

FERDINANDO BARISON

LA PSICHIATRIA TRA ERMENEUTICA ED EPISTEMOLOGIA

È opportuno che un non filosofo parli di filosofia ad un uditorio formato da non filosofi, col temibile pericolo conseguente di cadere nell'ingenuità o perlomeno nello schematismo semplicistico? Tante persone, che mi onorano della loro amicizia, sanno che da parecchio tempo m'interessa il tema di questa conversazione, legato com'è agli argomenti, che la mia passione psichiatrica predilige, sia nell'adulto che nel bambino, e che, ad una considerazione anche sommaria, appaiono poco conciliabili con indirizzi scientifici causalistici. È questo che può scusare, spero, la temerarietà ora annunciata.

Chi abbia qualche esperienza diretta di psichiatria e di psichiatri, sia nella sfera della produzione scientifica sia in quella della pratica clinica, sa che c'è una "filosofia degli psichiatri", che li orienta, sia pure con innumerevoli variazioni, secondo due poli. Alcuni considerano la psichiatria una scienza della natura, altri cercano di coglierne l'essenza come scienza dello spirito.

È stato per me molto istruttivo un articolo di Blankenburg, che coglie nella psicoterapia degli schizofrenici un territorio di convergenza della *Daseinsanalyse* e della psicoanalisi e lo individua come "comprensione ermeneutica". È vero dunque che fare dell'ermeneutica è quell'interpretare, quel trovare significati negli eventi psicopatologici, che la mia generazione di psichiatri ha vissuto come "comprendere" (*Verstehen*) nella lezione di Jaspers, opponendolo allo spiegare (*Erklären*) proprio del pensiero causalistico.

Non si tratta certo di novità. Ma l'articolo di Blankenburg è servito ad attirare ancor più la mia attenzione su un campo di studi filosofici così ricco attualmente di sviluppi come è quello dell'ermeneutica, nel quale l'opposizione tra scienza della natura e scienza dello spirito trova le più attente applicazioni. Non tutti gli psichiatri ad indirizzo psicoanalitico sanno, per esempio, che la psicoanalisi è uno degli argomenti di maggior rilievo negli studi di ermeneutica.

Ritengo necessario premettere energicamente l'affermazione che ermeneutica non significa "soggettivismo", come facilmente ci si sente obiettare quando si parla di "interpretazioni": vedremo d'altra parte che uno dei cardini dell'ermeneutica consiste proprio nel confutare questa obiezione.

La letteratura sull'ermeneutica è paurosamente complessa e la dicotomia, che io propongo nel titolo, è volutamente schematica, giacché il mondo della patologia psichica mostra due versanti. Da un lato, attorno al polo "epistemologia", tutta una folla di termini: pragmatismo, empirismo, neopositivismo, filosofia analitica, ecc... che richiamano alle scienze della natura, alla causalità e, se si vuole, alla confutabilità. Dall'altra il mondo dei significati, delle interpretazioni, del dialogo, appunto, "ermeneutico". La dicotomia può anche essere vista, molto grossolanamente, come una "patria" anglosassone ed una "patria" germanica contrapposte. Nella mia esposizione, il polo ermeneutico è rappresentato da Verità e *metodo* di Gadamer. Mi limito a questa citazione, perché trovo che il pensiero di questo "classico" si presta in modo particolare all'attenzione psichiatrica, soprattutto se questa si rivolge al "fuoco" dell'argomento, cioè a quel "dialogo ermeneutico", che ha una precisa corrispondenza nel colloquio clinico intrapreso dallo psichiatra. Ritengo importante accennare anche al territorio intermedio tra i due poli, nel quale gli elementi epistemologici e quelli ermeneutici s'intrecciano variamente. Mi permetto di citare due autori, Habermas e Apel, nelle cui trattazioni la psicoanalisi ha grande spazio.

Nelle scienze della natura, corrispondenti nella mia schematizzazione al mondo dell'epistemologia, s'impongono leggi, che tendono ad essere immutabili (seconda legge della termodinamica). Invece, è proprio delle leggi ermeneutiche di essere costitutivamente in divenire, come vedremo più avanti a proposito del cosiddetto circolo ermeneutico.

