

## L'IMPOSTAZIONE FENOMENOLOGICA TRA MODELLO MEDICO E PSICOANALITICO (Proposta per una psichiatria etica e gentile)

MAURO MANICA

Il mio discorso si colloca ad un crocevia, in un luogo che potrebbe essere un punto di incontro, ma che potrebbe anche rappresentare il momento d'urto e di conflagrazione di linguaggi che muovono da premesse epistemologiche diverse: la fenomenologia, la medicina (la biologia) e la psicoanalisi hanno – in psichiatria – oggetti, intenti e finalità apparentemente comuni, guardano ad uno stesso campo fenomenico, ma percorrono sentieri differenti, hanno un metodo che le distingue e le conduce entro orizzonti clinici e terapeutici, ma anche all'interno di prospettive etiche e assiologiche talora divergenti.

A volte, i loro sguardi hanno tentato di integrarsi, ma più spesso e soprattutto recentemente, si sono incrociati senza vedersi, oppure sfidandosi, e creando degli scotomi, delle emianopsie che hanno amputato la ricchezza e la pregnanza dello spettro semantico dell'umano. Abbiamo respirato, in questi ultimi anni, l'enfasi di una psichiatria medica e biologica, di una psichiatria radicalmente naturalistica che ha voluto ridurre la sofferenza mentale ad alterazioni dei mosaici recettoriali, a lesioni delle funzioni e delle strutture encefaliche, disconoscendone ogni significazione intersoggettiva e negando la dimensione interpersonale delle realtà psicologiche e psicopatologiche.

Nel suo dichiararsi "a-teoretica" questa psichiatria non ha, poi, voluto vedere come il suo discorso fosse sotteso da una visione del mondo, da una filosofia, che ne indirizza inesorabilmente le pratiche e le azioni sul campo. Non ha voluto riconoscere l'esistenza di un "catalizzatore emotivo"<sup>1</sup> in ogni incontro umano, fosse anche l'incontro apparentemente predefinito e codificato tra lo psichiatra, il medico, e il suo paziente, collocando così questo incontro in un mondo esclusivamente somatico, in un universo geometrico, numerabile e classificabile che, come ha scritto Alberto Gaston: «Si pone come il mondo del chiaro in opposizione allo scuro; come il mondo del noto, o almeno del conoscibile, in opposizione al mondo dell'ignoto o del non immediatamente conoscibile attraverso la sola ragione. È il mondo quantificabile delle scienze naturali, in cui tutto è peso e misura. È il mondo dell'*Erklaren* e della visione illuministica del reale»<sup>2</sup>.

In realtà la psichiatria – ogni psichiatria – non può darsi come un discorso compiuto e risolto in sé, chiuso ai diversi orizzonti di senso e di metodo. Ogni psichiatria dovrebbe essere un colloquio, un confronto dialettica tra punti di vista e prospettive epistemologiche integrabili, così come l'incontro tra paziente e terapeuta vorrebbe costituire un campo bipersonale emotivamente autentico, intimo ed ispirato.

Certo, questa integrazione sarebbe forse più semplice se potessimo sbarazzarci di ogni premessa e di ogni statuto di scientificità. Se potessimo, con Galimberti<sup>3</sup>, rinunciare all'ideale di un fondamento psicologico della psichiatria come fondamento scientifico rigoroso e allora poter pensare alla "psicologia come arte" e magari come a «quella particolare arte dell'interpretazione che oggi chiamiamo ermeneutica». Ma nello studio dell'uomo troviamo una costante compresenza di libertà

---

<sup>1</sup> Symington J., Symington N.: "Il pensiero clinico di Bion", 1996. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

<sup>2</sup> Gaston A.: "Genealogia dell'alienazione", Feltrinelli, Milano, 1987.

<sup>3</sup> Galimberti U.: "Psychoanalyse e Daseinsanalyse. La psicologia come arte". In: Cazzullo C. L., Sini C. (a cura di): "Fenomenologia: filosofia e psichiatria", Masson, Milano, 1987.

e di determinismo, di necessità e di possibilità, di intuizioni aperte al senso e di fondamenti biologici che spinge ad accogliere il limite di ogni nostra conoscenza.

