complessa.

Poiché la psicopatologia parla innanzitutto dello psicopatologo, sento preliminarmente il dovere di dichiarare qualche dato della mia storia professionale, non già per vanità, ma per situarmi e definire i miei punti di vista e di esperienza. La storia di ognuno è importante, ed è anche importante sapere chi è colui che parla, che tipo di psicopatologo è.

Dirò allora subito che il mio atteggiamento psichiatrico e clinico è stato sino dall'inizio fortemente influenzato dalla mia formazione psicoanalitica. La mia pratica psicoanalitica con i pazienti si è da sempre anche cimentata nella psicoterapia della schizofrenia e degli stati psicotici più gravi, talora (cioè non *sempre!*) con veri successi terapeutici. Proprio in

quanto psicoanalista e psichiatra mi sono costantemente interrogato sui momenti di concordanza (e di discordanza) del lavoro psichiatrico sia con la psicoanalisi, sia con lo stile della ricerca fenomenologica: penso senz'altro alla fenomenologia di Jaspers, ma anche a Binswanger e a Minkowski, e in particolare ai filosofi che li hanno ispirati, tutti non medici, che hanno cercato di costruire una visione e una descrizione dell'esperienza umana, senza la preoccupazione, tipica nell'alienista, di stabilire se un definito modo d'essere e di sentire siano più o meno morbosi, siano cioè da imputare a malattie nel senso medico della parola, oppure siano declinazioni antropologiche legittime.

Ogni manifestazione umana, anche la più distorta, ha sempre molte ragioni d'essere. Il problema sta innanzi tutto nello stabilire su quale terreno porre queste ragioni. Dirò subito che non ritengo che sia il cervello, solo il cervello, il terreno da esplorare, per trovare i fondamenti di questa legittimità. Il cervello è l'organo della mente, ma l'esperienza umana, il modo d'essere di ciascuno, il suo *Erlebnis*, nella normalità o nella patologia lesionale più grave, non possono ridursi a espressione del cervello, comunque inteso. Anche se troviamo lesioni cerebrali, come nelle demenze, ciò che osserviamo nel comportamento e nei discorsi del demente non è mai il risultato diretto di queste lesioni. I mondi esperienziali dei pazienti vanno cioè immaginati, percepiti e compresi nella loro singolarità. Ciò richiede l'attivarsi di relazioni significative con i modi d'essere specifici d'ogni singola condizione morbosa, in connessione col proprio contesto e situazione. Solo a partire da questo sfondo diventa possibile definire la reale consistenza di una limitazione funzionale e la sua latitudine effettiva.

È per questo motivo che mi sono anche da sempre confrontato come psichiatra con la realtà micro-

sociale della malattia mentale, così come veniva osservata non nello studio psicoanalitico, o nella riflessione fenomenologico-esistenziale o antropofenomenologica, ma in connessione con i quadri istituzionali della psichiatria, dei quali ho seguito e promosso gli sviluppi e i mutamenti, e in riferimento al gruppo familiare, al gruppo di discussione dei casi clinici nelle istituzioni e in rapporto con l'insieme sociale circostante nell'esperienza sul territorio. L'attenzione rivolta a questi aspetti non significa affatto che io sia fautore di una psichiatria e di una psicopatologia "brain-less": tutt'altro. Ciò non sarebbe possibile e neppure auspicabile, ovviamente. Anche se i maggiori rischi di fraintendimento stanno sicuramente nell'adottare oggi una psichiatria "mind-less", per usare le espressioni ricordate da Ballerini e Rossi Monti (1992).

Ho avuto infine (ma in realtà al principio) un'esperienza, protratta per alcuni anni, di assidua ricerca sull'attività nervosa superiore in varie condizioni morbose. Benché abbia abbandonato abbastanza presto questo tipo di ricerca fisiopatologica, essa mi ha permesso di confrontarmi praticamente con metodologie di indagine, che aspiravano ad essere obiettive e rigorose, applicate ai malati di mente. Ma ciò che mi apparve poco convincente e alla fine insoddisfacente in quelle mie ricerche giovanili fu proprio la cattiva conoscenza clinica di colui che veniva indagato, lo scarto che passava da un lato fra la persona esaminata, la sua insufficiente definizione clinico-sintomatologica, e dall'altro l'applicazione di queste metodologie obiettive, che rilevavano poligraficamente una serie di risposte somatiche, vegetative e comportamentali a vari tipi e sequenze di stimolazioni sensoriali e verbali. Per interrogare adeguatamente il cervello, dobbiamo porgli delle domande che non nascono dal cervello stesso, ma da compor-

tamenti, situazioni e stati d'animo, inclusi quelli dell'esaminatore; e tutto questo richiede di essere pensato correttamente. Posso oggi solo dire che un fatto è certo: se avessi insistito e sviluppato questo tipo di ricerche, la mia stessa vita, la mia esistenza e anche il tipo di psichiatria che faccio sarebbero state molto diverse. Mi rendo anche conto che, precisando tutto questo, non ho comunque fornito alcun vero chiarimento sulla mia pratica effettiva con le psicosi.



La domanda radicale che Huber e Gross si pongono, «Che bisogno c'è di una psicopatologia?», non sarebbe stata possibile ancora negli anni 50 e all'inizio degli anni 60, all'epoca cioè nella quale terminavo i miei studi medici e specialistici. La psicopatologia godeva allora di buona salute e di grande rispetto e prestigio, soprattutto in ambito accademico. E ciò perché: 1° La *Psicopatologia generale* di Jaspers, settima edizione, era stata tradotta in lingua italiana da Romolo Priori nel 1955. Precedentemente, chi non leggeva il tedesco poteva studiarla nella traduzione in francese di J.-P. Sartre e P. Nizan. 2° La prima traduzione della terza edizione della *Psicopatologia clinica* di K. Schneider fu disponibile in italiano grazie all'ottima versione di Bruno Callieri nel 1950, che curò anche due successive e diverse edizioni della medesima opera. 3° Una *élite* di psichiatri si stava

appassionando alla psichiatria antropo-fenomenologica soprattutto di ispirazione binswangeriana, che proponeva una visione nuova dell'esperienza dei malati. 4° Gli *Études psychiatriques* di E. Ey, e il loro spirito di grande correlazione interdisciplinare, all'insegna dell'osservazione clinica, vennero completati anch'essi in quegli anni. 5° Le *Opere* di S. Freud non erano ancora tradotte nella nostra lingua, se non molto parzialmente. 6° Era in corso a quell'epoca lo studio clinico diretto di pazienti psicotici da parte di un ristretto numero di psicoanalisti, che contraddiceva l'assunto freudiano dell'inaccessibilità alla terapia psicoanalitica delle grandi psicosi endogene. 7° Stava sviluppandosi in quegli anni la psicofarmacologia e la terapia neurolettica e antidepressiva delle psicosi. 7° Infine, una vasta letteratura, soprattutto americana, mostrava l'ibridazione in atto tra psicoanalisi e psichiatria, di cui è testimonianza il voluminoso trattato di psichiatria curato da S. Arieti.

Tuttavia mi accorsi ben presto che anche allora – dobbiamo oggi riconoscerlo – le più alte espressioni del sapere psicopatologico giacevano inoperose nei libri, inclusi quelli psicoanalitici, di dubbia utilità se non veniva attivata l'esperienza psicoanalitica, o almeno qualcosa che le assomigliasse.

Mentre le pratiche reali della psichiatria dell'epoca, delle quali è difficile gloriarsi nella stragrande maggioranza dei casi, avvenivano all'insegna di un empirismo diagnostico e operativo in genere grossolano. La psicopatologia non serviva a migliorare le cose. Molti psichiatri estraevano sbrigativamente proprio dalla psicopatologia jaspersiana alcune parole d'ordine demoralizzanti e demotivanti, come l'essenziale *incomprensibilità* delle psicosi endogene e del loro fondamento primario, nonché la nozione di *processo*. La processualità "organica", non veramente dimostrata e conosciuta, era una vera credenza,

che rispondeva positivamente ai punti interrogativi che Schneider aveva posto nella sua tabella classificatoria delle malattie mentali: le psicosi endogene andavano considerate come vere malattie, anche se non ancora definite sul terreno somatologico, e non malattie "come se" o fenomeni solo apparentemente morbosi come tutto il resto.

L'enfasi su questi termini jaspersiani andava nella direzione di una facile e teoricamente accreditata giustificazione, o legittimazione, dell'atteggiamento di desistenza clinico-terapeutica verso gli psicotici, sino all'abbandono affettivo e al disinteresse per i ricoverati. Non insisterò nel descrivere dettagliatamente l'estensione e gli effetti nefasti di questo disinteresse pratico, giustificato con argomenti biologici e psicopatologici di principio. Tutto questo si intreccia con la storia delle istituzioni psichiatriche, certamente in Italia, ma anche nelle società civili europee ed extraeuropee.

Questo stato di cose ha contribuito sicuramente a gettare un discredito sulla psicopatologia e a giustificare i movimenti critici di rigetto di queste forme di sapere, soprattutto tra i giovani psichiatri, aprendo uno spazio di considerazione psicologica e sociale dei pazienti. Anche questo spazio ha mostrato tuttavia, nel corso degli anni, limiti e insufficienze d'ogni tipo. La considerazione della dimensione psico-sociale della psichiatria ha tuttavia modificato molte cose, almeno nel nostro paese e a giudizio di molti, senza comunque veramente risolvere il problema.

Ma non vorrei insistere su questo cattivo uso di Jaspers, che mi sembra soprattutto un interessantissimo fenomeno sociologico.

Se invece vogliamo, come è giusto, mettere l'accento sui meriti di K. Jaspers, si deve riconoscere alla sua *Psicopatologia generale* di aver sottolineato, con grande forza e con assoluta chiarezza, l'esigenza

di una sistematica e incessante riflessione sui linguaggi della psichiatria, sui suoi procedimenti logici e scientifici, sul significato delle partizioni sulle quali fonda il suo sapere. Se, sollecitato da Huber e Gross, che a Jaspers si riferiscono in maniera esplicita, dovessi dire ciò che per me è ancora vivo dell'opera psichiatrica jaspersiana, mi esprimerei tuttavia in termini più limitativi e al tempo stesso più generali rispetto a loro.

Condivido profondamente l'opinione di Huber e Gross che anche nelle psicosi esiste un'ampia possibilità di comprensione, che l'elemento biografico sia importante, assai più di quanto ammettessero la psicopatologia classica e anche l'antropologia fenomenologica.

Anch'io non penso a una eterogeneità insormontabile dello schizofrenico, anche se il comprenderlo veramente, partecipando radicalmente alla sua esperienza, può essere straordinariamente difficile.

Tuttavia metterei anche Jaspers fra i fautori di questa impostazione classica. Non valorizzerei allora tanto le sue proposte ordinatrici, non il formalismo astratto delle sue descrizioni, e neppure il suo modo di intendere la nozione di *Einfühlung*, che Jaspers derivò da Dilthey, con la connessa comprensione statica e genetica. Mi sembra – leggendo Huber e Gross – che essi vadano oltre Jaspers stesso, più di quanto ammettano e si avvicinino veramente ai loro pazienti, anche quando hanno di mira non la loro persona, ma proprio la loro malattia. Almeno: questa vicinanza mi sembra la scommessa dei loro sintomi basali.

Mi sia qui consentita una digressione a proposito della psicopatologia jaspersiana. Lungi dall'essere una categoria, una sorta di *a priori* dell'umano, l'*Einfühlung*, l'immedesimazione, l'entropatia, si rivela un momento problematico, soprattutto di fronte alla

difficoltà, all'urto contro l'ostacolo della non comprensione, che pure è un dato di fatto nell'esperienza con la psicosi. È proprio la "sfera di comunanza", il "ritrovamento dell'io nel tu", che per Dilthey stanno a fondamento dell'*Einfühlung*, che sembrano perduti o compromessi a un certo punto nella malattia mentale. Qui il comprendere e l'immedesimazione subiscono uno scacco, sul quale Jaspers ha a lungo ragionato. Dinanzi a quest'urto, al "muro" dell'incomprensibile, la consapevolezza del clinico dovrebbe prestare attenzione alle opzioni di fondo che si attivano nei suoi procedimenti. Occorrerebbe sapere dove, come e quando inizia ciò che ci appare come sintomo, come il sintomo viene differenziato da ciò che dobbiamo considerare esperienza ordinaria e pienamente comprensibile, date certe forme di vita in specifici contesti d'esistenza.