Ancora: è ovvio che alle scienze della natura sfuggano tutti i grandi temi dell'esistere umano, ove non sia per vanificarli entro concezioni materialistiche.

Se nel campo filosofico è difficile cogliere tra i due poli della dicotomia (epistemologia-scientificità da una parte ed ermeneutica dall'altra) tutte le sfumature che complicano il campo intermedio, è certo che, per quanto riguarda la psichiatria, i due poli possono essere messi in risalto concretamente. Basti pensare a due personaggi emblematici: da un lato Andreasen, dall'altra, a parte l'esempio ovvio di Binswanger, una figura come Benedetti con la sua concezione sulla "positivizzazione dell'*Erleben* schizofrenico nella psicoterapia".

Esemplifichiamo.

La teoria della *Gestalt*, con le sue note leggi, appartiene alla psicologia scientifica. Le caratteristiche della "forma buona" vengono descritte come dati di fatto. Ma non è chi non veda, secondo me, che spesso cogliamo in un contesto percettivo la "forma buona" come si coglie la proprietà d'un tutto, senza saperla descrivere o spiegare, ma soltanto "vivere".

Della sindrome d'automatismo mentale, De Clérambault, che la descrisse, diede un'"interpretazione" organico-meccanicistica, che oggi certamente nessuno si sognerebbe di sottoscrivere.

Si tratta d'una struttura sintomatologica tutt'oggi valida nella sua realtà clinica, descrivibile come una serie di eventi "naturali" collegati tra loro (eco del pensiero, furto del pensiero, pseudoallucinazioni, denuncia del malato della violenza che subisce il suo mondo interiore). La descrizione, che noi oggi ne facciamo, non potrebbe essere diversa da quella fatta un secolo fa. Ma oggi altre interpretazioni sono possibili, come ha fatto magistralmente Minkowski sul piano fenomenologico. Nella mia proposta, la sindrome di De Clérambault, oltre ad essere portatrice della certezza propria di tutti i deliri, che è una particolare modalità di "verità" ermeneutica, è una manifestazione esistenziale in cui la dialettica prometeica, che inerisce alla situazione umana, tra rassegnazione e ribellione, viene vissuta miticamente come miracolo e trasformazione coattivamente portata nella più intima compagine della struttura psichica.

Nei disturbi psichici di natura organica sono di competenza scientifica non soltanto gli elementi anatomo-fisiologici, ma anche quelli psicopatologici: disturbi della percezione, del pensiero, della memoria, ecc. La concezione di *écart organopsychique* di Ey si studia proprio di stabilire il limite tra quel tanto di "psicologico", che appartiene all'organicità ed è "spiegabile", e quello che apre invece sempre di più alla comprensione dei significati. Si pensi al mondo delirante del paralitico progressivo, al delirio di gelosia dell'alcoolista cronico, al modo di vivere il disturbo della memoria del presbifrenico, così diverso da quello delle altre demenze senili. Ciò sia detto per i disturbi cronici; per quelli acuti (psicosi organiche confusionali) ho abbozzato io stesso uno studio della loro possibile "interpretazione" di tipo fenomenologico o di tipo psicoanalitico in una conversazione tenuta in questa clinica qualche anno fa.

Un bell'esempio del coesistere, integrandosi, dello studio "scientifico" con quello ermeneutico, è dato dal Rorschach in cui ai più audaci voli interpretativi dello *scoring* è data credibilità, perché c'è un tessuto connettivo di sostegno dato da quella parte di valutazioni, che vengono determinate statisticamente.

Un curioso esempio di alternativa scienza-interpretazione è data da Musil ne *L'uomo senza qualità*: in una data popolazione, quella ad esempio d'una grande città, la percentuale annuale dei suicidi sul totale degli abitanti è una cifra pressoché fissa, nella quale si possono scientificamente calcolare tutte le pensabili correlazioni legate al sesso, all'età e ad altre variabili, ma per il singolo suicida a nessuno verrà in mente di negare che l'approccio interpretativo sia il più idoneo. Il suicida, che crede di risolvere un tragico problema esclusivamente suo, non sa di essere tra le vittime designate del formicaio.

