

Dove e quando comincia la schizofrenia?

Un autore, le cui tesi sulla schizofrenia non sono da me totalmente condivise, ma del quale ammiro la genialità creativa, ha scritto: «La storia della psichiatria moderna è, di fatto, sinonimo di storia della schizofrenia, la quintessenziale forma di follia del nostro tempo»;¹ aggiungendo che queste persone possono fare esperienza delle più profonde alterazioni delle stesse strutture della coscienza umana, delle forme del tempo, dello spazio, della causalità e dell'identità, che di norma forniscono una sorta di solido fondamento per un'esistenza.

È per questo, che io propongo queste righe in cui ripercorrerò alcune riflessioni sulla schizofrenia,² ritenendola il nodo fondamentale del patologico e tuttavia nei suoi tratti, intimamente collegata alle caratteristiche essenziali che scandiscono la presenza umana.

Dall'epoca di Kraepelin e di Bleuler una grande quantità di studi, spesso di livello eccellente, è stata dedicata a questa malattia, della quale tuttavia sappiamo ben poco di sicuro, e sulla sua misteriosa elusività. Della schizofrenia noi non conosciamo la causa né, in definitiva, sicuri criteri di decorso, decorso che, è stato detto, resta così imprevedibile come la vita stessa;³ risulta dunque più urgente il tentativo di individuare qualcosa che possa servirci da trama di spiegazione di sintomi molto variegati, e di quelle esperienze, che spesso proviamo con gli schizofrenici, più che con un qualsiasi altro malato psichico, che Jaspers ha connotato con la "incomprensibilità" e Rümke sotto il sigillo della esperienza di estraneità, alienità (*Praecox Gefühl*).

Forse le ricerche più affascinanti sono quelle dedicate a delineare il “disturbo di base” o “fondamentale” della schizofrenia. “Disturbo fondamentale” è un’espressione vicina al concetto di “*trouble générateur*” di Minkowski, sganciato da qualsivoglia senso eziopatogenetico, e inteso quale dispositivo capace di dare un senso unitario alla sindrome psicopatologica in esame.

A differenza, a esempio, di Blankenburg che esplora la condizione basica psicotica e pre-psicotica quale alterazione di quella naturalità della evidenza che condiziona ed esprime le «possibilità di un rapporto con il Sé e con il Mondo», De Clèrambault e Hüber usano “elementare” o “basale” nei due sensi di elemento nucleare della fenomenica psicotica, ma anche di più diretta espressione della supposta alterazione biologica. L’analisi daseins-analitica è rivolta invece, utilizzando le parole di Blankenburg, a «mettere in evidenza un momento antropologico-strutturale di base e analizzarlo più da vicino», e «illuminare quel che negli schizofrenici è disturbato alla base del loro essere-uomini».⁴

È veramente impossibile avvicinarci al disturbo fondamentale nella schizofrenia senza prendere in considerazione l’autismo. Per merito di Eugen Bleuler, della sua intuizione che possiamo dire fenomenologica del fenomeno autismo, abbiamo acquisito un possibile strumento per passare, dalla descrizione sintomatologica all’*eidōs*, all’essenza del disturbo schizofrenico.⁵ Ma quale autismo possiamo avere all’orizzonte? L’autismo, si sa, è assieme molto meno e molto più di un sintomo, anzi non è di per sé un concetto riducibile a un sintomo ed è stata rimproverata a Bleuler una certa commistione fra il piano clinico-sintomatologico e quello della intuizione fenomenologica. E tuttavia, si sottolinea che, se da un lato l’autismo non ha alcuna specificità di definizione come sintomo, da un’altra angolatura, dà l’impressione di essere più specifico della maggior parte degli altri sintomi schizofrenici, compresi quelli schneideriani di “primo rango”. Ineriscono sempre all’autismo bleuleriano due dimensioni: l’una in positivo, che va dalla efflorescenza di fantasticherie al pensiero autistico (*autistisches Denken*, per E. Bleuler quale matrice del delirio); l’altra in negativo, che è la evanescenza del contatto con la realtà del mondo. È il primato attribuito a questo secondo aspetto, che Minkowski⁶ intuì con la nozione di “autismo povero”, che mostra il disturbo schizofrenico allo stato puro, nella sua centrale difficoltà all’incontro con l’altro nella dimensione intersoggettiva.

Carenza nella normale fondazione intersoggettiva non vuole, però, dire scomparsa dell'Altro, anche se, con Cargnello «Il Tu non si presta più ad una costituzione di un Noi». ⁷ Lo stesso Binswanger scrive: «Anche l'isolamento dal mondo, anche l'autismo schizofrenico, sono considerati, da un punto di vista antropoanalitico, modalità dell'essere-con», e l'autore avverte che «nell'isolamento culminano semplicemente tutte le possibilità di infrangere il con-essere». ⁸

La ricerca fenomenologica ha mostrato che la funzione trascendentale, che costituisce originariamente l'Altro quale soggetto, è inestricabilmente costitutiva anche della propria ipseità. E ciò colloca di nuovo il problema della inter-soggettività nel cuore della psicopatologia schizofrenica. Il rapporto stretto tra l'evidenza, la “naturalità dell'evidente”, e il legame con gli altri farà scrivere a Blankenburg ⁹ che «L'evidenza dell'evidente non è cosa che il soggetto possa regolare da sé, ma si costituisce intersoggettivamente».

