

*Enrico Ferrari*

## L'alludere del conoscere clinico. La diagnosi nella prospettiva fenomenologica

Solo mettendo-fra-parentesi ogni impostazione ideologica, ogni teoria che si sovrapponga alla percezione immediata delle realtà umane (normali o patologiche), solo muovendo dalle esperienze vissute dei pazienti e mettendoci dalla parte dei pazienti (dalla parte della loro interiorità), è possibile cogliere le dimensioni e le interne articolazioni della vita psichica e del senso che da essa, di volta in volta e di situazione in situazione, riemerge: frastagliato e straziante, doloroso e opaco, silenzioso e nostalgico.

E. Borgna<sup>1</sup>

Nulla più della diagnosi, certamente più di quanto non costringa la terapia, avvicina all'epicentro della condizione di malattia. L'inevitabile condizione antropologica di essere aggrediti, e indeboliti, dalla forza del male.

La diagnosi obbliga a quella vicinanza imprevedibile, temuta e desiderata, che è propria dell'oscurità, richiedendovi il soggiorno a chi la voglia praticare. Mentre la terapia, nel suo stesso costituirsi, è già congedo dall'oscurità.

Per questo, se sul versante della terapia sono maggiormente possibili e ricercate alleanze trasversali, anche tra culture differenti, su quello della diagnosi calano incertezze e, spesso, incompugnabili differenze. A maggior ragione, se all'ordine del giorno è la malattia mentale.

Concezioni antropologiche, teorie psicologiche, esperienze cliniche, equazioni personali dei diagnostici, fanno della diagnosi psicologica e psichiatrica la fiera delle differenze. Con la conseguente, e a volte problematica, difficoltà a tessere un linguaggio comune. Ma anche, con il dispiegarsi della molteplicità dei punti di vista che, nel discorso sulla psiche, è sempre foriera di ricchezza perché pro-vo-catrice di riflessione.

Se le esigenze sociali, e in particolare medico-legali, invocano a giusta ragione l'uniformità, non può essere taciuto che l'autentico ad-dentrarsi nei meandri del mal-essere non ha mai prodotto nella storia certezze chiare e distinte, bensì inquietudini, dubbi, ripensamenti, definizioni allusive.

Può allora esistere un discorso sulla psiche che sia unico? Gli in-numerevoli sforzi che hanno dato vita alle varie e differenti edizioni dei DSM lo vorrebbero, con la lodevole quanto illusoria aspettativa di fare della diagnosi un'operazione tecnicamente avvalorata, sorretta da criteri uniformati dentro a quel nuovo bacino del consenso che, relativizzate le ideologie, è diventato il conoscere statistico.

Ma il problema di fondo è proprio questo: la diagnosi clinica è un'operazione conoscitiva? O non è, piuttosto, un'*esperienza* conoscitiva? Se la risposta giusta fosse la prima, sarebbero sufficienti i DSM. Anche se quel che hanno gettato dalla porta (le variabili culturali e psicologiche), in parte ha fatto inevitabilmente ritorno dalla finestra: edizioni che si susseguono, criteri diagnostici che cambiano, malattie che nascono e che muoiono, fautori dei vecchi DSM che smentiscono radicalmente i nuovi. Con al fondo una premessa ideologica che sorregge l'intero edificio anche là dove, a ogni restauro, cambia facciata, arredo e aperture esterne: che le configurazioni linguistiche, che descrivono e catalogano il disagio psichico, siano assunte come entità reali di malattia.

Ma se la risposta giusta è la seconda, lo scenario cambia: non più la ricerca del pensiero unico, ma l'elogio dell'incontro tra due persone, dove i vissuti emozionali accompagnano strutturalmente gli assunti del pensiero e, alla certezza dei criteri oggettivi, si sostituisce la forza e la profondità della conoscenza soggettiva; dove il linguaggio che descrive non mira al cata-logo, ma vuol far emergere l'euristica del dia-logo. La diagnosi, in questo secondo caso, è in-

nanzitutto esperienza relazionale: in essa il linguaggio produce descrizioni più che de-finizioni, avvalendosi di sapienti *al-lusioni* a ciò che l'altro mostra ma già avendo sentore che, nel suo mostrare, sempre nasconde, impedendo ogni pretesa di conclusione. Il rischio, in mani inesperte, sarà quello del relativismo esasperato o del soggettivismo s-criteriato. Il vantaggio, a patto che il discorso si doti del rigore, sarà quello di conoscere l'uomo malato prima di ogni astrazione della malattia, facendo della prima conoscenza, non della seconda, la sostanza della diagnosi. Giungendo, comunque, anche a necessarie denominazioni che accomunino le diverse forme del disagio, ma sapendo che sono linguaggio e non reperti naturali. A rigore, non si dirà allora di essere in presenza di una schizofrenia, o di una depressione, o di una nevrosi ossessiva; si dirà di essere alla presenza di "persone" schizofreniche, depresse o ossessive. Dove l'aggettivazione significa ma non esaurisce; e dove il malato e non la malattia è l'oggetto del diagnosticare.

Qui nasce l'esigenza e l'attualità, in un'epoca di crisi del pensiero unico, di rivolgersi a quella miniera di esperienze e di riflessioni sulla psiche malata che è l'analisi fenomenologica.

*Perché la fenomenologia? Perché la coscienza si emoziona...*

Ma che cosa può muovere alla fenomenologia chi non inizia il proprio viaggio nel mondo della psiche partendo dai vertici del pensiero filosofico, dove stazionano la bellezza e la grandezza delle idee fenomenologiche, ma dalla base della vita, in cui avviene l'urto con la sofferenza psicologica, che può farsi incontro ma anche fuga?

Chi pratica la clinica, come conferma l'etimologia (dal greco *klino*: adagiare, stendere), non può che iniziare il proprio viaggio dal basso, qualunque siano le sue esperienze o le sue convinzioni pregiudiziali. Dal basso parte il suo desiderio, ma prima ancora il suo bisogno, di conoscenza. E nel basso del dolore, per prime, non si erigono le idee: qui regna il contagio, e i sensi e gli affetti hanno il primato della scena. Per questo non può non essere evocata (anche se, dai terapeuti stessi, non sempre accolta) la *Sorge*, che non è la guarigione ma l'heideggeriano prendersi cura come modo fondamentale, e immediato, di essere-

nel-mondo.<sup>2</sup> E, nell'evocazione della *Sorge*, trattandosi di uomini e non di cose, ci si trova impietosamente *aperti* alla ricerca di un *sensu*, prima ancora di essere confinati nelle necessità dell'intelletto.