E poi: di cosa è sintomo il sintomo? Ricordo con fastidio certe pagine del saggio di Jaspers su van Gogh, quando il grande medico e filosofo cerca, arrancando sugli specchi, di correlare l'ultima, straordinaria fase della pittura dell'artista alla sua malattia, della quale sarebbe espressione, e quanto appaia invece più vicino all'artista e all'uomo il folle Artaud nella sua comprensione emotiva e identificativa con lui. Allo psichiatra è richiesta almeno un po' della follia di Artaud, che a van Gogh dedicò uno studio di sconvolgente acutezza, se vuole intendere qualcosa del dolore psichico e delle sue vicissitudini espressive e comportamentali.

Non sappiamo quanto Jaspers ascoltasse veramente i pazienti. Molti dei fenomeni che egli cita e descrive nella sua opera sono derivati da auto-descrizioni di folli-che-scrivono, anziché da contatti personali. E il teatro della scrittura non può essere certo assunto come l'espressione diretta di una manifestazione morbosa che ivi viene descritta e che viene

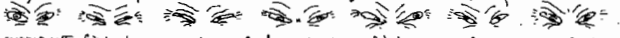
presa per buona e autoevidente. Anche gli elementi autobiografici ai quali la correliamo, sono comunque da interpretare. Alcuni folli "storici", i cui discorsi Jaspers utilizzò per le sue descrizioni, hanno suscitato del resto dibattiti diagnostici e contrasti interminabili fra gli psichiatri dell'epoca, dibattiti ora caduti nell'oblio.


Sarebbe troppo lungo analizzare il procedimento col quale Jaspers contrappone il comprendere allo spiegare, l'intuizione alla causalità. Tuttavia qualche accenno va fatto. Jaspers non vuole rinchiudere la malattia mentale in schemi esplicativi, e si sforza invece di prospettarla nel quadro complessivo dell'esistenza. Chi è capace di comprensione psicologica, è in grado di partecipare ai contenuti psichici, immagini, figure, simboli, ai fenomeni espressivi e vissuti nei quali tali contenuti si estrinsecano, alle relazioni genetiche fra questi fatti vissuti e ai loro documenti oggettivi. Tuttavia, a un certo punto, ci si può urtare nel muro dell'incomprensibile.

La risposta jaspersiana è: dove non vi è coscienza non c'è nulla da comprendere. Ma occorre anche qui compiere delle faticose distinzioni. È una caratteristica della coscienza guadagnare terreno, procedendo al di là dei suoi limiti. Da questo inconscio, inteso come "inosservato", ma suscettibile di essere rischiato dalla comprensione, va secondo Jaspers distinto l'inconscio extracosciente, che è non comprensibile in linea di principio. Di fronte ad esso la comprensione cede.

L'extracosciente è da Jaspers trattato in due differenti direzioni. Da un lato nel corpo e nei suoi meccanismi, che costituiscono un limite al comprendere della coscienza. Qui non c'è niente da rischiare, ma solo da indagare ad opera delle scienze empiriche. Dall'altro «l'incomprensibile sta nell'esistenza». Così dicendo, Jaspers intendeva, io credo, affer-

mare che dall'esistenza procede la possibilità di comprensione dell'uomo, ma l'esistenza come tale non può essere compresa. Essa è un fondamento inesplorabile, che sta all'origine della libertà dell'uomo.

«...proprieté à l'ensemble des expressions, il est évidemment une conséquence du premier. Mais pour lui donner l'éclaircissement d'un exemple nous tra-


 cions cette série de yeux qui, non seulement vient déjà pas mal par eux-mêmes, mais qui sont en outre l'indice infallible que les particuliers auxquels ils appartiennent vient à cœur joie; tout comme les suivants sont l'indice non moins infallible que les infortunés à qui ils appartiennent sont pour le quart d'heure aussi peu que possible en train de rire.»


Jaspers mette in guardia dall'idea che un allargamento della comprensione si possa ottenere, ipotizzando meccanismi psichici in azione, "come se" questi fossero coscienti. La comprensione "als ob" era per lui solo un'ipotesi. Per Jaspers, Freud era un campione di questo tipo di comprensione. «Freud si paragonava a un archeologo che da frammenti interpreta opere umane». «La grande differenza – commentava Jaspers – sta solo nel fatto che l'archeologo interpreta ciò che è stato, mentre nel "comprendere come se" è molto dubbia proprio la reale esistenza di ciò che è stato compreso». Resta il fatto che comprendere *come se* meccanismi extracoscienti fossero in azione, *come se* esistesse una volontà inconsapevole che agisce all'insaputa del soggetto, oppure prendendosi cura del non senso apparente di certe proposizioni e comportamenti, permette di configurare i fenomeni in quel mobile confine dove si decide il limite del nostro comprendere. Solo il protrato incontro e scambio tra persone permette di vedere il muro come una difesa, che si costruisce non solo da parte del paziente, ma anche e soprattutto da parte dell'osservatore.

La discussione che Jaspers fa nella sua psicopato-

logia sui limiti del comprendere consegna insomma allo psichiatra un problema centrale della psicopatologia. L'ammissione lucida dell'impotenza conoscitiva trasforma il riconoscimento dei limiti in forza etica del pensatore e conferisce potere a chi sa riconoscere la limitazione, rispetto a chi la nega, al punto che Jaspers dirà orgogliosamente, enunciando questa per lui costitutiva limitatezza: «La psicoanalisi è rimasta cieca dinanzi a tutti questi limiti. Essa voleva comprendere tutto». La nobile arbitrarietà di questo modo di procedere è a mio avviso evidente. Infatti niente può stabilire con sufficiente precisione i limiti tra comprensione, spiegazione e incomprensione. Ogni sguardo che si serve di mediazioni teoriche o di modelli è da lui guardato con diffidenza. È lo sguardo stesso che i massimi pensatori del nostro tempo avrebbero più acuto e profondo di altri. Di questa penetrazione, per Jaspers, erano capaci Kierkegaard e Nietzsche, ma non Freud e la psicoanalisi, che vennero visti da Jaspers come forme degradate e popolari di sapere psicologico, concezioni (metaforicamente parlando) a portata di tutte le borse, che avevano divulgato e degradato la comprensione dei grandi psicologi a formule e teorizzazioni banali. Jaspers rifiuta decisamente e con acredine l'attitudine interpretativa di Freud: egli voleva comprendere o capire tutto, senza rendersi conto che l'incomprensibile ci avvolge da ogni parte, nel nostro corpo e nella nostra esistenza.

Ciò non significa per Jaspers una rinuncia ad approfondire e rischiarare sempre più l'esperienza mediante la comprensione. Quando egli tratta, per esempio, delle forme fondamentali della comprensibilità, nascono pagine memorabili e a torto dimenticate dall'odierna psicopatologia, restando sempre sul terreno del linguaggio e di un autentico describe-

re, contro ogni ipotesi empirica e postulato scientifico, per restare aderente a tensioni spirituali che ciascuno può afferrare come tali dentro di sé.

L'esempio più significativo di questo modo rischiarante, che affida a una descrizione persuasiva e aperta una comprensione profonda e indomita, che evita di "spiegare", non è secondo me offerto tanto da Jaspers, quanto da un autore come Elias Canetti. Questi, in *Massa e potere* (1960) ci ha dato esempi importanti di autentica e profonda descrizione comprensiva, costruendo una acutissima psicopatologia *sui generis*, che si serve di una descrizione interpretante.

In Jaspers le polarità entro le quali viene colta la dialettica dei contrasti spirituali restano stranamente vuote di contenuti; quando afferma per esempio: «Sul piano fisiologico esistono la convulsione e il collasso e la salute, che non è mai né l'uno né l'altro; nell'animo esistono l'irrequietezza e la fiacchezza, la testardaggine e la mancanza di inibizione, e la volontà chiara e aperta che non cede a questi contrasti».

Questo genere di astrazioni rischia il vuoto e l'assolutizzazione di termini che hanno un senso preciso solo se concretamente determinati. Procedendo in questo modo, tali termini assomigliano pericolosamente a giudizi di valore, che chiudono senza possibilità di appello l'opportunità di interrogarsi ulteriormente sul senso, poniamo, della testardaggine. Essa è qualcosa di ultimo. Naturalmente può esservi anche il pericolo opposto: quello di far sparire completamente questi giudizi e unificare "testardi" e non testardi, in nome del fatto che esiste in tutti un fondo comune e inconscio, che è tale per ogni essere umano. Jaspers non corre questo rischio, perché per lui la comprensione urta contro "il carattere empirico congenito", e questo è "immodificabile e impenetrabile" come l'essenza del delirio. Così Jaspers può di-

re: «Gli uomini non sono nati uguali, ma virtuosi e volgari in diverse gradazioni e in diverse dimensioni». Mi sembra che affermare per principio queste differenze qualitative di fondo sia gratuito e preclusivo. Si scoraggia così una ricerca personale e individualizzata sulle origini complesse di queste differenze e si esclude la possibilità di penetrare a ritroso in una chiarificazione della genesi di questi orientamenti personali. Il "muro", anziché essere rilevato dal ricercatore al termine del suo lungo andare, viene in qualche modo eretto prematuramente da lui stesso. Ma così al viandante appare subito inutile mettersi in viaggio. Siamo inoltre certi che egli si mette dalla parte dei migliori.

Sta anche in questa impostazione il divorzio e l'attrito fra psicopatologia e psicoanalisi, che ha determinato reciproche incomprensioni e, nei casi migliori, la condizione di separati in casa.

Per la psicoanalisi, e a differenza di Jaspers, il muro e l'ostacolo alla comprensione sono qualcosa che non ha nulla a che vedere con un postulato filosofico – la contropartita morbosa della comprensibilità diltheyana – o con la trasformazione di una difficoltà conoscitiva in principio di incomprensibilità. Certo di fronte all'ostacolo ci si ferma, ma occorre interrogarsi su di esso: anziché valorizzarlo, intenderlo. Così facendo la psicoanalisi ha scoperto che un certo numero di ostacoli era costituito da resistenze del paziente, attive e inconsapevoli, verso chi cercava di penetrare pericolosamente nell'intimità personale. E poi verificava resistenze presenti nello stesso ricercatore, un suo accecamento di fronte a un limite non più ontologico, ma personale, che impediva di andare oltre. E quindi come opacità del paziente a se stesso, considerata come un processo specifico di limitazione dello sguardo consapevole, dalle molteplici fonti. E ancora come un alterazione del

gioco comunicativo, che poteva avere le sue origini in difetti e incapacità sia dell'emittente sia del ricevente il messaggio e a vari livelli dell'atto comunicativo. I motivi delle difficoltà sono molti.

Ma soprattutto si richiedeva un diverso impiego di energie da parte dello studioso: non bastava lo spazio-tempo della visita tradizionale, la finalizzazione diagnostica di qualche breve scambio, così come non si sarebbe mai scoperto nulla in archeologia senza lunghi e pazienti lavori di scavo. Solo così facendo, si poteva raggiungere quel limite, oltre il quale scavare non avrebbe più avuto senso, perché non c'era più nulla di significativo da trovare o perché si era giunti al fondo roccioso che costituisce un limite invalicabile. Proprio perché si è scavato, questo fondo roccioso non è più lo stesso limite al quale Jaspers si riferiva con la nozione di incomprendibilità. Egli vedeva subito questo ostacolo, gli sembrava immediatamente insensato scavare dove esistevano solo frammenti insignificanti o il fondo roccioso del corpo biologico, e preferiva assolutizzare questa difficoltà, piuttosto che praticarla.

Oggi gli psicoanalisti hanno imparato, dopo parecchi decenni di scavi, che non è né utile né opportuno soltanto scavare nelle psicosi. O perché il terreno non lo consente. O perché, anche senza scavare, il dissesto psicotico del terreno psichico permette un'archeologia di superficie; o soprattutto perché il terreno richiede argini e forme di contenimento, baluardi e sostegni, anziché trivellazioni e esplorazioni in una profondità che eventualmente deve prima essere prodotta, a partire da una frammentazione catastrofica, prima di diventare praticabile. La frammentazione può essere pensata in molti modi. C'è la frammentazione del vetro, anisotropo e senza struttura, senza senso, senza forma e senza "mondo". Ad essa corrisponde il terrore del *licenciado Vidriera*, del

racconto di Cervantes, che si sentiva di vetro e temeva di andare in frantumi. Oppure esiste la frammentazione dell'Io, inteso come un cristallo, che spezzandosi rivela le sue linee di sfaldatura, cioè una struttura precisa, come voleva e vedeva Freud.

Occorre prestare molta attenzione al momento in cui – come Gross e Huber affermano – la psicopatologia si compromette con la nosografia, con l'idea del morboso, come è richiesto al clinico. Si tratta di momenti che attivano scelte teoriche, opzioni di carattere fondazionale, che finiscono per avere importanti ricadute su tutto il modo di considerare la psicopatologia e la prassi clinico-terapeutica con il paziente (Civita, 1996).