La stessa costituzione dell'Io, non può essere presa in esame artificialmente isolandola dalla intersoggettività, la struttura deficitaria della quale è il nucleo della alienazione schizofrenica e in rapporto complementare con la fondazione della “evidenza”.

Si può allora proporre che perdita della naturalità dell'evidenza e autismo siano due facce di una stessa medaglia legate entrambe all'eclissi della intersoggettività, nell'ambito della quale si attua e si dispiega, e si realizza, ogni esistenza normale.

Certo né l'autismo “povero”, né del resto la perdita della naturalità dell'evidenza, si accordano al modello medico che cerca sintomi; per questa ragione, notano Parnas e Bovet in tema di autismo, ¹⁰ la psichiatria fenomenologica giunge su questo punto a migliori formulazioni, e ritengono che Husserl abbia illustrato una “versione fenomenologica” del concetto minkowskiano di “contatto vitale” con la realtà, scrivendo: «Ciò significa che entro la intenzionalità vitalmente fluente nella quale consiste la vita di un ego-soggetto, ogni altro ego è già da prima intenzionalmente coinvolto per mezzo dell'empatia e dell'orizzonte empatico». ¹¹ Wolfgang Blankenburg conclude che «La modificazione schizofrenica del *Dasein* è caratterizzata dalla trasformazione della costituzione intersoggettiva del mondo della vita», ¹² trasformazione che mi appare come una faglia della crosta terrestre da cui può originarsi il terremoto schizofrenico.

Nello studio di specifici problemi, quali l'autismo o il ruolo della evidenza naturale, la psicopatologia fenomenologico-eidetica si è spesso giovata del metodo di approccio idiografico, ricercando, attraverso lo studio profondo di casi singoli, i fattori specifici del fenomeno da indagare. A esempio, il "caso Schreber" (S. Freud) o il "caso Wagner" (D. Cargnello) o il "soldato Reiner" (K. Conrad) o il "caso Rau" (W. Blankenburg) hanno portato contributi fondamentali alla nostra conoscenza dei modi di essere psicotici. Si tratta in genere di osservazioni privilegiate ed esemplari che possono essere proficue soltanto per una psichiatria che valuti il concetto di "tipo ideale"¹³ cui è per definizione negata ogni validazione statistica, ma la cui penetranza nel campo del comprendere può essere elevata. I tipi ideali sono in definitiva delle costruzioni mentali, dei concetti elaborati prendendo tuttavia spunto dall'osservazione e la selezione della realtà empirica. I "tipi ideali" scrive Jaspers «Non nascono come medie valutate dal conteggio delle frequenze, ma come figure pure, che nella realtà si presentano solo approssimativamente [...]. Traggono la loro verità dalle relazioni di un tutto comprensibile», «I tipi ideali risultano quando, da certi presupposti, io sviluppo ogni possibile conseguenza costruendo causalmente o comprendendo psicologicamente, e quindi vedo un tutto», essi «sono la misura sulla quale misuriamo i singoli casi concreti».¹⁴

Si tratta di osservazioni esemplari da due punti di vista: talvolta, per poter cogliere e comunicare stati di animo e modi di esperire il Sé e gli altri, occorre che la fenomenica psicotica non sia già troppo inondata da deliri e allucinazioni, che coprono come suoni il rumore di fondo del modo di essere autistico; inoltre, si tratta sempre di "psicotici" che sono stati al centro di una particolare attenzione, non semplicemente studiati a lungo, ma entrati in un duraturo rapporto di scambio con lo psichiatra (anche se la sensazione di trovarsi di fronte ad un certo tipo di presenza può affacciarsi come un lampo fin dall'inizio). Talora la comunicabilità dell'esperienza della trasformazione schizofrenica della persona è legata a particolari capacità riflessive ed espressive. Jaspers cita, come esempio di questa conoscenza di sé, alcuni versi dello schizofrenico Hölderlin: «*Dove stai tu? Ho vissuto poco, ma respira fredda/ Già la mia sera. E silenzioso già simile all'ombra/ Io sono qui; e già senza canto./ Dorme il cuore fremente nel petto*».