Ma che cosa, su di un registro che è psicologico e non ontologico, evoca la *Sorge*? Non succede mai, a chi scenda nel basso del dolore psichico, anche là dove si pensi di esserne saldamente ancorati e di averne possesso sicuro, di pensare da subito a una teoria. Succede, invece, di emozionarsi. La prima modalità della coscienza, cioè di quella dimensione conoscitiva (*scientia*) immediata e condivisa (*con*) che consente l'attribuzione del valore e, dunque, la relazione con sé stessi e con il mondo, è un'emozione.<sup>3</sup> Specie là dove incontra la vita nell'esperienza della malattia psichica, la coscienza è mossa dagli affetti e *alter-ata* dall'incontro, volta al prendersi cura prima che sia possibile ogni de-finizione (che dall'altro, sempre, almeno in parte la ritrae). E l'emozione che accompagna l'incontro (o l'urto) con la vita che piange, che si scuote, che si blocca, che si frammenta, è sempre costituita dallo spaesamento, unione di stupore e di sconcerto.

In questo spaesamento ha inizio il conoscere. Un conoscere che può avvenire per partecipazione o per sottrazione: qui si colloca lo spartiacque, ineludibile, del conoscere diagnostico.

Il conoscere (il diagnosticare) per sottrazione, nel senso della presa di distanza, è il conoscere proprio della clinica come disciplina medica, della clinica che non va oltre sé stessa. E che pertanto, da dimensione dell'esistenza (il basso), viene eletta a scienza, a mappa geografica sicura per *visitare* il basso della vita ovviando allo smarrimento. Il presupposto del suo statuirsi è la distanza reificante che, frenando l'emozione che spaesa, favorisce l'ingresso di categorie importate dalla terraferma delle teorie. Conoscere diventa contrapporsi, *ob-iettivare*.

Il conoscere (il diagnosticare) per partecipazione apre invece al *metodo fenomenologico*, a quella modalità di attraversamento di ciò che si manifesta (*fainomenon*) sorretta dallo sguardo *ingenuo*, dove il vero non nasce (*genuus*) altrove ma dentro (*in*) il fenomeno stesso.

In questo si ritrova anche il significato vero della *inderivabilità* di ciò che si osserva e si incontra, ben prima del noto contrasto teoretico che divide la fenomenologia dalla psicoanalisi, che ancora lascia impregiudicato il problema del poter far risalire ad altro la parte oscura

che il vissuto del presente mostra. Perché colui che viene incontrato non può che esserlo nel presente dei suoi vissuti, prima e al di qua di ciò cui essi possono rinviare. È questo incontro a essere originario, non derivabile e non scomponibile.

L'incontro interumano (e la diagnosi ne è un'articolazione) è *in primis* pre-categoriale. Successivamente, per essere proseguito e coltivato nel tempo, viene ospitato dentro a categorie, perché non c'è esperienza umana che prescindano dal conoscere (ci sembra questa l'essenza della psiche), dunque dal categorizzare. Ma se si trascura l'atto primo, vivibile solo nella sua inderivabilità, si tradisce la portata dell'umano. Qui inizia il percorso diagnostico vero e proprio, quello che necessita di attingere alle categorie della fenomenologia.

### *Il com-prendere diagnostico*

Ma continuiamo a stare “nel basso” dell'incontro umano, evitando la tentazione di fare il salto (poco fenomenologico) di passare in rassegna i nuclei fondamentali del pensiero fenomenologico, facendovi poi discendere i requisiti diagnostici. Certo, per illustrare ciò che succede nel basso della clinica a chi adotti il metodo fenomenologico, non si può fare a meno di riferirsi ai grandi maestri. Ma non è la loro presentazione che qui ci interessa, anche perché tanti altri l'hanno già fatta e con più competenza. Ciò che a noi interessa è l'itinerario diagnostico che il metodo fenomenologico dischiude. Per questo, più di un concetto messo a punto dalla riflessione fenomenologica non comparirà in questa sede; come non compariranno approfondimenti teorici puri, mentre compariranno (inevitabile per chi ha interessi nella pratica clinica) riflessioni meticce, cui rinviano le “nostre” esperienze e di cui queste si arricchiscono. Nel segno di quel che vuol essere e rimanere un *atteggiamento* fenomenologico e non, di nuovo, l'adesione identitaria a una scuola.

Dunque la coscienza, aperta al mal-essere, si emoziona spaesandosi. Significa che prima di poter “vedere” (*theorein*) ha campo il “sentire”, che è essenzialmente funzione soggettiva. Qui il grande e dirimente contributo è quello di K. Jaspers che, cent'anni fa, con la *Psicopatologia Generale* ha segnato la grande svolta diagnostica in

psicologia e in psichiatria: la conoscenza dell'umano non può essere assimilata alla conoscenza delle cose, perché è conoscenza *psicologica*. Si può essere, nel campo dei ruoli tecnici o delle teorie di riferimento, psichiatri o psicologi, organicisti o psicoanalisti, comportamentisti o relazionali, ma quando si incontra l'umano il primo atto conoscitivo, consapevole o inconsapevole, è solo psicologico. E la conoscenza psicologica mette innanzitutto in campo la soggettività che incontra un'altra soggettività.

Ed eccone la diretta implicazione nell'esperienza diagnostica: il valore principale non sta nei fatti (la cui stupidità già F. Nietzsche aveva annunciato)<sup>4</sup> o nei comportamenti esterni, troppo lontani dal cogliere la profondità del patire umano; il valore principale della diagnosi sta nella vita interiore del paziente, il cui accostamento può solo essere un *com-prendere* (*verstehen*).<sup>5</sup> In psicologia e in psichiatria, a differenza delle discipline scientifico-naturalistiche, non saranno le griglie oggettive (leggi: esami strumentali, questionari, risposte ai farmaci...) a farci diagnosticare una patologia. Lo sarà, invece, la capacità di rivivere soggettivamente ciò che si manifesta nella vita interiore del soggetto malato. Senza questa capacità non c'è diagnosi psichiatrica o psicologica che tenga. Si potranno includere esattamente i sintomi entro le caselle nosografiche; si potranno tirare conclusioni scientificamente corrette; si potrà anche impostare una terapia efficace nel ridurre l'intensità sintomatologica. Ma non si sarà fatta diagnosi, perché l'uomo o la donna non sono stati *com-presi* nella loro interiorità, vale a dire nei loro modi di vivere e di significare la propria esistenza. In mancanza di un'esperienza conoscitiva (*gnosis*) che si faccia attraversamento (*dia*) dell'incontro umano, il paziente non è colto; a essere colta è solo un'astrazione che chiamiamo malattia. Ma questa, direbbe Jaspers, è un'altra storia, perché il registro non è più quello dell'umano vivente ma quello delle cose senza vita, che non sono da comprendere ma solo da spiegare (*erklären*).<sup>6</sup>

Prendiamo dalla pratica clinica un esempio concreto, quello di Roberto.

