

*Maria Fiorina Meligrana*

Vite assediate.  
Riflessioni psicopatologiche  
sulla diagnosi di disturbo ossessivo

*L'osservazione*

Il ne faut pas, sous prétexte de paraître plus savant, sacrifier la nature du phénomène que nous observons.

P. Janet<sup>1</sup>

L'interrogativo sulla natura e il funzionamento dell'ideazione ossessiva nasce dall'incontro con due giovani donne, fra loro sconosciute, misteriosamente simili e nello stesso tempo profondamente diverse.

Ambedue, dalla conclusione delle scuole superiori, sono confinate in casa da una volontaria clausura, vittime di un'idea parassitante e pervasiva che piega al proprio servizio le loro energie e occupa tutto il tempo delle loro giornate. Tuttavia il tarlo che ha bloccato il decorso delle loro esistenze, determinando un esito comune, presenta qualità molto diverse.

Una di loro è completamente dedita all'inseguimento di un ideale di perfezione fisica. Le ore del giorno sono occupate dal minuzioso esame del proprio volto e dall'osservazione di impercettibili imperfezioni del viso, della forma del naso, della grana della pelle e dalla ricerca di possibili rimedi che vanno dalle cure estetiche alla chirurgia. Una ripresa della vita sociale sarà possibile soltanto nel momento in cui la perfezione sarà raggiunta e, dunque, rimandata a un indefinito futuro che potrebbe non arrivare mai.

L'altra è intrappolata dalla preoccupazione di poter perdere le urine, cosa che la costringe a ridurre il più possibile i tempi di permanenza fuori casa, a calcolare tragitti e situazioni nelle quali è possibile disporre di un bagno, a evitare qualunque circostanza possa comportare il rischio che teme. Lo spazio vitale si è progressivamente ridotto ai confini della propria abitazione.

Non è tanto l'elemento tematico a marcare la differenza fra loro, quanto il fatto che la prima nutre l'assoluta convinzione che il proprio stato di sofferenza dipenda esclusivamente dalle presunte e inaccettabili imperfezioni fisiche; mentre l'altra ritiene irrazionali e assurde le proprie preoccupazioni, ciononostante non può evitare di esserne soggiogata.

P. Janet include nell'ampio contenitore della psicoastenìa, descrivendoli come ossessioni, una serie di sintomi, che attualmente verrebbero raggruppati sotto altre entità nosografiche, accomunati dall'effetto pervasivo e passivizzante che esercitano sul paziente. Fra di essi rientrano i sintomi di «*honte du corps*», che possono riguardare tanto una singola parte del corpo quanto la totalità di esso oppure investire le funzioni fisiologiche. Dunque per il nostro autore entrambe le giovani potrebbero essere diagnosticate come psicoasteniche. Tanto più che, in tutte e due, si potrebbe rinvenire quello che Janet individua come disturbo di base, che unifica le innumerevoli caratteristiche dei soggetti psicoastenici, la perdita della «*fonction du réel*», la capacità cioè di investire la realtà di spessore, profondità e senso in modo tale da poter essere motivati dal rapporto con essa nelle azioni e nelle scelte.<sup>2</sup>

In effetti alle nostre due giovani donne non mancherebbero aspirazioni o desideri: una vita affettiva, la prosecuzione degli studi nella prospettiva di costruire una carriera e un'autonomia economica. Tuttavia niente sembra poter esercitare una spinta sufficiente a mettere in atto decisioni e comportamenti che possano permetterne la realizzazione, nonostante non manchino a entrambe le risorse; il prevalere di un'idea ha occupato tutto lo spazio psichico, spingendo ai margini della coscienza e privando di qualunque efficacia causale qualunque altro possibile pensiero.

