

Francesco Di Nuovo

## Operai babelici, camaleonti di metodo: l'includibile dialogo interiore del diagnosta

Ogni prassi significa in fondo ciò che rinvia al di là di essa.

H.G. Gadamer<sup>1</sup>

Tema di questo studio è la qualità dell'esperienza interna che lo psichiatra fa *di sé e del mondo* nell'atto della diagnosi e come visione del mondo e spirito del tempo vengano a orientarne la prospettiva di riflessione, sì da poterne cogliere, in definitiva, un'opzione ispiratrice di fondo.

Si è ritenuto opportuno rivisitare alcuni significativi snodi della diagnosi psichiatrica prendendone in considerazione, in particolare, il momento "descrittivo-categoriale" (nosografico), il momento "fenomenologico" e, infine, quello "psicodinamico", alla luce dei correlati epistemologici di base.

Il nostro discorso si è svolto lungo un filo annodato attorno a tre "cifre essenziali", facendo nostra la sollecitazione ricoeuriana<sup>2</sup> a partire dal discorso sull'"arco ermeneutico" – per cui lo "spiegare di più" aiuta a "comprendere meglio" – e dalla possibile (e comunque ardua) ricomposizione dell'irriducibile dicotomia *Verstehen-Erklären*.

Le tre cifre che costituiscono l'ordito della trama della nostra riflessione sono: l'"alienità", l'"alterità", l'"ulteriorità".

L'alienità (nel correlato affettivo dello spiazzamento e del perturbante), che può insidiosamente sospingere la prassi diagnostica, declinata nel linguaggio illusorio del riduzionismo, in un agito evacuativo della sofferenza psichica, l'alterità, che si declina nell'accezione

fenomenologica, cara a E. Stein, del *Gewaren*<sup>3</sup> (il “rendersi conto”, l’“accorgersi di qualcosa”), e l’ulteriorità (l’accostamento alla sofferenza psichica come apertura a un dato di infinità insaturabile).

Proprio sulla cifra dell’ulteriorità sembra urtare, nel senso gadameriano del termine, l’insuperabile problematicità dello schema diagnostico; possiamo ritrovare ciò nella rigorosa pagina di K. Jaspers: «ma in qualsiasi modo facciamo lo schema diagnostico, ci accorgiamo che non va, che classifichiamo in modo provvisorio e forzato [...], che l’ordinamento, sia dal punto di vista logico che sul piano reale, riesce sempre discordante».<sup>4</sup>

Ora, ci si propone proprio di valorizzare l’urto.

Nel senso che, così ci sembra, è proprio nel riconoscimento del limite che sembra definitivamente esautorarlo che il procedimento diagnostico può invece costituirsi come momento prezioso di una tensione di apertura e di riconoscimento verso l’altro.

Si ritiene di proporre, in definitiva, come sia la delicata dialettica dei tre momenti a costituirsi quale base della maturazione identitaria dello psichiatra, nonché quale dato saliente della sua esistenza e radice del suo atteggiamento etico.

Il presente lavoro è, in origine, debitore dell’incontro con la riflessione schneideriana, in vero di non facile e immediata lettura, secondo cui «la psichiatria si trasforma realmente in ultima analisi in metafisica»,<sup>5</sup> nel senso, delucidatoci dalla penetrante chiosa di E. Borgna, che i «problemi ultimi, fra cui si dibatte la psichiatria, sono problemi metafisici, nell’accezione di Nicolai Hartmann»,<sup>6</sup> ovvero sia problemi in cui ci sia un resto di in-solubile, con ciò intendendo che la materia di cui la psichiatria tratta mantiene sempre un’eccedenza irriducibile alla conoscenza definitoria che se ne può avere.

È nella presa di contatto con questa dimensione di eccedenza che la nostra riflessione si riconosce nello sfondo di una cornice junghiana.

È, infatti, a partire da questa cornice che si delinea la cifra del “simbolo”, tale in quanto, «attingendo a una dimensione originaria di irrepresentabilità, di emotivamente perturbante, ne consente una prima traduzione, che, a sua volta, genera un nuovo irrepresentabile»<sup>7</sup> che ci sollecita a una nuova operazione simbolica.

Se una scommessa di fondo vogliamo trovare nelle pieghe del nostro lavoro, questa è che l’esercizio della diagnosi psichiatrica possa

instaurare con questa cifra, se non un riferimento di esclusiva referenzialità, certamente un rapporto di vivificante dialettica interna.

Così dicendo, vogliamo inscrivere il processo diagnostico in uno sfondo di riferimento in cui il processo conoscitivo possa intrattenersi col mondo “delle cose e degli oggetti”, sapendovi reggere la tensione interna, anzi venendo ad attingere, proprio a ridosso di essa, la propria linfa originaria.

Vogliamo, in tal senso, riferirci a una penetrante riflessione di R. Bodei<sup>8</sup> sulla differenza semantica che intercorre tra la “cosa” e l’“oggetto”: rimandando, la prima, attraverso il termine tedesco *Sache* (da *Suchen*, “cercare”), a un principio di ricerca infinita, perché posta al cospetto di un’alterità insaturabile dal nostro orizzonte conoscitivo e, per questo, al tempo stesso, a una dimensione che ci coinvolge emotivamente (la cosa come contrazione di “causa”, da cui, per l’appunto, “sposare una causa”) e la seconda (*Objectum*), invece, a una dimensione che ci si oppone, rendendosi disponibile a una sua risoluzione nell’atto definitorio che la nostra conoscenza può darcene.

### *Diagnosi e nosografia descrittiva*

Assumendo che la cifra fondativa della psichiatria sia coglibile in un’ambiguità che “costringe” chi la esercita a oscillare nella polarità posta tra un «aver-qualcosa-di-fronte» e un «essere-con-qualcuno»,<sup>9</sup> il momento propriamente nosografico della diagnosi psichiatrica, ambendo ad aderire strettamente al primo dei due poli, parrebbe così sottrarsi, specie in alcuni tornanti della sua storia, a ogni possibile tensione dilemmatica.

È riconosciuto che si debba a E. Kraepelin, a partire dalla terza edizione del suo *Trattato di psichiatria* del 1889, lo sforzo più rigoroso nell’applicare il modello medico della diagnosi all’universo della sofferenza psichica. Per Kraepelin, in forza dell’impossibilità di ancor giungere a un’esplicazione del disturbo mentale, fondata su un’interpretazione anatomofunzionale “diretta” dello stesso, la ricerca psichiatrica avrebbe dovuto dedicarsi all’approfondimento dello studio del dato clinico. In definitiva, si può dire che Kraepelin riprende la promessa tradita dalla disillusione della “mitologia del cervello” di T.

Meynert e C. Wernicke: l'enfaticizzazione del dato clinico, nella sua radicale dimensione obiettiva, riscatta la fragilità del dato anatomopatologico, così consentendo alla psichiatria di restare inclusa nel modello forte della disciplina medica.

Ora, è qui opportuno sottolineare come sia appunto la radicale dimensione obiettiva del sintomo a garantire la pretesa di assoluta scientificità del discorso che su di esso si declina; diviene compito del clinico riuscire a espungerne, innanzitutto, la dimensione soggettiva; in definitiva, potremmo dire, «il lato puramente personale della malattia del paziente», quale dato «incidentale o accidentale»<sup>11</sup> che rischia di inficiare indelebilmente la validità del costruito diagnostico; ma ciò equivale ad affermare un particolare genere di equivalenza, quello dell'essere malati con l'aver la malattia, nella necessaria eliminazione di ogni possibile scarto tra persona e malattia, essendo questo scarto il luogo per eccellenza ove s'incarna il valore irriducibile della soggettività, quello spazio in cui al soggetto è dato di prendere posizione di fronte ai suoi disturbi.<sup>12</sup>

Ciò ci permette di ben comprendere come l'indagine kraepeliniana si risolva in una "semeiotica senza persona", che debba, per questo, rifuggire dalla ricerca del senso globale dell'abnorme psichico, che è quello in cui viene, invece, a prender forma il dato personale insaturabile dell'esperienza, per concentrarsi sull'individuazione delle alterazioni particolari; non si può non rilevare, al riguardo, come, secondo Kraepelin, il progresso della ricerca psicopatologica proceda attraverso una modalità di tipo analitico, ovverosia, «scomponendo gradualmente i complessi fenomeni della vita psichica e corporea nei singoli elementi».<sup>13</sup> A diretto corollario di quest'oltranzistica semplificazione analitica si ha la necessaria affermazione della separazione delle tre funzioni dell'intelletto, del sentimento e della volontà. Si vuole qui, in definitiva, significare che la «polverizzazione della personalità in funzioni e sottofunzioni»,<sup>14</sup> l'affermazione dell'anamnesi come sterilizzante destoricizzazione e la semplificazione classificatoria, sono operazioni tutte che obbediscono a un preciso e ineludibile vincolo epistemologico.

In tal senso, l'impronta desoggettivante della psichiatria kraepeliniana ben si rispecchia nello stile espositivo dei suoi resoconti clinici.

Lo scoglio su cui rischì di infrangersi la "promessa" kraepeliniana si diede nel fatto che l'approfondimento clinico di tipo analitico

portato avanti non permise di isolare dei segni capaci di porsi come specifici indicatori di una data unità naturale di malattia; la promessa poté così essere recuperata solo sul piano degli esiti di malattia.

Si può ben comprendere, dunque, come l'enfasi data al rigore dell'analisi clinico-descrittiva, trasbordi, infine, su un discorso relativo al decorso e, soprattutto, agli esiti dei quadri osservabili, grazie a cui Kraepelin ritenne di potere fondare la decisiva distinzione tra *dementia praecox* e psicosi maniaco-depressiva, in ragione del fatale esito difettuale della prima e a fronte della supposta guaribilità della seconda.

In definitiva, il piano della diagnosi viene assorbito da quello della prognosi, ciò conducendo, nella forma di un paradossale contrappasso dell'iniziale promessa kraepeliniana, a una sorta di "nichilismo diagnostico": se, infatti, "la partita si decide sull'esito", non può che depotenziarsi di ogni possibile ricaduta operativa – sia in termini di conoscenza sia in termini terapeutici – quella stessa enfaticizzazione dell'approfondimento analitico del dato clinico obiettivo che, con Kraepelin, si ergeva a caposaldo della ricerca psichiatrica.

Queste riflessioni possono guadagnare un ulteriore livello di profondità col riferimento a un interessantissimo studio di M. Shepherd<sup>15</sup> sulla figura di Kraepelin, che ce ne consegna, innanzitutto, il carattere di straordinaria compattezza ideologica che venne a pervaderne l'opera, in cui il concetto di "scienza vigorosa" finiva per mettersi al servizio di una più ampia e complessiva concezione antropologica culminante nell'affermazione dei concetti di superiorità razziale e nazionale. Non è facile, al riguardo, sottrarsi al richiamo di potervi scorgere sullo sfondo la presenza di una peculiare opzione esistenziale apparentabile a quello stato mentale che C. Bollas<sup>16</sup> chiama «fascista», così significando un'organizzazione della mente atta a evacuare la sofferenza connessa al sentimento di incertezza e di precarietà attraverso l'edificazione di un sistema granitico di certezze.