Alla prima seduta, Roberto, un ragazzo di vent'anni, racconta di aver avuto una violenta crisi d'ansia, della durata di circa mezz'ora, in una stanza d'albergo di una nota capitale europea. L'episodio avveniva dopo un pomeriggio di visita della città con altri due amici.

Era la prima volta che Roberto si recava all'estero con amici della sua età. Da allora, rientrato a casa, non esce più la sera, guida l'auto solo per tragitti molto brevi e noti, ha crisi di sudorazione e di tachicardia quando si trova in ambienti affollati. La sua vita è cambiata! La paura di star male limita massicciamente le sue iniziative.

Di fronte a questo racconto, non solo il clinico esperto, ma anche lo studente di psicologia o l'uomo della strada sanno fare la diagnosi clinica. Perché storie di questo tipo sono diventate oggetti sociali, raccontati dalla TV, dai giornali, dai siti web. Dire "attacco di panico" è diventato esatto quanto semplice. Se si ha confidenza con internet si può impostare anche la terapia: farmaci serotoninergici e psicoterapia cognitivo-comportamentale. Entrambi da richiedere ai tecnici: lo psichiatra (ma ormai anche il medico di base) e lo psicologo, quello giusto.

Così aveva fatto Roberto, su consiglio dei genitori. Dopo aver passato, *ad excludendum*, un periodo di anticamera medica con ECG, visita cardiologica, visita neurologica. Le cose sembravano andar bene ma non troppo: niente più crisi, maggiore capacità di autocontrollo in mezzo agli altri, vita sociale più conservata. Ma, sempre, tensione di fondo, senso di estraneità, paure che si avvicinano. Per i tecnici Roberto non era più malato, ma lui non "viveva bene", non si "sentiva spontaneo", non viveva più nitidamente le proprie "emozioni". La diagnosi, nel suo caso, era stata una guida per impostare il riadattamento e spegnere i tumulti dei sintomi. Ma Roberto, nella sua interiorità, nel suo modo di vivere il proprio disagio, nel suo sentire emozionale quando era solo o in mezzo agli altri, non era ancora stato incontrato. Si era diagnosticata la malattia, non il paziente.

Certo, il rischio del metodo comprensivo è di fermarsi a una soglia troppo alta, alla quale sfuggono le manifestazioni più radicali della sofferenza psichica, le più lontane dal comune modo di vivere e, proprio per questo, in-comprensibili. L'ansia di Roberto è rivivibile da noi soggettivamente, nonostante il suo grado di sproporzione: è comprensibile anche per noi quell'esperienza psicologica dello smarrirsi in condizioni di solitudine o di anonimato, in una fase della vita in cui si è chiamati a entrare nella vita adulta e in un'epoca storica in cui la realtà sociale non offre garanzie. Ma non è altrettanto possibile rivivere, allo stesso modo del paziente, l'esperienza emotiva di chi sente l'accerchiamento fatale di donne che attenterebbero alla propria

stabilità familiare, che avrebbero determinato la morte della madre anche se i medici hanno parlato di cancro, che vorrebbero la sua vita per impadronirsi degli uomini di casa. È il caso del racconto, carico di un'angoscia a noi estranea, di Chiara. Racconto che comunemente chiamiamo de-lirante, perché fuori dal solco dei comuni significati del vivere. Qui c'è lo scarto dell'incomprensibile, non tanto per i contenuti del racconto, ma per l'assertività e l'improblematicità dello stesso: un "esser così" che non consente altre possibilità e, dunque, nemmeno conflitti interiori. Ciò che, invece, caratterizzano e tormentano Roberto, che vorrebbe poter essere come non riesce a essere.

In casi come quello di Chiara, ci si imbatte nei limiti di un conoscere puramente psicologico e si avverte la necessità di un contributo ulteriore rispetto alla psicologia stessa, andando oltre il primo atto conoscitivo della comprensibilità psicologica che ora segnala il proprio stato di impossibilità. È ciò che spesso fa rifluire, anche i più fervidi psicodinamici, nelle fortzze dell'anatomia e della fisiologia cerebrali. Oppure, come capita a chi voglia rimanere dentro al solco della fenomenologia, fa attraversare i vasti territori dell'antropologia, che con la psicologia comprensiva conserva la parentela della necessità di attribuire un senso umano alla malattia mentale, interpretata alla luce di a priori esistenziali. Qui Jaspers non basta più!

Ma sostiamo ancora sulla soggettività e sulla comprensione come ingredienti essenziali dell'esperienza diagnostica, perché forieri di un ulteriore decisivo passaggio.

Se precipua è la soggettività del sentire, per comprendere Roberto non è fondamentale la domanda sulla causa del suo mal-essere, sul "che cosa" l'abbia provocato. Intendiamoci, al di là di ogni semplificazione, il concetto di causalità non è aborrito dalla fenomenologia. Non è questo il discrimine con la psicoanalisi. Estranea alla fenomenologia diventa la ricerca della causa come spiegazione ultima, analogamente a quanto avviene nel mondo delle cose. Lì la causa contiene già la sostanza del fenomeno che ne consegue; e il fenomeno non ha più importanza. Applicato al mondo della psiche, significherebbe squalificare le esperienze emotive del presente, privare di importanza il loro ascolto, rendere inutile la sosta nel dialogo. La critica di K. Jaspers e di L. Binswanger<sup>7</sup> verso il ricorso all'inconscio va letta in questo modo: non come ostracismo verso la ricerca della causa, ma come presa

di distanza dal causalismo che delegittima la soggettività del paziente, promuovendo una cultura che finisce con l'essere anti-psicologica.

Se il racconto di Roberto venisse interrotto dall'imposizione da parte del diagnosta di un cambio della temporalità, per cui all'ascolto del presente si sostituissero le domande sul passato per trovare il fatto, la condizione, o la relazione dentro cui collocare la spiegazione del presente; e se, supponendo di aver reperito la causa, si insistesse sulla medesima asserendo che il mistero è risolto, Roberto non sarebbe compreso ma sarebbe spiegato. Come le cose!