A. Ballerini e G. Stanghellini individuano nell'ideazione ossessiva un punto di snodo fra normalità e diverse forme psicopatologiche; in particolare, in uno studio accuratamente documentato, mostrano

il passaggio tra ossessività e delirio. L'aspetto comune ai mondi ossessivo e delirante è costituito dall'emergere, intuitivo, immediato e inspiegabile dei significati fisiognomici, che nel delirio sono assunti unilateralmente e acriticamente mentre nell'ossessività si alternano velocemente e dolorosamente con i significati usuali e condivisi. L'esperienza ossessiva è caratterizzata dal sentimento di passività, ossia dalla dolorosa coesistenza di vissuti estranei e subiti, ma riconosciuti come propri, e di significati condivisi e comuni. La perdita del senso di familiarità col mondo da parte del soggetto ossessivo, costretto tra l'invasione dei significati fisiognomici e il tentativo di preservare la propria identità, la persistenza e l'abnorme intensità delle ruminazioni possono minare i residui di stabilità dell'Io, acquistare una vivacità sensoriale e, con il cedimento del sentimento di passività, transitare nell'area del delirio attraverso l'attribuzione di una provenienza xenopatica ai vissuti. La resa all'invasione delirante segna il ricongiungimento Io-mondo attraverso lo sprofondamento nella passività assoluta che, a questo punto, non è più còlta soggettivamente. Lo sforzo compiuto dall'ossessivo, in una condizione di instabilità cognitiva e iperattività etica, di far fronte alle angosce esistenziali può condurre, per esaurimento, a una dissoluzione dell'Io e all'invasione da parte del mondo o, nel percorso inverso dal delirio all'ossessività, può rappresentare il segno dell'assunzione della precarietà e delle aporie dell'esistenza. Ballerini e Stanghellini individuano nell'asse *attività-passività* uno dei possibili organizzatori psicopatologici che, stabilendo un *continuum* tra normalità, nevrosi e psicosi, può contribuire ad aumentare il livello di *comprensibilità* dell'esperienza psicotica.<sup>3</sup>

Ritorniamo per un momento alle due giovani prima descritte, la cui diversità ci appare adesso sotto un'altra luce; possiamo vedere in una la resa al "fuori", l'ignoranza del fatto di essere l'unica spettatrice dei propri difetti, la certezza di una soluzione possibile proprio perché il problema è "esterno". Possiamo osservare nell'altra la frustrazione di fronte all'impossibilità di delimitare e dominare qualcosa che cozza contro la propria ragione.

In effetti, l'interesse che l'ideazione ossessiva ha suscitato, da quando la psichiatria si è costituita come disciplina autonoma, risiede proprio in questa duplicità, nella coesistenza di una forma ideativa "morbosa" e di una capacità di giudizio "normale".

*Il Mondo dell'anancastico*

E questo sentimento di meraviglia, con rinnovata insistenza, torna a imporre la questione del mondo in cui l'anancastico vive, dato che il nostro, nel quale egli si presenta, non sembra essere il suo. In realtà non è tanto la suddetta contraddizione nel suo modo di manifestarsi ciò che lo differenzia dagli altri incontri che si offrono allo psichiatra, ma piuttosto la lucidità con la quale egli illumina la sua turba mentale senza scoprirla e il paradosso, appunto per questo ancora più grande, della sua esistenza.

V. von Gebattel<sup>4</sup>

V. von Gebattel individua il momento strutturante della sintomatologia ossessiva in un difetto del fondo costitutivo del soggetto, consistente in un vuoto che comporta il ristagno dell'accadere temporale. Il blocco della temporalità e il conseguente venir meno della progressione vitale e, soprattutto, il movimento regressivo che ne risulta, viene avvertito dal paziente come morte imminente. La morte è presentificata dal sentimento della nausea di fronte alla fisionomia del mondo, colto nella sua disposizione al disfacimento. Ciò che nel melanconico è avvertito come infiltrazione del passato nel presente, coartando il futuro e traducendosi in colpa, nell'ossessivo subisce un'inversione, per cui l'impossibilità di volgersi progettualmente al futuro si traduce nel moto contrario della decomposizione. L'anancastico, ignaro del proprio senso di vuoto esistenziale, lo percepisce come nausea e paura di contaminazione. I sintomi ossessivi sono pertanto il linguaggio metaforico attraverso il quale trova espressione il disturbo costitutivo del fondo "anideico" del paziente:

la sua personalità, penosamente coartata nel suo più profondo nucleo, patisce l'arresto del proprio divenire sia come minaccia di esser travolta nell'informe che di radicale impossibilità di attuarsi. Questa minaccia e questa pre-occupazione restano però così profondamente celate nell'intimo del suo es-

sere da non riuscire mai a chiara e immediata consapevolezza: si rivelano invece e agiscono solo con le immagini e coi simboli che esprimono le potenze distruggitrici che infirmano la stessa base della sua esistenza e che in tal modo continuamente lo perseguitano.<sup>5</sup>