Seguendo la suggestiva proposta di Shepherd, nell'efficace lettura che ci arriva attraverso S. Mistura,<sup>17</sup> in primo piano emerge il radicale nichilismo terapeutico di Kraepelin, fondato sull'ineluttabilità di decorso della *dementia praecox*, cosa, questa, coerente con il fatto che la parola diagnostica si risolve, come detto, in un'accezione prognostica. Sicché a un'ineludibile impotenza dell'istanza curativa non può

che corrispondere un'oltranzistica affermazione delle pratiche preventivo-repressive, di cui per l'appunto Kraepelin fu un convinto assertore, rivolte essenzialmente al controllo. La certezza del controllo, dunque: posizione della mente, questa, che è essenzialmente indisponibile a darsi come luogo della fiducia, essendo, come si legge in una splendida chiosa fornitaci su questo punto da Mistura, «la fiducia [...], certezza che sottrae sicurezza».<sup>18</sup>

A fronte del pensiero kraepeliniano, le teorizzazioni di E. Bleuler e di K. Schneider, entrambe fondate su una rigorosa osservazione della ricchezza del dato clinico, si propongono come dei dispositivi euristici connotati dalla capacità di reggere al confronto con un livello di maggiore complessità dello psichico.

Lì dove Kraepelin, infatti, proponeva una radicale neutralità di osservazione, Bleuler si spingeva a una più variegata e penetrante esplorazione della realtà clinica, ricentrandola nel contesto di una dimensione intersoggettiva: «il medico si avvede delle forme grottesche e della loro confusione soprattutto quando si limita a osservare il suo malato, senza voler penetrare ciò che lo muove e all'infuori di ogni rapporto personale con lui».<sup>19</sup>

È da questo particolare vertice di osservazione che Bleuler afferma l'importanza del principio della «radicale connessione tra fondamentale e accessorio, primario e secondario»; connessione, questa, che introduce un principio di notevole valenza euristica, a partire dal quale la storia di vita del paziente può così tornare ad affacciarsi come momento ineludibile dell'incontro clinico.

Il concetto stesso di schizofrenia, a partire dal radicale ripensamento concettuale del testo del 1911, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, vero e proprio concetto operativo psico-clinico, stralciato dal terreno della valutazione prognostica, poté così nascere su un approccio teso a cogliere fenomenologicamente il *quid* specifico dell'esperienza interna del paziente, in uno sforzo di sintesi diremmo eidologica del pleiomorfismo clinico a ridosso del disturbo fondamentale (*Spaltung*).

La rimodulazione concettuale bleuleriana ha una preziosa ricaduta sul piano terapeutico giacché, se l'espressività clinica risulta da un'interazione del disturbo di fondo con la personale reattività del paziente, allora «un primo principio terapeutico consiste nell'offri-

re favorevoli opportunità di dispiegarsi alle reattività e alle tendenze spontanee del paziente». <sup>20</sup>

È qui all'opera – è bene sottolinearlo – una radicale “rotazione epistemica” rispetto alla fondamentale asserzione kraepeliniana; se, come visto, questa indicava in un atto eminentemente analitico, ottenuto «scomponendo gradualmente i complessi fenomeni della vita psichica e corporea nei singoli elementi», <sup>21</sup> lo specifico dell'indagine psicopatologica, il procedimento bleuleriano ricomponne l'apparente magmaticità dell'abnorme psichico nella riacquisizione di una nuova prospettiva di senso; ciò si può desumere dal fatto che i disturbi, quali l'autismo, l'ambivalenza e l'alterato contatto affettivo con la realtà ambiente, annoverabili assieme a quello centrale di *Spaltung* nell'ambito dei disturbi fondamentali, piuttosto che porsi come mere espressioni semeiologiche, sono pregni di una connotazione diremmo “globalistica”, essendo rivelativi dell'intera personalità del paziente. Nel far ciò, Bleuler si pone nel solco della tradizione di quell'istanza antropologica inaugurata da P. Pinel, per cui il sintomo non è diretta espressione del processo, essendo invece la “cifra dello scarto”, l'esito della mediazione tra soggetto e processo stesso.

Anche nell'opera di Schneider è possibile individuare, a fronte del suo forte ancoraggio a una tradizione organicistica di approccio all'abnorme psichico, una preziosa complessità di scandaglio nel mondo interno del paziente.

L'assunto fondamentale della posizione di Schneider <sup>22</sup> si ritrova nell'individuazione di sintomi altamente specifici dell'esperienza schizofrenica, i cosiddetti «sintomi di primo rango», sì da assurgere a indicatori patognomonici del disturbo.

La definizione di questi sintomi si ricava dallo studio delle esperienze interne dei pazienti psicotici e, a differenza di Bleuler, nella cui teorizzazione il disturbo fondamentale era allusivo di un processo patogenetico, essi stanno piuttosto a delineare un modo di funzionare della mente.

L'insieme dei suddetti disturbi, che nel loro concorrere, vengono per Schneider a delineare la realtà psicotica schizofrenica, è stato in un certo qual modo ridotto dalla psicopatologia manualistica attuale a premessa di un'ipersemplificata guida nosografica: si pensi, in particolare, all'enfasi posta dalle varie edizioni del *Manuale diagnostico e*

*statistico dei disturbi mentali*<sup>23</sup> ai sintomi di primo rango, assunti tuttavia nell'impropria risignificazione di deliri bizzarri. Mentre, se così si può dire, la loro portata euristica conserva tutto il suo valore laddove essi sono assunti dalla ricerca psicopatologica quali fondamentali "punti di reperi" a partire dai quali si prefigura, in una visione più globale, un'alterazione radicale del funzionamento dell'Io e della percezione del mondo.

In tal senso, l'opera schneideriana<sup>24</sup> configura un dispositivo euristico di straordinaria portanza, di cui è consapevolmente debitrice la ricerca propriamente fenomenologica.

Ora, se le elaborazioni teoriche di Bleuler e di Schneider, almeno in tema di validità nosologica, hanno via via perso un effettivo ruolo dirimente, permane intatto il loro valore di efficacissimo dispositivo di accesso alla complessità del mondo interno dei pazienti. Laddove, in definitiva, l'elaborazione kraepeliniana radicalizza la pregnanza "denotativa" del dato clinico, sicché la diagnosi di schizofrenia si deve, in ultima analisi, al suo ancoraggio prognostico, il discorso di Bleuler e di Schneider enfatizza la dimensione "connotativa", in ragione della quale esso mantiene una preziosa attualità di ordine psicopatologico.

Il discorso fin qui delineato ci serve per meglio avvicinarci all'attuale "stato dell'arte" della nosologia psichiatrica.

La svolta epistemologica che ha cambiato sostanzialmente la prospettiva concettuale su questi problemi si è realizzata negli Stati Uniti nella prima metà degli anni settanta, ancorandosi fondamentalmente al modello esplicativo kraepeliniano, come peraltro si desume dalla circostanza che il cosiddetto *Gruppo di St. Louis*, che negli anni '60 ha avviato il movimento da cui ha preso forma l'elaborazione del DSM III, si definisca esso stesso esplicitamente neokraepeliniano.

K. Kendler ha caratterizzato questa svolta con una definizione rimasta celebre: si sarebbe trattato di un vero e proprio mutamento del paradigma scientifico, *à la* T. Kuhn, della disciplina psichiatrica, consistente nel passaggio dal «Principio del Grande Professore» alla cultura del «Consenso degli Esperti».<sup>25</sup>

Il nucleo teorico riconosciuto come centrale da questo movimento si riassume nella frase-manifesto di R. Spitzer: «there is no guarantee that a reliable system is valid, but assuredly an unreliable system must

be invalid», ove si enfatizza l'aspetto dell'affidabilità (*reliability*) sulla questione della validità (*validity*), sicché i problemi diagnostici furono concettualizzati essenzialmente come problemi di varianza di giudizio (*variance*), affermandosi così una prassi metodologica conformata all'ideale di un linguaggio diagnostico algoritmico, perfettamente codificato e normato, basato su un'accurata descrizione semeiologica delle categorie diagnostiche.

L'assunto di base delle varie edizioni del DSM, in particolare a partire dalla terza del 1980, è nelle pretese del presupposto vincolante della ateoreticità della sua impostazione: se non è possibile addivenire a una consensuale posizione sulle cause e sui modelli, la *reliability* non può che ritrovarsi in un discorso di consensualità di ordine statistico.

Non ci si stupisce del fatto che il movimento in questione si sia riconosciuto nella tradizione di Kraepelin.

Dall'opera di Kraepelin si distillano tre principi cardine dell'attuale metodologia della ricerca psichiatrica, vale a dire, quelli propri dell'"analisi", della "espunzione della soggettività" e dell'"operazionalizzazione".

In base al primo principio, il dato apparentemente caotico della patologia psichica è risolvibile con un'operazione essenzialmente analitica, essendo scomponibile in alcuni elementi primari di ordine clinico; in ossequio a ciò si afferma il primato della clinica quale accurata e sistematica descrizione fortemente semplificativa dell'abnorme psichico.

Ne è diretta appendice il principio della espunzione della soggettività tanto dell'osservatore che dell'osservato, essendo la prima ridotta a un'impropria perturbazione del semplice atto osservativo e la seconda a mero equivalente di un involucro insensato.

Il terzo elemento, quello dell'operazionalizzazione, si basa sulla cogente spinta a piegare gli assunti teorici nella risultanza di meri procedimenti operativi.

L'operazionalismo è una teoria, nata in ambito fisico a opera di P.W. Bridgman,<sup>26</sup> che riconosce lo statuto di valore scientifico solo a quei concetti che si possono esprimere come una serie di operazioni sperimentali verificabili. La sua radicale esportazione nell'ambito psichiatrico si traduce nell'offrire una consistente base concettuale alle

esigenze della *reliability*, ma produce, di contro, un depotenziamento della valenza euristica del processo conoscitivo, che, in questo caso, si sostanzia, appunto, nella formulazione algoritmica della diagnosi; sicché potremmo concludere icasticamente che la diagnosi operazionalizzata è il luogo in cui il prevalere dell'algoritmico sull'euristico dà forma al prevalere del saturo sull'insaturo.

E, tuttavia, peraltro, non può non rilevarsi la contraddittorietà di una posizione – quella, appunto, dell'ateoreticità fondata sull'operazionalismo – che, in vero, poggia, com'è stato criticamente rilevato su una base filosofica neopositivista,<sup>27</sup> la cui utilità per la psichiatria è stata sostenuta negli anni sessanta da C.G. Empel.

Riccollegandoci alle nostre note introduttive, l'opzione affettiva che presiede alla svolta epistemologica del movimento neokraepeliniano ci appare coerente col bisogno di sterilizzare la tensione del confronto con la *Sache* quando essa incarna il perturbante per eccellenza, ovverosia l'abnorme psichico nella sua effrazione più lacerante.

Non vogliamo certo sottovalutare l'esigenza di disporre di un linguaggio clinico condivisibile, quale presupposto di una buona pratica, e tuttavia non possiamo non rilevare come l'enfatizzazione del valore della *reliability* subisca un fascinoso richiamo, come se, in definitiva, la creazione di un linguaggio ipertrasparente e univoco permetta di controbilanciare l'insostenibile pesantezza della cosa di cui ci si occupa.

Altro aspetto che, a nostro avviso, ricade anch'esso nella stessa compulsione sterilizzante, al tempo stesso lo si ritrova nel fatto che la funzione intuitiva è del tutto soppiantata da una mera operazione di tipo combinatorio, quale quella dell'esclusione/inclusione di determinati *items* secondo griglie prestabilite. Ma in questo modo, il procedimento diagnostico si depaupera di quella preziosa *vis* dinamizzante che concede spazio a un'ulteriore possibilità di sviluppo del processo conoscitivo, così rischiando di impantanarsi in una struttura asfittica e tautologica, di cui l'assunto kraepeliniano<sup>28</sup> del «diagnosticare la prognosi»,<sup>29</sup> confondendo la prima con la seconda, è, come visto, uno dei momenti più esemplari.

### *Diagnosi e fenomenologia*

A ben riflettere, si rivela, in vero, alquanto arduo accostarsi al contributo che il discorso fenomenologico può offrire alla psicopatologia.