La difficoltà a “intenzionare” normalmente e compiutamente gli altri quali soggetti simili a noi, appare un punto centrale della condizione autistica, e il disturbo della intenzionalità costitutiva dell'esserci può essere indicato come il disturbo fondamentale della schizofrenia.¹⁵

D'altra parte è stato rilevato che la perdita dell'ovvietà intersoggettiva, che lascia lo schizofrenico o la persona pre-schizofrenica così spesso e drammaticamente in balia della deriva fra “perplexità” e “ipereflessività”, assume valenza patologica per la sua coatta sproporzione, diversamente dalla sospensione della naturalità dell'esperire, attivamente realizzata dal filosofo attraverso la *epoché* fenomenologica, o dall'artista “moderno” che tende a mettere appunto fra parentesi il quotidiano fondarsi sul *common sense*, e che tenta di spingere lo sguardo al di là della realtà ovvia (come è stato notato avvenire nell'arte moderna per pittori quale Giorgio De Chirico o poeti quale R.M. Rilke).¹⁶ Mentre il filosofo può liberamente uscire ed entrare nel *common sense*, lo “psicotico”, invece, lungo il procedere verso la condizione schizofrenica si imbatte in molte porte per uscire dall'esperienza naturale, ma in nessuna per spontaneamente rientrarvi.

Se la “perdita dell'evidenza naturale” significa solo uno stravolgimento a favore della perdita della dialettica fra evidenza e non-evidenza, dialettica che fonda la normalità, e se con Stanghellini «Il carattere patologico dell'*epoché* risiede nel perdere il contatto con la realtà storica e culturale»,¹⁷ l'aspetto più evidente della patologia consiste tuttavia nell'essere-costretti-ad-essere-in-una-dimensione, quale unica possibilità dell'esistere.

D'altra parte, come ho altrove ricordato,¹⁸ il rapporto autismo-schizofrenia mi appare spesso concepito in maniera troppo statica. Come specificherò più avanti, mi sembra invece aderire meglio all'idea di schizofrenia, il concetto di evoluzione particolare di differenti disturbi idiopatici, più che di una sindrome che nasce tutta completa. Del resto, la rappresentazione *statu nascendi* dell'autismo che Blankenburg propone,¹⁹ implica una carenza fondazionale dell'Io “trascendentale” e una drammatica costruzione dell'Io “empirico”, che, nel tentativo impossibile di sostituirsi a tale carenza della funzione trascendentale, cerca comunque di fornire un “*autos*” della presenza.

Da diversi anni vado sottolineando in psicopatologia il concetto di “percorso” psicotico quale paradigma più efficace di quello stati-

co di definite e fisse sindromi psicotiche, che spesso sono una illusione derivante dal tipo di formazione dello psichiatra più che dalla realtà osservativa.²⁰ 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. Ciò che definisce una sindrome forse ancora indicabile come schizofrenia è il potenziale evolutivo verso l'attuazione di una vita autistica, in quanto evanescenza del carattere di ovvietà della realtà intersoggettiva. Nel ricercare i criteri definitori per la schizofrenia, forse potrebbe essere utile pensare a una sorta di specificità *in itinere*, che si delinea verso un modo di essere pervasivamente autistico.

In questa prospettiva la schizofrenia non può essere intesa soltanto come una serie di esperienze di coscienza patologiche, di vissuti psicotici, ma come la costruzione di un universo sul labile fondamento di ciò che chiamiamo autismo. E questo percorso, che si rifrange in diversificate storie personali, nella storicità di differenti vicende e posizioni di vita, può comportare un tempo più o meno breve, o lungo, non arbitrariamente definibile nei sei mesi che nei DSM distinguono un "disturbo schizofreniforme" dalla schizofrenia, ma a seconda del raggiunto livello di disorganizzazione della intersoggettività e di costruzione dell'esistenza autistica. Ripeto che è l'autismo come fenomeno clinico, il fattore "*specifying*" di questi percorsi e ciò che in definitiva dà schizofrenicità ai sintomi schizofrenici.²¹ Il "disturbo del Sé-complesso autistico"²² è stato considerato come il disturbo nucleare della schizofrenia e penso che l'imprecisione o meglio indicibilità clinica che inerisce al fenomeno autismo crei difficoltà nel definire con sufficiente sicurezza gli indicatori semiologici di un esordio schizofrenico al di fuori dei sintomi produttivi, mentre è evidente che psichiatri preparati ed esperti possono intuire il modo schizofrenico di essere attraverso la "diagnosi per penetrazione".²³

È in atto²⁴ un deciso sforzo della psichiatria fenomenologica, che si aggiunge a quello della psicopatologia di derivazione jaspersiana,²⁵ per identificare i segni prodromici della schizofrenia e così permettere una diagnosi precoce del disturbo, anche sul presupposto che un trattamento precoce migliora la prognosi. L'altro capo del paradosso

è che quanto più i sintomi sono specifici e chiari tanto più siamo lontani dagli esordi, e quanto più siamo vicini a questi tanto più i fenomeni sono vaghi e mal definibili.