Le contraddizioni sono dentro ciascuno di noi e non penso possa esistere una psichiatria senza antinomie profonde, che non riconosca il suo costituirsi come “scienza di confine”<sup>4</sup>, certo correndo il rischio – se volessimo ricorrere ad una lettura sintomale delle teorie<sup>5</sup> – di essere una “scienza *borderline*”, invece del “*borderline*” di una scienza o tra scienze diverse. E lo psichiatra condividerebbe allora, quando scende sul piano della clinica, quella condizione “al limite” che sempre più spesso veniamo a riconoscere nei pazienti che incontriamo. Dove lo *stato limite* dello psichiatra clinico potrebbe essere rappresentato dal continuo oscillare tra un delirio-di-chiarezza-dell’intuizione<sup>6</sup>, che viene a condensarsi nell’adesione acritica alle teorie di cui può disporre; tra la soluzione nevrotica, che è riuscito ad adottare come esito di un percorso di formazione personale, e quell’*esperienza comunicativa* che potrebbe racchiudere l’unica intenzione autentica con cui incontra il proprio paziente.

Che lo vogliamo oppure no, questa intenzione comunicativa rappresenta la sola disposizione che siamo in grado di assumere con un sufficiente coefficiente di verità, sia che ci poniamo in una prospettiva medico-biologica o in una psicologica ed ermeneutica. In entrambi i casi, in effetti, tendiamo a ristabilire una comunicazione che è andata perduta, anche se lo facciamo da vertici metodologici profondamente diversi sul piano dei valori e sul piano delle etiche. E possiamo solo sapere “come” sia andata perduta, ma non possiamo sapere “perché”. Questa è stata la grande lezione della psichiatria fenomenologica, che ha toccato il suo apice nella riflessione di Binswanger, che ci ha permesso di accostare esperienze psicopatologiche altrimenti inavvicinabili, di riconoscere un senso e un mondo in quelle forme di vita – che definiamo psicotiche – in cui, a volte, la possibilità di strutturare una *Gestalt colloquiale* – come ci ha indicato von Baeyer – significa già fare terapia<sup>7</sup>.

Questo, però, è stato anche il grande limite della psichiatria fenomenologica, nel suo passaggio da un’indispensabile premessa filosofica alle sue articolazioni nelle prassi, dove il comprendere per immedesimazione, dove l’empatia ha sempre lambito la possibilità di diventare “solo un’immersione empatica – nel senso inteso da Antonello Correale – cioè un contatto emotivo, intenso ma cieco, che rischia di non “contenere” il paziente, ma solo di dargli l’idea che non è solo nel suo dramma»<sup>8</sup>.

E per quanto marginale in un discorso che ha rovesciato lo statuto conoscitivo della psichiatria, nel senso di uno spostamento dall’essere scienza della natura al diventare scienza umana<sup>9</sup>, è singolare che uno psichiatra come Binswanger abbia sottolineato di essere personalmente convinto della genesi organica di ogni esperienza psicotica, a testimonianza del fatto che non si possa essere immuni da almeno una delle contraddizioni di cui la psichiatria consiste.

Lo ha detto bene Gaetano Benedetti: la nostra disciplina si è costruita «sin dai suoi primordi agli inizi del secolo scorso entro la dialettica fra lo psichico e il somatico. A differenza della filosofia, che poteva fare ampiamente a meno del somatico, e della medicina, che viceversa ha fatto a meno dello psichico, la psichiatria è rimasta incagliata nel dramma concettuale dell’unità dell’uomo»<sup>10</sup>.

<sup>4</sup> Borgna E.: “Psichiatria scienza di confine”. In: Cavalleri P. R. (a cura di): “Itinerari nella follia: Percorsi, motivi, motivazioni nella fondazione della psichiatria contemporanea”. Liguori Editore, Napoli, 1993.

<sup>5</sup> Fornari F.: “Metodo psicoanalitico e falsificazione dell’infalsificabile”. In: Repetti P. (a cura di): “L’anima e il compasso. Saggi su psicoanalisi e metodo scientifico”. Edizioni Theoria, Roma-Napoli, 1985.

<sup>6</sup> In una prospettiva psicoanalitica, Donald Meltzer (Int. J. Psychoanal., vol. LVII, n. 141, 1976) definisce il “delirio-della-chiarezza-dell’intuizione” come un atto mentale che ha la sua radice in un aspetto specifico dell’identificazione proiettiva intrapsichica: «(...) Quando la sete di sapere è ancora fortemente dominata da moventi legati all’invidia e alla gelosia, essa recalcitra di fronte all’apprendimento per mezzo dell’esperienza, dell’esempio o della dimostrazione, e cerca piuttosto l’immediata soddisfazione emotiva di un desiderio di onniscienza (...)».