Innanzitutto, pensiamo vi abbia parte un'ineludibile sensazione di smarrimento su cui poco non gioca la circostanza che la tradizione psicopatologico-fenomenologica europea consta di un copioso e raffinatissimo *thesaurus* di contributi per lo più monografici, stralciati da un lavoro di compiuta sistematizzazione. Questa prima difficoltà fa immediatamente il paio con una seconda: l'indagine psicopatologica qui è strettamente intrecciata con un piano filosofico, qual è appunto quello fenomenologico, che ci si presenta lungo molteplici e dense prospettive di sviluppo. Come ben ci avverte, al riguardo, Borgna,<sup>30</sup> in realtà, «non c'è una sola fenomenologia, ma ci sono diverse fenomenologie».<sup>31</sup>

Appartiene, invece, a un genere di difficoltà che potremmo a buon diritto definire “equivoche” un'obiezione di ordine metodologico, che, a nostro avviso, può rischiare di divenire irrimediabilmente fuorviante.

Potrebbe forse sembrare, infatti, a un primo e poco avvertito approccio, che lo psicopatologo fenomenologicamente orientato debba rinunciare al primato fondativo della osservazione concreta in favore di una predominante visuale speculativa: come se, in definitiva, al fondo della sua indagine si potesse rintracciare un inenunciabile primato della teoria sull'empiria, del *logos* rischiarante sulla opacità ottusa dell'esperienza; primato che così rischierebbe di ribaltare il movimento plasticamente discensivo della clinica, come sapere proveniente dal basso, dal confronto col dato vivo dell'esperienza; come se, in definitiva, il piano fenomenologico si comportasse alla stregua di una filosofia applicata, che svisciva lo spessore esperienziale in una materia informe e inerte che chiede solo di essere resa trasparente grazie a una lettura di ordine superiore che vi detti regole e vincoli propri.

Ora, riteniamo, nulla potrebbe essere più equivoco del confondere un discorso di applicazione con un discorso che è, semmai, d'“implicazione” filosofica, quale, per l'appunto, vuole essere quello in questione.

Laddove, infatti, l'applicazione si risolve in "un accostare qualcosa a qualcos'altro", l'implicazione rimanda, invece, a "un qualcosa che è già dentro" e che, semmai, richiede di essere fatto emergere.

L'implicare, in tal senso, ci avvicina all'illuminante formulazione di L. Wittgenstein: «chi in una figura (1) cerca un'altra figura (2), e finalmente la trova, vede (1) in un modo nuovo. Non solo può darne un nuovo tipo di descrizione; ma quell'osservare era una nuova esperienza vissuta del vedere».<sup>32</sup>

Riteniamo che questo illuminante saggio ci permetta di accostarci all'originaria emozione che, a nostro, avviso, anima alla radice l'atteggiamento fenomenologico.

Esso viene a rimandare, così ci sembra, a un modo diremmo basilico di intrattenersi con la realtà, in cui si dà agio alla stessa di concedersi per quello che è, qui affacciandosi la figura heideggeriana dell'*Aufenthalt*, del "soffermarci presso", come ci arriva dalla penetrante lettura che ce ne offre L. Binswanger: «l'immediatezza di questo nostro soffermarci presso le cose o gli oggetti si manifesta nel fatto che lasciamo essere gli enti [...] come sono di per sé stessi», in cui viene a darsi, da parte nostra, una forma di passività, in cui, invero, stando al discorso binswangeriano, si esprime «la più positiva delle attività».<sup>33</sup>

Atteggiamento, che, nella sua intima scaturigine, si riconosce in un atto di meravigliata sospensione, nel primato di quella ingenua e stupefacente sorpresa dell'incontro con l'altro, e *primum movens* di ogni movimento conoscitivo, che icasticamente ci viene dal celeberrimo motto wittgensteiniano «non pensare, guarda», atto, per cui, in definitiva, il nostro confronto con l'esperienza si dà nella forma di un *infinitum imperfectus* che ci pone ogni volta, di fronte al singolo caso, nella posizione husserliana dell'"eterno debuttante".

Si può così provare a tematizzare il senso della nostra riflessione, assumendo le molteplici direttive di sviluppo di cui si sostanzia il ricchissimo *thesaurus* della riflessione psicopatologica d'ispirazione fenomenologica alla luce di un unificante orizzonte di senso, quello del potere restare a contatto dell'esperienza del paziente, per poterne far emergere e risaltare l'irriducibilità del compimento di senso.

«In altri termini, restare dentro il fenomeno, senza dovere saltare immediatamente dietro il fenomeno»,<sup>34</sup> muoversi non tanto lungo le profondità dei suoi possibili recessi sottostanti, ma nelle pieghe

del fenomeno stesso: senza, in definitiva, doverlo precocemente trasformare in un altro da sé, «nel deciso ripudio» – volendoci affidare a un'icastica rappresentazione della cosa – «della formula riduttiva: questa cosa è in realtà quest'altra cosa»,<sup>35</sup> prossima alla cogente polarità contrappositiva tra il “qui” e l’“altrove”.

Ciò si esprime, invero, non tanto in una definita elaborazione teorica, quanto piuttosto nella forma di un atteggiamento euristico disposto a lasciarsi venire incontro l'esperienza, consentendone il laborioso e rispettoso dispiegamento, nella rinuncia a un precostituito modello esplicativo della stessa.

Quest'originario appello a restare nell'esperienza è ben lungi dal risolversi in un'operazione semplicistica e ingenua, nel senso di una mera ricettività *naïf*: il fenomenologo sa bene – e in ciò si giustifica il ricorso al termine, precedentemente adottato, che ne connota la caratteristica di “laboriosità” – che il basarsi su ciò che è visibile comporta «il farsi portare oltre le apparenze dalle apparenze stesse, integrando la propria costitutiva fedeltà al fenomeno con un principio di trascendenza, che muovendo dall'inadeguatezza di ogni singolo apparire, cerca proprio, a partire da lì, il suo essere reale». <sup>36</sup> Si potrebbe dire che lo scarto presente tra l'apparenza del dato fenomenico e il suo fondamento è così mantenuto a ridosso dei diversi e plurimi livelli di densità dell'esperienza piuttosto che essere rintracciato in un salto di effettiva discontinuità tra manifesto e nascosto, tra ciò che sembra e ciò che realmente è.

La necessaria integrazione del principio di “fedeltà” e del principio di “trascendenza” è forse la migliore traduzione possibile, per ciò che attiene a un'autentica prassi conoscitiva fenomenologicamente orientata, del significato che M. Heidegger assegna al “fenomeno”, come ci viene riportato dalla penetrante lettura di S.V. Rovighi:

ciò che si mostra, sebbene non tematicamente, nei fenomeni volgarmente intesi, come qualcosa che è loro presupposto e li accompagna,<sup>37</sup> ciò che a prima vista e per lo più non si mostra [...], ma è però connesso essenzialmente con ciò che si mostra a prima vista e per lo più, sì da costituirne il senso e il fondamento<sup>38,39</sup>

In definitiva, proseguendo nel solco del discorso degli autori già citati, si tratta di seguire il fenomeno, lasciandoci guidare dalla ric-

chezza stessa del fenomeno, cogliendovi, ci piace ribadire, ciò che si muove nelle sue “pieghe”, prima ancora che nelle sue “profondità”:

non si tratta tanto [...] di scoprire i meccanismi profondi dei sintomi, quanto di imparare a dispiegare i fenomeni così come si danno alla coscienza in prima persona, alla ricerca di uno sguardo d'insieme [...], di una visione panoramica, tramite la quale cogliere il senso nella rete di rimandi e di rapporti tra i fenomeni stessi.<sup>40</sup>

In tal senso, l'accostamento fenomenologico alla realtà clinica del paziente comporta l'ingrandimento del fenomeno, attraverso una descrizione densa dell'esperienza che ci viene incontro, descrizione che si costituisce tale proprio a partire dal riconoscimento della densità complessa dell'esperienza stessa, che, a una prima impressione, può anche rischiare di sommergerci in una magmaticità confusiva; sicché, il porne in risalto i diversi dettagli costitutivi, come lo sgranarne i diversi livelli che la compongono, consente di agglutinarli, «progressivamente e quasi inavvertitamente»,<sup>41</sup> in un insieme dotato di senso.

Qui si affaccia quell'orizzonte di senso che, secondo le indicazioni di una raffinata ricerca psicopatologica, culmina nella figura dell'“organizzatore psicopatologico”,<sup>42</sup> schema sintetico di comprensione che conferisce una significatività unitaria a differenti declinazioni dei fenomeni patologici.

Muoversi sul terreno delle “connessioni di senso” e non su quello delle “connessioni di causa” rende ragione del fatto che lo psicopatologo privilegia gli aspetti formali dell'esperienza piuttosto che quelli tematici; la valorizzazione del “come” rispetto al “che cosa” dell'esperienza è, sotto questo riguardo, il contributo decisivo che l'osservazione fenomenologica ha apportato all'indagine psicopatologica.

In tal senso, questa non si risolve soltanto in un compito paradigmatico, consistente nel definire il fenomeno in sé stesso e nel distinguerlo tra simili, ma anche assume un valore propriamente sintagmatico, mirante a ricomporre differenti esperienze in coese strutture di senso.

Sul piano strettamente metodologico – qui configurandosi un momento cruciale del processo diagnostico – gli organizzatori psicopatologici si pongono nell'ordine dei tipi ideali, esito di una conoscenza precatogoriale, che si fonda sulla nozione cruciale di “tipicità” e “pro-

totipo”, «esemplare che occupa il centro di un bersaglio verso i cui margini si distribuiscono via via gli esemplari meno caratteristici». <sup>43</sup>

È a ridosso di ciò che il discorso psicopatologico orientato fenomenologicamente forse riconosce il momento di massima divaricazione rispetto al processo conoscitivo che sostiene la categorizzazione nosografica.

Laddove quest'ultima procede al riconoscimento dell'identità di un fenomeno psichico attraverso il discernimento e la mera riunione sommatoria di diversi elementi (quali appunto sono i sintomi e i segni) all'interno di una data categoria, senza doversi per ciò stesso intrattenere sui possibili rimandi di senso intercorrenti fra essi, il processo di tipizzazione si pone piuttosto nell'ordine di una primaria "apprensione globale" dell'essere incontrato, nel senso di un "vedere come".

Esso si presenta come l'approdo di una percezione preriflessiva che intuitivamente si dirige, afferrandola, verso una *Gestalt* coerente e significativa. Siamo qui al cospetto di quella preziosa dimensione radicalmente fondativa del conoscere psicopatologico, la prima impressione, che opera attraverso il riconoscimento olistico basato "sull'aria di famiglia".

In tal senso, laddove l'approdo della sommatoria di particolari elementi, che si compie col processo nosografico, è tutto appunto risolto nella conclusione del momento diagnostico, il procedere conoscitivo, sotteso alla dimensione dell'"anticipazione tipizzante", viene a creare «un ordine concettuale, il quale, sovrapposto alla realtà, semplicemente permette che inizi l'indagine». <sup>44</sup>

Ciò per dire, in sostanza, che mentre il movimento posto in essere dal processo categoriale si risolve, con l'atto definitorio della diagnosi, in una conclusione del processo conoscitivo stesso, l'orizzonte che si prospetta nella tipificazione ideale si costituisce, invece, nel senso di un processo conoscitivo che inizia a dispiegarsi, comportandosi, potremmo dire con A. Ballerini, alla stregua di uno "stratagemma conoscitivo", propulsivo di una spinta valutativa provvisoria, non definitiva, ma soggetta a ulteriori riaggiustamenti e oscillazioni, sino a un sua possibile disconferma.