Proprio al fine di mantenere aperta la comprensione, le cautele nosologiche, e antinosologiche, non sono mai troppe. Forti della lezione di K. Schneider, Huber e Gross ci ricordano che le psicosi endogene sono solo convenzioni diagnostiche provvisorie, che fenomeni considerati primari o patognomonicici non hanno poi tutta quella specificità che a loro tende ad attribuire l'istanza nosografica, e che una diagnosi intesa in senso stretto non è possibile. Mentre i segni della vulnerabilità si possono trovare in uno strato non apparente dello psiche-soma, in quel tratto ancora misterioso che li unisce.

Quando viene fatto al medico di evocare una processualità patologica, che induce ad attivare l'indagine sul cervello e fa spostare lo scenario osservativo dal dialogo clinico e dall'osservazione partecipe – con la sua aleatorietà, coi suoi momenti comprensivi-interpretativi, di intesa e di fraintendimento, di appaiamento, identificazione, eccetera – verso il modello di una malattia cerebrale, colta a un qualche livello del funzionamento cerebrale, noi compiamo un atto gravido di conseguenze cliniche. Esso è un atto dovuto, e tuttavia non mi so rassegnare e ritengo so-

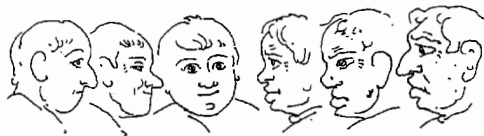
stanzialmente erroneo un atteggiamento che ragiona sul malato essenzialmente in termini neurodinamici, quasi-lesionali, di fronte alle sue manifestazioni psicopatologiche. O che si limita a finalizzare la sua esperienza con il paziente all'individuazione delle specificazioni del DSM.

Le ricerche di Huber e Gross hanno contribuito a far giustizia di molte idee preconcepite sul decorso della schizofrenia così come ci era stata indicata dalla tradizione di Kraepelin. Molte manifestazioni che erano state valorizzate da Bleuler e da Schneider come necessarie per la diagnosi si sono rivelate inadeguate: certi sintomi, che siamo abituati a considerare come l'espressione immobile di una processualità, sono in realtà caduchi e si trasformano con facilità in qualcosa d'altro, come sa bene chi tratta queste malattie con interventi relazionali o situazionali.

Torniamo dunque alla più profonda lezione di Jaspers, a quello che ancora positivamente ci insegna. Egli ci ha invitato a pensare profondamente a ciò che quotidianamente facciamo e a come lo pensiamo, al di là delle soluzioni e delle distinzioni che egli proponeva. A Jaspers dobbiamo la grande spinta di un tono intrepido nella percezione della serietà e complessità del compito conoscitivo in psichiatria e nella presa di distanza critica da un atteggiamento metodologicamente ignaro, poco consapevole dei suoi limiti, kraepelinianamente ipersicuro. Troppo preso dal problema *pratico* di fornire delle risposte concettuali e operative, troppo pronto a isolare sintomi, a ritagliare nel magma della sregolazione del pensiero, nel disordine delle passioni, delle figure caratteristiche e ricorrenti, da considerare malattie o quasi malattie.

Il maggiore significato della *Psicopatologia generale* mi sembra dunque consistere non tanto nelle sue proposte ordinatrici, nelle distinzioni fra com-

prendere e spiegare, nel suo stile descrittivo, nel suo comprendere che si imbatteva troppo facilmente nei limiti del comprendere, ecc., quanto nell'aver affermato la necessità per lo psicopatologo di un'apertura riflessiva e metodologica illimitata: l'accento va oggi posto a parere mio energicamente su questo significato *generale* della psicopatologia generale, che rappresenta secondo me il suo insegnamento più autentico. Un significato generale indubbiamente *problematico*, e che non chiamerò "perenne", per evitare un'enfasi che mi sembra contraddetta dall'oblio di queste istanze, che osserviamo in continuazione in noi stessi e certamente con maggiore facilità in tanti colleghi.



Il declino degli interrogativi psicopatologici di fondo, produce la domanda di Huber e Gross: abbiamo ancora bisogno di una psicopatologia e quale? Essa testimonia, per il fatto stesso di venire formulata, l'esistenza di un dubbio, avvalorato da un generale discredito, che arriva talora all'insofferenza, per una disciplina considerata, da parte di molti psichiatri, antiquata per motivi spesso contraddittori. Non è antiquato rispolverare Jaspers o lo stesso Freud, o addirittura Kraepelin, che a Freud era coetaneo?

Perché infatti mobilitare tanti discorsi, tante riflessioni, perché fare dei sottili distinguo, o appellar-

si a descrizioni spesso fumose di vissuti ineffabili, facendo riferimento a concezioni filosofiche talvolta oscure esse stesse e di applicazione essenzialmente libresca, se poi alla fin fine si devono comunque precisare etichette diagnostiche in base alle quali prescrivere un numero relativamente limitato di farmaci, ai quali si affida la maggiore parte dell'efficacia dell'atto clinico?

Perché studiare *Malinconia e mania* di Binswanger, se egli stesso consigliava di prescrivere imipramina al malinconico, senza inutilmente indugiare in un tentativo di dialogo che gli sembrava infruttuoso?

Nozioni come quelle di sintomo-base e di vulnerabilità ci avvicinano veramente al substrato nervoso della malattia mentale? Può darsi di sì, e se lo fanno, lo fanno in un modo che sembra nuovo. Ma ricordiamo che la vulnerabilità è un attributo generale dell'essere umano, incluso lo psichiatra. Essa per me riguarda certamente la qualità della stoffa più o meno resistente di cui ciascuno è fatto, ma include anche i contesti di vita; anche le istituzioni sociali sono un baluardo della nostra vulnerabilità, come pure la matrice della famiglia e i dispositivi sociali che presiedono alla nostra sicurezza, i fattori complessi che amministrano la distruttività dentro e fuori di noi. Tutto questo richiede di essere dettagliatamente pensato in correlazione e pone alla psicopatologia generale e alla clinica difficili compiti metodologici e rappresentativi.

Quando Freud confrontava le incertezze della psicoanalisi a quelle dello storico e dei suoi metodi conoscitivi, pote' dire: «Almeno lo psicoanalista vi parla di qualcosa in cui egli stesso ha avuto una funzione», alludendo alla partecipazione diretta alle vicende affettive del paziente, che manca allo storico che racconta fatti remoti. Vorrei tanto che si potesse estendere questa partecipazione anche allo psicopa-

tologo e al tipo di considerazione che egli fa sull'esistenza e le caratteristiche dei suoi pazienti.

Ma, per concludere: fingiamo per un momento che gli psicofarmaci di ampia efficacia a disposizione nella personale farmacopea dello psichiatra e appartenenti alle varie classi siano a un dipresso una quindicina. La combinatoria di queste quindici differenti molecole fa già una bella varietà: le loro combinazioni possibili sono infatti 32.767.

Se ammettiamo cioè la possibilità di prescrivere quindici diversi psicofarmaci ad uno stesso paziente – cosa che sarebbe del tutto facile attuare, fatte salve rarissime e ben note incompatibilità assolute tra molecole – abbiamo l'opportunità di scegliere tra poco meno di 32.767 combinazioni possibili. Questa gamma notevole di possibilità si arricchisce di sfumature, se teniamo conto della variabile introdotta dai diversi dosaggi.

Benché si tratti di numeri elevati, essi non sarebbero comunque commisurabili all'«immenso campo delle variazioni della vita psichica», né a quella ampiezza della vita (la *minkowskiana* «*ampleur de la vie*»), che sfugge alle etichette mediche.

Psicopatologi metodologicamente accorti come Kretschmer e K. Schneider hanno evitato di prospettare diagnosi in eccesso, che mimano soltanto diagnosi mediche. Come ricordano Huber e Gross, «gli sviluppi psicoreattivi, inclusi quelli nevrotici e di personalità, sono per loro essenza non strettamente separabili dalle reazioni psichiche normali e di personalità». La vera malattia mentale restringerebbe considerevolmente questa ampiezza, che non andrebbe considerata come scientificamente incomensurabile.

Ma ciò non può valere anche per i soggetti sani? Se pensiamo alle storie degli uomini, alle loro esistenze che si traducono in narrazioni o racconti, le

situazioni nodali di una narrazione si rivelano sottoposte a un numero sorprendente di limitazioni. Così, per esempio, sostiene Bremond (1966), quando considera le restrizioni logiche che limitano le possibilità narrative; o ancora prima W. Propp, che, analizzando le fiabe, individua in esse la combinatoria di un ristretto numero di funzioni (31, per l'esattezza).

Esisterebbe dunque un possibile compito dell'odierna psicopatologia di correlare sintomi e storie con azione psicofarmacologica, interrogando l'una serie con l'altra e viceversa? Penso che anche questa proposta sia possibile, e inviterei a non considerarla una provocazione troppo balzana.

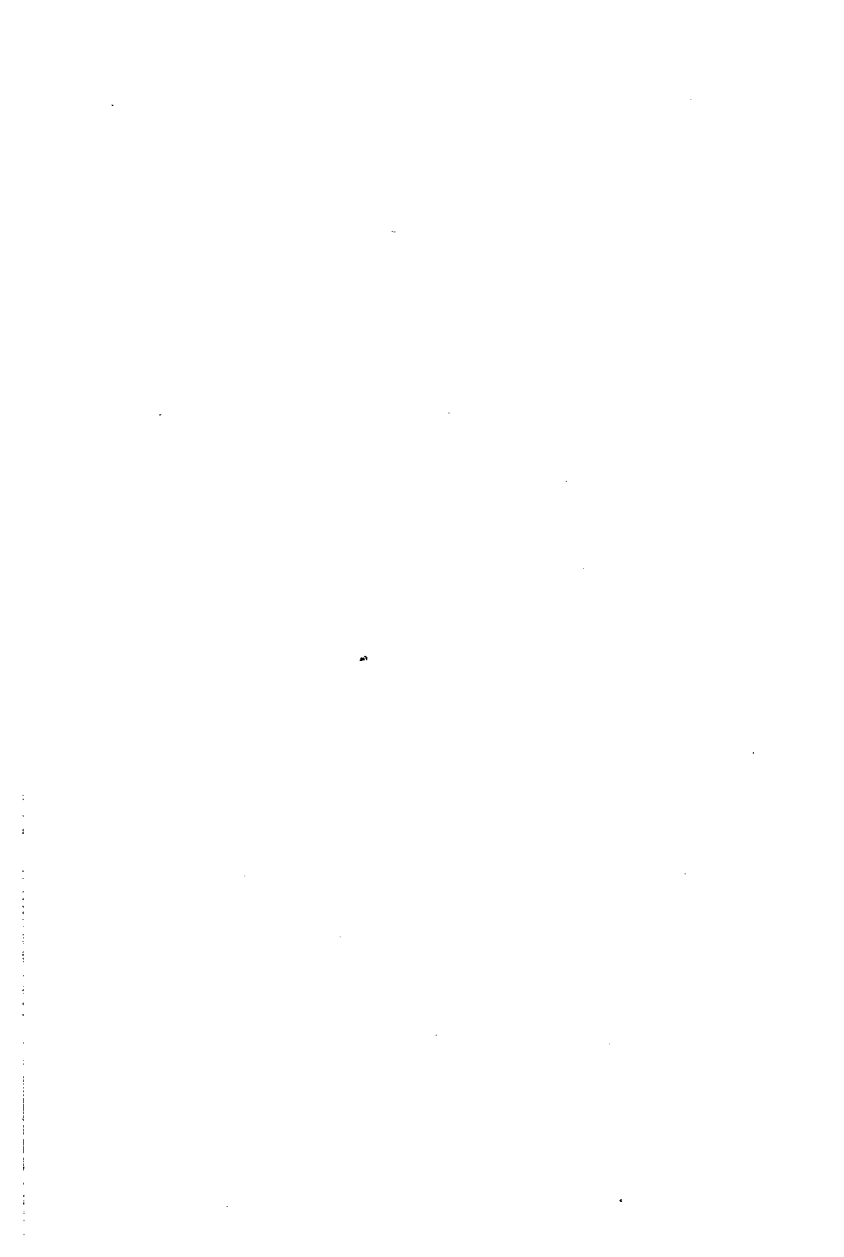
Parliamoci dunque, cerchiamo di capire cosa stiamo facendo, quanto problematico sia ancora il nostro sapere: quanto illimitate siano le nostre capacità di correlazione, e quanto limitata invece la nostra effettiva comprensione. Quanto grande lo scarto fra i linguaggi con cui parliamo del cervello e la gamma sconcertante delle forme di vita e dei modi con cui esperiamo l'esistenza. Lo psicopatologo consapevole sa di confrontarsi con tutto questo, e attiva perciò le sue massime cautele.