<sup>7</sup> Baeyer W. von: “Wahnen und Wahn”. Enke, Stuttgart, 1979.

<sup>8</sup> Correale A.: “Le terapie analiticamente orientate delle psicosi: la nozione di campo e la funzione dell’empatia”. In: “Patologie gravi e modelli di comprensione”, Atti X Congresso Nazionale della S.P.I., Rimini, 6-9 ottobre, 1994.

<sup>9</sup> Borgna E.: op. cit., 1993.

<sup>10</sup> Benedetti G.: “Paziente e terapeuta nell’esperienza psicotica”. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.

E, se abbandonassimo il porto sicuro di una prospettiva positivista – un porto sicuro, ma con conseguenze che potrebbero essere fatali sul piano delle prassi – è un dramma che non possiamo non ritrovare nella sua dilemmatica abissalità, in quel canto di sirena che, nel “salto misterioso” tra la mente e il corpo, ha affondato la baldanza anche dei pensieri scientifici più spregiudicati.

«Contro il positivismo, che si ferma ai fenomeni: “ci sono soltanto fatti” – sono le parole incandescenti e oracolari di Nietzsche – direi: no, proprio i fatti non ci sono, bensì solo interpretazioni. Noi non possiamo constatare nessun fatto “in sé”; è forse un’assurdità volere qualcosa del genere: “tutto è soggettivo”, dite voi; ma già questa è un’interpretazione, il soggetto non è niente di dato, è solo qualcosa di aggiunto con l’immaginazione, qualcosa di appiccicato dopo».<sup>11</sup>

E per quanto possa apparire radicale questa affermazione, altrettanto non esiste alcuna possibilità di oltrepassarla: noi non conosciamo i *fatti*, le cause che stanno a fondamento dei disturbi della vita psichica, conosciamo soltanto delle *interpretazioni* che hanno una loro propria e parziale ragione d’essere, ma non hanno un’adeguata e sufficiente attendibilità.

In questo senso, credo che possa essere ritenuta ancora oggi valida la distinzione jaspersiana se adottata, però, su di un piano euristico tra “vissuti comprensibili” e “vissuti incomprensibili”, tra esperienze neurotiche ed esperienze psicotiche. Dove l’incomprensibilità di un comportamento allude allora ad una imprevedibilità teoretica<sup>12</sup>, diventa l’ammissione dell’impossibilità a ricondurre sotto categorie note l’oggetto definito dal proprio campo di osservazione scientifica. Incomprensibile non dovrebbe essere inteso così come sinonimo di assurdo, insensato o insignificante, non sarebbe un attributo negativo dell’oggetto, ma rappresenterebbe un limite – ancora uno *stato borderline* – del ricercatore.

Nella prospettiva che ci ha indicato Nietzsche, potrebbe significare semplicemente che, nel passaggio dai fenomeni derivabili dallo psichico a quelli non immediatamente derivabili, si transita da una *interpretazione* fondata su ciò che è accessibile al “*Verstehen*” di Jaspers, ad altre interpretazioni, che non necessariamente debbono assumere lo “spiegabile” secondo il metodo delle scienze della natura.

Forse, è quanto è accaduto in psichiatria con l’ingresso delle impostazioni antropofenomenologiche, o semplicemente fenomenologiche, nelle loro diverse articolazioni di discorso: ad esempio con Binswanger<sup>13</sup>, quando oltrepassa l’intuizione psicologica, l’*Einführung* jaspersiana e si pone dinanzi all’incomprensibile psicotico con l’intenzione di capire, di *afferrare* e di *illuminare*, come dallo scacco dell’intersoggettività si generino le disarticolazioni della trama spazio-temporale del vissuto, le estraneità spaesanti e i vortici insidiosi dell’allucinare e del delirare.

O ancora, come è accaduto con Kurt Schneider<sup>14</sup>, quando ha sostenuto che: «io non posso dire: questa è una schizofrenia, ma solo: questa io la *chiamo* una schizofrenia», e dunque non esistono unità naturali di malattia, ma esistono delle aggregazioni di segni che è soltanto oggetto di un’interpretazione far vivere come sintomi di un’astratta realtà clinica, oppure come testimonianze di una realtà umana scheggiata dall’angoscia e risucchiata dai vortici di una frattura coesistentiva. E ancora più oltre, Kurt Schneider è lo psichiatra che ha pensato il *metageno*, che ha pensato esistesse un al di là, un qualcosa che potesse spingersi oltre alla profonda e apparentemente implacabile dicotomia jaspersiana, oltre la dialettica inaccessibile tra il comprendere e lo spiegare, tra le scienze dell’uomo e quelle della natura. Ha dimostrato un coraggio che potremmo definire (quasi) visionario, che soltanto Freud e la psicoanalisi, prima di lui, avevano osato professare.