L'anancastico è vittima di una scissione che condanna una parte potenzialmente sana ad assistere impotente alle determinazioni dell'esistenza prodotte dai fenomeni coatti. La fisionomia della putredine e del disfacimento informa la realtà e sovrasta i significati razionali e condivisi, che il paziente intravede senza potersene appropriare:

anche il nostro mondo concreto è in definitiva intessuto di tratti fisiognomici: non c'è oggetto nel nostro orizzonte ambientale, che non possieda accanto alla sua astratta configurazione categoriale anche una sua "espressione", che non sia animato o in qualche modo sintonizzato con il senziente, e che pertanto non sia in grado, nel suo fondo fenomenico (*grundsatzlich*), di destare la nostra attenzione. Solo che queste manifestazioni fisiognomiche ci sono pressoché completamente occultate da quelle categoriali-razionali.<sup>6</sup>

E. Straus, analogamente, individua nel prevalere e nell'imporci dei significati fisiognomici uno dei meccanismi fondanti l'ossessività. La sua analisi si rivolge alla relazione che la persona ossessiva intrattiene con la realtà, le cui manifestazioni vengono unilateralmente e fissamente percepite secondo la fisionomia della decomposizione e del marciume, a causa dell'alterazione della "relazione simpatetica" col mondo. Viene meno cioè quel rapporto spontaneo e pre-riflessivo con la realtà che consente la coesistenza dei significati personali, affettivamente fondati, con quelli astratti e condivisi collettivamente. Il grado di distorsione nella percezione del mondo da parte del paziente consente a Straus di individuare tre raggruppamenti di pazienti ossessivi: al livello più basso si situano i nevrotici, che non mostrano disturbi nelle relazioni interpersonali e col mondo, a quello più alto si collocano gli psicotici, nei quali la tematica ossessiva, presentando un carattere meno circoscritto, permea di sé, alterandola, l'apprensione della realtà da parte del paziente. Esisterebbe poi un gruppo con caratteristiche intermedie. Al di là della gravità del sintomo, al momento dell'insorgenza dell'idea ossessiva il mondo subisce, in va-

ria misura, una trasformazione.<sup>7</sup> In Straus come in von Gebsattel l'affetto dominante nel paziente ossessivo che influenza, distorcendola, la percezione della realtà è il disgusto e la nausea a questo correlata.

La ricerca di un fattore unico che spieghi la molteplicità delle manifestazioni sintomatiche di un disturbo, operata attraverso l'approccio genetico-costruttivo di von Gebsattel e Straus, è duramente criticata da K. Jaspers. In particolare nella visione di von Gebsattel, la non oggettività del fondo costitutivo e, quindi, l'impossibilità di darne una dimostrazione scientifica, indicherebbe uno slittamento nel campo della filosofia e della metafisica, mentre compito della psicopatologia è delimitare e descrivere solo i fenomeni direttamente osservabili. Particolarmente interessanti sono, comunque, le osservazioni di Jaspers sulle costruzioni teoriche nell'ambito della clinica psichiatrica. Queste ultime, pur avendo uno statuto ipotetico e parziale, tendono a imporsi come spiegazioni della totalità dell'essere umano per il carattere di evidenza e validità che emanano per il ricercatore. Egli afferma:

all'origine storica della formazione delle teorie stanno generalmente spunti fecondi. Intuizioni anticipatrici di un tutto aprono nuovi spazi all'osservazione, creano per così dire nuovi organi di apprensione. Ma in seguito è proprio l'impulso teorico che paralizza questa fecondità, perché crede di aver colto in quegli schemi che ha creato l'autentico essere che ne è il fondamento.<sup>8</sup>

Sarà possibile riprendere più avanti le osservazioni di Jaspers sulla qualità delle teorie; per il momento è utile sottolineare come nelle concezioni di Straus e von Gebsattel sia messa in evidenza la qualità espressiva e comunicativa dell'idea ossessiva. Comunicazione che non è diretta tanto all'interlocutore del paziente, quanto allo stesso paziente, impossibilitato a cogliere la propria sofferenza, se non attraverso l'espressività metaforica del sintomo.