«La prima impressione», così radicalmente innestata in quella corrente vitale preriflessiva, che delinea quell'area di indeterminazione posta alla radice del pensiero, «che non appare più come un difetto, ma come una caratteristica umana che conduce ad allontanarci decisamente da ogni automatismo e da ogni corrispondenza

rigida»,<sup>45</sup> si costituisce come una preziosa modalità di approccio all'esperienza psichica, in quanto capace di corrispondere e aderire proprio a quella indeterminatezza che è cifra costitutiva dell'esperienza psichica che ci viene incontro.

Ricorrendo a una riflessione cara a M. Trevi, potremmo così dire che il “discorso della psiche sulla psiche” trova proprio a ridosso di questa qualità d'indeterminatezza, così “felicitemente inemendabile”, dell'esperienza psichica il suo terreno più autentico e confacente. È a ridosso di ciò, ci vien da pensare, che l'approccio fenomenologico al dato della sofferenza psichica viene di per sé a svilupparsi come dei passi che tendono a ritornare su di sé, intrattenendosi in un'estenuante interrogazione del singolo fenomeno, piuttosto che a svilupparsi lungo una prospettiva di sistematizzazione orizzontale della conoscenza; cosa, questa, che probabilmente rende ragione del fatto, di cui si diceva, per cui l'approfondimento monografico è venuto a prevalere su ogni possibile opera di sistematizzazione.

La “prima impressione”,<sup>46</sup> per le stesse ragioni che la fanno tanto potentemente pregna di una feconda evolutività conoscitiva, proprio per questo, tuttavia, è fortemente esposta a una rischiosa deriva soggettivistica<sup>47</sup> abbisognando, così, di attraversare ulteriori snodi conoscitivi, di ordine propriamente riflessivo, quali il rigoroso scandaglio proprio dell'*epoché* fenomenologica o la stessa convalida derivante dalla rigorosa comparazione con i dati semeiologici della valutazione clinica.

Ma, a ben vedere, qui ci si rivela qualcosa che va oltre il piano della conoscenza psicopatologica: si direbbe che, in fondo, in assenza dell'intuizione eidetica globale che è inscritta nella prima impressione, che ineludibilmente anticipa l'osservazione analitica delle parti,

nessuna conoscenza è possibile, né quella quotidiana, né quella diagnostica, né quella di un progetto di ricerca. La scientificità è proprio garantita non dall'impossibile assenza di preconetti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotti alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario.<sup>48</sup>

A ridosso di questo snodo può forse così compiutamente delinearsi il rapporto che la diagnosi psicopatologico-fenomenologica viene

a intrattenere con la diagnosi categoriale: rapporto di notevole portata euristica, ma alla condizione che esso riconosca, quale necessaria condizione preliminare, l'assunto che la prima non assolva a una "funzione ancillare"<sup>49</sup> nei confronti dell'altra: «il compito della psicopatologia fenomenologica non riguarda il contributo che essa può dare alla diagnosi descrittiva o nosografica, quanto invece ciò che può dire intorno al senso delle esperienze umane abnormi»;<sup>50</sup> ciò, tuttavia, può avere una ricaduta sul piano nosografico: si pensi, come già accennato al riguardo, come qui intervenga il dispositivo euristico dell'organizzatore psicopatologico, nella sua primaria funzione paradigmatica di "rasoio" psicopatologico,<sup>51</sup> ovvero sia di strumento di definizione e di distinzione della fenomenica psichica.

Può certamente qui ben delinearsi una fertile dimensione collaborativa tra le due forme di conoscenza, ove però si sia in grado di non retrocedere dinanzi alla difficile tensione che ne deriva e che forse è la cifra emotiva che meglio caratterizza il discorso della psiche sulla psiche: ci sovviene la preziosa immagine ricorrente nella magistrale lezione di B. Callieri<sup>52</sup> dello psicopatologo fenomenologicamente formato, quale "Giano bifronte" che non può sottrarsi al carattere perpetuamente antinomico, alla indefinitezza intrinseca del fenomeno psichico, cosa che in definitiva ne suggella l'intima coappartenenza tanto al mondo della *Sache* quanto a quello dell'Objetto.

### *Diagnosi e psicodinamica*

Nei loro momenti di sincerità gli stessi psichiatri dubitano che le loro esposizioni puramente descrittive meritino il nome di scienza. I sintomi che compongono questi quadri morbosi sono sconosciuti per quanto riguarda la loro origine, il loro meccanismo e i loro reciproci legami; a essi non corrisponde alcuna dimostrabile alterazione dell'organo anatomico della psiche, oppure vi corrispondono alterazioni dalle quali non si può trarre alcun chiarimento.

S. Freud<sup>53</sup>

Già basterebbero i passi sopra citati di *Introduzione alla psicoanalisi* per rendere ragione del fatto che, per lo più, in ambito psicodina-

mico la «diagnosi è una brutta parola»,<sup>54</sup> concepita come sinonimo di etichettatura patologizzante, di semplificazione che evapora la profondità dell'esperienza, di via di fuga a buon mercato a fronte dell'insostenibile angoscia del confronto con l'altro.

La "brutta parola" agirebbe, dunque, nel senso più complessivo di giustapporre una semplicità apparente e riposante, ma irrimediabilmente fuorviante, a una verità complessa e perturbante: un artificio, in definitiva, di cui l'analista ben attrezzato non può che smascherare l'illusoria promessa di redenzione; come ci avverte D.H. Malan<sup>55</sup> quando osserva che il clinico, passando dal piano categoriale a quello psicodinamico del disturbo, si accorge che i suoi punti di riferimento nosografici tendano a offuscarsi, a svanire nella nebbia.

A ben vedere, tutto ciò potrebbe meglio rivolgersi al cattivo uso della diagnosi.

In questa direzione, la riflessione psicodinamica può offrirsi come un sofisticato correttivo del "cattivo uso"; si può, insomma, ripensare il rapporto tra psicodinamica e diagnosi psichiatrica, non già nei termini di un'antinomia irrisolvibile, ma in vista dell'apertura di un fecondo spazio collaborativo, pur nella rigorosa distinzione dei reciproci assetti di fondo.

In tal senso, ci è di aiuto il ricorso ad alcuni essenziali snodi concettuali individuati al riguardo.

Un primo apporto ci proviene da una sintetica quanto esauriente rassegna<sup>56</sup> su alcuni dei principali contributi dell'indagine psicodinamica alla diagnosi psichiatrica.

Innanzitutto, la diagnosi psicodinamica pone i fenomeni psicopatologici, indipendentemente dal livello di gravità presente, come punti di arrivo di un percorso che richiede di essere considerato nel senso della continuità, piuttosto che della discontinuità delle esperienze. La storia non procede per salti e cesure: il sintomo, anche quello che irrompe d'improvviso nella forma inquietante del corpo estraneo, a ben vedere, è solo più appariscente configurazione di un movimento già preesistente. Lungo questa prospettiva, al tempo stesso, si trova il concetto per cui non esiste nessuna effettiva soluzione di continuità tra normale e patologico.

In stretta connessione con questo primo punto è il fatto che la diagnosi si ponga sempre nel senso di una valutazione provviso-

ria, soggetta nel tempo a oscillazioni non solo di sfumature, ma di sostanza, fino a possibili radicali sconvolgimenti: le si addice più l'immagine del filmato che quella della fotografia. Forse nella storia della diagnosi la concettualizzazione che più aderisce a questa dimensione d'intrinseca dinamicità si ritrova proprio agli inizi di questa storia, con Pinel, nell'affermazione del primato *nosodromico*, nell'imprevedibile transizione tra le diverse forme della follia, che sottrae il paziente a un destino clinico ineluttabile.

Snodo che si propone in diretta filiazione dai precedenti è il costituirsi della diagnosi come punto di partenza di ulteriori percorsi conoscitivi e come punto di partenza del lavoro terapeutico, in ciò prendendo vita l'assunto bioniano<sup>57</sup> per cui conferire un nome a qualcosa è condizione perché si possa pensare quella cosa e parlarne prima ancora di conoscerla. L'approdo categoriale può così funzionare da *starter* del processo psicodinamico che ne costituisce una critica riesplorazione «lungo le vie del dialogo, della relazione e della comprensione».<sup>58</sup>

I precedenti punti convergono, quindi, nel riaffermare la dimensione "storica" della diagnosi, nel senso del suo essere espressione di un complesso percorso biografico: la sua più radicale istanza è quella di far cominciare l'inizio della storia della malattia ancor prima della storia dell'individuo sofferente, guadagnando quella prospettiva transgenerazionale in ragione della quale il soggetto si trova al centro di una significativa rete di rimandi intrapsichici e interpersonali.

In tal senso, la dimensione storica è, per eccellenza, il luogo del "riscatto del senso", così come la cura è il percorso lungo il quale il soggetto si riappropria del valore personale della propria storia.

E, infine, si pone il valore relazionale della diagnosi: l'insieme dei fenomeni collegati alla diagnosi si iscrive in un'imprescindibile relazione in cui i sintomi si riappropriano della significazione più prossima alla radice etimologica del termine (*sun-piptein*: "cadere con"), nel senso che «il loro pieno significato si dischiude solo di fronte all'investigatore che è toccato vivamente da essi. [...] Per questo essi non divengono eloquenti che nell'istante in cui parlano, cioè nella situazione del momento presente».<sup>59</sup>

A fronte di questa essenziale rassegna, che si muove in un orizzonte, diremmo, *ricongiuntivo* tra diagnosi e psicodinamica, si pone

la rassegna di G.O. Gabbard<sup>60</sup> sulle differenze tra colloquio psicodinamico e colloquio medico e che, a nostro avviso, può anche essere assunta quale modello di raffronto tra l'assetto psicodinamico e l'assetto psichiatrico nella sua dimensione propriamente categoriale.

La rassegna di Gabbard, rispetto alla precedente, tende piuttosto a enfatizzare i punti di divergenza, senza comunque disegnare un assetto di sterile contrappositività. Stando ai punti fondamentali che vi sono indicati, il piano psicodinamico vi inizia a stentare, e non poco, come possibile correttivo della cattiva diagnosi, venendo piuttosto a configurare tra i due assetti un problema più di fondo, che va nel senso di una radicale antinomia.

Innanzitutto, il colloquio psichiatrico categoriale tende a muoversi lungo un percorso lineare, teso a stabilire delle trasparenti e cogenti connessioni tra i vari momenti del suo procedere: la sua stella polare rimane quella, di originario conio kraepeliniano, di una diretta connessione tra insulto, lesione e sintomo; coerentemente con ciò, questo tipo di colloquio mal sopporta tutto ciò che tende a deviare da questa forma di percorso, ovverosia che non si presenti incontrovertibilmente nella dignità di sintomo. Ciò si traduce nell'enfaticizzazione della "selezione delle informazioni rilevanti", che è come dire che, una volta «raggiunto un inventario di sintomi sufficiente a soddisfare una categoria diagnostica»,<sup>61</sup> si può allora chiudere ogni discorso.

Punto d'intensa pregnanza: la successione temporale tra diagnosi e terapia.

Se, per un verso, la formulazione della diagnosi psichiatrica precede sempre l'atto terapeutico, nel colloquio psicodinamico qualunque distinzione tra diagnosi e terapia sarebbe artificiosa;<sup>62</sup> anzi il terapeuta in questo caso affronta il colloquio nella consapevolezza che lo stesso stile di raccolta anamnestica già contiene una valenza terapeutica. Conviene, al riguardo, citare il discorso di K. Menninger, riportato in Gabbard, secondo cui «il paziente viene per essere curato e qualunque cosa venga fatta per lui, nella misura in cui lo riguarda, è terapia. [...] Pertanto la terapia precede sempre la diagnosi».<sup>63</sup>

Sull'atteggiamento di passività/attività del paziente, l'impostazione categoriale privilegia il *format* prestabilito della domanda/risposta e della prescrizione/esecuzione che esalta, se così si può dire, del paziente soprattutto la "virtù della docilità": il "bravo paziente" è

colui che ascolta, risponde e infine segue le indicazioni di un esperto. Quest'ultimo è tale in quanto è "colui che sa", essendo comunque sempre appannaggio del sapere la titolarità dell'iniziativa, nonché la possibilità di dettare le regole del gioco, in ciò radicalizzandosi l'asimmetria tra chi sa e chi non sa, tra chi riceve e chi agisce.