Si può tuttavia osservare che per quanto riguarda le esperienze interne che costituiscono i Sintomi-Base di Hüber (H.B.S.) si tratta di fenomeni che acquistano specificità psicotica soltanto attraverso la loro evolutività. Un ricercatore in questo ambito ha mostrato che Sintomi-Base possono ad esempio persistere senza progredire e allora esprimersi «sotto forma di diversi deficit iniziali ed esperienze di depersonalizzazione nel tipo borderline; ma anche sotto forma di altri disordini di personalità o quadri clinici neurotiformi». ²⁶ Similmente lo studio del gruppo di Parnas si rivolge a stati di depersonalizzazione-derealizzazione che sotto aspetti talora banali, o ancora espressi con il linguaggio del “come-se”, indicano alla illuminazione fenomenologica «un disturbo della relazione basica, pre-riflessiva (pre-concettuale) intenzionale tra il Sé e il mondo». ²⁷ Sass e Parnas, ²⁸ contrastando l'eterogeneità ascritta ai sintomi schizofrenici, scrivono che la schizofrenia è fondamentalmente un disturbo della ipseità, che è caratterizzato da una correlata distorsione della coscienza, che comporta spesso iperreflessività e diminuita affezione per il sé, che si riferisce a un indebolimento del senso di esistere, e propongono il possibile ruolo di ciò nella identificazione di sintomi schizofrenici precoci.

Tuttavia le alterazioni degli schizofrenici nel rapporto con l'altro, non vanno considerati come un derivato, una semplice ricaduta della perdita dell'*evidenza naturale*, dato che è proprio questa che si costituisce nella intersoggettività. Nella schizofrenia la condizione descrivibile come stile autistico di vita può nascere dal confronto della persona con una patologica carenza di *sicurezza ontologica*, di fiducia di base nella ovvietà del mondo intersoggettivo, di una realtà conosciuta da sempre ancor prima che esplorata, e del suo radicarsi in esso.

Del resto quando noi parliamo di mondo della vita, parliamo di intersoggettività, perché è questo il mondo della presenza umana.

È in definitiva questa “insicurezza trascendentale-ontologica” nella costituzione dell'Altro e quindi della naturalità dell'evidenza che può dare schizofrenicità ai sintomi schizofrenici, e che è di base anche in assenza di delirio, come accade nelle psicosi sub-apofaniche. ²⁹ Dunque il luogo dell'autismo schizofrenico è essenzialmente nella in-

tersoggettività, e il suo livello originario è nel fallimento del processo empatico. L'idea da cui partiamo, e sulla quale Gilberto Di Petta e io stiamo lavorando, è che nella schizofrenia si verifichi un fondamentale scollamento tra il piano *ontologico* e quello *ontico* della persona. Tutta la diagnosi attuale viene schiacciata, invece, sull'ontico-descrittivo, dunque non coglie aspetti essenziali, pertinenti all'essenza del disturbo basale (trascendentale). Lo sforzo che vogliamo fare è quello di mettere il clinico in *condizione di porre la sua attenzione su un livello, certo, invisibile, ma non per questo non intuibile o non deducibile* ovvero il livello ontologico. In questo siamo confortati non solo da alcuni Autori dalla tradizione della psicopatologia fenomenologica classica, ma anche dalle recenti riprese anglosassoni di Andersch e Cutting,³⁰ i quali, sulla scorta del pensiero di Cassirer e di Scheler, pensano di rinvenire nella schizofrenia l'incarnazione mancata della posizione filosofica dell'idealismo.

Mentre si può dire che la melanconia è centrata sull'"avere", nel senso di verbo del passato, del dovere e del possesso, il problema della schizofrenia è sull'"essere", non solo nel significato di esistere, ma di esistere come "sé stesso", è il cogito cartesiano che non si è affermato senza dubbi, la proposizione "io sono io" non è così ovvia e l'io che fa problema non è, come nella melanconia, quel che è stato ma quello futuro. Per lo schizofrenico vi è nell'avvenire sempre il rischio di essere alienato al non-io.³¹

Perché, dunque, tra tutti i disturbi mentali, proprio la schizofrenia è accostabile al discorso di un piano *ontico* disarticolato da un piano *ontologico*? Quanto è disumano e quanto è tremendamente nostalgico dell'umano tutto questo? Searles, a proposito, diceva: "L'odore della schizofrenia è l'assenza dell'umano". Nella mitica ricerca del disturbo di base (*Basis Störung* o *trouble generateur*) della schizofrenia, si persegue, in fondo, proprio la traccia di «quel che negli schizofrenici è "disturbato" alla base del loro essere-uomini».³² Effettivamente, al cospetto della schizofrenia, si ha l'impressione di trovarsi ad avere a che fare con una malattia molto strana, *sui generis*, ovvero con una malattia che colpisce l'essere umano nel suo specifico di *animal sociale*, di *animal simbolicum*, di *homo existentia*. Una malattia che, di fatto, impedisce al soggetto di strutturare una vita relazionale, affettiva, lavorativa, in alcuni casi disgregando progressivamente la sua personali-