In un prossimo convegno internazionale indetto da questa Clinica psichiatrica, si parlerà molto della concezione fenomenologica di Ch. Mundt sulla cosiddetta sindrome di apatia schizofrenica e d'una scala di valutazione dello stesso A. Si avrà modo d'interpretare tale sindrome come "disturbo intenzionale", arrivando a negarne la "negativa" natura deficitaria. Si tratta evidentemente d'un approccio di tipo ermeneutico, che segue una via tutt'affatto diversa di quello scientifico, con la sua concezione dei cosiddetti sintomi negativi e con l'uso di scale ad essa ispirate. L'approccio ermeneutico di Mundt tende a dare ispirazioni al trattamento socio e psicoterapico sul piano umano. Si tratta quindi di proposte ottimistiche, a parte gli eventuali fattori, che abbiano una base organica.

Del resto, tra le innumerevoli teorie suggerite dalla schizofrenia, più che mai risalta oggi la dicotomia tra i due opposti principi di cui stiamo parlando: dalla concezione della schizofrenia come puro disordine e procedere causalistico "senza significato" dell'entropia verso la dissoluzione alle interpretazioni, che vedono nella schizofrenicità una creatività solipsistica, ma analoga a quella che produce l'opera d'arte.

Nel DSM III un mescolarsi di tratti scientifici e di tratti ermeneutici è uno dei non ultimi motivi della perplessità che questo manuale suscita. Si veda ad esempio la voce "disturbo istrionico di personalità": agli items meramente descrittivi sfugge il senso di quel modo di esistere, che tutti comprendiamo con la parola "isterico"; senonché il prontuario si salva con la parola "istrionico" contenuta nel titolo, che, da sola, dice tutto ed in modo totale, cioè in modo ermeneutico, a differenza degli items che non dicono niente!

Una psichiatria ermeneutica è quella che cerca di comprendere i malati con i "come se" (a proposito d'un bambino autistico: "gioca con una cosa come un artigiano intento ad un lavoro delicato") e con le metafore (anche i termini di uso corrente: dissociazione, atimia, frantumazione del sé, altro non sono che metafore). Si tratta d'una specie di giro avvolgente, che lo psichiatra tenta verso un nucleo, che resta indicibile, ma è altamente significativo. (Del resto, avviene qualcosa del genere quando cerchiamo di cogliere l'essenza di qualsiasi personalità, anche "normale"). Questo nucleo indicibile, ma significativo, appartiene in fondo (se applichiamo concetti dell'ultimo Heidegger) al linguaggio non denotativo, al disvelarsi-nascondersi dell'essere, così ben simbolizzato nella "radura del bosco". Un bell'esempio di questo ermeneutico dire dell'indicibile si trova nel *Praecoxgefühl*, tautologicamente definito dal suo creatore come comprensione dell'incomprensibile schizofrenicità. Questa tautologia del mondo espressivo schizo mi ricorda per analogia la musica come tipico linguaggio tautologico, che parla senza dire. In materia di ermeneutica, è necessario premettere che in essa vale il principio della plurivocità, che Marquand ricorda essere proprio delle scienze dello spirito a differenza delle scienze della natura. Un'interpretazione d'un fatto può essere altrettanto vera di un'altra. Questo risulta chiaramente anche dalla convivenza possibile d'interpretazioni analitiche e d'"interpretazioni" fenomenologiche. E del resto, la sovradeterminazione freudiana rientra in questo concetto.

Il circolo ermeneutico è chiaramente descrivibile in giurisprudenza. La legge è valida soltanto nell'interpretazione, che il singolo giudice ne dà nel singolo caso in quanto irripetibile; a sua volta, la legge viene "modificata" dalle applicazioni, che i giudici ne danno via via. Il circolo ermeneutico è proprio questo: un continuo divenire consistente nell'interazione del tutto sulle parti e delle parti sul tutto. L'ermeneutica quindi è storicizzazione. Al contrario, le leggi scientifiche sono immutabili, a meno che si sostituiscano tra loro.

Senza azzardare giudizi sulle altre specialità mediche, posso affermare che questo è molto importante per la psichiatria, dove il medico vede sempre qualcosa di nuovo in ogni malato. Fin da giovanissimo fui colpito dal trovarmi, di fronte al caso clinico, ai confini del mondo psichiatrico conosciuto. C'era sempre qualcosa di nuovo al di là: un pezzetto di mondo inesplorato che sollecitava la mia intenzionalità. Non si tratta dell'abbellimento dottamente senile di remoti ricordi giovanili, ma di autentici vissuti, che mi resero cara fin da allora la psichiatria e che ritengo siano comuni nei giovani psichiatri.