BIBLIOGRAFIA

(Si fornisce un elenco dei principali testi consultati, anche se non sempre espressamente citati nel corso di questo lavoro)

- ARTAUD, A., *Van Gogh il suicidato dalla società* (1947), Adelphi, Milano, 1988.
- BALLERINI, A., ROSSI MONTI, M., *Vulnerabilità e sintomi-base* (1992), in STANGHELLINI, G. (a cura di), cit.
- CIVITA, A., *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini, Milano, 1996.
- CIVITARESE, G., *L'autismo nella teoria e nella clinica dei disturbi schizofrenici, Tesi di dottorato di ricerca in psichiatria e scienze relazionali*, Università degli Studi di Pavia, 1994.

- , TAGLIAVINI, G., *Cronicità schizofrenica e sintomi di base: valore conoscitivo e applicabilità clinica della BSABS (Bonn Scale for Assessment of Basic Symptoms)*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXIX, IV, 1955.
- DE MARTIS, D., PETRELLA, F., *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi. Per un'epistemologia psichiatrica*, Lampugnani Nigri, Milano, 1972.
- GROSS, G., HUBER, G., *Do we still need psychopathology, and if so, which psychopathology?*, in «Neurology, Psychiatry and Brain Research», 194, 1993.
- HUBER, G., GROSS, G., *The relevance of psychopathology for psychiatry* (1995), dattiloscritto, relazione al congresso inaugurale della Società Italiana per la Psicopatologia su «Il senso della psicopatologia», Firenze, marzo 1996, in corso di pubblicazione.
- JASPERS, K., *Psicopatologia generale* (1959), Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- , *Van Gogh* (1922), in V. VAN GOGH, *Lettere a Theo*, Guanda, Milano, 1984.
- LASZLO, P., STANGHELLINI, G., *La vulnerabilità e il suo impatto sui servizi*, in *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica* (a cura di F. ASIOLI, A. BALLERINI, G. BERTI CERONI), Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- PETRELLA, F., *Nosologia e psicoanalisi*, in *Trattato di psicoanalisi* (a cura di A.A. SEMI), Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- , *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- PROPP, V. JA., *Morfologia della fiaba* (1928), Einaudi, Torino, 1966.
- SCHNEIDER, K., *Psicopatologia clinica* (1950), Sansoni, Firenze, 1954, 1967.
- STANGHELLINI, G. (a cura di), *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*, Idelson, Napoli, 1992.
- , STRIK, W.K. et al., *I sintomi-base della schizofrenia*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXIV, 1, 1990.



NOSOGRAFIA E PSICOPATOLOGIA: UN MATRIMONIO IMPOSSIBILE?

Mario Rossi Monti e Giovanni Stanghellini

1. Psicopatologia, semeiotica, nosologia e nosografia

Il termine psicopatologia ha ormai acquisito un ampio alone semantico tanto da venire spesso usato con differenti significati. In senso più generale con "psicopatologia" si indica la patologia psichica nel suo complesso ed il termine coincide quindi con l'oggetto della psichiatria. Frequentemente viene impiegato per fare riferimento ad una descrizione precisa e minuziosa dei sintomi psichiatrici ed in questa accezione la psicopatologia finisce per coincidere con la semeiotica psichiatrica. Negli Stati Uniti una tradizione che risale a James, Prince e Meyer ha scelto il termine psicopatologia per indicare «lo studio scientifico del comportamento anormale» (Klerman, 1986) stabilendo un parallelismo tra psicopatologia e psichiatria da un lato, e neuropatologia e neurologia dall'altro. In quel contesto di riferimento la psicopatologia ha conservato uno specifico interesse per la ricerca eziologica e contribuisce ad affrontare i problemi posti dalla diagnosi e dalla classificazione delle malattie mentali. Nell'Europa continentale invece, culla della tradizione psicopatologica jaspersiana, il termine designa la disciplina che isola i fenomeni mentali per poi «raggruppare i fenomeni correlati su una base puramente fenomenologica, usando solo quegli aspetti dei fenomeni che sono realmente esperiti come punti di differenza, ed escludendo ogni ulteriore nozione o teoria» (Jaspers, 1968). Gli elementi mediante i quali separare i diversi gruppi di fenomeni sono ricavati esclusivamente dalle autodescrizioni dei pazienti sulla base degli aspetti formali, vale a dire dei *modi* attraverso i quali le esperienze si presentano nel campo di coscienza.

Mentre la psicopatologia propriamente detta si occupa di *fenomeni*, la *semeiotica* prende in considerazione tali fenomeni in quanto

sintomi e cioè nel loro significato clinico, diagnostico ed eziologico, sullo sfondo di un modello interpretativo del "sintomo" e del disturbo psichico che mira ad individuare dati "oggettivi" e a ricondurli ad una specifica eziologia. In questo senso mentre la attenzione della semeiotica è centrata sul *morbus*, la psicopatologia si rivolge alla *persona* (Kraus, 1994).

La *nosologia* in senso lato si occupa della classificazione delle malattie. A differenza della nosografia che consiste nella descrizione delle singole malattie con finalità diagnostiche, la nosologia in senso stretto ha come oggetto la classificazione delle malattie in forme discrete e separate. Inoltre, mentre la nosografia traccia i confini delle sindromi in maniera provvisoria e convenzionale sulla base di una diagnosi empirica, la nosologia ha l'ambizione di individuare entità naturali. Nonostante che a tutt'oggi le classificazioni delle malattie mentali siano puramente nosografiche – vale a dire "convenzioni diagnostiche provvisorie" (Gross e Huber, 1993) – una tentazione nosologica sembra nascondersi dietro una nosografia di facciata, un po' come accade nel DSM-III considerato a ragione da Birley (1990) «un lupo essenzialista travestito da agnello nominalista». Tuttavia, in assenza di *markers* extra-clinici che permettano di individuare con certezza presunte discontinuità nosologiche, ogni nosografia non può che continuare a basarsi «su sindromi definite esclusivamente in termini psicopatologici» (Janzarik, 1976).

2. Una nosografia "illuminata" dalla psicopatologia

In molte occasioni, la psicopatologia si è dovuta, per così dire, sporcare le mani con la nosografia, abbandonando il suo terreno specifico e spostando l'attenzione dai *fenomeni* ai *sintomi* utili per una diagnosi differenziale. Ad esempio i disturbi primari descritti da Eugen Bleuler nella schizofrenia sono stati recentemente ripresi dal gruppo di Vienna che li ha operazionalizzati ad uso diagnostico inserendoli nell'ambito della "sindrome assiale endogenomorfa" (Berner *et al.*, 1983). Ma il punto di riferimento fondamentale nel travagliato rapporto tra psicopatologia e nosografia è certamente costituito dalla *Psicopatologia clinica* di Kurt Schneider (1971). La individuazione dei sintomi di primo rango ha infatti aperto la strada a strumenti diagno-

stici come il sistema PSE-Catego, centrato su sintomi *patognomonici*, come ad esempio la percezione delirante o le esperienze di passività, che hanno consentito una diagnosi differenziale tra le due maggiori psicosi. «La presenza di una percezione delirante – ha scritto Schneider (1974a) – esclude una esperienza reattiva ed indica sempre una vera psicosi che, in pratica, è una malattia schizofrenica». Ed ancora, sempre a proposito dei sintomi di primo rango: «se il sintomo è presente in una psicosi non-organica, allora noi chiameremo quella psicosi schizofrenia, in opposizione alla psicosi ciclotimica o alla psicosi reattiva nelle personalità abnormi. [...] A mio modo di vedere la presenza dei sintomi di primo rango significa sempre schizofrenia» (1974b). Il capitolo della *Psicopatologia Clinica* dedicato alla schizofrenia ed alla psicosi maniaco-depressiva sembra proprio costruito intorno alla ricerca pragmatica di sintomi *patognomonici* nell'ambito dei fenomeni produttivi.

Negli ultimi vent'anni l'impostazione schneideriana è entrata ampiamente in crisi. Molti studi hanno mostrato la inaffidabilità nosografica dei sintomi di primo rango (Mellor, 1970; 1982; Taylor e Abrams, 1973; 1975; Wing e Nixon, 1975; O'Grady, 1990) tanto che Berner e Kufferle (1982) hanno parlato di un vero e proprio «mito dei sintomi di primo rango» e Tölle (1980) ha addirittura accusato Schneider di essere stato un "grande semplificatore". I disturbi della coscienza dell'Io (*Ichstörungen*) – la diffusione del pensiero, il furto del pensiero, l'inserzione del pensiero e le esperienze di influenzamento – considerate dalla psicopatologia tedesca classica come «appartenenti al cuore delle manifestazioni schizofreniche» (M. Spitzer, 1988) e pietra angolare della diagnosi di schizofrenia (Bleuler, 1911; Schneider, 1971) sono andati incontro allo stesso destino. Non è stata messa in discussione solo la loro specificità diagnostica (Goodwin e Jamison, 1990; Goldman *et al.*, 1992; Rossi Monti e Stanghellini, 1993) ma anche la loro affidabilità epistemologica e solo pochi autori sono rimasti fedeli – seppure con argomentazioni anche molto diverse – alla tesi della specificità diagnostica dei sintomi di primo rango ed in particolare dei disturbi della coscienza dell'Io (Blankenburg, 1988; R. Spitzer *et al.*, 1993).

Se i sintomi di primo rango mancano di una loro specificità nosografica e nessun sintomo psicopatologico isolato consente di disci-

minare tra forme nosografiche attigue, che utilità hanno le osservazioni psicopatologiche? Cosa resta della psicopatologia se essa non assolve al compito di «tagliare la natura nei suoi punti di articolazione» (Wiggins e Schwartz, 1994)? La psicopatologia è destinata – come ha scritto ironicamente Janzarik (1976) – a rimanere una disciplina puramente teorica, «un futile passatempo privo di “rilevanza sociale”», senza alcuna applicazione clinica?

La psicopatologia non può essere tuttavia ridotta a semplice ancella della nosografia, dal momento che la sua “applicazione” nosografica costituisce *solo uno* dei versanti dell’impresa psicopatologica. Se il “rasoio psicopatologico” si è dimostrato spuntato in campo nosografico ciò non significa che si debba celebrare il funerale della psicopatologia.

Nelle intenzioni di Karl Jaspers, fondatore della psicopatologia generale, la psicopatologia promuoveva lo spostamento della attenzione dai sintomi del comportamento e della espressione ai sintomi dell’esperienza. *Oggetto* della psicopatologia sono gli eventi psichici reali e coscienti nella loro dimensione patologica, mentre il *campo* della psicopatologia è limitato a quelle esperienze che possono essere colte per mezzo di concetti invarianti e trasmissibili. Il *metodo* psicopatologico si fonda sulla comprensione fenomenologica intesa come riattualizzazione interiore delle esperienze del paziente in base alle sue auto-descrizioni ed è rivolto a cogliere ed individuare i fenomeni mentali soggettivi per ordinarli secondo categorie semantiche, nell’ambito di un progetto più ampio inteso a fare della psicopatologia il *linguaggio comune* della psichiatria. Nella analisi delle esperienze interne, il paradigma psicopatologico ha sottolineato la rilevanza degli aspetti formali piuttosto che di quelli tematici e contenutistici. «Per i fenomenologi – scrive Jaspers (1959) – le forme sono del più grande interesse, mentre i contenuti appaiono sempre casuali». Nell’opera di Jaspers il concetto di forma equivale a quello di canale di esperienza: la forma dell’esperienza – come anche nella teoria kantiana della conoscenza che ha profondamente influenzato la sistematizzazione jaspersiana (Walker, 1993a) – è il modo in cui il contenuto dell’esperienza si presenta al soggetto (pensieri, percezioni, idee, giudizi, sentimenti, impulsi, esperienza di sé), in altre parole la forma è «il modo in cui il contenuto si presenta alla conoscenza» (Walker,

1993b). Ad esempio, un contenuto di "gelosia" può presentarsi nella forma di uno stato emotivo, di un'idea prevalente oppure di una allucinazione. La analisi formale va comunque aldilà della semplice designazione del canale attraverso il quale il contenuto dell'esperienza si presenta, specificando sottocategorie all'interno della stessa categoria formale di esperienza. Ad esempio, all'interno della categoria "pensiero", si può distinguere dal punto di vista formale la sottocategoria "idea prevalente" da quella "idea ossessiva" o "idea delirante". Una tassonomia formale dei modi di esperienza tende a relegare sullo sfondo ogni preoccupazione nosografica.