---

<sup>11</sup> Nietzsche F.: “Frammenti postumi 1885-1887”. Adelphi, Milano 1975.

<sup>12</sup> Meo O.: “Correlazioni ed interrelazioni tra filosofia e psichiatria agli inizi del XX secolo”. In: Cavalleri P. R. (a cura di): “Itinerari nella follia. Percorsi, motivi, motivazioni nella fondazione della psichiatria contemporanea”. Liguori Editore, Napoli, 1993.

<sup>13</sup> Binswanger L. (1957), “Schizophrenie”, Neske, Pfullingen.

<sup>14</sup> Schneider K.: “Psicopatologia clinica”, 1962. Tr. it. Città Nuova Editrice, Roma, 1983.

È qui che si annoda una forma di sapere dove il destino dello psichico si gioca sulla rappresentazione e dove la *psyche* intera potrebbe essere intesa come una funzione intermediaria, indefinitamente sviluppabile fra il corpo e il mondo, in estensione ed in intenzione.

E allo stesso concetto di endogeno che, proprio prendendo le mosse dalla cesura jaspersiana, è venuto radicalmente contrapponendosi, in una psichiatria naturalistica, allo psicogeno, a ciò che si genera dall'anima, vengono impresse nel discorso raddomantico di Tellenbach delle oscillazioni che ne implicano una definizione (quasi) metafisica: nel suo tentativo di rappresentare l'irrapresentabile, l'idea di endogeno si muove tra l'ovvietà improblematica della propria coincidenza con il somatico – una coincidenza pur sempre indiziaria – e la profondità dello sconosciuto.

«È perciò sin troppo comprensibile – scrive Tellenbach – che si veda nell'Endogeno una “*regio obscura*” dell'inesplicato, che si spera di poter illuminare con il tempo mediante un altro campo causale, e cioè mediante il campo causale somatico. Fino ad allora l'Endogeno sarà più propriamente il Criptogeno. D'altra parte la psicoanalisi ha prospettato l'Endogeno in una predeterminata inclinazione psicodinamica alla regressione, che si differenzia da quella delle nevrosi solo per la sua radicalità e profondità»<sup>15</sup>. In realtà, la riflessione illuminante di Tellenbach costituisce l'endogeno come manifestazione originale dell'*Endon*, impronta e anticipazione dell'apersonale, del biologico e del personale nel senso dell'esistenza. E la concettualizzazione dell'*Endon*, il suo disporsi all'attraversamento del soggettivo e dell'oggettivo, nel movimento verso un'origine, sonda l'abisso dello “sconosciuto” offrendogli contorni formali, rilievi filosofici e correlazioni con la significatività situativa (ambientale).

In un orizzonte di discorso completamente mutato, Alessandra Piontelli esplora le origini della mente, dimostrando con immagini ecoscopiche come esistano pattern di comportamento (movimenti di flessione ed estensione, pressione sulle pareti uterine, rotazione del capo, stiramenti, sbadigli, grattamento delle parti del corpo, succhiamento del pollice, ampi movimenti del liquido amniotico, risposte motorie riflesse stimoli somoestesici, uditivi vestibolari e persino visivi, posture e attitudini motorie) così specifici per ciascun feto da offrire indicazioni su quello che sarà il futuro carattere del neonato<sup>16</sup>. Lo “sconosciuto” – l'endogeno, forse – si riavvicina così all'organizzazione di un nucleo protomentale di attività che si genera in una esperienza relazionale e dialogica precocissima, collegata a specifiche motivazioni interne per quanto condizionata da funzioni attinenti al soma. Originariamente, si tratterà allora della creazione, come osserva Mancina, di «un Sé psicofisiologico o somatopsichico da cui potrà, alla nascita, differenziarsi un Sé mentale con caratteristiche preverbalì prima e verbali poi, fondato su un'interazione madre-neonato che rappresenterà la continuazione della precedente esperienza interazionale madre-feto»<sup>17</sup>.