Per questo, al metodo fenomenologico, è necessaria l'husserliana *epochè*<sup>8</sup> che, a differenza delle scienze naturali, non presuppone concetti come "natura" o "realtà", ma promuove l'immediatezza del conoscere mettendo tra parentesi teorie già acquisite e causalità risolutive. La messa tra parentesi di ogni teoria fa, ovviamente, riferimento alla formulazione che di quest'ultima hanno prodotto le scienze della natura, cioè di un sistema di ipotesi già definite che anticipano la spiegazione dei fenomeni osservati. Non alla originarietà semantica del termine "teoria" che, invece, viene qui conservata: la delegazione greca dei *teoròi*, che svolgevano la funzione religiosa di ascoltare l'oracolo, cioè di attingere a una verità non anticipabile dalle aspettative umane.

Ne consegue la consegna del primato (il contributo è ancora del linguaggio di E. Husserl)<sup>9</sup> all'"essere ora" del presente (*praesentatio*): tempo soggettivo (non oggetto di scienza come il tempo dell'orologio) che fa essere anche il "non più" del passato (*retentio*) e il "non ancora" del futuro (*protentio*). Entrambi, passato e futuro, agostinianamente<sup>10</sup> sperimentabili solo come presente del passato e presente del futuro. Ma sulla centralità del presente, e sul necessario riposizionamento del valore dell'anamnesi, torneremo più avanti.

### *L'altra forma di comprensibilità*

Se, dunque, diagnosticare non può semplicemente ridursi a includere in una categoria nosografica il fenomeno patologico che ci si presenta; e se diagnosticare significa, soprattutto, cogliere i modi di essere dell'interiorità del paziente, quest'ultima non può essere elusa anche quando non è più sostenibile dalla comprensibilità psi-

cologica. Anche quando non è possibile una sua conoscenza “dal di dentro” che sia un ri-vivere. Stiamo ovviamente parlando di quelle esperienze di vita, chiamate dalla clinica “psicotiche”, che sfondano i confini dell’alterità per abitare le terre dell’alienità. Di fronte a esse il sentire spaesante della coscienza, che abbiamo visto essere il primo movente conoscitivo dell’esperienza diagnostica, si declina nel senso dell’estraneità radicale.

Torniamo alla storia di Chiara, e al suo delirio di essere alla mercé delle donne-vampiro. Le donne sono due: la fidanzata del fratello e la nuova fidanzata del padre, rimasto vedovo. Tutto parla di loro e tutta la vita ha un andamento umiliante e persecutorio nei suoi confronti. E i mezzi di cui si servono le due donne non sono mezzi comuni, nell’ordine della controllabilità, ma mezzi potenti che sconvolgono le leggi della fisica. La conseguenza è che non si possono mai esibire le prove della loro malvagità. Già abbiamo detto della responsabilità nella morte della madre, dai medici riferita a malattia e nella indubitabilità del sentire di Chiara da attribuirsi a omicidio. Ma gli attacchi continuano e senza pause, senza che nulla sia consegnato al caso: se nell’ufficio in cui Chiara lavora (quello dell’azienda di famiglia) sono sparite le penne blu e si trovano solo quelle nere, non si tratta di un fatto casuale, ma di un preciso messaggio rivolto a lei, di una minaccia di morte; se all’altra parte del telefono non risponde la consueta voce dell’impiegata della banca, è perché una nuova pedina è stata annoverata nel gruppo delle donne, con l’intento di registrare le conversazioni e fare operazioni di danno alla sua azienda; se in tv compare la pubblicità delle uova di pasqua, questa è un messaggio di dilleggio riferito a lei e alla sua mancata maternità. E il silenzio della notte viene invaso da voci di calunnia e di scherzo, che per paura i familiari fingono di non sentire. La sua famiglia ha perso l’identità e la sua vita è priva di protezioni. La casa non ha più intimità, aperta com’è a spionaggi e invasioni. Addirittura, la sua mente è a volte costretta a pensieri non suoi. Non solo ma, alla luce del presente, anche la storia passata acquista nuova luce: fatti un tempo inclusi nella banalità del quotidiano, ora riaffiorano alla memoria tingendosi di nuovi significati, allineati alle esperienze minacciose del presente. Il futuro è già scritto e contenuto nelle mani di queste donne: il fratello e il padre non hanno più autonomia e liber-

tà di pensiero e lei rischia la vita. Ma proprio in questo sta lo scopo della sua esistenza: anche a rischio del sacrificio estremo («la vita individuale – dice – non è la cosa più importante!») non può sottrarsi al compito “universale” di difendere la propria famiglia.

Il racconto, avvolto nell'angoscia di chi sente sé stessa e il mondo poter finire, è sempre dotato di una perentorietà in-equivocabile, creando un'atmosfera che si fa decisiva molto più dei contenuti espressi: il mondo descritto “è” questo, con una logica coerente quanto estrema, che non lascia altre possibili chiavi di lettura. Certo, a chi ascolta, non sfuggono le assonanze motivazionali con le frustrazioni e le paure che certi cambiamenti della vita, specie se drammatici, trascinano con sé anche nelle vite cosiddette “normali”. Ma il tentativo di rendere tali assonanze dialogo consapevole, dunque di dialettizzare la loro univocità, va a frantumarsi contro l'incrollabilità di un sentire la vita alla mercé della persecuzione, con il mondo degli altri spodestato di una possibile relazione di fiducia e relegato nell'unica dimensione della minaccia.

Non ci sono possibilità di comprensione soggettiva nel significato proprio dell'espressione. Qui l'intersoggettività entra in scacco e la psicologia (la conoscenza della psiche) incontra il suo limite.<sup>11</sup> Ciò che spesso, al terapeuta, fa deviare il percorso per recarsi altrove, fermandosi in una delle stazioni della causalità (sia essa reperita dal mondo della biologia, o dal mondo della psiche inconscia, individuale o collettiva), facendo poi ritorno alla paziente per spiegare (a sé stessi soprattutto) le sue manifestazioni. Ma il soggetto a quel punto è sparito: per essere spiegato è diventato oggetto, posto di fronte (*objectum*) ma non più partecipe della comune scena emotiva.

Può anche essere saggio farlo, certamente a volte salutare per il terapeuta, ma il problema, non solo umano ma scientifico, rimane: come si può conoscere (diagnosticare) Chiara se non si entra nei suoi vissuti, nei suoi modi (a noi estranei) di vivere la propria esistenza? Che cosa si diagnostica se Chiara viene *tras-curata* (la *Sorge!*) per fissare le cause del suo mal-essere? Certo, sarà possibile diagnosticare una malattia, concludendo che Chiara ne è affetta. Ma ancora non si sarà diagnosticata (conosciuta nell'incontro) Chiara!