Oltre alla nozione di circolo ermeneutico, grazie alla quale si capisce in che modo la psichiatria si arricchisca continuamente mediante lo studio dei singoli casi, un'altra nozione-chiave è quella di

dialogo ermeneutico, che si verifica nell'incontro del medico con il paziente. Nel dialogo ermeneutico non ci sono un soggetto ed un oggetto, ma c'è l'incontro di due orizzonti, che si fonde in un orizzonte nuovo, costituito da un cambiamento di entrambi nel momento dell'interpretazione: si verifica un "aumento di essere", come dice Gadamer. Questo, beninteso, non accade quando tra paziente e psichiatra c'è soltanto uno scambio di dati, ma quando si attua una creazione di significati, nell'atmosfera della comprensione.

È ovvio, secondo me, che questo evento accomuna un esame clinico vero e proprio ed un primo atto psicoterapeutico. Il dialogo ermeneutico è presentificazione. Esso è paragonato da Gadamer al teatro, alla musica, all'opera d'arte in generale. Ma quali sono, ci si domanda, i caratteri della interpretazione "vera"?

Interpretazione "vera" (Ravera) è quella che modifica sia l'interprete che l'interpretato. Ed è in fondo quel confluire in un orizzonte nuovo dei due orizzonti dei dialoganti, che abbiamo visto poco fa. Non dunque *Einfühlung*, immedesimarsi, mettersi nei panni dell'altro, ma viverlo in quanto si apra a me, nell'aprirsi che è nuovo anche per lui in quanto inerisce all'evento nuovo dell'incontro. Si è sempre detto, del resto, che l'interpretazione "vera" in psicoanalisi è quella che nasce in un clima dinamico di transfert-controtransfert e, nella fenomenologia, in un particolare *Mit-sein*.

Tornando alla verità ermeneutica, va ribadito che essa non è data da elementi esterni, circostanze, prove, ecc., ma inerisce al dialogo ermeneutico, inerisce alla cosa stessa, "al suo presentarsi", come dice Gadamer. Questo è molto importante, secondo me, anche psicologicamente, per opporsi alla tendenza, dilagante negli ambienti psichiatrici, a trascurare il colloquio col malato ed a privilegiare l'inchiesta sui precedenti e sull'ambiente sociofamigliare, con una sproporzionata attenzione per lo sfondo rispetto alla figura.

L'ermeneutica ci dice che dal dialogo clinico deve sorgere quella verità che è il nuovo orizzonte, così come l'incontro con un'opera d'arte consiste nel riconoscere il nuovo, che emerge tra gli elementi della tradizione, presentificandosi nell'atto della fruizione. A fronte d'una scena capitale "reale", che può anche non esserci stata, ciò che conta è la scena capitale, che il paziente ci fa vivere con lui. È ovvio, al contrario, che dedurre la "verità" psicanalitica d'una interpretazione da un mutamento nella sintomatologia fa parte d'un discorso causalistico estraneo all'ermeneutica.

L'interpretazione ermeneutica è quindi un evento, si colloca nel tempo ed ha una sua intima storicità, ma vi è anche la storicità delle verità successive degli eventi, cioè dei dialoghi stessi. E così si svolge la storia di un'esistenza. Questa storia, quando si svolge nel succedersi dei dialoghi tra il paziente e lo psichiatra, può essere in fondo la storia d'una psicoterapia.

Si può intravedere nella stessa luce anche una "storia della psichiatria". Oggi, per esempio, assistiamo ad una "psicanalizzazione" della psichiatria, dovuta forse proprio al bisogno di vitalizzare l'incontro col mondo della malattia mentale come incontro ermeneutico, potenziando cioè l'attività interpretativa come reazione al causalismo natural-scientifico, che gli sviluppi della genetica, delle neuroscienze, della psicofarmacologia potrebbero implicitamente favorire.