Il Sé, questa metafora viva della mente, si costituirebbe cioè all'interno di un'esperienza comunicativa, in una fase dello sviluppo ontologico caratterizzata dalla prossimità e dal continuo interscambio tra eventi psichici ed eventi somatici, dove l'organizzazione mentale di base presiederebbe ad un'attività presimbolica, in cui la sperimentazione di affetti vitali<sup>18</sup> verrebbe a corrispondere – in mancanza di strutture linguistiche – ad una loro localizzazione prevalente a livello corporeo, dando forse ragione del carattere (quasi) endogenomorfo della primitiva esperienza del Sé.

Certo, anche questi *non* sono “fatti”, sono bensì delle “interpretazioni”. Ma delle interpretazioni il cui grado di affidabilità non si discosta poi molto da quello offerto in altre regioni conoscitive.

---

<sup>15</sup> Tellenbach H.: “Melancolia”, 1974. Tr. it. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1975.

<sup>16</sup> Piontelli A.: “From Fetus to Child”. Tavistock/Routledge, London New York, 1992.

<sup>17</sup> Mancina M.: “La mente alle sue origini”, 1993. In: “Dall'Edipo al sogno. Modelli della mente nello sviluppo e nel transfert”, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

<sup>18</sup> È per lo meno interessante osservare come l'articolazione tra affetti vitali (pienezza, vuoto, leggerezza, oppressione, ariosità, costrizione) ed emozioni discrete (tristezza, gioia, vergogna, rabbia, ecc.), formulata da Stern (In: Stern D. N.: “Il mondo interpersonale del bambino”, 1985. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1987) in una prospettiva strettamente psicoanalitica, rimandi associativamente alla formulazione scheleriana di una stratificazione della vita emozionale.

Non possiamo infatti non constatare come, ad esempio, in un recente trattato di psichiatria<sup>19</sup>, nel capitolo dedicato all'etiopatogenesi dei cosiddetti disturbi schizofrenici e corredato da più di 400 referenze bibliografiche, si inizi così: «Per quanto riguarda il tipo e la sede della lesione-alterazione nella gran parte dei disturbi psichiatrici ci si trova di fronte ad alterazioni di entità relativamente lieve e spesso apparentemente sproporzionata rispetto alla gravità del disturbo. A volte le alterazioni sono riscontrabili solo a livello macromolecolare, altre volte sono rilevabili solo modificazioni funzionali senza apparenti lesioni strutturali, altre volte ancora non sono apparentemente presenti alterazioni “biologiche” rilevanti». E prosegue: «Tutti questi dati hanno fornito la base per una serie di modelli patogenetici del disturbo schizofrenico che possono suggerire l'impressione di un'eccessiva eterogenicità e dispersione basata su di un eccesso di dati empirici parcellari mal correlabili tra di loro».

Non voglio giungere all'idea di contestare l'importanza dei dati offerti dalla ricerca neurobiologica in psichiatria e neppure l'importanza di quella che è stata l'evoluzione consentita dalla prospettiva psicofarmacologica. Perché questo impressionante cumulo di risultati, comunque scientificamente non probanti, si accompagna anche ad una certa efficacia che il procedimento empirico permette di constatare e che non potremmo mettere in conto semplicemente a degli effetti placebo. E anche perché i dati della ricerca neurochimica e neurofisiologica hanno permesso di spezzare i dogmi delle unità nosologiche kraepeliniane, con le loro conseguenze di una catastrofica stigmatizzazione sociale, dimostrando ad esempio come alterazioni funzionali del sistema dopaminergico (la proposta ipoattività delle proiezioni dopaminergiche mesocorticali associata ad un'iperattività delle proiezioni mesolimbiche) non siano rintracciabili soltanto nella famigerata “*dementia praecox*”, ma siano rintracciabili in un ampio spettro di esperienze che vanno dalle psicosi deliranti acute fino ai quadri di “*apatia*” di difficile inquadramento nosografico. E come, ancora, la “patologia” del sistema dopaminergico possa coesistere in condizioni di comorbidità sia trasversale che longitudinale con una “patologia” di altri sistemi biochimici.

Quanto voglio segnalare non è l'insignificanza di questi approcci, ma è il fatto che definiscono semplicemente delle *condizioni e non* delle cause che permettano di spiegare l'insorgenza delle esperienze psicotiche. Cioè, noi disponiamo della possibilità di conoscere delle *condizioni* somatologiche, allo stesso modo in cui disponiamo della possibilità di conoscere delle *condizioni* psicologiche, delle *condizioni* familiari e sociali sulle quali poi costruiamo dei modelli psicopatologici che, a loro volta, procedono dai modelli di mente con cui ci troviamo a lavorare in ragione delle nostre sensibilità e della nostra insopprimibile umanità.