### *Due forme di pensiero*

Grazie alla lente di ingrandimento della deformazione patologica, possiamo osservare una caratteristica dell'umano, che, in quella condizione che chiamiamo normalità, decorre inosservata ed è rap-

presentata dalla coesistenza di due modalità del pensiero che, intrecciandosi e sostenendosi a vicenda in un'alternanza ritmica, dotano di spessore l'esperienza individuale e, nel contempo, la rendono condivisibile e comunicabile.<sup>9</sup> Nell'ossessività tali modalità sembrano disconnesse e perciò stesso amplificate, prive di interazione lasciano cadere nel vuoto dell'assenza di significato l'agire del soggetto.

La presenza di due modalità di pensiero è stata osservata e descritta da più punti di vista. C.G. Jung a esempio delinea in *Le due forme del pensare* il pensare «indirizzato» o razionale e il pensare per immagini o «fantastico». La prima modalità, espressa attraverso la forma verbale, si applica alle transazioni quotidiane, che richiedono un linguaggio comune e condivisibile, e alle scienze, che richiedono concatenazioni regolate da vincoli causali; essa presuppone un elevato grado di attenzione e un atteggiamento attivo da parte dell'individuo. La seconda modalità, guidata dallo stato affettivo individuale, si configura come lo svolgersi naturale di successioni di immagini collegate da nessi analogici. Il pensiero fantastico emerge spontaneamente, nel momento in cui l'attenzione cade e lo stato di vigilanza si attenua, esprimendo le disposizioni affettive del soggetto, la sua idiosincrasica visione del mondo, il suo assetto inconscio.<sup>10</sup> Riecheggia qui l'idea janetiana della gerarchia di livelli nel funzionamento psicologico e dell'attivazione di modalità inferiori di funzionamento emergenti con l'abbassarsi della tensione psicologica, il cui grado elevato si esprime attraverso altrettanti elevati livelli di attenzione e vigilanza.<sup>11</sup> Tuttavia, in Jung, le due forme del pensare non sono fra loro in relazione gerarchica, per cui l'una è subordinata all'altra, ma in un rapporto di interdipendenza e mutua compensazione. Esse non solo esprimono differenti istanze e disposizioni della mente, ma si alimentano reciprocamente, fornendo il pensare fantastico profondità affettiva e fondamento motivazionale all'agire umano, mentre il pensare razionale rende comunicabili e socialmente accettabili le inclinazioni personali e soggettive. Il fondamento soggettivo del pensare fantastico non è però arbitrario e opinabile, ma portatore di un sapere di tipo diverso:

il pensare non indirizzato è in sostanza motivato soggettivamente e, a dire il vero, molto meno da moventi coscienti che da moventi inconsci. Per certo esso produce un'immagine del mondo differente da quella del pensare indiriz-

zato cosciente. Non esiste però un motivo fondato per supporre che il primo sia una deformazione dell'immagine oggettiva del mondo, giacché ci si può chiedere se il motivo interiore essenzialmente inconscio che guida i processi della fantasia non sia un *dato di fatto oggettivo*.<sup>12</sup>

L'idea dell'oggettività del linguaggio immaginativo è riproposta, da una prospettiva completamente diversa, da E. Grassi, che analizza la relazione intercorrente tra il linguaggio dimostrativo e argomentativo delle scienze e il linguaggio indicativo, patetico e immaginifico della retorica. Nella filosofia la separazione fra discorso razionale e retorico si ha a partire dallo spartiacque posto da Cartesio fra modernità e antichità e, quindi, con l'affermazione dell'idea di un'“oggettività” scientifica depurata da qualsivoglia forma di partecipazione umana. La retorica che, avvalendosi di immagini e metafore, ha come scopo il muovere le passioni, prima strettamente intrecciata alla logica filosofica, subisce il declassamento a mero strumento oratorio. Grassi, tuttavia, pone a fondamento del linguaggio razionale, esplicativo e argomentativo della filosofia il linguaggio semantico e immaginifico del mito. Il ragionamento filosofico si sviluppa, infatti, a partire da principi indimostrabili, che posseggono una propria indiscutibile evidenza. La radice dunque del pensiero razionale è visionaria e immaginifica, non può essere dimostrata ma solo indicata, descritta. Il linguaggio razionale non può cogliere la forza necessitante con la quale si impone il principio, mentre il linguaggio metaforico del mito e della tragedia può mostrarla. La temporalità diacronica della ragione si innesta dunque su quella circolare e sincronica del mito, nel quale non vige la successione causa-effetto, ma la sospensione estatica del tempo del divino.<sup>13</sup>