tà, soprattutto nella sua capacità di vivere la ricchezza e la poliedricità, anche conflittuale, dell'incontro con l'altro. Come scrive Minkowski: «Il mondo autistico degli schizofrenici è forse il migliore esempio della posizione (filosofica) del solipsismo. Certamente sono anche piuttosto incline a dire che le varie sindromi psicopatologiche sono testimoni viventi di certi sistemi filosofici stessi, ognuno illustrante una rottura con la vita autentica». Frequentando i pazienti schizofrenici, si ha l'impressione della presenza, nelle loro esperienze, di un *quid aliud*, di un *quid novi*, di un qualche cosa che non si riesce ad afferrare. È quello che Barison chiamava il sentimento dell'*Anders*, ovvero del totalmente altro, dell'estraneo.³³ E questo, diversamente da altri quadri psichiatrici, rende proprio la schizofrenia la malattia mentale per eccellenza, quella nella quale risalta di più l'appartenenza dell'uomo a un ordine culturale oltre che naturale, in cui, oltre agli aspetti psicopatologico-dinamici, c'è la possibilità di intravedere una struttura ontologico-metafisico-trascendentale, anche se *in statu detrahendi* (come per la forza di gravità, di cui ci si accorge solo quando manca).

Il baratro dell'alienità nel quale la malattia era degradata, soprattutto per il passato, ha a che fare con la perdita di caratteristiche specificamente umane, che tuttavia, nella normalità, riconoscono il proprio fondamento e la propria garanzia in una soggiacente *struttura ontologica*. Di fatto è la miseria ontologica che può rendere necessaria la straordinaria creatività ontica di una psicosi delirante, che, in molti casi, finisce poi per avere il suo esito in una residualità di cratere spento.

Di fronte a un concetto nosografico così rigido come è, in non pochi manuali odierni, quello di schizofrenia intesa come specifica malattia, esistente come tale nel paziente fin dall'esordio dei disturbi psichici, mi sembra invece aderire meglio (come ho accennato) all'idea di schizofrenia, ammesso che vogliamo mantenere tale quadro nosografico, il concetto di evoluzione particolare di differenti psicosi idiopatiche, più che di una sindrome che nasce tutta completa, come si dice sia avvenuto di Minerva dalla testa di Giove. Intendendo cioè la situazione detta schizofrenia come costruitasi nel decorso di vicende psicopatologiche, più che al loro inizio.³⁴

In termini clinici, sarei quindi propenso a dilatare al massimo quanto scrivono: «più che di una nosografia della schizofrenia abbiamo bisogno di una nosodromia della schizofrenia».³⁵ Anche se questi

autori intendono con ciò essenzialmente il possibile passaggio della stessa persona lungo il decorso schizofrenico dall'uno all'altro aspetto clinico, io penso si debba piuttosto riproporre la schizofrenia nella sua globalità, quale costituita in un percorso psicopatologico siglato da disastrosa carenza della dimensione intersoggettiva.

D'altronde le vie d'ingresso in percorsi psicopatologici che possono divenire schizofrenici raggiungendo modi di essere quali sviluppi abbastanza tipici, sono notoriamente le più diverse. Dal punto di vista di distinzioni care allo spirito del nosografo, questi tipi di esordi spaziano dall'aspetto di ingravescenti disturbi di personalità, a disturbi deliranti, a disturbi dell'umore allusivi spesso alla bipolarità, a alterazioni dello stato di coscienza di tipo confuso-oniroide: tutti accomunati dal possedere un vettore non verso la cronicità, in senso clinico-nosografico, ma verso la costruzione – che potrà poi rivelarsi resistente o no alle terapie – di un modo di essere pienamente autistico, in senso fenomenologico-psicopatologico.

In altri testi Parnas³⁶ conclude che l'evidenza fin qui accumulata nella progressione dalla predisposizione alla psicosi schizofrenica, è sufficiente per giustificare programmi di prevenzione secondaria.

Già K. Schneider³⁷ indicava alcuni disturbi dell'“*Erlebnis* dell'Io” come quelli a maggior specificità schizofrenica, anche se precisava che i disturbi del tacito sentimento della appartenenza a sé stessi dei propri vissuti, “*Meinhaftigkeit*” nella terminologia schneideriana, fossero sintomi evidenti soltanto quando la meità veniva vissuta come disturbata dagli altri, mentre Parnas e altri si rivolgono a più sottili fenomeni di “mancanza di presenza” nei propri atti psichici e nelle relazioni interpersonali. Da questo punto di vista tali abnormi “esperienze di Sé” sembrano contattare il nucleo generatore della schizofrenia.

Ma anche così è il potenziale evolutivo, “il cambiamento nell'esperienza di sé”, che può marcare il passaggio da disturbi stazionari, a esempio tratti schizotipici di personalità, al progredire verso la psicosi schizofrenica. Gli autori sono quindi ben consapevoli della difficoltà della distinzione fra premorbo e prodromico.

Sembra così che, sotto qualsiasi profilo di studio, il passaggio da fenomeni elementari, comunque intesi, a sintomi psicotici coinvolga un criterio di percorso (nel senso comune del termine), di sviluppo, influenzato da vari fattori personologici, situativi e culturali; ma io riten-

go che anche il passaggio da esperienze sintomatiche psicotiche a un modo di essere indicabile come schizofrenia clinica richieda una particolare evoluzione di queste esperienze nel confronto con gli attributi della persona che le vive, per approdare al disastro della “costruzione” di un mondo compiutamente autistico. L. Binswanger³⁸ ponendosi il problema di come la “stramberia”, un modo di essere largamente sovrapponibile al concetto di autismo, possa divenire schizofrenica, scriveva che ciò è in base alla sua “entità”, al suo dilagare alla vita intera.