3. Psicopatologia schneideriana e post-schneideriana

Gli studi di Kurt Schneider (1971) sulla percezione delirante si sono mossi nella tradizione di ricerca jaspersiana privilegiando la individuazione di un criterio puramente formale: «la diagnosi cerca il "come" (la forma) non il "cosa" (il tema o il contenuto) [...] Ogniquale volta ci si focalizzi sui contenuti, la possibilità di porre diagnosi arretra» (Schneider, 1956). Il modello schneideriano della doppia articolazione della autentica percezione delirante ha costituito la più alta espressione di questa aspirazione, identificando proprio nel secondo tratto della percezione delirante il criterio formale essenziale per la diagnosi. L'approfondimento della analisi psicopatologica formale è andato così di pari passo con l'ambizione nosografica e la psicopatologia clinica schneideriana, a differenza della psicopatologia generale jaspersiana, ha incarnato l'ambizioso progetto di una nosografia fondata sulla psicopatologia. Da questo punto di vista la nozione di percezione delirante resta un irrinunciabile punto di riferimento, una

sorta di pietra miliare, il perno intorno al quale ha ruotato la diagnosi di schizofrenia. Sebbene fin dagli anni '40 autori come Schmidt (1940) avessero avanzato seri dubbi sulla possibilità di risolvere il problema del delirio in base a criteri strettamente formali, ancora negli anni '70 Schneider e Huber, riproponendo il modello della percezione delirante come vera esperienza delirante, proclamavano che la schizofrenia è la malattia delirante per eccellenza. Quando Berner e Naske (1973) affermarono che la tesi della specifica struttura formale della percezione delirante descritta da Schneider che aveva «dato a generazioni di psichiatri la certezza di avere risolto il problema del delirio, almeno dal lato descrittivo» non poteva più essere accettata, le loro parole suonarono come un epitaffio per un'intera era della psicopatologia. I sintomi di primo rango avevano tuttavia permesso di gettare un ponte tra categorie psicopatologiche e categorie nosografiche ed avevano rappresentato il patrimonio che la psicopatologia aveva portato in dote per il suo matrimonio con la nosografia.



4. Dopo il divorzio: "scapoli" o "nostalgici"?

Da quando il matrimonio tra nosografia e psicopatologia è fallito, nell'ambito della comunità degli psicopatologi possono essere individuati due gruppi: il gruppo degli scapoli ed il gruppo dei nostalgici. Gli *scapoli*, liberi da ogni tentazione o nostalgia nosografica, hanno approfondito la analisi dei sintomi psicotici senza alcuna preoccupazione per il problema della specificità nosografica. Tra questi, Koehler ha proposto un ordinamento fenomenologico dei sintomi psicotici da un punto di vista puramente psicopatologico. La sua proposta (Koehler, 1976; 1979) ruota intorno a due punti essenziali: i)

attitudine descrittiva; ii) scetticismo nosologico. Per quanto riguarda il primo, Koehler pone attenzione alle reali esperienze psicotiche riorganizzandole secondo un modello descrittivo non dicotomico ma continuista e dinamico, considerando i tradizionali sintomi psicotici (schneideriani) come «punti arbitrari localizzati su un *continuum* clinico operativo» (1979). Per quanto riguarda il secondo punto, Koehler relega sullo sfondo il problema della applicazione nosologica del suo costrutto psicopatologico: «tali considerazioni operazionali – egli scrive (1976) – si possono dimostrare utili o meno nel distinguere tra differenti tipi di schizofrenici o meglio ancora tra schizofrenici ed altri tipi di pazienti». Il modello che distribuisce i sintomi psicotici lungo un *continuum* è stato in ampia misura confermato, da un punto di vista patogenetico, dalla teoria di Klosterkötter (1988; 1992) (*Bonn transition sequence study*) sulle sequenze di trasformazione dai sintomi base ai fenomeni finali psicotici, indipendentemente dal loro potere discriminativo nosografico.

Se gli *scapoli* hanno abbandonato ogni preoccupazione di carattere nosografico, i *nostalgici*, come “vestali”, hanno invece tenuto viva la memoria delle tradizionali distinzioni nosografiche. Bovet e Parnas (1993), nel contesto di una analisi fenomenologica sulla specificità dei deliri schizofrenici, affermano che «gli studi empirici che dimostrano la presenza di sintomi di primo rango della schizofrenia nel disturbo affettivo non sono probabilmente abbastanza sensibili alla complessità degli aspetti qualitativi dell'esperienza investigata». Questa presa di posizione rappresenta una sorta di *manifesto* degli amanti nostalgici: la speranza cioè che, affilando ulteriormente il filo del rasoio psicopatologico, sia possibile restaurare il potere discriminatorio perduto ed ottenere uno strumento idoneo ad una più efficace dissezione nosografica, uno strumento che assomigli più a un microtomo che non ad un coltello da cucina. L'analisi fenomenologico-psicopatologica della esperienza delirante compiuta da Kraus (1983), ad esempio, punta in questa direzione, raffinando e legittimando le tradizionali dicotomie nosografiche attraverso gli strumenti della analisi fenomenologico-psicopatologica. La distinzione tra deliri schizofrenici e deliri maniaco-depressivi viene stabilita sulla base di criteri *formali* e non contenutistici: mentre la certezza delirante del maniaco-depressivo – scrive Kraus – sarebbe formalmente caratterizzata

dalla "struttura dell'intolleranza dell'ambiguità", la certezza delirante degli schizofrenici avrebbe sempre "le caratteristiche della rivelazione". A differenza dei deliri schizofrenici che rappresenterebbero per il paziente l'acquisizione di una identità di ruolo completamente nuova (*delirio come rivelazione*), le idee deliroidi dei maniaco-depressivi non esprimerebbero tanto il raggiungimento di una nuova identità, quanto la conferma di una identità preesistente e stereotipata (*delirio come conferma*).

5. Psicopatologia generale e psicopatologia clinica: il ruolo degli organizzatori psicopatologici

Kurt Schneider nella prefazione alla quarta edizione della *Psicopatologia clinica* afferma che la psicopatologia mira a divenire «la dottrina psicopatologica dei sintomi e della diagnosi» poiché essa ha a che fare con "lo psichico abnorme alla ricerca di unità cliniche". I concetti psicopatologici devono essere usati soltanto come «boe galleggianti che servono come punti di riferimento per la navigazione clinica». Nonostante gli avvertimenti di Schneider, i sintomi di primo rango sono stati prevalentemente usati come criteri dicotomici. In questo modo la psicopatologia clinica rischia di rimanere schiacciata sotto il peso della griglia nosografica dominante e la ricerca psicopatologica nel suo complesso rischia di precipitare in una sorta di stato crepuscolare in cui tutta l'attenzione resta polarizzata solo su quei sintomi che si suppone siano dotati di un valore discriminatorio e diagnostico. Molte voci si sono levate a mettere in guardia da questi pericoli. Dall'ambito della ricerca eziologica, van Praag (1991) ha criticato la "nosological tunnel vision" dominante nella psichiatria biologica, difendendo invece appassionatamente un modello di "psicopatologia funzionale" volto alla ricerca di organizzatori concettuali di tipo differente. Blankenburg (1971) ha sottolineato come «la associazione troppo stretta tra psicopatologia e nosologia, che ha caratterizzato la tradizione psichiatrica da Kahlbaum a Kraepelin, non abbia sempre giocato a favore di queste due direzioni di ricerca». Non va dimenticato che il *corpus* di conoscenze della nosografia è fortemente dipendente dai costrutti teorici e dallo *Zeitgeist* e che le griglie nosografiche sono solo convenzioni storicamente determinate, tanto che nel corso del

XIX secolo molti sintomi isolati furono addirittura promossi al rango di entità nosografiche (Jaspers, 1959). In questo senso è necessario ripensare il ruolo della psicopatologia *generale* nel rapporto con la clinica psichiatrica, proprio per evitare di cadere nel letto di Procuste di una psicopatologia *clinica* compromessa con la nosografia.

In realtà sia la psicopatologia *generale* sia la psicopatologia *clinica* si collocano ad un livello intermedio tra la semeiotica e la nosografia. Tuttavia, mentre la psicopatologia clinica è essenzialmente volta alla identificazione di sintomi significativi indispensabili alle distinzioni nosografiche, il tentativo specifico della psicopatologia generale potrebbe essere concepito come la organizzazione delle esperienze interne attorno ad un nucleo di significato, indipendentemente dalla loro attribuzione nosografica. La psicopatologia generale dovrebbe quindi rimanere fedele alla originaria fondazione jaspersiana e mantenersi indipendente dalla eziologia e dalla nosologia. Da questo punto di vista una concezione della psicopatologia come *semplice cinghia di trasmissione tra la semeiotica e la nosografia* dovrebbe essere fortemente osteggiata.

Ad un primo livello, i concetti psicopatologici *descrivono* le esperienze interne, nel senso che essi sussumono particolari esperienze interne dello stesso tipo sotto titoli universali sulla base dell'aspetto formale di tali esperienze. Ad un secondo livello, i concetti psicopatologici *organizzano* differenti tipi di esperienze interne in complessi o costrutti teoretici secondo le loro strutture di significato. Questi organizzatori di significato – vale a dire organizzatori psicopatologici (Ballerini e Stanghellini, 1991; Stanghellini e Ballerini, 1992) – sono schemi sintetici di comprensione, che conferiscono una significatività unitaria a differenti declinazioni dei fenomeni patologici. Gli organizzatori psicopatologici possono avere o meno una ricaduta nosografica. Comunque non sono implicati nelle classificazioni categoriali delle entità di malattia, poiché il loro uso è rivolto alla ricerca di denominatori comuni nelle possibili trasformazioni del mondo dei pazienti psicotici.

La proposta di un approccio ai fenomeni psicopatologici non mirato a postulare entità nosografiche ma a costruire nuclei di comprensione trans-nosografica affonda le radici nella tradizione psicopatologico-fenomenologica europea, le cui fondamenta furono gettate dagli

studi di von Gebsattel, Straus e Minkowski. Nonostante questi autori abbiano lasciato in eredità un vero e proprio *thesaurus* di contributi monografici (Kretschmer, 1918; Minkowski, 1927; von Gebsattel, 1938; Straus, 1948; Blankenburg, 1971; Tellenbach, 1974), un lavoro di sistematizzazione e di armonizzazione tra i vari contesti di riferimento teorici non è stato ancora compiuto. Allo stato attuale gli organizzatori psicopatologici possono essere illustrati soltanto attraverso una tipologia non-sistematica, facendo ricorso a degli esempi.

Un primo esempio di ciò che intendiamo per organizzatori psicopatologici può essere tratto dal delirio di riferimento sensitivo di Kretschmer (1918), che si sviluppa a partire da un'esperienza di disfatta e di umiliazione. Kretschmer descrisse un particolare tipo di personalità vulnerabile, carica di sentimenti di insufficienza, ma piena di ambizioni e tenacia: un carattere astenico in cui la presenza di una spina stenica dava luogo alla configurazione della "personalità sensitiva". All'origine della sequenza di fenomeni che connettono l'imbarazzo, il rimorso, la paura di essere scoperti, con il delirio di riferimento e di persecuzione si rintraccia spesso un "pecca" di carattere sessuale. L'organizzatore psicopatologico di questo percorso che va dalla personalità vulnerabile, passando attraverso una esperienza chiave, fino alla sindrome delirante vera e propria è costituito dalla *vergogna* (Ballerini e Rossi Monti, 1990). La vergogna è un sentimento che ha due facce: da un lato il pudore, l'umiltà, la modestia, la timidezza, vale a dire le caratteristiche asteniche della personalità sensitiva; dall'altro, l'imbarazzo, l'umiliazione, l'onta, l'ignominia, vale a dire il nucleo del delirio di riferimento. Lo scatto gestaltico che ribalta la vergogna-pudore in vergogna-onta organizza la nostra comprensione di senso del passaggio dalla personalità vulnerabile ai franchi sintomi deliranti. Un nucleo delirante kretschmeriano può probabilmente essere rintracciato in gran parte delle sindromi deliranti, anche se a differenti livelli di trasparenza. Mentre nel delirio di riferimento sensitivo il nucleo kretschmeriano è evidente e scoperto, in molte altre esperienze di riferimento e persecuzione questo nucleo di significato e di comprensibilità può affiorare in maniera meno visibile o anche rimanere dissimulato, segreto o percepibile solo in filigrana, un po' come accade ad una pietra gettata nell'acqua che via via scompare alla vista.

Un altro esempio. Quando un paziente riferisce di non controllare i suoi muscoli e di essere influenzato da una forza esterna, ad un primo livello *descrittivo*, possiamo chiamare questo sintomo “esperienza di influenzamento somatico” distinguendolo, ad esempio, dalle cenestopatie e dai deliri somatici in senso stretto. Le cenestopatie infatti – dal punto di vista formale – sono dispercezioni corporee o allucinazioni correlate ad un disturbo dei sensi, mentre con il termine delirio somatico indichiamo il sussistere di particolari credenze circa la anatomia o la fisiologia del corpo, già strutturate in un sistema cognitivo pseudo-esplicativo. Ad un secondo livello *teoretico* (sintetico) è possibile riunire insieme il sintomo descritto come “esperienza di influenzamento somatico” con altre esperienze come “influenzamento dei pensieri o della volontà” in quanto accomunate dall’organizzatore psicopatologico della passività. L’organizzatore psicopatologico “transitivismo” o “perdita dei confini dell’Io” (M. Spitzer, 1988; Blankenburg, 1988; Rossi Monti e Stanghellini, 1993; Stanghellini e Rossi Monti, 1993) potrebbe inoltre includere anche eventuali e spesso trascurate esperienze di influenzamento attivo sulla realtà esterna.