Rispetto alla dinamica del sapere, la posizione passiva fa sì che al processo di cura poco importi che il paziente sappia: la guarigione può anche avvenire a sua insaputa, la sua ignoranza è, diremmo forse forzando un po', garantita dal fatto che qualcuno sappia al posto suo; ben diverso il punto di vista che si diparte dalla posizione attiva, ove, invece, e ciò sappiamo bene come abbia un ruolo essenziale<sup>64</sup> nel processo psicoterapico, non si dà cura che non passi attraverso un progressivo allargamento dello spazio di consapevolezza del paziente.

Rispetto alla dinamica dell'agire, il terapeuta è "colui che fa" per eccellenza, in ciò inverandosi, secondo J. Hillman,<sup>65</sup> l'immagine archetipica del *terapeuein*: «al di sopra di ogni altra cosa egli deve fare qualcosa; [...] tutto ciò dimostra che ciò che ha valore non è quello che il medico fa, ma il fatto che egli faccia».

Un'ulteriore riflessione riguarda l'aspetto della speditezza dell'atto diagnostico. Se sul piano strettamente medico, la tempistica del processo diagnostico agevola la precocità della tempistica terapeutica, si dà avere una preziosa ricaduta sul piano della prassi operativa, sul piano psicodinamico, invece, un'enfatizzazione del procedimento diagnostico, realizzato nella forma di un andare dritto, risoluto e rapido verso l'obiettivo diagnostico, può essere controproducente, favorendo nel paziente un "sentimento di reificazione" che ostacola il dispiegarsi della relazione. Come leggiamo in A. MacKinnon, R. Michels «il colloquio orientato solamente verso una formulazione diagnostica può dare al paziente la sensazione d'essere un campione patologico che viene esaminato e pertanto inibirlo nel rilevare i suoi problemi». <sup>66</sup> In direzione opposta può muoversi la pretesa psicoanalitica di dilatare a dismisura i tempi della diagnosi, fino a collocarla alla fine di un percorso interminabile. A proposito di questa fattispecie di diagnosi ritardata si pone la sarcastica immagine della "prova della strega" di cui scriveva Freud.<sup>67</sup>

*Last but not least*, la diagnosi categoriale vive la soggettività del terapeuta come un'interferenza da ridurre al minimo – ci si può chie-

dere se, in fondo, l'eccezionale occhio clinico del Dottor Cotard di proustiana memoria non traesse forza proprio dalla sua totale assenza di empatia – mentre la diagnosi psicodinamica ne fa lo “strumento essenziale”, al pari della soggettività stessa del paziente, sì che nell'articolazione dialettica dell'una con l'altra esse si dispiegano come “l'alfa e l'omega” del processo.

Il discorso di Gabbard, rispetto alla precedente rassegna, va, dunque, a enfatizzare soprattutto le distinzioni e le divergenze, tematizzando la differenza delle *nuances*, delle sfumature e dei contorni, come anche le demarcazioni di maggiore densità, ancora concedendo, tuttavia, uno spazio potenziale di mutuo scambio. In tal senso, esso, a nostro avviso, pur avvicinandovisi, ancora non tocca la sostanza dura della questione.

Intendiamo così riferirci al punto di maggiore torsione epistemica che il discorso psicodinamico ricava dalla sua più radicale fondazione psicoanalitica, quello al livello del quale il sintomo, se così si può dire, “perde la sua innocenza”.

A ridosso di ciò, il sintomo si costituisce come una formazione contraddittoria e di compromesso, di ambigua natura comunicativa, e, al tempo stesso, di ostensione e di mascheramento, di apertura e ritrazione, ove il rivelare si ripropone nella sua intima polarità semantica, opposta e irriducibile, del disvelare e del velare ancora.

L'introduzione del concetto d'inconscio nell'originaria significazione freudiana è ovviamente lo sfondo proprio di questa particolare configurazione del sintomo.

L'inconscio è, infatti, il luogo dove andare a cercare quella verità – e con Freud la terapia non può sottrarsi al cogente vincolo veritativo – con cui la coscienza sembra intrattenere un ruolo, e non solo a ridosso della franca espressività del sintomo, prevalentemente di mistificante occultamento. Nella teoresi freudiana, infatti, se il conflitto è il *leit motiv* della realtà psichica, la manovra dell'occultamento sembra essere l'*habitus* diremmo più *prêt-à-porter* di cui essa dispone per arginarne l'angoscia che ne deriva.

Si potrebbe integrare l'illuminante «l'euristica che guida il lavoro clinico è dunque un'euristica della scoperta, alla ricerca di una verità nascosta»,<sup>68</sup> con l'osservazione che scoprire non è soltanto un far venire fuori,<sup>69</sup> ma un far emergere qualcosa che è stato sconvolto nell'ostensio-

ne del suo contrario, per cui forse più che di verità nascosta si potrebbe dire di una verità falsificata. Ora, questa distinzione non è senza conseguenze: se il far venir fuori fa appello a una tensione di ascolto aperto all'esperienza, lo svelamento della contraffazione fa invece riferimento all'atteggiamento del "sospetto", per cui ci si aspetta di trovare il male dove sembra darsi il bene, l'ombra dove batte la luce, l'odio dove si mostra l'amore. In tal senso, P. Ricoeur<sup>70</sup> annovera la figura di Freud, insieme a quella di K. Marx e di F. Nietzsche, tra i «maestri del sospetto» della filosofia moderna che avrebbero smascherato la falsa coscienza di origine cartesiana. In tal senso, la verità è sempre "sgradevole", in ciò rivelandosi forse uno dei pilastri specifici della teoria freudiana:

e questo presupposto attraversa tutta la storia del pensiero freudiano, a partire dal rifiuto della terapia ipnotica e della semplice abreazione, alla necessità di smantellare le resistenze che difendono dal riconoscimento di verità inaccettabili, alla valutazione dell'aspetto resistenziale della ripetizione transferale nei riguardi del ricordo, fino all'elaborazione dell'opportunità tecnica terapeutica che consente una maturazione adeguata dell'accettazione di una sgradevole verità.<sup>71</sup>

L'euristica della scoperta non funge soltanto come linea guida in ordine al disvelamento dei contenuti, essendo anche all'opera nel disvelamento dei processi profondi che organizzano la vita psichica. In tal senso, anzi, lo scandaglio analitico raggiunge uno dei suoi vertici operativi: si direbbe, al riguardo, che il tema dell'occultamento mistificante lo si ritrova a ridosso non del *cosa*, ma del *come* la mente organizza sé stessa.

Rispetto a ciò il realismo metapsicologico freudiano riconosce nell'opera di J. Bergeret<sup>72</sup> una delle sue più organiche, sofisticate e suggestive elaborazioni, prendendo forma nella dialettica interna della trilogia "struttura-carattere-sintomatologia". Opera, questa, che si costituisce a partire da ciò come uno degli esempi più solidi, forse il più classico e riconosciuto, di nosografia psicoanalitica sistematica.<sup>73</sup>

La "struttura della personalità" si riferisce alla «modalità di organizzazione sul piano profondo e fondamentale della personalità stessa»,<sup>74</sup> ovverosia, all'insieme degli «elementi metapsicologici della personalità profondi e fondamentali, correlati fra loro in modo stabile e definitivo».<sup>75</sup>

Il “carattere” fa invece riferimento «al livello di funzionamento manifesto e non patologico della struttura»,<sup>76</sup> «l’emanazione stessa della struttura profonda nella vita relazionale [...], la testimonianza visibile della struttura di base della personalità, il vero segno esteriore di ricchezza o di povertà strutturale».<sup>77</sup>

La “sintomatologia” indica, infine, il pleiomorfismo clinicamente significativo che assume «il funzionamento di una struttura che si scompensa».<sup>78</sup>

Sulla base di questo articolato assunto teorico, la vera diagnosi è solo quella dotata di una effettiva capacità inferenziale che giunge al piano strutturale profondo e che, dunque, va ben oltre la mera espressività sintomatologica; anzi, il discorso sul sintomo può essere, ove stralciato dalla dialettica triadica, pericolosamente fuorviante:

si parla troppo spesso di sintomo psicotico pensando al delirio o all’allucinazione, o al sintomo nevrotico pensando alla conversione isterica, al rituale ossessivo o al comportamento fobico. Prima di tutto c’è un errore di diagnosi: un episodio delirante si può incontrare al di fuori di ogni struttura psicotica; una fobia non è sempre [...] di eziologia nevrotica.<sup>79</sup>

Tutt’al più il sintomo può essere allusivo di un dato modo di funzionare della psiche: e, solo in questo senso, si può parlare di sintomo “ad andamento nevrotico o ad andamento psicotico”.

Elemento fondante dell’elaborazione bergeretiana è nel concetto, dunque, di “struttura”, che rappresenta l’elemento caratterizzante, fisso e invariabile della personalità. In ciò si può agevolmente cogliere la risonanza della famosa metafora cristallografica freudiana: «se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura di cristallo».<sup>80</sup>

Sulla base di ciò, la teorizzazione di Bergeret è in grado di proporre un modello forte di sistematizzazione categoriale, ove, come detto, le fondamentali linee disgiunzionali sono indovinate al livello delle diverse strutture di personalità; modello diagnostico che non è certo esente da un intenso fascino classificatorio, prossimo, diremmo, a un sentimento di un *eureka* totalizzante; cosa, questa, agevolata anche,

a livello del testo, dalla presenza di complesse griglie schematiche dall'immediata presa visiva.

La costruzione categoriale di Bergeret è chiaramente ancorata a una forte base metapsicologica: suo punto di forza, questa, per l'estrema coerenza argomentativa che essa riesce a sviluppare a partire dalla "strega", e, tuttavia, al tempo stesso, suo principale limite, scontando la difficoltà a porsi come punto di convergenza unificante nell'attuale panorama scientifico; la crisi attuale della metapsicologia, specie nelle sue pretese realistiche, emerge, infatti, paradossalmente proprio a partire da quelle ricerche empiriche che più fiduciosamente si aprivano alla possibilità di una verifica sul campo dei suoi assunti teorici.<sup>81</sup>

Di questa radicale situazione di crisi è un'emblematica espressione la pubblicazione dello *Psychodynamic Diagnostic Manual*<sup>82</sup> a opera di una specifica *task force* costituita dalle più prestigiose associazioni psicoanalitiche americane.

L'assunto di base del PDM si può rinvenire nell'esigenza di recuperare la dimensione esperienziale del disturbo, il valore primario della soggettività, sacrificato dalla manualistica standardizzata di origine kraepeliniana, nell'affermazione di alcuni valori di ordine obiettivo. Sembrerebbe, dunque, mirare alla *Mission Impossible* di mettere insieme l'esigenza della soggettività col bisogno dell'oggettività, sì che la diagnosi non sia più una brutta parola.

Il bisogno dell'obiettività si riflette nell'assunzione di due punti nevralgici, profondamente interconnessi: il proporsi come uno strumento di valutazione diagnostica (in ciò complementare al DSM) che origina dalla ricerca empirica e l'adozione di una struttura operazionalizzata come garanzia di affidabilità.