Riecheggiano, nella visione di Grassi, le parole di Jaspers sulla forza che emana dai principi teorici quando viene colta la possibilità di una loro enunciazione. L'enunciazione non coincide con il dato fondante, inattingibile nella sua essenza, ma con la traduzione di un suo aspetto colto intuitivamente e immaginativamente,<sup>14</sup> dal quale deriva il carattere necessitante e generalizzante della formulazione teorica.

S. Borutti, analogamente, mostra l'origine “figurale” del pensiero, la sua radice “estetica”, nel senso di radicamento nei sensi, mettendo in crisi l'idea platonica dell'immagine come copia dell'idea e



quella della filosofia moderna di rappresentazione come immagine mentale, la cui verità è nella corrispondenza con una realtà esterna data. Riformula quindi una nozione di immagine, svincolata dal riferimento mimetico al dato, recuperando il concetto di *eidolon* come apparizione e rimando all'invisibile, concepito nella cultura greca arcaica. L'atto conoscitivo, nell'ambito delle scienze umane, procede attraverso la creazione di immagini, che non sono riproduzioni di una realtà, in sé inattuabile, ma «una configurazione possibile per gli oggetti del mondo». La realtà non può essere colta se non attraverso uno schema, una «messa in forma», che organizza e configura i dati secondo un ordine che, secondariamente, può essere razionalizzabile. La produzione di immagini, o figuralità, è, dunque, la modalità attraverso cui i dati, che si offrono ai sensi, possono essere afferrati. La realtà non si delinea, quindi, come un mondo di «cose», a cui l'intelletto umano deve adeguare le proprie rappresentazioni, ma come un mondo di «possibilità» raffigurative, in cui il pensiero coglie relazioni tra dati secondo una configurazione che li rende comprensibili. L'oggettività non è pertanto intrinseca al dato ma inerente all'atto conoscitivo, che costituisce il dato come oggetto del pensiero. La conoscenza si articola infine tra la passività del momento *estatico*, in cui il mondo si rivela ai sensi, e l'attività del momento *poietico*, di creazione di una configurazione possibile che rende significativa la realtà.<sup>15</sup>

Possiamo, a questo punto, osservare che tanto in Grassi quanto in Borutti la conoscenza si stabilisce a partire da un moto affettivo, sollecitato dall'impressione sensibile esercitata dalla realtà.

### *Il problema della diagnosi e della terapia*

Seguendo Borutti, possiamo rileggere il mondo dell'anancastico, descritto da von Gebattel, come un mondo la cui realtà è colta esclusivamente secondo lo schema della contaminazione e della dissoluzione putrescente. Intravediamo il blocco della funzione immaginativa, che impedisce la costruzione di forme alternative della realtà. Ugualmente, l'alterazione della relazione simpatetica col mondo, che tanto finemente ha descritto Straus, sembrerebbe connessa all'impos-

sibilità di cogliere relazioni fra i dati, alternative al decadimento e alla corsa dell'esistenza verso la morte animale. Il giudizio razionale dell'ossessivo è inefficace perché deconnesso dalla propria matrice immaginale, fissata in un'unica forma. D'altro canto, il senso di progressione temporale, che è assicurato anche dalla possibilità di nuove rielaborazioni formali del mondo, risulta bloccato nell'estasi dell'unico senso possibile, nella passività dell'imposizione di un'unica figura dominante. E. Fachinelli ha reso efficacemente il senso di sospensione della progressione temporale insito nella infinita ripetizione dei rituali ossessivi. La segmentazione del tempo, operata dal paziente di cui racconta, non solo ci restituisce la rappresentazione metaforica della stasi in cui egli è sospeso e la sua opposizione al fluire del tempo, ma può essere immaginata anche come un tentativo di surrettizia e innocua ricostruzione di un movimento temporale.<sup>16</sup>