L'ermeneutica è linguaggio. Il dialogo ermeneutico (e lo è quello psichiatrico) è presenza che parla. L'essere è linguaggio: anche le cose parlano. L'universo dei significati in cui viviamo è linguaggio (Gadamer). Però il tema del linguaggio (nel quale si risolve il dialogo ermeneutico) richiederebbe una lunga e difficile trattazione. Ho accennato più su al linguaggio sul punto in cui cerca di avvicinarsi per successive allusioni, nell'esame clinico, all'indicibile, alla *Lichtung* (radura) heideggeriana. Bisogna ricordare che l'essenza dell'esame clinico è l'ascolto, che può essere anche ascolto in silenzio del silenzio, nel mirabile nuovo orizzonte che abbraccia due orizzonti. Voglio far notare a questo punto che i filosofi ermeneuti esprimono pareri non univoci su alcuni punti della psichiatria. Gadamer estromette la psicoanalisi dai territori ermeneutici; Habermas la cita invece come prototipo delle scienze dello spirito come Apel, che ammette due fasi nel processo terapeutico: una esplicitativa, in cui sono messe in luce le cause inconse di ciò che uno dice o fa ed una seconda, propriamente ermeneutica, in cui le "spiegazioni" rendono il paziente capace d'un autentico dialogo.

Secondo me, bisogna trarre da questo la conclusione che il dialogo ermeneutico psichiatrico sia difficilmente realizzabile per intero nella sua purezza, nella sua “autotrasparenza” (come del resto osserva Vattimo per ogni genere di dialogo ermeneutico), senza cioè che i soggetti si scambino, oltre che messaggi sul senso dei valori della vita, anche messaggi di carattere tecnico. D’altra parte, si può ben dire che nel dialogo si verifichi qualcosa di analogo allo *Streben* dell’esistenza verso l’autenticità, allo sforzo di uscire dal mondo del “si”. (Non più: si fa, si dice, ecc., ma: io faccio, io dico, ecc.).

Non vi è dubbio, comunque, a mio parere, che il dialogo clinico sia esistenzialmente autentico, costituisca o no una fase dell’iter terapeutico: è cioè un evento ermeneutico. Come ho già ricordato, Blankenburg ha recentemente ribadito questo concetto. Anche la fase esplicativa è parte necessaria dell’evento ermeneutico, come risulta dalla dottrina di Gadamer.

Conclusion. Il pensiero ermeneutico tende a vedere negli sviluppi della scientificità occidentale una minaccia per l’umanità e non soltanto in vista del disastro ecologico o di quello atomico, ma anche, e soprattutto, secondo il messaggio heideggeriano, in vista dell’aggravarsi di quell’oblio dell’essere, che avvierebbe l’umanità alla definitiva fine della sua autenticità. In questa visione, può la psichiatria farsi corresponsabile della catastrofe? Non che ciò possa essere, beninteso, in quanto la psichiatria è anche una scienza biologica, ma in quanto ignori o rifiuti le interpretazioni ermeneutiche, gli investimenti di significato fatti dalla malattia mentale. Mentre non c’è filosofo che non si preoccupi del senso della follia, una psichiatria “scientifica”, che rifiutasse la verità ermeneutica dei messaggi lanciati dai malati, priverebbe l’universo degli uomini d’un aspetto fondamentale di esso.

BIBLIOGRAFIA

- Apel K. O., *Comunità e Comunicazione*, trad. it., Rosenberg e Sellier, Torino, 1977.
Blankenburg W., *Die Psychotherapie Schizophrener als Ort psychoanalytisch-daseinanalytischer Konvergenz*, Nervenarzt, 54, 144, 1983.
Gadamer H.G., *Verità e metodo*, trad. it., Bompiani, Milano, 1983.
Habermas J., *Etica del discorso*, trad. it., Laterza, Roma-Bari, 1989.
Marquard O., *Sulla imprescindibilità delle Scienze dello Spirito* in: *Filosofia 88* a cura di G. Vattimo, Laterza, Roma-Bari, 1988.
Ravera M., *Il pensiero ermeneutico*, Marietti, Genova, 1986.

Conversazione tenuta nella Clinica Psichiatrica di Padova il 5 maggio 1989.

Prof. Ferdinando Barison
Casella Postale 884
I-35100 PADOVA