Un'obiezione è subito in agguato. Un conto è deviare il percorso per andare a reperire nel soma le cause della malattia mentale, un

altro è però andare a visitare i territori dell'inconscio: anche l'inconscio è psiche! È vero, anche per noi la psiche (il volume complessivo del nostro sperimentare, che per l'uomo è in definitiva un conoscere) non si esaurisce con la coscienza dell'Io (la coscienza *chiara*, condivisa nel suo sapere) ma rivela sé stessa anche nella dimensione inconscia (o coscienza *scura*, che si attiva pur nella non chiara consapevolezza del suo sapere). Ma l'inconscio non è il totalmente altro dalla coscienza: abita i suoi stessi territori, la precede, l'accompagna nelle limitazioni "avvertite" dei suoi poteri. L'inconscio è psiche, a patto però di non trasformarlo in un deposito di cause che spieghino la coscienza. Così fosse, non è più psiche! Se la coscienza è la dimensione psichica dell'"essere aperti" nello spaesamento dell'incontro con l'alterità e, altrettanto e a maggior ragione, con l'alienità, l'inconscio è compresente a essa (osando: è parte di essa!) segnalando i limiti della comprensibilità psicologica.<sup>12</sup>

Qui la psicologia, come conoscere psichico consapevole e comprensibile, sente il bisogno di altro. Ma se essa sa rimanere nella sfera dell'interiorità, pur essendo in scacco, non nega sé stessa e continua la propria presenza formulando ancora la domanda su chi sia la persona malata che è in rapporto con noi. La risposta non arriverà tuttavia dal nostro rivivere soggettivo, bensì dalla sospensione dei nostri convincimenti e dal lasciare spazio all'avvertire pre-categoriale, allo sforzo attivo (coscio e inconscio) di far emergere le forme fondamentali di vita del paziente, che precedono e sostengono i contenuti della percezione e del pensiero. Forme non statiche ma dinamiche, che direzionano al mondo dentro a una parabola temporale; estranee, nel loro direzionarsi, ai comuni modi di esistere, ma umane nel loro essere.

Siamo forse alla vetta del conoscere fenomenologico, che non a caso si è mostrata in tutta la sua altezza di fronte ai modi dell'esistenza psicotica, dove il fenomeno, per essere conosciuto, va lasciato essere nella sospensione del giudizio e della visione teoretica e incontrato (*percepito*) al di qua della sua possibilità di comprensione soggettiva. Paradossalmente, andando oltre gli schematismi scolastici, ci sembra sia anche il luogo più veritiero dell'entrata in scena dell'inconscio, di quella dimensione pre-tematica e pre-categoriale che è accostabile innanzitutto mediante l'esperienza percettiva ed emotiva, solo successivamente anche intellettuale.

E se, a rigore, le esperienze interiori possono essere conosciute soggettivamente solo nel loro essere rivissute, di fronte alle psicosi la psicologia deve trascendersi in un territorio forse innominabile ma che si embrica con l'antropologia. Per cui la soggettività psicologica del paziente deve fare spazio a un'altra soggettività che chiameremo *trascendentale* (il linguaggio jaspersiano cede qui il passo a quello husserliano),<sup>13</sup> che mostra delle proprie esperienze gli *a priori*, strutture non spiegate ma *intuite*, dotate di evidenza al di qua dei loro contenuti e al di qua della conoscenza razionale propria delle scienze della natura. Quest'ultima non può conoscere gli *a priori*, perché si muove solo *a posteriori*, con la cascata delle deduzioni che discendono da una teoria già nota.

In questa fase del discorso è d'obbligo riferirsi a L. Binswanger, che più di ogni altro ha saputo correre il rischio di contaminare il linguaggio filosofico (di Husserl e di M. Heidegger)<sup>14</sup> per poter dare nomi *allusivi* ai fenomeni di cui stiamo parlando: forme di vita, prima che contenuti di vita. Perché, come diceva Chiara con l'acuzie dell'inconscio, qui «la vita individuale non è la cosa più importante»: c'è qualcosa di più primario e originario, che viene prima degli assetti difensivi e dei conflitti intrapsichici a noi comprensibili.

La comprensibilità diagnostica dunque prosegue, anche se trascende quella puramente psicologica, approdando a un'oggettività radicalmente diversa da quella delle scienze e che chiameremo *oggettività trascendentale*. Come anche l'analisi fenomenologica non può più dirsi solo soggettiva ma, con la dovuta prudenza, oggettiva. Meglio: trascendentale. Ma per far questo, il discorso diagnostico (questo discorso diagnostico) non può essere calamitato dalle necessità della nosografia. Sistemate le pretese e le necessità (dovute) di quest'ultima, si apre poi l'esigenza di una diagnosi vera e propria, che traffica con l'umano e ruota attorno non più al catalogo delle malattie ma alla descrizione psicopatologica, cioè alla conoscenza dei modi di essere del paziente, del suo interpretare sé stesso e proiettarsi nel mondo, del suo vivere il tempo, lo spazio, le relazioni. Senza queste conoscenze, che non possono fare a meno, oltre che degli apporti husserliani, anche di quelli heideggeriani, fare diagnosi elencando i sintomi e la loro durata nel tempo cronologico non dice ancora nulla del paziente e del suo mondo.

*Il mondo, il tema*

L'“altra” forma di comprensibilità, dunque, fa stare in contatto esperienziale con l'incomprensibile psicologico, là dove risiedono i fondamentali dell'esistenza (*a priori*). Perché essi si svelino, è necessario che l'osservatore venga a trovarsi in una condizione di spaesamento soggettivamente vissuto come estraneità radicale, in cui la persona osservata presenti una direzione di senso degli *a priori* difforme da quella comune.

Non è solito, nella improponibilità degli incontri interpersonali comuni, come anche nella diagnosi di pazienti che condividono i modi comuni di esistere, essere “impressionati” dagli *a priori* dell'esistere. Lì, nella spontaneità e naturalità del rapportarsi, scatta il processo della comprensione psicologica: ciò che vive l'altro è comune, “mi” appartiene. Non si è costretti, per poter continuare a gravitare nell'interiorità altrui, all'incontro con gli *a priori* che rimangono impliciti. *A priori* che, con una certa libertà di raffronto trasversale, potremmo anche chiamare *archetipi*, evocando la psicologia di quel fenomenologo inconsapevole che fu C.G. Jung,<sup>15</sup> purché la si spogli dell'abbondanza di personificazioni e di immagini, il cui valore può solo essere quello della metafora.

E non si è costretti all'incontro con gli *a priori* perché il soggetto, dialettizzandoli, non vive dominato da essi: la sua scena è psichica, fatta di dubbi, di affetti motivati, di sproporzioni tra voler essere e poter essere, di difese e di resistenze, di conflitti e di agiti. Nella consapevolezza, accompagnata da una sofferenza ansiosa, che le possibilità esistenziali sono molteplici, che il futuro è interrotto ma esiste (anche se non lo fosse per sé stessi), che se non si è amati è legittima la rabbia, perché l'amore ci spetta. E così via... Di queste dialettizzazioni conflittuali si sostanzia il processo diagnostico.