Tutti i sintomi indicanti un rischio di schizofrenia, dal piano psicopatologico degli H.B.S., a quello fenomenologico di abnormi esperienze del Sé, a quello antropologico della stramberia, ad aspetti particolari di sintomi già psicotici (per esempio idee deliranti a qualità “metafisica”), alludono al difettoso costituirsi della ipseità nella intersoggettività. Sono bagliori sulla vulnerabilità schizotropica perché possono segnalare la fragilità autistica della persona, la sua proclività a uscire dall’ovvietà che silenziosamente attiene al mondo intersoggettivo, a manifestare, scopertamente o in filigrana, temi ontologici nella normalità taciti e qui abnormemente affioranti come problemi.

Sembra indubbio che la presa in terapia di aurorali esperienze abnormi del Sé sia nell’interesse a lungo termine del paziente, ma possiamo chiederci se, in caso di successo di interventi precoci, noi abbiamo migliorato la prognosi della schizofrenia o contrastato la possibilità che una schizofrenia si costituisca.

Quando si delinea l’autismo e le sue condizioni di possibilità come un probabile precursore di vicende psicotiche ci si riferisce a situazioni di “scompenso” nelle quali, per motivi sia connessi alle dinamiche intra-personali che situative, lo stile e il modo di vivere intesuti di valenze autistiche perdono la loro norma interna, non tengono più, e la persona è spiazzata dall’angoscia. Questo non è certo un destino fatale del profilo autistico che, come tratto, abbraccia tutto lo “spettro schizofrenico”, da alcuni tipi di disturbi di personalità alla psicosi, e sfuma largamente in condizioni al di fuori di qualsiasi caratterizzazione psichiatrica. Che anzi, sotto il profilo antropologico, rispetto alla vulnerabilità psicotica lo “schizotipo” potrebbe mostrare una sua stabilità, proprio nell’elaborare un suo atteggiamento di eccentricità di fronte alla carenza del *common sense*, per cui non propriamente subisce la perdita dell’evidenza naturale «ma acconsente

ad essa». ³⁹ Vale a dire, la struttura schizoide come tentativo difensivo nei confronti di una pervasiva “insicurezza ontologica”.

Ho ricordato sopra come l'indagine fenomenologica e antropologica contrapponga i modi di essere, tanto nella personalità pre-mobosa che nella malattia, attinenti al circolo maniaco-depressivo da quelli attinenti allo spettro schizofrenico. Il concetto di *Einheitspsychose*, mai definitivamente sconfitto, ci può mettere in guardia contro troppo frettolose separazioni reificate in malattie diverse da un nosografismo ossessivo che sconta il tributo di “comorbidità” sempre più frequenti, e ci renderà attenti alla possibilità di passaggi e transizioni, all'idea di “percorsi psicotici” individuali, in un arco di condizioni psicotiche, che tuttavia paiono avere un estremo nel tipo ideale del disturbo melanconico e l'altro nel tipo ideale di schizofrenia. In effetti talora ci confrontiamo nella prassi psichiatrica con esperienze sintomatiche psicotiche, sia aurore sia evolute, talora anche stabilmente, nelle quali mai si arriva a una condizione che soltanto per una petizione di principio (del tipo: ogni autentico delirare è schizofrenico) potremmo definire schizofreniche: e non possiamo perché la persona nel costruire un mondo delirante siffatto, tuttavia conserva una sua capacità di abitare, al di fuori del tema delirante, il *common sense*, gli assiomi, e la misura empatica del mondo intersoggettivo. Altre persone contattando esperienze psicotiche del tutto simili dal punto di vista della psicopatologia tradizionale, seguono un percorso sotteso dalla pervasiva crisi dell'intenzionale l'altro, dalla evanescenza dell'orizzonte della ovvietà intersoggettiva. Per questi motivi, nessun *Erlebnis* traducibile in sintomo psicotico è specifico di schizofrenia (ma, al massimo, qualcuno di essi sospetto), se non è immerso nella atmosfera autistica; per questo è spesso possibile una pre-intuizione diagnostica guidata dalla “*Praecox Gefühl*”, ⁴⁰ mentre per converso noi possiamo avere un immediato e buon rapporto empatico anche con un grave delirante. L'autismo appare così essere, a vari livelli di pregnanza e di assolutizzazione della maniera di essere, il nucleo patoplastico della schizofrenia, per poi tradursi in fenomeniche delle quali il ritiro può essere solo una modalità comportamentale e il ripiegamento su sé stessi un bisogno coattivo e assieme una difesa dal cadere preda del mondo (“mondificazione”). Se noi consideriamo, con Blankenburg, l'autismo come costituito là dove un Io “empirico” tenta di supplire alla disfatta della fondazione “trascendentale”, ⁴¹ il percorso

schizofrenico può nascere quando stati di coscienza psicotici si incontrano con la persona siglata da questa disfatta.