Non so se la ricerca neurobiologica, e quindi una prospettiva medica, arriverà mai a definire le condizioni somatogenetiche che sottendono la sofferenza mentale come *cause* di questa sofferenza. Forse sì, forse si sta già avvicinando attraverso le concettualizzazioni della *multifattorialità*, che chiama in gioco l'idea di una “causazione aspecifica”<sup>20</sup>: dove, né i singoli fattori causali, né l'insieme di essi sono in grado di rendere ragione in senso stretto dell'origine e della strutturazione della malattia mentale; ma piuttosto: i diversi fattori partecipano, con pesi diversi, a una causazione multipla che costituisce la condizione di possibilità – o forse di necessità – dell'alienazione dell'esperienza.

Il problema centrale, però, penso non sia questo: l'autentica posta in gioco mi pare possa essere rappresentata dalla presa in considerazione dei significati, cioè, del valore, del senso e del contenuto che assegniamo a quanto riusciamo a cogliere attraverso le nostre ricerche e le nostre esperienze. Per ciò che riguarda l'uomo nel suo tentativo di comprendere il mondo o il reale o anche se stesso, è impossibile disfarsi del problema del *senso*<sup>21</sup>. Perché, quand'anche volessimo sbarazzarcene e considerare ad esempio che il somatico, l'opacità del corpo, possa funzionare indipendentemente da ogni riferimento al senso, ciò che rimarrebbe al fondo di ogni nostro procedimento conoscitivo

---

<sup>19</sup> AA.VV.: “Trattato italiano di psichiatria”, vol. 2, Masson, Milano-Parigi-Barcellona-Bonn, 1993.

<sup>20</sup> Civita A.: “Saggio sul cervello e la mente”, Guerini e Associati, Milano, 1993.

<sup>21</sup> Green A.: “Misconoscimento dell'inconscio (scienza e psicoanalisi)”, 1991. In: AA.VV.: “L'inconscio e la scienza”. Tr. it. Boria, Roma 1996.

sarebbe comunque il significato che prende per noi il procedimento che abbiamo messo in azione anche se l'oggetto del procedimento è spogliato di ogni possibilità di significare. In fin dei conti siamo continuamente riportati all'obbligo di comprendere le relazioni che esistono tra noi e i nostri "oggetti" di conoscenza e tra le diverse "condizioni" – siano esse fisiche, mentali o situative – che costituiscono questi oggetti, anche quelle che l'esercizio conoscitivo sarà riuscito a relegare in uno stato di silenzio, ma la cui attività sussiste ad uno o ad un altro titolo.

In un diverso orizzonte di discorso – come ci ha mostrato Virginia Hunter, confrontando il modo di operare di undici psicoanalisti, impegnati su di uno stesso caso<sup>22</sup> – dobbiamo considerare anche le eventualità per cui noi ci troviamo a fare dei *transfert sulle teorie*; i quali transfert, corrispondendo a dei bisogni di appartenenza piuttosto che all'espressione di un pensiero libero e autonomo, ci portano ad idealizzare o valorizzare una determinata scuola rispetto alle altre. E sicuramente i nostri miti personali, così come le nostre vicende biografiche e il contesto culturale, lo spirito del tempo in cui siamo immersi, creano dei copioni segreti che vengono ad influenzare non solo la nostra visione del mondo, ma anche i modi secondo cui organizziamo stabilmente dei tratti, dei comportamenti e degli atteggiamenti che definiscono il nostro impatto con le teorie, filtrando la relazione con l'altro da noi (con il paziente).

Anche queste sono delle ragioni per cui non può esistere – e ce lo ha ricordato in più occasioni Eugenio Borgna<sup>23</sup> – una sola psichiatria. Anzi, con un dire che vuole essere paradossale – e forse, anche provocatorio – potrei avanzare l'ipotesi che esistono tante psichiatrie quanti sono gli psichiatri, o per lo meno i gruppi di lavoro, che le praticano.