Ma in pazienti come Chiara è diverso. L'estraneità non consente la “co-appartenenza” nell'immediatezza emotiva; e i mattoni fondamentali dell'esistere sembrano sostenere un edificio sinistro, non abitabile improponibilmente in una condizione di “normalità”. Per questo essi si rivelano e impongono lo sguardo a chi voglia, o sia in grado, di non abbandonare la scena della casa interiore.

Gli *a priori* che per primi impongono la loro presenza sono due: il modo di essere aperti al mondo e il tema dominante dell'esistenza.

Non esiste uomo senza *mondo*; e l'apertura o chiusura al mondo dice dell'uomo più di ogni altra descrizione. Ma nel caso di Chiara, e dei soggetti che chiamiamo schizofrenici, l'apertura o la chiusura non ha la flessibilità richiesta dalle circostanze, interne o esterne. E non ha nulla a che vedere con quegli stati emotivi che normalmente le governano, come la gioia, la tristezza, o la paura: tutto ciò che rientra nelle condizioni della comprensibilità psicologica. In Chiara c'è un'apertura totale e imposta: Chiara è spalancata al mondo e dal mondo è invasa. Dal mondo-degli-altri non può proteggersi o isolarsi; e del mondo non può avvalersi secondo un progetto proprio: non può godere, non può realizzare i propri desideri, non può avere relazioni nell'ordine dell'amicizia. Il mondo entra nella sua vita e nella sua casa minacciosamente, senza tener conto di lei. Il mondo, malvagio, detta l'ordine del giorno della sua vita. Chiara non ne può che diffidare: non solo nel senso del temere, ma soprattutto nel senso di non vivervi spontaneamente e con sicurezza, secondo un'evidenza naturale (la felice espressione è di W. Blankenburg)<sup>16</sup> che la faccia sentire a casa propria, con-fidenzialmente, senza dover sempre pensare al significato recondito di quel che succede e vivere in un'atmosfera sinistra, strana.

Il mondo è quindi vissuto da Chiara, unilateralmente, come mondo che invade e minaccia: non è mai mondo da conquistare, o da contemplare, o da godere. Qui si evidenzia, in parallelo, l'altro *a priori*: quello del *tema* caratterizzante l'intera esistenza. Anche il tema è unico e unilaterale, non dialettizzato: è il tema della *minaccia*, del male incombente e imponderabile, che toglie dignità e sicurezza. Del male che si genera continuamente, senza poter essere riequilibrato dal bene. L'immagine più volte evocata da Chiara, nella sua portata di concretezza fattuale e non di metafora, è quella dell'organizzazione mafiosa che muove le redini del male e rende la vita "solo ed esclusivamente" minacciata.

Binswanger, nella sua memorabile descrizione della storia di vita di Suzanne Urban,<sup>17</sup> sostiene che l'imporsi del tema unico e sovranchiante (in questo caso il tema del "terrificante") avviene per un processo di autonomizzazione da una scena originaria: una scena di vita che acquista il senso di una rivelazione extra-umana e assegna alla vita stessa il tema dominante. La scena, da situazione particolare, si fa mondo;

il terrore, sperimentato con angoscia, allaga la vita e si fa tema unico dell'esistenza. Non dunque, come nelle religioni, tema salvifico, che promuove e redime, ma tema che destinalmente svuota la dignità e imprigiona per sempre la libertà di Suzanne. Qui sta la direzione anomala dell'*a priori* del vivere nel mondo: anomala perché unica, inarginabile e impedita la progettualità. Con un'espressione filosoficamente più precisa: impedita la trascendenza, la possibilità di andare oltre.

Ritroviamo molti degli aspetti descritti da Binswanger anche nella storia di Chiara, ma nel nostro caso questo processo di autonomizzazione da una scena originaria non si è presentato, per cui non sapremmo se considerarlo elemento sempre presente nella strutturazione del tema. Quello che conta, tuttavia, è la totale insufficienza della mera rubricazione in "delirio persecutorio" del tema dominante. Parlare di tema dice molto di più della persona e della vita dei pazienti: dice del loro modo di essere-nel-mondo, di vivere sé stessi e di vivere gli altri. Dice del loro stato di illibertà e della loro sofferenza estrema, che non concepisce salvezza. Qui salute e salvezza coincidono alla radice (*salus*).

Alla presenza del tema dominante si collegano anche il valore dell'andamento clinico e il significato dell'anamnesi di queste storie di vita. Il tema caratterizza la vita, in maniera marcata e univoca, da un certo periodo in poi; a volte, da un punto preciso in poi. La caratterizza, tuttavia, con intensità emozionali differenti. Molto, indubitabilmente, dipenderà dalle cure farmacologiche. Molto, anche, dalla situazione di vita, dalle relazioni che si stabiliscono in famiglia o nell'ambiente sociale, dalla relazione con il terapeuta. La declinazione dell'*a priori* non può essere intesa in modo statico: la vita di questi pazienti è permeabile e dinamica. Se la diagnosi è conoscenza umana e psicologica del paziente, non può essere stilata una volta per tutte. Una vita può essere schizofrenica sempre, ma mai uguale a sé stessa nel tempo, nel bene come nel male. Uno dei risvolti più interessanti (e più etici) del metodo fenomenologico è proprio questo: la diagnosi non può prescindere dal contesto di vita del paziente, dai rapporti che si stabiliscono attorno a lui, dalle sue condizioni di vita, dalle possibilità che il mondo degli altri gli sa offrire, dagli accompagnamenti di cui egli può fruire. Una diagnosi fenomenologica, *naturaliter*, apre al sociale.

Nell'anamnesi, nella ricostruzione della vita prima dello strutturarsi del tema, già si trovano tracce del tema stesso, ma senza la potenza e l'autonomia del dopo. Il significato dell'anamnesi sarà allora quello della individuazione dei fili di continuità: dei modi che ci sono stati di rapportarsi con gli altri e con il mondo, delle modalità di cura ricevute, dei modi di aver o non aver coltivato aspettative e progetti, della qualità e quantità delle relazioni, degli impatti emotivi con persone e situazioni. Non che ai fatti non si debba prestare attenzione, perché i fatti rivelano situazioni, persone, condizioni di vita spirituali e materiali. Ma i fatti bruti dicono poco, se non accompagnati dal significato che il paziente vi attribuisce e dallo stato emotivo con cui li rivive. Rimanendo su questo registro, la storia di vita rivelerà tanto la continuità di sottili fili "tematici", quanto la discontinuità (coglibile sempre e solo nel presente del racconto, mai nella fattualità del raccontato) rappresentata dall'inglobamento dell'intera esistenza nel tema.