In un film di Spielberg, *Minority report*, un dipartimento di polizia del futuro ha a disposizione tre strani esseri “veggenti” che riescono ad allucinare chi e quando commetterà un omicidio, così che una prevenzione perfetta imprigiona a vita coloro che avrebbero commesso un omicidio, prima che lo commettano. Se non che la previsione non sempre è perfettamente concorde fra i tre veggenti ed esiste la possibilità di una “relazione di minoranza” concernente alcuni che, nonostante tutto, non avrebbero mai commesso il previsto omicidio. Come dire che la mente umana può talora conservare delle capacità imprevedibili, una sorta di manifestazione del libero arbitrio che capovolge le previsioni più scientificamente documentate.

Noi tuttavia possiamo mantenerci sul piano della psicopatologia clinica non avventurandoci dal punto di vista di terapie preventive nelle insidie degli eventuali “precursori” dei modi di essere psicotici e focalizzando la nostra attenzione su quei fenomeni che hanno il valore di “prodromi.” Ma anche così esiste il problema di dilatare la nostra terapia, comunque intesa, a situazioni che non solo non sono ancora psicotiche, ma per le quali la certezza che lo diventino non è mai assoluta. Proprio per la struttura stessa del disturbo psichico così connesso ai modi normali di essere e per la infinita possibilità delle matrici antropologiche e dei processi di *coping* che scandiscono la distanza fra la persona e il fenomeno che può affliggerla, non esiste in psicopatologia il dogma della inevitabilità del destino. Anche quando esperienze intrapersonali e vicende intersoggettive sembrano avviate a un definitivo consegnarsi del soggetto alla psicosi è come se talora esistesse una ultima possibilità di scelta. D'altronde esiste una sufficiente evidenza che quanto è più lungo il tempo trascorso fra esordio psicotico e presa in cura, tanto peggiore è la prognosi. Sembra così che ci si dibatta fra una sorta di incuria, di un colpevole ritardo nella presa in terapia, da un lato, e dall'altro, con il rischio di non rispettare autonomia e dignità di modi di essere pur sempre appartenenti a modi della presenza non psicotici.

Benché sia consapevole del rapporto che può talora esistere fra follia e creatività (e basterebbe ricordare Hölderlin o Campana), io non appartengo affatto ai cultori di una sorta di mistica della follia, avendo

troppe volte visto il terribile carico di sofferenza che la malattia mentale può comportare. Il mio è solo un atteggiamento di prudente rispetto di fronte a ricerche sulle radici antropofenomenologiche del mondo schizofrenico, che lo studio delle condizioni subapofaniche può aiutarci a individuare, ma non mi pare ancora in modo così evidente da autorizzarci a troppo orgogliosi progetti di prevenzione. Probabilmente nella psichiatria del presente è possibile trovare una via di uscita focalizzando la nostra intenzione terapeutica su quei fenomeni, quei modi di esperire, che sono comunque sentiti come fonte di sofferenza per il soggetto, come per esempio molti dei Sintomi Base di Hüber, definiti appunto quali esperienze che generano sofferenza. Ed è la altrui sofferenza che ci può giustificare e sollecitare a intervenire, più che il vago sospetto di essere in prossimità dell'incerto inizio psicotico.

Note

- ¹ L.A. Sass, *Follia e modernità* (1993), trad. it. Cortina, Milano 2013.
- ² Si veda in particolare A. Ballerini, *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- ³ L. Ciompi, "The natural history of schizophrenia in the long term", in «Br. J. Psychiatry», 136, 1980, pp. 413-420; Id., "Aging and schizophrenic psychosis", in «Acta Psychiatrica Scandinavica», suppl. 319, 1986, pp. 93-105.
- ⁴ W. Blankenburg, *La perdita della evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche* (1971), trad. it. Cortina, Milano 1998.
- ⁵ E. Bleuler, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie* (1911), trad. it. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- ⁶ E. Minkowski, *Trattato di psicopatologia* (1966), trad. it. Feltrinelli, Milano 1973.
- ⁷ D. Cargnello, "Il concetto di autismo nell'opera di Ludwig Binswanger", in «Psichiatria generale dell'età evolutiva», 31, suppl. 19, 1993.
- ⁸ L. Binswanger, *Schizophrenie* (1957), Neske, Pfuellingen, trad. it. parziale in Id., *Il caso di Ellen West e altri saggi*, Bompiani, Milano 1973.
- ⁹ W. Blankenburg, *La perdita della evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche* (1971), cit.
- ¹⁰ J. Parnas, P. Bovét, "Autism in Schizophrenia Revisited", in «Compreh. Psychiat.», 32, 1991, pp.7-21.