E, tuttavia, non si può non rilevare come la *Mission Impossible* avvenga tutta a discapito della dimensione metapsicologica, col drastico ridimensionamento di alcune teorie forti, di valore diremmo nevralgicamente strategico, dell'edificio psicoanalitico: si pensi, in tal senso, a quel pilastro centrale dell'organizzazione nosografica psicoanalitica rappresentato dalla struttura psicotica, la cui esclusione dal PDM, se così si può dire, è forse il più evidente omaggio sacrificale alla preminente esigenza di chiarezza terminologica e concettuale.

Ci si può chiedere se, insomma, il "sacrificio della strega" sia nell'ordine di una rinuncia inevitabile, nell'interesse superiore

dell'affidabilità del costrutto diagnostico e del legittimo primato della ricerca empirica. Ma ci si può anche interrogare se questo "estremo" sacrificio sia premessa di un'ineludibile deriva empiricistica, nel senso di un pragmatismo aperto a ogni arbitrio, svincolato da ogni possibile riferimento veritativo.

Restando in termini di metafora: si può, allora, ipotizzare di poter addomesticare la strega piuttosto che eliminarla?

In tal senso, si potrebbe, forse, rispondere affermando che ciò in cui la riflessione metapsicologica entra radicalmente in crisi è proprio nella sua pretesa realistica, in ciò configurandosi una delle crepe forse più profonde della teoria freudiana.

Se, infatti, per un verso «Freud ha sempre considerato *in itinere* le proprie ipotesi, e in particolare ha conferito un valore singolarmente transitorio alla propria teorizzazione metapsicologica»,<sup>83</sup> per un altro verso è innegabile che la pretesa realistica ne rimanga un elemento costitutivo, in ossequio all'aspirazione ad avere della psiche una descrizione veritativa e realistica, quella sola, in definitiva, che ne giustifica lo statuto di scienza naturale. Aspirazione, questa, infine, che si fonda sul fatto che la psiche corrisponde realisticamente al modello scientifico, sì che la sua cifra forse più rappresentativa si ritrova nella metafora cristallina.

Il punto di fondo, se così possiamo dire, che configura una drammatica smagliatura epistemologica, è a ridosso di una scienza naturale che, tuttavia, fa fatica a mantenere attuali i propri presupposti di fondo proprio alla verifica di quella validazione empirica che è il presupposto irrinunciabile della ricerca nel campo delle scienze naturali.

Si può così ritenere che la mancata verifica sperimentale sia un insulto irreparabile non tanto nei confronti di alcuni punti forti della teoresi analitica, ma che vada alla stessa centratura realistica del suo statuto.

Sulla base di questo percorso critico, possiamo allora non sorprendersi più di tanto che il discorso junghiano, così distante dalla centratura razionalistica freudiana, si offra attualmente come uno sfondo, di notevole pregnanza euristica, capace di accogliere alcuni dei più salienti snodi dell'attuale ricerca psichiatrica. Ci riferiamo, in particolare, alla recente riproposizione della nozione, fino un certo tempo addietro rinviante a un'*affaire historique classée*, della "psicosi unica".

Concetto, questo, che si ripresenta con vigore nel dibattito scientifico attuale non tanto nella forma del «vecchio fantasma unicità»,<sup>84</sup> appannaggio di una superata clinica veteropsichiatrica, ma come «l'ombra lunga [...] della clinica psichiatrica stessa delle malattie mentali, il suo antipodo dialettico che, attraverso la dialettica opposizione, le fonda e le costituisce».<sup>85</sup>

Laddove, infatti, Freud annovera i fenomeni psicopatologici nell'ambito di vere e proprie unità naturali di malattia, aderendo alla tradizione kraepeliniana del pensiero medico-psichiatrico nosografico, e, come visto, in coerente fedeltà al concetto naturalistico positivista di psiche, C.G. Jung considera lo spettro psicopatologico come variazione di un unico disturbo, così attestandosi sul concetto di malattia unica.

Nell'opera di Jung non si trova una specifica e organica trattazione in tema di diagnosi psichiatrica, se non nella forma di asistemati spunti di riflessione prevalentemente riferibili al periodo psichiatrico di lavoro al Burgölzli con Bleuler. Se vogliamo, il disinteresse junghiano per il tema della diagnosi nasce dal fatto che egli vi colga un valore eminentemente “commerciale” come anche una valenza desoggettivante, che solleva il terapeuta dal “tormento” dell'incontro con l'incomprensibile. Riferendosi al periodo del Burgölzli, Jung racconta in *Ricordi, sogni, riflessioni*:

i miei interessi e le ricerche erano dominati dallo scottante problema: che accade realmente nei malati di mente? Era qualcosa che allora non riuscivo ancora a capire e nessuno dei miei colleghi si era mai tormentato circa tale problema. Gli insegnanti di psichiatria si interessavano non di quello che il paziente potesse avere da dire, ma piuttosto della diagnosi, dell'analisi dei sintomi, di statistiche. Dal punto di vista clinico – che era allora quello prevalente – la personalità umana del paziente non aveva alcuna importanza. Il medico trattava un paziente x con una lunga serie di diagnosi bell'e pronte e una minuziosa sintomatologia. Il paziente era catalogato, bollato con una diagnosi, e, per lo più, la faccenda finiva lì.<sup>86</sup>

In senso più generale, si può al tempo stesso affermare che lo stesso disinteresse si rileva in ordine al discorso clinico, nella sua declinazione più aderente al modello medico, ovvero sia come disciplina

scientifica finalizzata a operare a ridosso della rigorosa sequenza etio-logia-patogenesi-sintomo-prognosi.

Come osserva M.I. Marozza, «per limitarci alla questione della clinica, il primo fatto da considerare è che Jung era perfettamente consapevole di fare una scelta non impegnandosi nel campo della descrittiva clinica»,<sup>87</sup> come ben si desume da quanto già nel 1908 scriveva a Freud: «per Lei il problema della scelta della nevrosi è importante, a me interessa solo il modo in cui ci si libera dal complesso»;<sup>88</sup> atteggiamento, questo, che verrà comunque sempre confermato, nell'enfatizzazione delle malattie come disturbi di un processo mentale normale disturbato e non come «*entia per sé*».<sup>89</sup>

Fatta questa premessa, non si può non riconoscere alla riflessione junghiana uno straordinario impatto sulla dimensione clinica proprio a ridosso di uno dei suoi punti di maggiore originalità: ci riferiamo alla concezione della psiche come “totalità complessa”.

A partire da ciò, infatti, ci si rende disponibile un prezioso dispositivo euristico in vista anche di una sistematica concettualizzazione della clinica, che, come detto, si proietta pienamente nella riattualizzazione dell'orizzonte della psicosi unica, dandole lo sfondo di una coerente teorizzazione di riferimento.

Conviene al riguardo citare il fondamentale passo junghiano:

in virtù della sua caratteristica struttura [la psiche] è suscettibile da un lato di un'infinita variazione individuale, dall'altro di una trasmutabilità altrettanto grande. La prima è dovuta al fatto che la psiche non è un'immagine omogenea, bensì consiste presumibilmente di unità ereditarie legate tra loro in modo blando, e si dimostra perciò largamente scindibile, la seconda è dovuta a influssi che intervengono dal di fuori e dal di dentro. Scindibilità e trasmutabilità stanno, dal punto di vista funzionale, in strettissima relazione l'una con l'altra.<sup>90</sup>

La salute psichica è, in questo senso, in funzione di una capacità dialogica integrativa tra le varie parti della psiche, e, quindi, in particolare, in relazione con la capacità dell'Io di impegnarsi in una valida connessione dialogica con le altre unità complessuali, arricchendosi del loro apporto nutritivo. Si può dire che il gradiente della creatività è funzione del gradiente dialogico interno all'individuo e che 'simbolo' è la denominazione caratteristicamente junghiana di questa funzione.

A partire dalla centralità del principio dialogico, che si può assumere come una delle metafore più pregnanti del discorso junghiano, non può certo vibrare il richiamo ingiuntivo della strega freudiana; da chi si lasci ispirare da questo principio non ci si può certo aspettare la fascinoso griglia metapsicologica, *à la* Bergeret, ma, questo sì, una fiduciosa apertura al mondo, anche e soprattutto, laddove “mondo è angoscia”, nella forma di preziosa tessitrice della nostra identità.

*Lavorare ai confini dei saperi*

Si potrebbe forse provare a cogliere il senso del nostro discorso col dire che il diagnosticare appartiene a quella originaria prerogativa umana che è il “dare nome alle cose”.

In primo luogo, è la diagnosi come parola che può aprire un varco nelle spire terrifiche dell'oscuro.

È il senso della suggestiva favola del nano maligno che derivava il suo potere dal fatto che nessuno ne conoscesse il nome. Potrà sconfiggerlo solo colui che ne carpirà il segreto e ne pronuncerà il nome.

V'è poi la diagnosi come parola definitoria, che “separa e circoscrive”, e che può indulgere in un'autoreferenzialità occlusiva di ogni sviluppo.

Ne troviamo la figura più marcata in R.M. Rilke:

io temo la parola degli uomini  
dicono tutto sempre così chiaro:  
questo si chiama cane e quello casa,  
e qui è l'inizio e là è la fine.  
E mi spaura il modo, lo schernire per gioco, che sappian tutto ciò che fu e sarà;  
non c'è montagna che li meravigli;  
le loro terre e giardini confinano con Dio.  
Vorrei ammonirli, fermarli: state lontani.  
A me piace sentire le cose cantare.  
Voi le toccate: diventano rigide e mute.  
Voi mi uccidete le cose.<sup>91</sup>

Infine, la diagnosi come parola generativa di senso.

Ce ne dice qualcosa quel mito aborigeno australiano sulla creazione del mondo, riportatoci da B. Chatwin, che racconta di «creature totemiche che nel tempo del Sogno avevano percorso in lungo e in largo il continente cantando il nome di ogni cosa in cui si imbattevano – uccelli, animali, piante, rocce, pozzi – e con il loro canto avevano fatto esistere ogni cosa».<sup>92</sup>

Un'ulteriore figura di parola è, infine, quella che ci proviene dal *Mito della Torre di Babele*.

Ci riferiamo, in particolare, ad alcune recenti suggestive interpretazioni del mito<sup>93</sup> che ne colgono la forte densità simbolica proprio rispetto al tema del linguaggio.

Secondo questa corrente esegetica, laddove l'arroganza punita dal Diluvio si esprimeva in una violenza disgregativa del sociale, la trasgressione babelica avrebbe avuto piuttosto una valenza aggregativa, portata a un grado estremo di forza: una sorta di antidoto illusorio all'angoscia della minaccia del diluvio, dettato, dunque, dal bisogno di proteggersi da un esterno minaccioso e di non disperdersi.

Nella sua intima significazione un combinato disposto, si direbbe, di arroganza e di paura. Nella riflessione dei nostri autori questo combinato, quello stesso che sarebbe alla radice di ogni pensiero totalitario, si riflette significativamente nella scelta della lingua: le parole che gli operai babelici si scambiano fanno tutte lo stesso discorso, sono parole identiche, uniformi, in cui non v'è spazio alcuno per la distinzione e le sfumature; la traduzione italiana («venite, facciamoci i mattoni e cuciniamoli al fuoco») non renderebbe l'ironia del testo originario ebraico («mattoniamo i mattoni, cuciniamoli per cuocerli, cuciniamoli nel cucinatoio»): si tratta di parole "uniche", "chiuse", che "ricadono su sé stesse".