*Tempo, trascendenza, limite*

Proseguendo il discorso, ma rispettando l'esigenza di essenzialità che è strutturale al genere diagnostico, non possiamo non accennare all'esperienza interiore del tempo di Chiara e dei pazienti che hanno un'analoga storia di vita. Come noto, all'analisi fenomenologica non interessa il tempo cronologico, il tempo della misurazione oggetto della scienza. Non perché non sia importante, ma perché, analogamente ai fatti bruti, non conduce alla vita interiore che, segnando la discriminante radicale tra l'ordine dell'umano e l'ordine delle cose, costituisce il precipuo interesse della fenomenologia. Conoscere come viene vissuto il tempo interiore, o tempo soggettivo, offre informazioni irrinunciabili sulla persona malata, sul suo modo di percepire sé stessa e di costituire il proprio mondo. In una parola: sulla sua condizione umana.

Torniamo a Chiara e alle sue autodescrizioni. Delle tre articolazioni della temporalità (passato, presente, futuro), ella vive in una sorta di presente eterno chiuso al passato e al futuro,<sup>18</sup> non perché evitati come meccanismo di difesa, ma perché amputati. Il tempo

soggettivo di Chiara è un *presente minaccioso*, dove però la minacciosità non è tanto promessa di un male a venire, ma atmosfera attuale che incombe. Non sono messi a tema i possibili, futuri, compimenti fattuali; anzi, questi potrebbero anche rappresentare la fine dello stato di minaccia e, paradossalmente, la liberazione. È centrale lo stato permanente e angoscioso dell'incombere, che nella sua allusività diventa eternità disperante perché immota. Nel descrivere il presente di Chiara, il sostantivo non basta a chiarire, ma occorre anche l'aggettivo (*minaccioso*), viceversa non emergerebbe la differenza rispetto all'ordine della comprensibilità psicologica. La minacciosità incombente, dogmatica, non consente di concepire il futuro, non lo può far nascere. Per questo parliamo di presente chiuso, che non apre alla trascendenza, al dispiegarsi di possibilità non obbligate che farebbero avvertire il sentimento dell'ulteriorità. Per Chiara la situazione "è" questa e non può che "esser così", con l'impossibilità di vivere la speranza, che del futuro soggettivo è la rappresentazione più piena. Anche il passato, pur oggetto di narrazione, non mostra una propria autonomia: esso è presentizzato, destituito del "non più", emotivamente indifferenziabile dall'oggi.

Non è così nelle storie di vita analoghe a quella che abbiamo visto di Roberto. Qui il tempo, come *a priori* dell'esistenza, ha una sua potenziale apertura alle tre articolazioni, anche se spesso il futuro non è declinato esistenzialmente. Anche in questo caso l'aggettivazione è importante: per Roberto parleremo di *presente fermo*. A differenza di Chiara, non per l'impossibilità del suo costituirsi categoriale, ma perché bloccato dal sentimento della paura subentrata alla crisi di panico. L'emozione che nasce nel terapeuta a livello controtransferale, è essenziale per una diagnosi differenziale: di fronte a Chiara si è risucchiati, di primo acchito, in un'atmosfera che non prelude a cambiamenti e dentro la quale non si avverte il sentimento della familiarità; di fronte a Roberto, scattano insieme l'alleanza e la reazione, in un immediato mettersi "al suo posto" che favorisce la comprensione e l'aspettativa di cambiamento. Finanche il fastidio, là dove esso non avvenga. Altrettanto, è dirimente l'emozione del paziente: Chiara è immersa nell'angoscia che paralizza perché s-compone; Roberto è risucchiato in un'attesa ansiosa (per sua natura, sentimento volto al domani), che paralizza il sentimento di attività ma non distrugge il desiderio.

Nel parallelo sul modo di vivere il tempo all'interno delle due storie di vita, possiamo così vedere come l'analisi fenomenologica, che nasca al di là del registro della comprensibilità psicologica, favorisce nuove prospettive diagnostiche anche per casi come quello di Roberto, comunemente annoverati dalla clinica psichiatrica dentro al gruppo delle vite neurotiche. Anche qui la riflessione sugli *a priori* amplifica e arricchisce, ma qualitativamente porta sul terreno delle anomalie storico-biografiche, dunque delle incompletezze esistenziali e non della contro-normalità delle direzioni antropologiche fondamentali.

Il confronto con i temi del limite e della libertà contribuirà ulteriormente a chiarire.

Chiara sperimenta il *limite* in forma radicale. Lo sperimenta come *destino* immutabile, che sigilla il tempo e risucchia il futuro nel presente, che spoglia l'esistenza di progettualità consegnandola a una ricettività totale senza trascendenza. Ma Chiara sperimenta il limite, paradossalmente, anche nella negazione dello stesso: il mondo non è lasciato essere quello che è, secondo i canoni di un'esperienza naturale immediata e improblematica, che offre una trama di significati salvaguardati da una memoria comune e condivisa. Nel percepire ovunque e comunque la minacciosità incombente, Chiara non sta nei limiti dello sguardo ingenuo del conoscere naturale (differente, lo ricordiamo, dal conoscere scientifico-naturalistico), ma riveste di significati universali (privatamente concepiti) ogni fenomeno che viene così destituito della sua particolarità. In realtà, dunque, ciò che sembra imposizione del limite dall'esterno, è non accettazione del limite dall'interno.

Da qui lo scacco della libertà. Se la libertà è *poter essere* (non si può, qui, non rifarsi al linguaggio heideggeriano), lo è non in quanto arbitrio ma in quanto apertura progettuale *situata*. Ed è l'essere situati, l'abitare le strutture esistenziali per quello che sono, che fa difetto a Chiara e le impedisce un progetto di esistenza *incarnato*.

Se in Roberto la condizione del limite è percepita e, al contempo, subita, dando luogo a una dialettica conflittuale che rende potenzialmente fruibile (è la scommessa di ogni psicoterapia) il compromesso tra l'accettazione di sé stessi e l'oltrepassamento delle condizioni di partenza, in Chiara questo patto di alleanza con ciò che del mondo ci situa non è possibile: il limite non è considerato nella sua strutturaltà, dunque nemmeno dialettizzabile, ma soggettivamente rivissu-

to a fronte dell'illimitatezza della potenza del mondo che sovrasta. La psicoterapia, qui, sarà decisiva nel non far sentire soli e totalmente in balia del mondo, dando espressione a un'altra forma possibile di mondo, che non cancellerà la potenza della prima ma la distanzierà allestendo zone franche dell'esistenza. Che non regalerà la confidenza naturale, ma favorirà una maggiore fiducia nell'alterità, unico modo per evitare lo sprofondamento nell'alienità.