Mentre gli organizzatori nosografici orientano la prognosi ed il trattamento, gli organizzatori psicopatologici mirano alla *comprensione* delle esperienze patologiche. Ciò nonostante, nella pratica, le prescrizioni farmacologiche sono più orientate dai complessi psicopatologici che non dalla diagnosi nosografica. Proprio perché si tratta di livelli di ricerca e di analisi indipendenti l’uno dall’altro, sebbene talvolta tangenziali, tentare di cortocircuitare i complessi di esperienze psicopatologiche sul terreno nosografico costituisce un grave errore. Da una operazione di questo tipo consegue inevitabilmente il rilievo della inaffidabilità dei costrutti psicopatologici sotto il profilo nosografico. Su questa base, attraverso un sillogismo che identifica il livello clinico con la applicazione di regole diagnostiche volte alla formulazione di una prognosi e di una terapia, si concluderebbe per la inutilità della psicopatologia dal punto di vista clinico. Alla luce del concetto di “organizzatore psicopatologico” gli studi di psicopatologia “nostalgica” acquistano invece un diverso valore: considerare infatti i lavori di autori come Kraus, Blankenburg o Bovet e Parnas solo sotto il profilo della loro affidabilità nosografica significa trascurare la portata di studi che hanno contribuito a delineare le caratteristiche es-

senziali del mondo psicotico. Allo stesso modo i sintomi primari della schizofrenia descritti da Bleuler non possono essere ridotti ad un semplice costrutto diagnostico (vale a dire, a sintomi utili per la diagnosi di schizofrenia), ma devono continuare ad essere considerati come parte essenziale di un costrutto psicopatologico (vale a dire, sintomi che indicano aree di vulnerabilità di base schizofrenica).

In conclusione, la ricerca psicopatologica – una volta ripristinata la distinzione tra psicopatologia generale e psicopatologia clinica – conserva il suo valore e la sua importanza proprio mantenendosi indipendente da ogni preoccupazione nosografica. La nozione di organizzatore psicopatologico – inteso come schema sintetico di comprensione, volto a connettere differenti esperienze patologiche in un nucleo unitario di significatività – acquista una sua autonomia rispetto a quella di organizzatore nosografico. In questo senso la psicopatologia come scienza continua ad essere non «solo un approccio legittimo alla psicopatologia, ma un elemento indispensabile per fare ordine nella conoscenza dei fenomeni» (Kuhn, 1991).

BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, A., ROSSI MONTI, M., *La vergogna e il delirio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- BALLERINI, A., STANGHELLINI, G., *Organizzatori nosografici e organizzatori psicopatologici*. in L. PETRANGELI e F. VANNOZZI, (a cura di), *Nosografia e transnosografia*, Tipografia senese, Siena, 1991.
- BERNER, P. et al., *Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychoses*, APA, Washington, 1983.
- , KUFFERLE, B., *British phenomenological and psychopathological concepts: a comparative review*, in «Br. J. Psychiat.», 140, 1982, pp. 558-565.
- , NASKE, R., *Wahn*, in CH. MUELLER, *Lexikon der Psychiatrie*, Springer, Heidelberg, 1973.
- BIRLEY, J.L.T., *DSM-III: from left to right or from right to left?* in «Br. J. Psychiat.», 157, 1990, pp. 116-118.
- BLANKENBURG, W., *Der Verlust der Natuerlichen Selbstverstaendlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien*, Enke, Stuttgart, 1971.
- , *Zur Psychopathologie des Ich-Erlebens Schizophrener*, in M. SPITZER, F.A. UEHLEIN e G. OEPEN (Eds.), *Psychopathology and Philosophy*, Springer, Berlin, 1988.
- BLEULER, E., *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Deuticke, Leipzig, 1911.

- BOVET, P., PARNAS, J., *Schizophrenic delusions: a phenomenological approach*, in «Schizophrenia Bulletin», 19, 1993, pp. 580-597.
- GEBSATTEL, V., von, *Die Welt der Zwangskranken*, in «Monatschr. Psychiat. Neurol.», 99, 1938, pp. 10-74.
- GOLDMAN, D., HIEN, DA., HAAS, GL. et al., *Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia*, in «Am. J. Psychiatry», 149, 1992, pp. 494-499.
- GOODWIN, F., JAMISON, KR., *Manic-depressive illness*, Oxford University Press, Oxford, 1990.
- GROSS, G., HUBER, G., *Do we still need psychopathology, and if so, which psychopathology?*, in «Neurology, Psychiatry and Brain Research», 1, 1993, pp. 194-200.
- JANZARIK, W., *Die Krise der Psychopathologie*, in «Nervenartz», 47, 1976, pp. 73-80.
- JASPERS, K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, 1959.
- , *The phenomenological approach in psychopathology*, in «Br. J. Psychiat.», 114, 1968, pp. 1313-1323.
- KLERMAN, G.L., *Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology*, in T. MILLON e G.L. KLERMAN (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology. Towards the DSM-IV*, Guilford Press, New York-London, 1986.
- KLOSTERKÖTTER, J., *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenia*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988.
- , *Cosa hanno a che fare i sintomi base con i sintomi schizofrenici?*, in G. STANGHELLINI (a cura di), *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992.
- KOEHLER, K., *Delusional perception and delusional notion linked to a perception*, in «Psychiatria clinica», 9, 1976, pp. 45-58.
- , *First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries*, in «Br. J. Psychiat.», 134, 1979, pp. 236-248.
- KRAUS, A., *Identity and psychosis of the manic-depressive*, in DE KONING e JENNER (Eds.), *Phenomenology and psychiatry*, Academic Press, London, 1982.
- , *Schizo-affective psychoses from a phenomenological-anthropological point of view*, in «Psychiatria clinica», 16, 1983, pp. 265-274.
- , *Phenomenological and criteriological diagnosis: different or complementary?*, in J. SADLER, O. WIGGINS e M. SCHWARTZ (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric classification*, The John Hopkins University Press, Baltimore-London, 1994.
- KRETSCHMER, E., *Der sensitive Beziehungswahn*, Springer, Berlin, 1918.
- KUHN, R., *Existence et psychiatrie*, in P. FEDIDA e G. SCHOTTE (Eds.), *Psychiatrie et existence*, Millon, Grenoble, 1991.
- MELLOR, CS., *First rank symptoms of schizophrenia*, in «Br. J. Psychiat.», 117, 1970, pp. 15-23.
- , *The present status of first-rank symptoms*, in «Br. J. Psychiat.», 140, 1982, pp. 423-424.
- MINKOWSKI, E., *La schizophrénie*, Desclée de Brouwer, Paris, 1927.
- O'GRADY, J.C., *The prevalence and diagnostic significance of Schneiderian First-Rank Symptoms in a random sample of acute psychiatric in-patients*, in «Br. J. Psychiat.», 156, 1990, pp. 496-500.
- ROSSI MONTI, M., STANGHELLINI, G., *Influencing and being influenced: the other side*

- of "bizarre delusions", in «Psychopathology», 26, 1993, pp. 159-164.
- SCHMIDT, G., *Der Wahn im deutschsprachigen Schrifttum der letzten 25 Jahre (1914-1939)*, in J. CUTTING e M. SHEPHERD (Eds.), *The clinical roots of schizophrenia concept*, Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
- SCHNEIDER, K., *Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie*, in «Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie», 24, 1956, pp. 1-7.
- , *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1971.
- , *The concept of delusion*, in S.R. HIRSCH e M. SHEPHERD (Eds.), *Themes and variations in European psychiatry*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974a.
- , *Primary and secondary symptoms in schizophrenia*, in S.R. HIRSCH e M. SHEPHERD (Eds.), *Themes and variations in European psychiatry*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974b.
- , HUBER, G., *Deliri*, in *Enciclopedia Medica*, USES, Firenze, 1975.
- SPITZER, M., *Ichstörungen: in search of a theory*, in M. SPITZER, F.A.UEHLEIN e G. OEOPEN (Eds.), *Psychopathology and Philosophy*, Springer, Berlin, 1988.
- SPITZER, R.L., FIRST, M.B., KENDLER, K.S. et al., *The reliability of three definitions of bizarre delusions*, in «Am. J. Psychiatry», 150, 1993, pp. 880-884.
- STANGHELLINI, G., BALLERINI, A., *Ossessione e rivelazione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- , ROSSI MONTI, M., *Influencing and being influenced: the other side of "bizarre delusions" 2. Clinical investigation*, in «Psychopathology», 26, 1993, pp. 165-169.
- STRAUS, E., *On obsession. A clinical and methodological study*, Nervous Mental Disease Monography, New York, 1948.
- TAYLOR, M.A., ABRAMS, R., *The phenomenology of mania*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 29, 1973, pp. 520-522.
- , ABRAMS, R., *Acute mania: clinical and genetic study of responders and non-responders to treatments*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 32, 1975, pp. 863-865.
- TELLENBACH, H., *Melancholie*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1974.
- TÖLLE, R., *Die Entwicklung der deutschen Psychiatrie im 20 Jahrhundert*, in U.H. PETERS (Ed.), *Psychologie des 20 Jahrhunderts*, Band 10, Kindler, Zürich, 1980.
- VAN PRAAG, H., *Systematization of psychopathology for biological research*, in G.B. CASSANO e H.S. AKISKAL (Eds.), *Serotonin-related psychiatric syndromes: clinical and therapeutic links*, Royal Society of Medicine Services, London, 1991.
- WALKER, C.H., *Karl Jaspers as a kantian psychopathologist, I. The philosophical origins of the concept of form and content*, in «History of Psychiatry», 4, 1993a, pp. 209-238.
- , *Karl Jaspers as a kantian psychopathologist, II. The concept of form and content in Jaspers' psychopathology*, in «History of Psychiatry», 4, 1993b, pp. 321-348.
- WIGGINS O., SCHWARTZ M., *The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification*, in J. SADLER, O. WIGGINS e M. SCHWARTZ (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric classification*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London, 1994.
- WING, J.K., NIXON, J., *Discriminating symptoms in schizophrenia*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 32, 1975, pp. 853-859.

MATERIALI

Werner Janzarik appartiene alla grande tradizione della Psicopatologia tedesca. Allievo di Kurt Schneider a Heidelberg ha occupato dal 1973 la cattedra di Psichiatria presso la Università di Heidelberg. Questo suo contributo che ci è sembrato utile proporre a distanza di venti anni dalla sua prima pubblicazione, ha per tema la crisi della Psicopatologia, o meglio, lo stato di crisi che la Psicopatologia viveva alla fine degli anni '70. Alcune delle considerazioni di Janzarik risentono infatti del clima culturale di quegli anni, legato alla larga diffusione in Europa della cosiddetta anti-psichiatria. Ma, al di là di questi aspetti temporalmente datati, il tema della crisi resta di grande attualità, tanto che nel 1993 Gisela Gross e Gerd Huber hanno pubblicato un lavoro dal titolo Abbiamo ancora bisogno della psicopatologia? E anche il congresso inaugurale della "Società Italiana per la Psicopatologia" è dedicato proprio al problema del Senso della Psicopatologia (Firenze, 23 marzo 1996). D'altronde, se è vero che il ruolo dello psicopatologo – come scriveva Janzarik – è quello di essere comunque un guastafeste (ad esempio rispetto alle nosografie attualmente imperanti) la sua stessa disciplina non potrà che essere perennemente in crisi.

LA CRISI DELLA PSICOPATOLOGIA*

Werner Janzarik

* Il testo è stato originariamente pubblicato nel 1976 col titolo *Die Krise der Psychopathologie* («Nervenartzt», 47, pp. 73-80), e, undici anni dopo, è entrato a far parte del volume *The clinical roots of schizophrenia concept* curato da J. Cutting e M. Shepherd (Cambridge University Press, 1987). La presente traduzione di Mario Rossi Monti e Giovanni Stanghelli segue il testo *The crisis of psychopathology* dell'edizione in lingua inglese.

Cinquant'anni fa Karl Buehler, uno psicologo piuttosto noto nella prima metà del secolo che, prima della emigrazione, insegnava a Vienna, scrisse un articolo sullo stato della psicologia, pubblicato in una raccolta di saggi dal titolo *Studi su Kant*. Dopo avere illustrato lo stato della disciplina nel 1890, in un'epoca dominata dall'associazionismo, Buehler descrisse il rapido sviluppo e le reciproche interazioni all'inizio del secolo di una ampia varietà di scuole di pensiero in psicologia. Il suo libro (*La crisi della psicologia*), in cui riprese il tema dell'articolo, è divenuto in seguito un classico.