Partendo da Jaspers, che afferma:

ogni singolo fatto ha la sua particolarità nel quadro della *totalità di cui fa parte*: così i fenomeni vissuti nello stato di coscienza, i sintomi somatici nell'insieme dell'unità corpo-anima, le prestazioni in un insieme che comprende l'intelligenza, l'espressione, il comportamento e l'attività in un tutto, che si chiama livello di forma, totalità spirituale e altri termini simili<sup>17</sup>

proviamo a delineare l'ideazione ossessiva come una dimensione psicopatologica che può esprimersi in rapporto a differenti strutturazioni della personalità e in diversi contesti clinici, con varie gradazioni di gravità che danno conto della variabilità della risposta tanto alle terapie farmacologiche quanto agli interventi psicoterapici. In particolare la dimensione dell'ossessività potrebbe indicare la perdita di connessione fra la capacità di cogliere razionalmente la realtà, che sarebbe conservata, e lo sfondo affettivo che, immobilizzato, non produce schemi immaginativi adeguati a sostenere e a dotare di spessore e profondità l'interpretazione razionale. A questo si intreccerebbe il sentimento di passività e l'inibizione volitiva che sperimentano i pazienti. Le forme verbali e la capacità del paziente di raffigurare metaforicamente la propria sofferenza potrebbero costituire degli utili indicatori del livello di disturbo e, dunque, contribuire a orientare e articolare gli interventi terapeutici.

Torniamo, adesso, alle due giovani donne che hanno dato avvio a queste riflessioni, nelle quali si è osservata tanto la strenua lotta con il decadimento, raffigurato nell'una dall'imperfezione fisica e nell'altra dalla contaminazione urinogena, quanto un desiderio di progressione vitale, che residua nelle fantasie velleitarie di una e nei rituali, che dovrebbero restituire libertà d'azione, nell'altra. Le differenzia anche lo "stile comunicativo" che nella prima appare come uno straniante contrasto tra la fissa e angosciata elencazione dei difetti rilevati quotidianamente allo specchio e i voli pindarici sullo svolgimento della sua vita futura, a partire dal momento in cui avrà completato la correzione delle presunte deformità; manca la capacità di cogliere nessi tra la condizione psicopatologica e la propria biografia. La seconda descrive la propria sofferenza con precisione chirurgica, non limitandosi alla descrizione dei sintomi; è efficace nel mostrare il proprio stato affettivo e stabilisce relazioni tra i sintomi ed elementi della propria storia. Non è casuale il fatto che, nonostante entrambe assumano farmaci, l'evoluzione delle loro vite nel corso della relazione terapeutica sia differente. Per una è rappresentata dalla dolorosa e oscillante presa di coscienza della natura psichica del proprio problema, con pochissime ricadute sul piano del comportamento e dell'azione. Per l'altra invece è stato possibile conquistare un progressivo ampliamento dello spazio vitale e della libertà d'azione, ancora lontani dall'essere completi, ma sufficientemente elevati da sollevarla dal senso di annichilimento.

Certamente queste considerazioni possono apparire un ozioso esercizio retorico di fronte alla semplificazione prodotta dagli attuali inquadramenti nosografici. Nel DSM 5 il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) ha acquistato autonomia nosografica, rispetto ai disturbi d'ansia, fra i quali era incluso nella precedente edizione del manuale; inoltre, è interessante notare che il Disturbo da Dismorfismo Corporeo (DDC) è stato incluso fra i disturbi correlati al DOC. Questo non evita tuttavia che la descrizione, pur accurata, non restituisca la complessità del disturbo, né renda ragione delle sue relazioni con altre forme di sofferenza psichica.

Il problema rimane, in realtà, la presunta ateoreticità del DSM e il suo riferimento al modello medico categoriale delle malattie. In assenza di indicatori della supposta base biologica dei disturbi, rimane difficile orientarsi sul piano dell'intervento terapeutico, tan-

to farmacologico quanto psicoterapico. Infatti, nella pratica clinica con i pazienti è possibile riscontrare come, in presenza di quadri perfettamente corrispondenti alla descrizione manualistica, si ottengano poi risposte molto diverse agli interventi proposti. Difatti, i farmaci considerati d'elezione nel trattamento del disturbo ossessivo sono gli antidepressivi, rispetto ai quali è possibile osservare, anche nella casistica ristretta di un unico osservatore, un'ampia varietà di risposte che vanno dal completo controllo dei sintomi alla mancanza pressoché completa di risultati. Sovente anche l'associazione di neurolettici, come avveniva nella tradizione psichiatrica pre-DSM, non fornisce effetti soddisfacenti. La determinazione del livello di gravità del disturbo non è, almeno nella mia esperienza, predittiva della risposta ai farmaci. Non rimane dunque che concludere che la categorizzazione del disturbo non è sufficientemente informativa nell'indirizzare le scelte terapeutiche.