Potrebbe apparire una visione romantica, o un'affermazione solipsistica, ma in realtà non possiamo sfuggire a questo ulteriore aspetto che fa della psichiatria una "scienza di confine", se non la colloca addirittura al *borderline* delle scienze. Forse ha ragione Meltzer, quando parla di una «forma d'arte con premesse scientifiche»<sup>24</sup>. E lo possiamo intendere con il fatto che i fondamenti della psichiatria non possono essere ridotti ad un apparato di tecniche, non sono i fondamenti di una disciplina medica o di una disciplina chirurgica che possa disporre di strumenti tecnici di intervento, stabili e sempre riproducibili, per quanto anche una disciplina medica o chirurgica non possa prescindere dal modo di intervenire, di applicare queste tecniche, di interpretarle da parte del singolo medico o chirurgo.

Lo psichiatra clinico, a differenza del medico e del chirurgo, non incontra sintomi che si diano come stelle fisse di un universo senza anima, incontra segni che rappresentano qualcosa di mobile, di fluido, un *quid* che si trasforma e vive nel paziente in rapporto al modo in cui noi lo accostiamo, e in rapporto all'intersoggettività con cui riusciamo a fondare un discorso, un dialogo autentico e ispirato.

«Come onde che si infrangono sulla roccia, e poi se ne vengano via – ha scritto ancora Eugenio Borgna – così ci sono deliri che si attenuano e si decompongono, si sfilacciano e si svuotano, nella misura in cui la *Einstellung* nei confronti dei pazienti (la nostra, la *mia* e la *tua*, attitudine interiore) sia quella di un'apertura e di un'accoglienza destituita di ogni aggressività. I sintomi psicotici si tematizzano, cioè, come modi di essere *relazionali*: che si formano e si aggregano, o si disfanno e si dis-aggregano, nel contesto delle diverse strutture relazionali con cui si confrontano»<sup>25</sup>.

E penso sia un'esperienza comune a tutti noi, quella che ci ha portato a verificare come fossero le nostre modalità di incontro – in un'altra prospettiva di discorso, i nostri controtransfert – a creare, a volte, oppure a sfumare i contorni sintomatologici di un delirio. Un'esperienza ineffabile che ci ha anche meravigliosamente raccontato Musil, ne "L'uomo senza qualità", facendoci accompagnare

<sup>22</sup> Hunter V.: "Psicoanalisti in azione. La teoria e la clinica nella psicoanalisi oggi", 1994. Tr. it. Astrolabio, Roma 1996.

<sup>23</sup> Sono proteiformi e ugualmente ricchi i riferimenti bibliografici che si potrebbero indicare, proporrò pertanto il lavoro di Eugenio Borgna in cui questa tesi viene inserita in un discorso di più ampio orizzonte epistemologico, ma anche clinico e psicopatologico: Borgna E.: "Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica, Feltrinelli, Milano, 1995.

<sup>24</sup> Meltzer D. (1992), *Clastrum*. Uno studio dei fenomeni claustrofobici, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.

<sup>25</sup> Borgna E.: *op. cit.*, 1995.

Clarisse in una visita allo Steinhof: «(...) a un tratto ella non si poté più trattenere, avanzò verso il malato e dichiarò: “lo vengo da Vienna!” Era senza senso, come un suono qualsiasi, uno squillo di tromba. Ella ignorava che cosa se ne ripromettesse e come le fosse venuto in mente, né si era chiesta se il malato sapesse in che città si trovava; e se lo sapeva, la frase aveva meno senso che mai. Ma Clarisse la pronunciò con fiduciosa sicurezza. E in verità accadono ancora miracoli, sebbene quasi esclusivamente nei manicomi; mentre Clarisse tutta ardente di commozione diceva quelle parole, una luce si stese sulla faccia dell’assassino; i suoi denti di lupo scomparvero dietro le labbra e lo sguardo pungente divenne benevolo. “Oh, la meravigliosa Vienna! Una città incomparabile!” egli esclamò con l’orgoglio dell’antico borghese che sa tornare i suoi periodi come si deve (...)».

Con questo, vorrei ribadire che un’esperienza psicotica o neurotica non è un’esperienza meramente somatica, non può essere ridotta esclusivamente al linguaggio opaco del corpo, è un’esperienza che ha un suo rilievo psicopatologico e semantico, che parla *nel* corpo, che parla *sul* corpo, ma che soprattutto vuole aprirsi al senso, realizzandosi in una ineludibile ricorsività ermeneutica.

Si potrebbe allora affermare che la schizofrenia non esiste (come lascia intendere Racamier<sup>26</sup>), che la paranoia non esiste (come diceva Ernst Kretschmer<sup>27</sup>), ma esistono gli schizofrenici, esistono i paranoici, esiste una relazione che definiamo schizofrenica o paranoica anche per il modo con cui noi la incontriamo. E ogni diverso incontro dà una diversa articolazione di senso a quella persona che definiamo schizofrenica o che definiamo paranoica.