A partire da questo vertice di osservazione, la suddetta corrente esegetica vede la punizione divina della confusione delle lingue tramutarsi nel paradosso vivificante del dono: la molteplicità delle lingue sconfigge il pensiero unico, fa piuttosto vedere che la verità arriva sempre rifratta in molteplici aspetti, conducendoci al cospetto di quell'ineludibile orizzonte conoscitivo secondo cui è semmai proprio dalla collaborazione faticosa delle diverse interpretazioni che si può tendere all'interpretazione del vero, che comunque non è mai tutt'una con esso.

Per quello che può dire al nostro discorso, il senso del mito ci restituisce la fiera dignità del «camaleonte di metodi» (*Methodencamäleon*), consegnataci dalla bellissima metafora di H. Tellenbach.

Il senso della nostra riflessione vuole essere rappresentativo della possibilità di superare ogni riduzionismo definitorio e di considerare piuttosto i diversi linguaggi diagnostici certamente non nel senso di un sincretismo facile e acritico, ma come veicoli per descrivere su vari livelli la complessità dell'esperienza psicopatologica umana.

Da ciò l'obbligo di mantenere in dialogo le varie prospettive: solo così la diagnosi può esprimere il suo valore più profondo, di necessario orientamento del pensiero clinico che, nel momento stesso in cui si definisce, è capace però di dischiudere ulteriori interrogativi e di rendere visibili altri fenomeni.

### *Note*

- <sup>1</sup> H. G. Gadamer, *Elogio della teoria* (1980), Guerini e Associati, Milano 1989, p. 44.
- <sup>2</sup> P. Ricoeur, *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica* (1986), trad. it. Jaca Book, Milano 1989.
- <sup>3</sup> E. Stein, *L'empatia* (1917), trad. it. Angeli, Milano 1986, p. 62.
- <sup>4</sup> K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1959), trad. it. Il Pensiero scientifico, Roma 1965, pp. 648-49.
- <sup>5</sup> K. Schneider, *Psychiatrie heute*, Thieme, Stuttgart 1960; cit. in E. Borgna, *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano 1988, p. 11.
- <sup>6</sup> E. Borgna, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 26.
- <sup>7</sup> G. Martini, "Sul pensare simbolico: dimensione metaforica e dimensione immaginifica", in «Quaderni di cultura junghiana», [www.roma.cipajung.it](http://www.roma.cipajung.it), vol. 1, 2012, p. 26.
- <sup>8</sup> R. Bodei, *La vita delle cose*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- <sup>9</sup> D. Cargnello, "Ambiguità della Psichiatria", in AA.VV., *Scienza, linguaggio e metafisologia. Scritti in memoria di Paolo Filiassi Carcano*, Guida, Napoli 1980.
- <sup>10</sup> G. Zilboorg, G. Henry, *Storia della psichiatria* (1942), trad. it. Feltrinelli, Milano 1963, p. 403.
- <sup>11</sup> Nulla di più lontano, sembra essere, al riguardo, il nucleo ispiratore dell'opera di P. Pinel che fondò il principio organizzatore della sua sistematizzazione

- nosografica nel grado di autonomia che la ragione umana riusciva a mantenere nei confronti della follia.
- 12 E. Kraepelin, “Gli indirizzi della ricerca psichiatrica” (1887); cit. in F. Mondella, “Il modello della medicina nella psichiatria tedesca prima di K. Jaspers”, in *Segno, simbolo, comunicazione, implicanze e convergenze tra filosofia, psichiatria e psicoanalisi. Atti del convegno*, Chiavari 5, 6, 7 dicembre 1984, Esagraph, Genova 1985, p. 14.
  - 13 S. Mistura, Introduzione a E. Minkowski, *La schizofrenia* (1953), trad. it. Einaudi, Torino 1998, p. XLVIII.
  - 14 M. Shepherd, “Two Faces of Emil Kraepelin”, in «British Journal of Psychiatry», 166, 2, 1995, pp. 174-83.
  - 15 C. Bollas, *Essere un carattere* (1992), trad. it. Borla, Roma 1995, p. 14.
  - 16 S. Mistura, Introduzione a E. Minkowski, *La schizofrenia*, cit., p. XLVIII.
  - 17 Ivi, p. LV.
  - 18 E. Bleuler, *Trattato di Psichiatria* (1955), trad. it. Feltrinelli, Milano 1967, pp. 441-442.
  - 19 S. Mistura, Introduzione a E. Minkowski, *La schizofrenia*, cit., p. LIX.
  - 20 E. Kraepelin, “Gli indirizzi della ricerca psichiatrica”, cit., p. 14.
  - 21 K. Schneider, *Psicopatologia clinica* (1959), trad. it. Città Nuova, Roma 1983.
  - 22 American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III)* (1980), trad. it. Masson, Milano 1983. Id., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III-R)* (1987), trad. it. Masson, Milano 1988. Id., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV)* (1994), trad. it. Masson, Milano 1997.
  - 23 La notevole valenza euristica della ricerca schneideriana riconosce, forse, il suo presupposto fondativo a ridosso di quell’insolubile che, come visto prima, rimanda, in definitiva, a un discorso metafisico, nel senso di N. Hartmann, come ci viene dal seguente passo citato da E. Borgna: «i fenomeni psichici e i fenomeni somatici sono separati da un’area infinita di fenomeni sconosciuti. Ciò che è psichico, in quanto tale, deve essere studiato autonomamente» (E. Borgna, *Le intermittenze del cuore*, cit., p. 26).
  - 24 K. Kendler, “Toward a scientific psychiatric nosology”, in «Archives of General Psychiatry», vol. XLVII, 1990, pp. 969-978.
  - 25 R. Spitzer, L. Fleiss, “A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis”, in «British Journal of Psychiatry», vol. CXXV, 1974, pp. 341-347.
  - 26 P.W. Bridgman, *La critica operativa nella scienza* (1934-1959), trad. it. Angeli, Milano 1973.

- <sup>27</sup> D. Faust, R. Miner, "The empiricist and his new clothes: DSM in perspective", in «American Journal of Psychiatry», vol. CXLIII, 1987, pp. 962-973.
- <sup>28</sup> G. Foresti ne sottolinea così l'evidente fragilità epistemologica: «il circolo vizioso diagnosi-evoluzione/esito-diagnosi non è un banale *bias* metodologico, ma deve essere inteso come un caso particolare di una ricorrente distorsione teorica che in termini generali possiamo indicare come la serie astratto-pseudo/concreto-astratto» (G. Foresti, "Complessità clinica e astrazioni diagnostiche in psichiatria", in «Quaderni di psichiatria pratica», vol. XII, 1999, pp. 18-19).
- <sup>29</sup> G. Zilboorg, G. Henry, *Storia della psichiatria*, cit.
- <sup>30</sup> E. Borgna, Introduzione a L. Binswanger, *Delirio* (1965), trad. it. Marsilio, Venezia 1990, p. VIII.
- <sup>31</sup> L'*incipit* fenomenologico in psicopatologia è legato all'opera di K. Jaspers. Quella jaspersiana è la dottrina dei fenomeni soggettivi della vita psichica, ove il termine "soggettivo" si riferisce parimenti ai vissuti dei pazienti e alla soggettività dell'osservatore, quale strumento principe dell'indagine psicopatologica, così affermandosi il principio costitutivo della psicopatologia generale: lo psichico non può comprendersi che attraverso lo psichico. Si può ben comprendere il sigillo di svolta che il discorso jaspersiano imprime all'impostazione clinica kraepeliniana. Con Jaspers la psichiatria, riscattata dal suo precedente risolversi in un catalogo di bizzarrie comportamentali, diviene lo studio dei modi di essere espressi nei vissuti della persona, accolti senza inferenze interpretativo-teoriche, ma quali appunto "fenomeni" da studiare nella loro concretezza vissuta, come afferma il manifesto fenomenologico della psicopatologia: «l'oggetto della psicopatologia è l'accadere psichico reale e cosciente. Noi vogliamo sapere che cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono» (K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 2). L'adesione jaspersiana della dicotomia diltheyana tra *Erklären* e *Verstehen* fonda la distinzione tra fenomeni comprensibili e incomprensibili, esponendosi al rischio di infrangersi in una cifra contraddittoria, destituendo la processualità psicotica da ogni possibile dotazione di senso. Si veda, al riguardo, l'illuminante saggio di A. Ballerini, "L'incompresa Incomprensibilità di K. Jaspers", in «Psychomedia», [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), 2001, dove l'autore sottolinea l'"incomprensibilità formale" del fenomeno psicotico primario e non il suo essere assunto quale aggregato di frammenti senza senso.
- <sup>32</sup> L. Wittgenstein, *Ricerche filosofiche* (1953), trad. it. Einaudi, Torino 1967, p. 262.
- <sup>33</sup> L. Binswanger, "Introduzione a Schizophrenie" (1957), in Id., *Essere nel Mondo*, trad. it. Astrolabio-Ubaldini, Roma 1973, pp. 254-255.
- <sup>34</sup> M. Rossi Monti, G. Stanghellini, *Psicologia del patologico*, Cortina, Milano 2009, p. XIII.

- <sup>35</sup> M. La Forgia, M.I. Marozza, *Le radici del comprendere*, Fioriti, Roma 2005, p. 22.
- <sup>36</sup> *Ibidem*.
- <sup>37</sup> M. Heidegger, *Essere e Tempo* (1927), trad. it. UTET, Torino 1969, p. 31.
- <sup>38</sup> Ivi, p. 35.
- <sup>39</sup> S.V. Rovighi, *Storia della Filosofia Contemporanea*, La Scuola, Brescia 1980, p. 406.
- <sup>40</sup> M. Rossi Monti, G. Stanghellini, *Psicologia del patologico*, cit., p. XIV.
- <sup>41</sup> *Ibidem*.
- <sup>42</sup> Il concetto di “organizzatore psicopatologico” si pone come uno dei punti chiave dell’attuale riflessione psicopatologica italiana (A. Ballerini, G. Stanghellini, “Organizzatori nosografici e organizzatori psicopatologici”, in «Quaderni internazionali di storia della medicina e della sanità», vol. III, 1992, pp. 95-102; M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*, Cortina, Milano 1999) che con esso elabora un raffinatissimo distillato della ricchissima tradizione psicopatologica europea d’ispirazione fenomenologica, facendone un poliedrico dispositivo euristico, capace di mettersi in fecondo dialogo tanto con l’orizzonte categoriale quanto con quello psicodinamico. E, tuttavia, si ritiene di dovere sottolineare, la sua radice fondativa è di ordine più propriamente antropologico, nel senso che esso viene ad aderire agli aspetti modali di fondo in cui si dispiega l’esistenza umana; secondo questo vertice di osservazione, esso si configura, in vero, come un “dispositivo antropologico”. In questo senso, il discorso psicopatologico si apre alla vita: l’atteggiamento dello psicopatologo cercherà così, rispetto ai fenomeni psicopatologici, «di prolungarli, non tanto verso il normale quanto verso la vita, così eloquente nella sua fondamentale complessità; [...] la psicopatologia resta così in contatto, in interazione permanente con la vita» (E. Minkowski, *Trattato di psicopatologia* (1966), trad. it. Feltrinelli, Milano 1973, p. 56).
- <sup>43</sup> M. Rossi Monti, G. Stanghellini, *Psicologia del patologico*, cit., p. 102.
- <sup>44</sup> O. Wiggins, M. Schwartz, “The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification”, in Sandler e All. (a cura di), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Classification*, The John Hopkins University Press, Baltimore (London) 1994, p. 95; cit. in M. Rossi Monti, G. Stanghellini, *Psicologia del patologico*, cit., pp. 101-102.
- <sup>45</sup> M. La Forgia, M.I. Marozza, *Le radici del comprendere*, cit., p. 31.
- <sup>46</sup> Nella viva esperienza dell’incontro con la realtà psicotica, l’affondo della prima impressione interviene come uno dei più illuminanti momenti di cogliimento dello specifico della realtà altra che ci viene incontro. Riccamente tematizzato nella letteratura d’ispirazione fenomenologica – ove ricorre nel-