### *La diagnosi, allora, cura*

La diagnosi più raffinata e attenta sarà tuttavia sempre insolvente verso i debiti conoscitivi che contrae, *ab origine*, verso la comunità scientifica e verso il mondo della sofferenza psichica. La diagnosi, là dove rispetta il suo mandato di conoscenza del malato più che della malattia, scopre che l'umano si riserva sempre una quota di imprevedibilità e di indicibilità, impedendo la colonizzazione del sapere. Come se l'umano, in condizione di patimento, non si fidasse interamente della scienza e, nel non disvelarsi totalmente, si garantisse il prosieguo della cura.

Se la diagnosi, l'esperienza umana diagnostica, riuscirà a far sua la scaltrezza di riconoscere i propri limiti, proporrà allora linguaggi che alludono ma mai concludono. Non scioglierà chi sta di fronte nei minimi termini della chiarezza definitoria. La sua sarà una conoscenza tesa a conservare l'intero e a rispettare ciò che dell'intero si nasconde. A quel punto, la diagnosi si fa cura.

La cura, la *Sorge*, che abbiamo visto entrare nella scena iniziale di ogni esperienza di incontro umano, non ha inizio con la terapia tecnicamente intesa. La cura si realizza già nella fase della diagnosi, quando ha inizio e si connota il modo dell'essere-con, del farsi-carico, del sentire il peso della vita che si ha davanti.

Perché, in realtà, che cosa succede nell'autenticità dell'incontro diagnostico, prima ancora di arrivare a ogni precisazione nosografica? Succede che l'*altro*, se conosciuto non come si conoscono le cose del mondo ma come, solo, si possono conoscere i soggetti-nel-mondo, vive una consistenza nuova della propria vita: egli si costituisce come il *Tu* del mio Io e come l'*Io* che dialoga con il Tu. E ciò non è

primariamente reso possibile da un'idea che si possa avere dell'altro, ma dal sentire l'altro.

Il sentire la peculiarità dell'altro fa anche *con-sentire* l'altro. Ed egli, grazie all'iniziale sentire del terapeuta, sperimenta la propria soggettività. Il guadagno è quello della dignità personale che, non riconosciuta, ammalia. In questo procedere, che sta alla base del diagnosticare fenomenologico, sta anche il fondamento della cura.

### *Note*

- <sup>1</sup> E. Borgna, *Le figure dell'ansia*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 20.
- <sup>2</sup> M. Heidegger, *Essere e tempo* (1927), trad. it. Longanesi, Milano 1971, pp. 233 e ss.
- <sup>3</sup> «La tonalità emotiva come un modo di essere originario in cui l'Esserci è già aperto a sé stesso prima di ogni conoscere e volere e al di là della portata del loro aprire [...] La situazione emotiva apre l'Esserci nel suo esser-gettato e, innanzi tutto, e per lo più, nella forma della diversione evasive [...] La situazione emotiva è così poco una percezione riflessiva che coglie l'Esserci proprio nella irreflessività del suo immergersi e sommergersi nel "mondo" di cui si prende cura. La tonalità emotiva ci assale» (M. Heidegger, *Essere e tempo*, cit., pp. 169-170).
- <sup>4</sup> F. Nietzsche, "Sull'utilità e il danno della storia per la vita (Seconda inattuabile)", trad. it. in *Opere 1870/1881*, Newton Compton, Roma 1993, pp. 339 e ss.
- <sup>5</sup> K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1959), trad. it. Il Pensiero Scientifico, Roma 1964, pp. 327 e ss.
- <sup>6</sup> *Ibidem*.
- <sup>7</sup> Vedi, in particolare, la lettura che fa Jaspers della teoria psicoanalitica nella sua *Psicopatologia Generale*, cit., pp. 580 e ss., e la critica all'idea freudiana dell'*homo natura* nel testo di L. Binswanger "La concezione freudiana dell'uomo alla luce dell'antropologia" (1936), nella sua raccolta di saggi pubblicata in Italia con il titolo: *Per un'antropologia fenomenologica*, trad. it. Feltrinelli, Milano 1984, pp. 169 e ss.
- <sup>8</sup> E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1913), trad. it. Einaudi, Torino 1965, pp. 65 e ss.
- <sup>9</sup> Per un approfondimento, vedi il capitolo "La fenomenologia trascendentale di Husserl e la fondazione fenomenologica della psicologia", in U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1987, pp. 186 e ss.

- <sup>10</sup> Cfr. Agostino, *Le confessioni* (397-400), trad. it. Einaudi, Torino 2005, libro XI.
- <sup>11</sup> Particolarmente lucide ed essenziali, al riguardo, le riflessioni di E. Borgna in *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*, Feltrinelli, Milano 1988, pp. 15 e ss.
- <sup>12</sup> Sul tema, C.G. Jung si pronuncia in questo modo: «vi è quindi una coscienza nella quale predomina l'inconscio, e vi è una coscienza nella quale domina la consapevolezza [...]. Non esiste contenuto della coscienza che non sia inconscio sotto un altro aspetto» (“Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche” (1947-1954), trad. it. in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1976, p. 206).
- <sup>13</sup> Si rimanda anche in questo caso al testo di U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, cit.
- <sup>14</sup> Vedi, al riguardo, il saggio introduttivo di E. Borgna (“La fenomenologia husserliana e l'ontologia heideggeriana in Ludwig Binswanger”) alla traduzione italiana del celebre testo binswangeriano *Wahn*: L. Binswanger, *Delirio. Antropoanalisi e fenomenologia* (1965), trad. it. Marsilio, Venezia 1990.
- <sup>15</sup> Sulla complessità del tema degli archetipi in Jung, vedi il testo di M.I. Marozza, *Jung dopo Jung*, Moretti e Vitali, Bergamo 2012, pp. 167 e ss.
- <sup>16</sup> W. Blankenburg, *La perdita dell'evidenza naturale* (1971), trad. it. Cortina, Milano 1998.
- <sup>17</sup> L. Binswanger, *Il caso Suzanne Urban. Storia di una schizofrenia* (1952-1953), trad. it. Marsilio, Venezia 1994.
- <sup>18</sup> Sull'esperienza del tempo nella schizofrenia, vedi ancora il testo di E. Borgna, *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*, cit., pp. 110 e ss.