Uno dei principali problemi è l'assunzione del modello nosologico medico in psichiatria e il tentativo di equiparare i raggruppamenti sintomatici alle malattie mediche, ritenute entità naturali e discrete. M. Foucault ci ha edotti su come, anche in ambito medico, i paradigmi nosologici siano condizionati dalla temperie culturale e dalla "visione del mondo" che ne risulta. In particolare le attuali classificazioni sono debitorie allo sviluppo dell'anatomia patologica e allo sguardo che ha rinvenuto nel cadavere il fondamento anatomico delle modificazioni fisiopatologiche che esitano negli specifici quadri clinici.<sup>18</sup> In realtà, se Foucault fosse ancora vivo, non potrebbe non notare le trasformazioni della nosologia medica e della terapia in conseguenza dello sviluppo della diagnostica per immagini e della biologia molecolare. Malattie prima disperse in differenti campi specialistici vengono raggruppate in un unico settore; un esempio per tutti: l'inclusione nella sfera dell'immunologia di malattie prima di pertinenza del gastroenterologo, del reumatologo o del neurologo. Fino a pochi anni fa era impensabile che i sintomi dell'artrite reumatoide potessero essere bloccati da un farmaco che agisce su una sola delle molecole fra le innumerevoli che partecipano a determinare la cascata infiammatoria. Basta questo a indicare la distanza che intercorre fra le discipline mediche e la disciplina psichiatrica; intanto quest'ultima è ancora lontana dal disporre non solo di dati ana-

tomo-fisiologici certi ma anche di indicatori diagnostici, strumentali e clinici, e, inoltre, la complessità del funzionamento psichico non si presta a riduzioni al piano molecolare. Tanto è vero che gli stessi modelli elaborati dai neurofisiologi tendono a riprodurre i livelli di complessità, focalizzandosi maggiormente sul piano dei meccanismi di interazione fra aree del cervello che su quello molecolare.<sup>19</sup> Al di là della ricerca, che è ancora lontana dal fornire risposte traducibili in interventi terapeutici mirati ed efficaci, rimane una farmacopea testata su un piano empirico e approssimativo, che certamente offre maggiori benefici e riduzione dei livelli di sofferenza di quanto avvenisse in passato, ma è ancora lontana dal dare risposte complete ed esaurienti alle varie forme di dolore psichico.

Potremmo applicare lo stesso discorso, con il quale si è tentato di far luce sul funzionamento della mente parassitata da un'idea ricorrente e pervasiva, al ragionamento clinico, partendo proprio dalla descrizione dei disturbi psichici proposta dal DSM. La presunzione di restare esclusivamente sul piano della descrizione e la rinuncia a cercare un principio unificante il complesso delle manifestazioni sintomatiche, che, si ipotizza, configurino un'entità diagnostica, paralizza un efficace intervento terapeutico, poiché viene meno proprio l'atto del mettere in forma i dati,<sup>20</sup> che fonda la comprensibilità dei fenomeni e con questa la possibilità di formulare un progetto, in questo caso di terapia. Si profila così il rischio che la teoria di riferimento rimanga sotto traccia, inconsapevole e dunque poco rivedibile se fallace. Al contrario, l'assunzione consapevole di un punto di vista, strutturante l'interpretazione dei sintomi, permette una continua revisione e la ricerca di nuovi modelli e schemi più efficaci. Ripartire dalla lezione jaspersiana sulla delimitazione e puntualizzazione dei "singoli fatti della vita psichica", seguire le tracce del lavoro geniale e insuperato degli antropoanalisti appare ancora oggi la guida più efficace nel difficile compito di alleviare la sofferenza psicologica.