le varie espressioni di «diagnosi per intuizione» di E. Wirsch, (“Über die Institution bei der Erkennung des Schizophrenen”, in «Schweiz Med Wochenschr», vol. XLVI, 1946, pp. 1173-1176, cit. in J. Parnas, “Fenomenologia dell’autismo schizofrenico”, in M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*, cit., p. 142), «diagnosi atmosferica» di H. Tellenbach (*Geschmack und Atmosphäre*, Müller, Salzburg 1968; cit. in J. Parnas, *Fenomenologia dell’autismo schizofrenico*, cit., p. 142), «sentimento precoce» di H.C. Rümke, (“Das Kernsymptom der Schizophrenie und das ‘Precox Gefühl’”, in «Zentral ges Neurol. U. Psychiatr.», vol. CII, 1942, pp. 168-169, cit. in J. Parnas, *Fenomenologia dell’autismo schizofrenico*, cit., p. 142), di «diagnosi per penetrazione» di E. Minkowski (*Il tempo vissuto* (1933), trad. it. Einaudi, Torino 1971) –, si costituisce come una sorta di irruivo e ineffabile “dissolto disgiuntivo” che interviene nell’incontro con lo psicotico e che, in fondo, riflette nell’esperienza interna del terapeuta quella frattura costitutiva e radicale che attraversa la presenza schizofrenica; disgiuntura, questa, che si pone quale cifra emblematica del “disturbo generatore”, come esso si declina, nelle diverse concettualizzazioni fenomenologiche, di «perdita del contatto vitale con la realtà» di E. Minkowski (*ibidem*), di «incoerenza della esperienza naturale» di L. Binswanger (“Introduzione a Schizophrenie”, cit.), di «perdita dell’evidenza naturale», di «perdita delle regole del gioco» di W. Blankenburg (W. Blankenburg, *La perdita dell’evidenza naturale* (1971), trad. it. Cortina, Milano 1998), di rottura del rapporto tra «dinamica irruiva e intenzionalità stabilizzante» di W. Janzarik (*Dynamische Grundkonstellationen in endogene Psychosen*, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959, cit. in W. Blankenburg, *La perdita dell’evidenza naturale*, cit., p. 8). Modi tutti per significare la perdita del nostro immediato e preriflessivo radicamento nel mondo intersoggettivo della vita, nella presunzione, à la E. Husserl, che l’esperienza si mantenga sempre da sé nello stesso registro costitutivo e che, più di recente, J. Parnas (*Fenomenologia dell’autismo schizofrenico*, cit., p. 145) ha mirabilmente ripreso nella riproposizione della centralità del concetto di “autismo schizofrenico” quale radicale compromissione della «relazione intenzionale antepredicativa Sé-mondo».

- 47 Basta solo accennare alle sottili movenze psicologiche che si intrecciano e si sviluppano a partire dalla prima impressione nella forma del «sentimento di precocità» descritto da Rümke per darci ragione della complessità del processo intrapsichico del fare diagnosi. Se, infatti, per un verso, Schneider sottolinea che la “diagnosi per contatto” richiede solida preparazione, Rümke, per un altro verso, rileva gli errori possibili del terapeuta preparato. Paradossalmente, infatti, un terapeuta particolarmente attrezzato e disponibile alla relazione, specie se impegnato con lo stesso paziente in una lunga relazione, può non essere adeguatamente consapevole degli sforzi che egli è tenuto comunque a fare per “mantenersi” nella relazione, cosa questa che si traduce in

- una sottostima del sentimento di precocità; all'opposto, un terapeuta poco avvertito o tendenzialmente inibito nella relazione può confondere il proprio disagio col sentimento di precocità, ciò conducendo, di fatto, a un suo improprio sovradimensionamento.
- 48 A. Ballerini, *Patologia di un eremitaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 2002, p. 46.
- 49 Ad affermazione dell'irriducibilità della psicopatologia al discorso diagnostico categoriale sta la celebre considerazione jaspersiana della diagnosi come «ultimo punto da considerare nella comprensione psichiatrica di un caso», come anche il suo essere «sovente uno sterile giostrare» (K. Jaspers, *Psicopatologia Generale*, cit.).
- 50 M. Rossi Monti, G. Stanghellini, *Psicologia del patologico*, cit., p. 98.
- 51 Il termine 'rasoio' ben aderisce all'immagine chirurgica dello strumento affilato che disseziona con estrema precisione. Si veda, in tal senso, la distinzione tra il delirio come "conferma" e il delirio come "rivelazione", in quanto possibile raffinato spartiacque tra disturbo dell'umore e disturbo schizofrenico (A. Kraus (1982), *Identity and psychosis in the manic-depressive*, in A.J.J. De Koning, F.A. Jenner (a cura di), *Phenomenology and Psychiatry*, Academic Press, London-Toronto-Sidney 1982; cit. in A. Ballerini, *Esiste una specificità del delirio schizofrenico?*, in M. Rossi Monti e G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*, cit., p. 17.
- 52 B. Callieri, "Il sintomo come demitizzazione della psichiatria", in *Segno, simbolo, comunicazione, implicanze e convergenze tra filosofia, psichiatria e psicoanalisi. Atti del convegno*, Chiavari 5, 6, 7 dicembre 1984, cit.
- 53 S. Freud, *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17), trad. it. in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino, 1976. p. 204.
- 54 N. McWilliams, *La diagnosi psicoanalitica* (1994), trad. it. Astrolabio, Roma 1999, p. 27.
- 55 D.H. Malan, *Psicoterapia pratica*, trad. it. Cappelli, Bologna 1981.
- 56 A. Pazzagli, M. Rossi Monti, "Psicoanalisi e diagnosi psichiatrica", in G. Berti Ceroni, A. Correale, *Psicoanalisi e psichiatria*, Cortina, Milano 1999.
- 57 W.R. Bion, *Gli elementi della psicoanalisi* (1963), trad. it. Armando, Roma 1973.
- 58 F. Petrella, "Sull'istanza nosografica in psichiatria e nella psicoanalisi", in Id., *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Cortina, Milano 1993, p. 94.
- 59 B. Callieri, *Il sintomo come demitizzazione della psichiatria*, cit.
- 60 G.O. Gabbard, *Psichiatria psicomica* (1994), trad. it. Cortina, Milano 1995.
- 61 Ivi, p. 61.

- <sup>62</sup> R.A. MacKinnon, R. Michels, *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, Saunders, Philadelphia 1971.
- <sup>63</sup> G.O. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, cit., p. 60.
- <sup>64</sup> «L'asimmetria e la diversa articolazione retorica, potremmo dire, del sapere deve tendere ad annullarsi nel perseguimento terapeutico dello scopo comune di accedere a una chiara, univoca visione dello stato delle cose» (M.I. Marozza, "La clinica come problema epistemologico", in L. Aversa (a cura di), *Psicologia analitica. La teoria della clinica*, Bollati Boringhieri, Torino 1999, p. 18).
- <sup>65</sup> J. Hillman, *Il suicidio e l'anima* (1964), trad. it. Astrolabio, Roma 1972, p. 93.
- <sup>66</sup> R.A. MacKinnon, R. Michels, *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, cit.
- <sup>67</sup> S. Freud, "Contributi a una discussione sull'onanismo" (1912), trad. it. in *Opere*, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino 1974, p. 569.
- <sup>68</sup> M.I. Marozza, "La clinica come problema epistemologico", cit., p. 16.
- <sup>69</sup> È probabilmente in questa specifica direzione di senso che il discorso analitico riconosce un punto di irriducibilità rispetto al discorso fenomenologico, anch'esso dotato di un particolare movimento di approfondimento, nel suo essere cioè rivolto verso il fondamento, il qualcosa, *à la* Heidegger, che per lo più non si mostra e che sostiene, senza tuttavia sconfessarlo, il superficiale apparire.
- <sup>70</sup> P. Ricoeur, *Della interpretazione. Saggio su Freud* (1965), trad. it. Il Saggiatore, Milano 2002.
- <sup>71</sup> M.I. Marozza, "La clinica come problema epistemologico", cit., p. 18.
- <sup>72</sup> J. Bergeret, *La personalità normale e patologica* (1974), trad. it. Cortina, Milano 1984; J. Bergeret *et al.*, *Psicologia patologica* (1972), trad. it. Masson, Milano 1986.
- <sup>73</sup> Si è scelto di mettere in risalto il discorso di Bergeret, nel contesto ovviamente di una copiosissima letteratura al riguardo, in quanto esempio, a nostro avviso, di una nosografia di diretta filiazione metapsicologica analitica e, per questo dotata, se così si può dire, di una pretesa più *hard* in tema di fedeltà alla tradizione freudiana, mentre in altri autori – O. Kernberg e N. McWilliams per citarne due dei più rappresentativi – si fa più pronunciato l'intento integrativo tra psicoanalisi e approccio categoriale descrittivo.
- <sup>74</sup> J. Bergeret, *La personalità normale e patologica* (1974), cit., p. 2.
- <sup>75</sup> Ivi, p. 46.
- <sup>76</sup> Ivi, pp. 2-3.
- <sup>77</sup> Ivi, p. 174.
- <sup>78</sup> Ivi, p. 76.
- <sup>79</sup> Ivi, p. 136.

- <sup>80</sup> S. Freud, "Introduzione alla psicoanalisi" (1915-1917), trad. it. in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1979, pp. 171-172.
- <sup>81</sup> «Viene da chiedersi cosa c'è proprio che non va, se il progetto si sfalda nel momento in cui si cerca di sottoporre a prova scientifica ciò che pretendeva di essere verità scientifica» (M.I. Marozza, *La clinica come problema epistemologico*, cit., p. 22).
- <sup>82</sup> American Psychoanalytic Association e All., *Manuale diagnostico psicodinamico (PDM)* (2006), trad. it. Cortina, Milano 2008.
- <sup>83</sup> M.I. Marozza, "La clinica come problema epistemologico", cit., p. 18.
- <sup>84</sup> L. Del Pistoia, G. Lamberti Zanardi, "Schizofrenia fra umore e psicosi unica", in M. Rossi Monti e G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia*, cit., p. 203.
- <sup>85</sup> *Ibidem*.
- <sup>86</sup> C.G. Jung, *Ricordi, sogni, riflessioni* (1961), trad. it. Rizzoli, Milano 1992, p. 152.
- <sup>87</sup> M.I. Marozza, *Jung dopo Jung*, Moretti e Vitali, Bergamo 2012, p. 86.
- <sup>88</sup> W. McGuire (a cura di), *Lettere tra Freud e Jung* (1974), trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1974; cit. in M.I. Marozza, *Jung dopo Jung*, cit..
- <sup>89</sup> C.G. Jung, "Fondamenti della psicologia analitica" (1935), trad. it. in *Opere*, vol. XV, Bollati Boringhieri, Torino 1991, p. 22.
- <sup>90</sup> C.G. Jung, "Determinanti psicologiche del comportamento umano" (1939), trad. it. in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1976, p. 139.
- <sup>91</sup> R.M. Rilke, *Poesie. I: 1895-1908*, trad. it. Einaudi, Torino 1994, pp. 18-101.
- <sup>92</sup> B. Chatwin, *Le vie dei canti* (1986), trad. it. Adelphi, Milano 1995.
- <sup>93</sup> S. Levi Della Torre, *Zone di turbolenza, intrecci, somiglianze, conflitti*, Feltrinelli, Milano 2003; A. Wénin, *Da Adamo a Abramo o l'errore dell'uomo* (2007), trad. it. DEB, Bologna 2008.