Un contributo sullo stato attuale della psicopatologia nei paesi di lingua tedesca non può che evidenziare uno stato di crisi. La descrizione dello stato della psicopatologia contemporanea prende le mosse dalla rivoluzione che si è verificata nell'ambito delle scienze umane all'inizio del secolo e che ancora oggi influisce sul pensiero psichiatrico. In questo modo sarà possibile seguire i vari percorsi attraverso i quali la psicopatologia è arrivata al punto attuale e riflettere sulla sua crisi.

La psicopatologia tedesca si è sempre occupata dei fenomeni mentali patologici, costituendo così il fondamento della psichiatria clinica. Le sue origini risalgono alla *Psicopatologia generale* di Karl Jaspers,

pubblicata nel 1913, e nella quale sono evidenti le influenze della rivoluzione che si era verificata in psicologia, le influenze della filosofia ermeneutico-comprendensiva di Dilthey e della fenomenologia di Husserl. Con una scrupolosa attenzione al metodo Jaspers riuscì a classificare i reperti psicopatologici che fino ad allora erano stati esaminati solo dal punto di vista descrittivo. Attraverso questa impostazione gli fu possibile formulare concetti chiari e suggerire ulteriori indirizzi di ricerca in psichiatria. Oltre che riprendere la distinzione formulata da Dilthey tra "comprensione" e "spiegazione", Jaspers introdusse nei disturbi psichiatrici la distinzione tra "processo" e "sviluppo", una distinzione che ha avuto una profonda risonanza sia nell'ambito della psichiatria biologica, sia in ambito psicopatologico. Solo con Jaspers la psichiatria acquisì consapevolezza di un metodo.

La psicopatologia descrittiva come scienza, fondata da Jaspers ed ulteriormente elaborata dai suoi allievi nell'ambito della scuola di Heidelberg, ha dominato il pensiero psichiatrico in Germania per circa 40 anni. Quando Jaspers abbandonò la clinica psichiatrica per dedicarsi alla filosofia, lasciò ai suoi discepoli, in particolare a Kurt Schneider, il compito di applicare le sue idee alle psicosi endogene. Sebbene Kurt Schneider fosse poco convinto che la psicosi maniaco-depressiva e la *dementia praecox* fossero "malattie" piuttosto che semplici entità psicopatologiche, altri membri della Scuola di Heidelberg – in particolare Gruhle, Mayer-Gross, Wetzl – si dedicarono con maggiore entusiasmo a ricerche ad indirizzo organicistico orientate intorno all'idea di malattia mentale proposta in precedenza da Kraepelin. L'influenza della psicopatologia descrittiva jaspersiana può essere oggi rintracciata nei contributi di Weitbrecht, Glatzel (a Bonn) e in quelli del pediatra di Heidelberg; Eggers, Kranz, Pauleikoff e Huber, sot-

to la direzione di Kurt Schneider, hanno contribuito allo sviluppo di altri concetti jaspersiani.

Un'altro indirizzo di ricerca in psicopatologia è stato seguito da Kretschmer nei suoi studi sulle formazioni deliranti paranoidee in personalità asteniche, irritabili e sensitive. Kretschmer, seguendo gli insegnamenti di Gaupp, tentò di rendere comprensibile come alcuni stati deliranti – che chiamò “deliri di riferimento sensitivi” (*Sensitiver Beziehungswahn*) – potessero svilupparsi indipendentemente da un processo schizofrenico, attraverso una combinazione di personalità, ambiente e determinate esperienze chiave. Jaspers, che era stato membro della commissione che aveva discusso la tesi di dottorato di Kretschmer, sebbene riconoscesse l'alto livello dei suoi contributi, criticava il fatto che fosse stata ignorata la fondamentale distinzione tra sviluppo comprensibile e processo nelle psicosi. Paradossalmente, fu proprio questo aspetto dell'opera di Kretschmer che in seguito attrasse maggiormente l'attenzione. L'approccio kraepeliniano, che enfatizzava la natura endogena delle psicosi, fu largamente prevalente nella psichiatria tedesca fino agli anni '50; Kretschmer stesso acquisì fama internazionale con il suo lavoro sui tipi costituzionali e non tanto grazie ai suoi contributi di psicopatologia. Dopo la seconda guerra mondiale tuttavia il modello interpretativo proposto per il delirio di rapporto sensitivo fu maggiormente accettato dalla psichiatria tedesca. Anche gli psichiatri più conservatori erano disposti a considerare la possibilità di una componente ambientale nella eziologia e non solo nello scatenamento di una psicosi funzionale.

Un terzo indirizzo di ricerca è costituito dalla tardiva utilizzazione delle intuizioni psicoanalitiche freudiane nella comprensione delle psicosi. Grazie al successo della sua impostazione concettuale, la

Scuola di Psicopatologia di Heidelberg aveva inizialmente contribuito a tenere la psicoanalisi ai margini della psichiatria tedesca. Eugen Bleuler in Svizzera ed un gruppo di psichiatri di lingua tedesca emigrati all'estero (provenienti da Vienna e dall'Istituto di psicoanalisi di Berlino) tentarono una sintesi tra psichiatria clinica e psicoanalisi. Solo dopo la Seconda Guerra Mondiale queste idee, reintrodotte in Germania, influenzarono l'opera di molti psichiatri tedeschi determinando un ridimensionamento del ruolo fino a quel momento attribuito alla genetica ed ai fattori endogeni nello sviluppo delle psicosi e valorizzando invece il ruolo delle dinamiche familiari.

Un quarto indirizzo di ricerca in psicopatologia risente della influenza della antropologia. I contributi di Straus e von Gebattel, i due maggiori autori che si sono dedicati a questo tipo di approccio, sulla psicopatologia della depressione, delle compulsioni e delle perversioni sessuali prendono le mosse dalle considerazioni di Scheler sull'esperienza individuale della vita come un tutto. Più recentemente Zutt ha proposto l'idea di una "analisi antropologica" dei disturbi mentali.

Un ulteriore indirizzo si fonda sui contributi dell'esistenzialismo, ed in particolare delle idee di Heidegger espresse in *Essere e Tempo* (*Sein und Zeit*). Ludwig Binswanger è stato l'esponente di punta di quella corrente che ha preso il nome di "analisi esistenziale". L'intento della analisi esistenziale era guadagnare una nuova via di accesso al mondo del paziente, non più visto come entità isolata quanto piuttosto come parte di un certo tipo di esistenza, comprensibile in base alla storia individuale e alle relazioni interpersonali. Queste idee ebbero grande fortuna in Germania negli anni '50 e '60: Zutt e Kulenkampf a Francoforte, von Baeyer, successore di Kurt Schneider, a Heidelberg, le sostennero con entusia-

smo, promuovendo l'idea della psicosi schizofrenica come "crisi anormale" nella vita di un individuo.

Nei primi anni '60 a Francoforte e Heidelberg si sviluppò un'altra tendenza fondata sul tentativo di incorporare nel contesto di riferimento della psicopatologia ciò che si sapeva circa le origini sociali della psicosi. Le radici di questo orientamento erano già presenti nella psichiatria tedesca, nelle idee di Kretschmer, ma erano in qualche modo aliene alla tradizione ed il nuovo approccio risentì dell'influenza della psichiatria britannica. Secondo me lo sviluppo di una teoria di psichiatria sociale che spieghi il concetto di psicosi e la sua evoluzione storica è uno dei compiti più pressanti della psicopatologia del giorno d'oggi.

Per quanto riguarda la psicologia, la più potente influenza sulla psicopatologia è venuta dalla psicologia della *Gestalt*, con il concetto centrale che la somma delle parti componenti l'esperienza percettiva è sempre meno del tutto, vale a dire della *Gestalt*. Sebbene questa scuola si fosse sviluppata tra le due guerre mondiali, con Wertheimer, Koehler e Koffka, l'applicazione delle idee della *Gestalt* allo studio dei fenomeni anormali ha avuto luogo solo dopo la Seconda Guerra Mondiale. Welleck in Germania ha studiato la personalità e i disturbi emotivi; Conrad si è occupato delle conseguenze dei danni cerebrali e della natura della schizofrenia. Secondo Conrad, afasia e schizofrenia sarebbero entrambe causate dalla disintegrazione di una *Gestalt*; nella prima condizione sarebbe il linguaggio a soffrirne, nella seconda, l'unità percettiva. Matussek ha, in anni recenti, utilizzato l'analisi della *Gestalt* di Conrad per spiegare come certi fenomeni schizofrenici, fino ad allora considerati come credenze anormali, siano in realtà anomalie percettive.

Se si tiene conto del fatto che le idee impiegano

un certo tempo per entrare a far parte di una teoria psichiatrica, allo stato attuale è difficile prevedere quali tendenze contemporanee possano esercitare una influenza sulla futura ricerca psicopatologica. La pratica psichiatrica attuale consiste in una combinazione di farmacoterapia e psicologia sociale su base psicoanalitica. La applicazione occasionale della teoria dei ruoli sociali ai problemi incontrati in psicopatologia, per esempio alla analisi dell'ambiente familiare degli schizofrenici, non determina la costituzione di una psicopatologia fondata sulla sociologia o di una psicologia sociale. Allo stesso modo, lo strutturalismo applicato alla linguistica e alla etnologia, sebbene impiegato da Peters nel trattamento di alcuni disturbi psicopatologici, non ha prodotto niente che possa essere chiamato psicopatologia strutturalistica.

La rinascita del marxismo come metodo scientifico può essere vista come qualcosa che promuove una critica della pratica psichiatrica convenzionale, ma non della psicopatologia stessa. Fino ad ora solo gli incantesimi rituali del primo e secondo sistema di segnalazione di Pavlov sono stati considerati come elementi specifici della psichiatria marxista. Nonostante il trattamento psichiatrico sociale della popolazione in strutture ben organizzate per pazienti esterni, la psichiatria ufficiale degli stati socialisti ha mantenuto, nel suo approccio teorico, una impronta conservatrice kraepeliniana, tanto che i giovani psichiatri progressisti occidentali non esiterebbero a liquidarla come reazionaria, capitalistica e repressiva. Non esiste per il momento nessuna psicopatologia marxista, forse perché un metodo che è stato creato per specifiche condizioni economiche non può tenere presenti le esigenze del soggetto.

La crisi attuale è stata alimentata dal cosiddetto movimento anti-psichiatrico, sostenuto dalle idee di Basaglia, Cooper, Laing, Szász e Foudraine. Nelle sue

implicazioni pratiche l'antipsichiatria deve molto al modello della comunità terapeutica elaborato da Maxwell Jones in Inghilterra. Le sue origini teoriche possono essere rintracciate nelle ricerche sulle famiglie degli schizofrenici in Nord America. Szasz stigmatizzò il concetto di malattia mentale considerandolo un mito costruito allo scopo di escludere i soggetti che non potevano adattarsi alle discutibili norme di una società alienata. In Francia, Inghilterra, e in Nord America queste idee sono in declino. In Francia si è formato un movimento anti-anti-psichiatrico. In Germania invece queste idee sono ancora attuali. Si veda per esempio questo commento sulla recente copertura della cattedra vacante di psichiatria ad Heidelberg: «*la psichiatria di Heidelberg aveva un forte bisogno di trovare il modo di liberarsi infine del suo inglorioso passato di terreno di coltura della psicopatologia*»

A fronte di tutta la irritazione causata dai molti anti-psichiatri nella loro arroganza *naïve*, lo psicopatologo non è privo di una qualche comprensione nel notare la determinazione con la quale il concetto di malattia biologica del XIX secolo è stato rimesso in discussione nel caso delle psicosi endogene.

Accanto a queste influenze filosofiche, psicologiche e sociologiche dobbiamo anche considerare il rapporto esistente tra psicopatologia e scienze biologiche. È stato l'avvento di trattamenti biologici efficaci che ha costretto gli psichiatri a valutare e misurare i vari aspetti della loro pratica clinica. Il campo della psichiatria ne è stato toccato in due modi. Alcuni psichiatri, in particolare Heimann a Tübingen e Wieck a Erlangen, hanno cercato di correlare i tradizionali rilievi psicopatologici con i *markers* biologici, realizzando quella che Wieck ha chiamato "psicopatometria". Altri, in particolare Helmchen e Hippus, hanno messo a confronto criteri psicopato-

logici empirici con criteri clinici o con criteri basati sull'efficacia di un particolare agente terapeutico. Da quanto detto potrebbe sembrare che la psicopatologia abbia assunto una posizione sempre più subordinata all'approccio biologico e che la psicologia attuale corra il rischio di essere dominata, come nel tardo '800, da una versione neuropsicologica dell'associazionismo. A mio parere tuttavia è improbabile che ciò si verifichi a causa della reale natura del soggetto di indagine. È necessario riconoscere le dimensioni esistenziali e sociali dell'esistenza e tenere in conto che la esperienza psicotica non può essere quantificata in modo affidabile.