- 11 E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936), trad. it. Einaudi, Torino 1965.
- 12 W. Blankenburg, *La perdita della evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche* (1971), cit.
- 13 M. Weber, *The Methodology of the Social Sciences*, Free Press Glencoe, Illinois 1949; K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1913-1959), trad. it. Il pensiero scientifico, Roma 1965.
- 14 K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1913-1959), cit.
- 15 C. Mundt, *La sindrome di apatia degli schizofrenici* (1985), trad. it. CLEUP, Padova 1990.
- 16 L. A. Sass, *Follia e modernità* (1992), trad. it. Cortina, Milano 2013.
- 17 G. Stanghellini, *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, Milano 1997.
- 18 A. Ballerini, *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*, cit.
- 19 W. Blankenburg, *La perdita della evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche* (1971), cit.
- 20 A. Ballerini, *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*, cit.
- 21 *Ibidem*,
- 22 J. Parnas *et al.*, "L'esperienza di sé nelle fasi prodromiche della schizofrenia: uno studio prodromico dei primi ricoveri", in «Neurology, Psychiatry and Brain Research», 6, 1998, pp. 97-106, trad. it. in «Comprendre», 9, 1999.
- 23 E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia* (1933), trad. it. Einaudi, Torino 1971 e 2004, p. 7 della trad. it.
- 24 Cfr. fra l'altro: J. Parnas, L. Jansson, L.A. Sass *et al.*, "Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions", in «Neurol. Psychiat. And Brain Research», 6, 1998, pp. 107-116; J. Parnas, P. Handest, D. Sæbye *et al.*, "Anomalies of subjective experience in schizophrenia and bipolar illness", in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 108, 2003, pp. 126-133; J. Parnas *et al.*, "L'esperienza di sé nelle fasi prodromiche della schizofrenia: uno studio prodromico dei primi ricoveri", cit.
- 25 Cfr. fra l'altro: G. Huber, G. Gross, J. Klosterkoetter, "La diagnosi precoce di schizofrenia negli stadi-base prepsicotici", in G. Stanghellini (a cura di), *Verso la Schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*, Idelson-Liviana, Napoli 1992; J. Klosterkoetter, *Basissymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*, Springer, Heidelberg 1988; J. Klosterkoetter, *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*, cit.; G. Huber, "Das konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen", in «Neuropsychiatr», 54, 1983.

- ²⁶ J. Klosterkoetter, *Cosa hanno a che fare i sintomi-base con i sintomi schizofrenici?*, cit.
- ²⁷ J. Parnas *et al.*, “L’esperienza di sé nelle fasi prodromiche della schizofrenia: uno studio prodromico dei primi ricoveri”, cit.
- ²⁸ L. Sass, J. Parnas, “Self consciousness and schizophrenia”, in «Schizophrenia Bulletin», 29, 2003, pp. 427-444.
- ²⁹ A tal proposito, nel 1959 Laing poneva la “insicurezza ontologica” alla base del processo schizofrenico; e nel 1994 in un testo sfortunatamente non molto conosciuto, Agresti illuminava il livello ontologico della schizofrenia e esistono molti altri accenni, più o meno espliciti, nella letteratura.
- ³⁰ N. Andersch, J. Cutting, *Schizofrenia e Malinconia. Implicazioni psicopatologiche e filosofiche*, trad. it. Fioriti editore 2013.
- ³¹ B. Kimura, *Scritti di psicopatologia fenomenologica* (1992), trad. it. Giovanni Fioriti editore, Roma 2005.
- ³² H. F. Searles, *Scritti sulla schizofrenia* (1974), trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- ³³ F. Barison, “La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia”, in «Comprendre», 5, 1990.
- ³⁴ H. Ey, *Etudes Psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris 1954; H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuel de psychiatrie*, III ed., Masson, Paris 1967; H. Ey, *Schizophrenie. Etudes cliniques et psychopathologiques*, Préface de J. Garrabe, Synthélabo (Institut Edition), Paris 1996.
- ³⁵ M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*, Cortina, Milano 1999.
- ³⁶ J. Parnas, “Subjectivity in Schizophrenia: the minimal self is too small”, in A. Gron, I. Damgaard, G. Overgaard (a cura di), *Subjectivity and transcendence*, Mohr Siebeck, Tübingen 2007, pp. 55-69.
- ³⁷ K. Schneider, *Psicopatologia clinica* (1950), trad. it. Giovanni Fioriti, Roma 2004.
- ³⁸ L. Binswanger, *Tre forme di esistenza mancata* (1956), trad. it. Il Saggiatore, Milano 1964.
- ³⁹ G. Stanghellini, “Vulnerabilità schizotropica e vulnerabilità schizotipica”, in «Psichiatria Gen. Età Evolutiva», 35, 1998, pp. 183-209.
- ⁴⁰ H.C. Rümke, “Das Kernsymptom der Schizophrenie und das “Praecox Gefühl”, in «Zentralblatt für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie», 102, 1942, p. 168.
- ⁴¹ W. Blankenburg, *La perdita della evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche* (1971), cit.