Note

- <sup>1</sup> P. Janet, “La psychologie de la conduite”, in Id., *La vie mentale*, Encyclopédie française éditeur, t. VIII, Paris 1938.
- <sup>2</sup> P. Janet, *Les Nevroses*, Flammarion, Paris 1919.
- <sup>3</sup> A. Ballerini, G. Stanghellini, *Ossessione e rivelazione*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- <sup>4</sup> V. von Gebattel, “Il mondo dell’anancastico” (1938), trad. it. in E. Minkowski, V. von Gebattel, E. Straus, *Antropologia e psicopatologia*, Bompiani, Milano 1967.
- <sup>5</sup> Ivi, p. 162.
- <sup>6</sup> Ivi, p. 154.
- <sup>7</sup> E. Straus, *Sull’ossessione* (1948), trad. it. Fioriti, Roma 2006. Sono particolarmente interessanti le riflessioni di Straus sulla percezione: «nell’esperienza sensoriale tutti gli oggetti sono oggetti per me, ma poiché siamo esseri pensanti e osservatori, nella vita quotidiana, e maggiormente nella pratica scientifica, separiamo le cose da questa originale relazione sensoriale: determiniamo le cose e le loro qualità in uno schema di riferimento impersonale, generale e immutabile, fino a considerare le cose come presenze stabili, le stesse in ogni tempo e per tutti. La fisica matematica è l’esempio classico. [...] Il disgusto e il piacere, al contrario, sono esperiti quando non si è osservatori neutrali, ma individui, esseri viventi che sentono il mondo in relazione a loro stessi, alle loro esistenze individuali». (Ivi, p. 66)
- <sup>8</sup> K. Jaspers, *Psicopatologia generale* (1959), trad. it. Il pensiero scientifico, Roma 1982, p. 592.
- <sup>9</sup> Sul rapporto di reciprocità fra parola e immagine vedi M. La Forgia, “Le immagini come prassi dell’eccedenza”, in «Atque. Materiali tra filosofia e psicoterapia», n. 14 (nuova serie), 2014 – a cura di M. La Forgia e M.I. Marozza.
- <sup>10</sup> C.G. Jung, “Le due forme del pensare” (1912), trad. it. in *Opere*, vol. v, Bollati Boringhieri, Torino 1967.
- <sup>11</sup> Cfr. P. Janet, *Les Nevroses*, cit., ed E. Minkowski, *Traité de psychopathologie* (1966), Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson 1999.
- <sup>12</sup> C.G. Jung, “Le due forme del pensare”, cit, pp. 42-43. In “casa cognitivista” J. Bruner nel 1988 ipotizza un funzionamento binario della mente umana che utilizza il «pensiero paradigmatico», sottoposto a vincoli causali, per esprimere le nozioni scientifiche e nelle transazioni ordinarie e il «pensiero narrativo» in cui prevale un flusso di immagini connesse analogicamente e descritte «le vicissitudini delle intenzioni umane» (J. Bruner, *La mente a più dimensioni* (1988), trad. it. Laterza, Bari 1993).

- <sup>13</sup> E. Grassi, *Potenza dell'immagine*, Guerini e associati, Milano 1989.
- <sup>14</sup> «Poiché con le rappresentazioni particolari si intende il tutto, così, per la coscienza del ricercatore, nel particolare sta più di ciò che esso può realmente esprimere, ossia un'esperienza primaria del reale che si comunica in immagini. Così in ogni teorico agisce la visione dell'inorganico con le sue leggi e della vita nella sua dinamica forza creativa; l'esperienza interiore nella sua ampiezza; le forme pure nella loro temporalità» (K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 591).
- <sup>15</sup> S. Borutti, *Filosofia dei sensi*, Cortina, Milano 2006.
- <sup>16</sup> E. Fachinelli, *La freccia ferma*, Adelphi, Milano 1992.
- <sup>17</sup> K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 57.
- <sup>18</sup> M. Foucault, *Nascita della clinica* (1963), trad. it. Einaudi, Torino 1998.
- <sup>19</sup> Cfr. G.M. Edelman e G. Tononi, *Un universo di coscienza* (2000), trad. it. Einaudi, Torino 2000; A. Damasio, *Emozioni e coscienza* (1999), trad. it. Adelphi, Milano 2000; G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, *So quel che fai*, Cortina, Milano 2006.
- <sup>20</sup> S. Borutti, *Filosofia dei sensi*, cit.