Sempre nell'ambito delle scienze biologiche una ulteriore influenza è stata esercitata dalla ricerca comportamentale comparata. Bilz ha sottolineato il rilievo di questi risultati per gli psicopatologi e Ploog ha tentato di confermare sperimentalmente l'idea che stati affettivi abnormi, psicosi e malattie degenerative possano liberare forme innate di comportamento. Queste nozioni sono reminiscenze dei livelli di dissoluzione di Hughlings Jackson che hanno periodicamente influenzato il lavoro dei più importanti psichiatri tedeschi, incluso Kraepelin.

Queste sono le principali direzioni in cui si è sviluppata la psicopatologia tedesca. Probabilmente questa selezione di indirizzi è stata influenzata da pregiudizi personali ed ogni tendenza è stata solo succintamente illustrata. Qual'è lo stato attuale della disciplina e di che natura è la crisi che la attraversa? Quando nel 1926 Buehler parlava di una crisi della psicologia, non si trattava – a suo parere – di una crisi di decadimento e di declino ma piuttosto di una crisi di crescita sostenuta da una moltitudine di nuove idee e metodi. Una revisione di tutte le tendenze moderne della ricerca e della pratica psichiatrica potrebbe arrivare alla stessa conclusione. Ma qui non

stiamo discutendo della psichiatria come tale, quanto piuttosto delle difficoltà di una disciplina specialistica che sta cercando di sviluppare una sua propria metodologia. La crisi della psicopatologia così definita è – almeno a prima vista – di una sconcertante banalità. È una crisi di indifferenza, di rassegnazione e di incertezza, in un'area della ricerca che corre il rischio di scivolare in una "terra di nessuno" scientifica a causa del fatto che i suoi principali risultati non possono essere espressi in grafici o nel linguaggio dei computer.

Anche in passato si erano verificate situazioni critiche. Intorno al 1933 l'ideologia politica e la violenza avevano fatto irruzione nella vita universitaria paralizzando l'attività accademica. All'incirca nella stessa epoca erano apparse in psichiatria le prime terapie biologiche efficaci, nonostante fosse oscura la loro modalità di azione. L'attività scientifica quindi si era ritirata nel settore terapeutico ed era diventato impossibile giustificare l'esistenza di una disciplina considerata inutile dallo spirito anti-umano del tempo. La fioritura della psicopatologia tedesca dopo la Seconda Guerra Mondiale può essere vista come una reazione al declino indotto dall'indottrinamento politico e come una tendenza pragmatica orientata verso la terapia. Non dovrebbe naturalmente essere trascurato il fatto che dalla nascita della psichiatria clinica all'inizio del XIX secolo le maggiori innovazioni hanno tratto incentivo dalla pratica terapeutica e dalle fondamentali trasformazioni avvenute nella gestione dei pazienti psichiatrici. Una volta esauritamente discussi i risultati empirici dei nuovi trattamenti farmacologici, ci si sarebbe potuta aspettare una rinascita di interesse verso la psicopatologia, che era stata nel frattempo relegata ai margini della psichiatria. Ma ciò non è accaduto e la mancanza di interesse si è semmai accentuata. La psicopatologia è

divenuta un futile passatempo senza "rilevanza sociale", per usare una frase corrente.

La causa di questo declino è più profonda del semplice trionfo dell'empirismo terapeutico sull'esame e sulla interpretazione della natura dei disturbi mentali. La psichiatria di oggi si trova alla merce' di forze create dalla ristrutturazione di una società industriale che è arrivata ai limiti della sua espansione demografica e tecnica. Superficialmente la crisi della psicopatologia può apparire poco importante. Al di là della superficie tuttavia, e in un modo non osservato in altre discipline mediche, la psichiatria non riconosce la sua dipendenza dai cambiamenti sociali e la conseguente necessità di un fondamentale riorientamento del suo ruolo e dei suoi valori. Kisker, ad esempio, pensa che il problema degli psichiatri sia quello di decidere se rassegnarsi al ruolo di custodi di psicotici istituzionalizzati oppure diventare psichiatri della società. Il suo suggerimento è che non dovremmo mescolare la politica con la psichiatria quanto piuttosto fare politica in favore della nostra disciplina.

Se questa prognosi è esatta allora allo psichiatra non si dovrebbe chiedere se il suo ruolo politico gli piace o no. Egli lo dovrà accettare come un dato di fatto. Se lo accetta, opererà come psichiatra sociale utilizzando quei segni dei tempi che sono favorevoli alla sua causa e impegnandosi in politica a favore della psichiatria. Se invece troverà le implicazioni politiche della organizzazione sociale inaccettabili, allora dovrà accontentarsi del ruolo limitato di psichiatra clinico. Forse in una futura "psichiatria universale" sarà anche sorpreso dal vedere quanto ci si aspetta dal suo ruolo medico vecchia maniera, passato di moda, malgrado la sua preoccupazione per le norme sociali e nonostante il valore criminale che sarà attribuito a certe deviazioni individuali anche

nei paesi non-socialisti. Come psicopatologo egli dovrà avere il coraggio di essere un guastafeste che rifiuta di accettare la limitazione della psichiatria al suo ruolo terapeutico. Se non desidera restringere l'ambito dei suoi interessi e della sua ricerca, rispetto alla psichiatria nel suo complesso dovrà essere un pluralista. Il suo specifico interesse per i fenomeni patologici e per le esperienze saranno considerati troppo poco pratici e socialmente irrilevanti e lo psicopatologo si troverà così in contrasto con lo spirito del tempo, susciterà ostilità intorno a sé e sarà tentato di arrendersi o di rifugiarsi in una attività più "utile" o almeno socialmente accettabile.

Da quando la psicologia e la sociologia sono diventate troppo aride e fragili a causa del loro asservimento alla statistica, i giovani si volgono alla pratica della psichiatria sociale come mezzo terapeutico. Per questa nuova generazione la parola pluralismo, anche nella scienza, è priva di significato, poiché non ha fatto esperienza della monotonia di pensiero imposto sotto il terrore di gruppo della Comunità Nazionale dei Paesi Socialisti, né della liberazione da questa. È una generazione a cui in ultima analisi non può essere negato il diritto di disprezzare la debole contemplazione delle proprie attività e delle loro conseguenze e che non ha ancora scoperto il significato della indagine storica. È proprio a questa generazione che gli sforzi della psicopatologia appaiono disperatamente antiquati. Chiunque abbia paura di essere poco in sintonia con la nuova generazione e di essere lasciato indietro come un *out-sider* passato di moda non dovrebbe dedicarsi alla ricerca psicopatologica.

Potrebbe sembrare un inutile esercizio cercare un modo di risolvere la crisi della psicopatologia. Non è possibile arrestare le ondate che scandiscono la storia della scienza. Si può solo stare a guardare,

tentare con un po' di esperienza di prevedere le fluttuazioni ed evitare di essere trascinati via. Una scienza deve essere libera di fare ipotesi, verificarle e falsificarle e di riflettere sulle sue radici storiche. Le psicosi endogene continueranno a costituire un problema teorico centrale per tutte le visioni futuristiche della psichiatria come scienza socio-psicologica della organizzazione e della "sociatria" che ne consegue. Non è un caso che la psichiatria popolare oggi si preoccupi quasi esclusivamente della schizofrenia, che dopo tutto costituisce solo una parte delle psicosi endogene e certamente solo una frazione del materiale clinico della psichiatria. Tuttavia i sostenitori di questo tipo di psichiatria pensano di abbracciare la totalità del soggetto nelle loro polemiche critiche. Ironicamente così dimenticano che la schizofrenia e le altre psicosi endogene sono solo convenzioni psicopatologiche. Possono anche avere successo nei loro sforzi terapeutici entro questo quadro di riferimento ma non possono affermare di avere lo *status* di scienziato senza sapere nulla delle origini e del metodo della psicopatologia.

Lo psichiatra non dovrebbe lasciarsi confinare nel ruolo attribuitogli dalle tendenze sociali dominanti né in qualche aspetto di moda della sua materia di studio; dovrebbe essergli permesso esercitare il pluralismo della sua scienza. Dovrebbe essergli data l'occasione di svolgere la sua attività terapeutica e di essere perdonato quando al suo lavoro è acriticamente accordato il favore popolare. Ma come psicopatologo dovrebbe anche essergli garantita la libertà di riflettere sulla propria pratica e sull'oggetto della propria attività e di inseguire la comprensione nell'oscurità dell'esperienza psichiatrica.

FASCICOLI PUBBLICATI

fascicolo 1

COMPOSIZIONI E SCOMPOSIZIONI

saggi di: S. Vitale, M. Trevi, C. Sini, A. Ballerini e M. Rossi-Monti, M. Bianca, R. Bodei, F. Petrella, P. Fianza, A. Barchiesi

fascicolo 2

LEGAMI DELLA COSCIENZA

saggi di: P. F. Pieri, S. Moravia, M. I. Marozza, S. Vitale, A. M. Iacono, E. V. Trapanese, G. Concato, A. Ruberto, P. Fianza, L. Preta

fascicolo 3

CONOSCENZA E DELIRIO

saggi di: C. Sini, C. Tullio-Altan, S. Vitale, M. Rossi-Monti, M. Ferrara, G. Trippi, G. Maffei, S. Natoli

fascicolo 4

PERCEZIONE E CONOSCENZA

saggi di: P. F. Pieri, S. Vitale, M. A. Iacono, L. Pizzo Russo, R. Luccio, S. Tognozzi, P. Farneti, G. Concato, P. Barone, L. Aversa, P. Galli, M. Bianca

fascicolo 5

NARRAZIONE E CONOSCENZA

saggi di: C. Sini, G. Trippi, M. Lavagetto, B. Ferraro, R. Rella, M. C. Ugolini, S. Fissi, G. Stanghellini
B. Caporali intervista H.-G. Gadamer

fascicolo 6

PSICOTERAPIE E VISIONI DEL MONDO

saggi di: M. Trevi, U. Galimberti, M. Francioni, E. Borgna, C. Sini, P. A. Rovatti, U. Soncini, M. La Forgia, G. Concato, P. F. Pieri, S. Vitale

fascicolo 7

SOGLIE DELL'ALTERITÀ

saggi di: S. Tagliagambe, D. Napolitani, F. Desideri, A. Fabris, S. Vitale, M. I. Marozza, S. Candreva, M. Rosso, R. Genovese, B. Caporali, E. Pizzichetti, M. Piazza, F. Rella

fascicolo 8

I MODI DELLA CURA

saggi di: C. Sini, M. Trevi, G. Jervis, P. F. Pieri, A. A. Semi, C. Maffei, A. Vaccaro, G. Maffei, B. Callieri, V. Marzi, S. Manghi, A. Pagnini, L. Lentini

fascicolo 9

IL SÉ. PRIMA PARTE: DEFINIZIONI E COSTRUZIONI

saggi di: C. Sini, M. Ruggenini, F. Desideri, M. Ammaniti (intervista a cura di F. Cesaroni), G. Sassanelli, G. Trippi, G. G. Rovera, A. Clivio, G. O. Longo, M. Piazza, P. F. Pieri e D.C. Dennett

fascicolo 10

**IL LASCITO DI FEYERABEND. COMMENTARIO ITALIANO
A CURA DI P.F. PIERI**

saggi di: P.K. Feyerabend, Paolo Rossi, C. Sini, S. Tagliagambe, E. Bellone, L. Lentini, A. Pagnini, L. Handjaras

fascicolo 11

VOCI DEL SÉ: COSCIENZA - AUTOCOSCIENZA - IDENTITÀ

saggi di: F. Corrao, V. Vitiello, G. Jervis, I. Valent, P. F. Pieri, F. Desideri, S. Fissi, A. Fabris, M. Toselli - P. Molina, S. Piro

fascicolo 12

REALTÀ E IMMAGINAZIONE

saggi di: C. Sini, S. Tagliagambe, P. Aite, M. I. Marozza, S. Fissi, L. Lentini, F. Desideri, F. Barison, G. Campioni
epistolario: F. Nietzsche/ M. Maier fascicolo 12

fascicolo 13

ANCORA LA PSICOPATOLOGIA ?

saggi di: A. Ballerini e A. Ballerini, G. Benedetti, E. Borgna, B. Callieri, G. Calvi e L. Calvi, E. D'Agostino e M. Trevi, L. Del Pistoia, G. Gozzetti, F. Petrella, M. Rossi Monti e G. Stanghellini.