Il mio discorso, il discorso che ho fatto sino a qui – è vero – potrebbe portarci al confronto con insormontabili contraddizioni: quella per cui dovremmo assumere un monismo ontologico che risolve il dramma concettuale dell’unità dell’uomo, ma accompagnarlo ad un dualismo del conoscere<sup>28</sup>; o quella per cui abbiamo anche bisogno di ricondurre contenuti individuali a forme generali, conoscenze empatiche, intuitive, rimandi transferali e controtransferali ad un sapere trasmissibile e a categorie tipologiche (cliniche) che siano verificabili. Ma queste contraddizioni ci sono, e non vanno dissimulate né occultate, non dobbiamo disconoscerle o negarle, dobbiamo invece illuminarle in tutto il loro potenziale generativo e creativo.

Recentemente, Riccardo Dalle Luche ha scritto: «Lo psicopatologo atteggiato fenomenologicamente è (probabilmente e radicalmente) un anarchico sul piano epistemologico (...) sia per la sua insofferenza a codici e regole obiettivanti che finiscono inevitabilmente per coartare o scotomizzare le risonanze di senso e l’ambiguità esistenziale dei valori inerenti agli accadimenti psichici, sia perché ogni ingenuità ed ogni illusione (anche quella di descrivere naturalisticamente e dominare tecnicamente la natura) non possono più far parte del suo apparato conoscitivo»<sup>29</sup>.

Dobbiamo allora – consentitemi questa definizione logora – elaborare il nostro transfert sulle teorie, su regole e codici obiettivanti, per non trasformare le nostre psichiatri e da “scienze di confine” in “scienze *borderline*”, con tutte le conseguenze che la storia della nostra disciplina ci ha mostrato: dalla *dispersione di identità*, per cui gli psichiatri si sono trovati ad oscillare tra l’essere neurologi ieratici e televisivi e l’essere i santoni della *new age* dell’antipsichiatria, a quei *passaggi all’atto*, a quegli *acting-out* carichi di conseguenze, con cui la psichiatria ha giustificato il darwinismo sociale della Germania nazista o le tragedie di alcune esperienze manicomiali o ancora (più semplicemente e più quotidianamente) la gelida estraneità e la rigida indifferenza emozionale che sigilla l’alienazione del paziente in una prassi ambulatoriale medicalizzata.

Penso che la psichiatria, invece, sia e debba continuare ad essere una scienza di confine, sempre tesa a ricercare connessioni nell’esperienza frammentata o congelata del paziente tra soggettività e

---

<sup>26</sup> Racamier P. C.: “Gli schizofrenici”, 1980. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1983.

<sup>27</sup> Kretschmer E.: “Paranoia et sensibilité”. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.

<sup>28</sup> Civita A.: *op. cit.*, 1993.

<sup>29</sup> Dalle Luche R.: “Psicopatologia fenomenologica. Una sintesi storica e le prospettive attuali”. *Riv. Sper. Fren.*, CXXII, 1, 49-55, 1998.

oggettività, tra mondo interno e mondo esterno, tra mente e corpo, tra bisogni individuali e competenze sociali. E per quanto non possiamo non considerare la nostra provenienza da linguaggi psichiatrici diversi che, spesso, tendiamo a mantenere impermeabili e chiusi, altrettanto dovremmo approfondire un maggiore impegno nel lasciare che si interrogino e che dialoghino. Il problema potrebbe allora non essere tanto rappresentato dalla ricerca di un paradigma comune, quanto dalla correttezza e dall'etica dei metodi.

Forse, potremmo partire proprio dal fatto che la psichiatria, *le psichiatriche*, si fondino su esperienze comunicative ancora prima di essere, e dopo essere state, esperienze conoscitive o attitudini pratiche. In questo senso, ritengo possa essere importante anche per la psichiatria ciò che suggerisce Bion allo psicoanalista, il fatto cioè che bisogna trattenere, contenere memoria e desiderio<sup>30</sup> davanti a ciò che è altro da noi, davanti al paziente.

Dove sospendere le spinte della memoria potrebbe anche alludere alla necessità di mettere fra parentesi lo sguardo tomografico e disseccante delle nostre teorie; e rinunciare al desiderio potrebbe significare la volontà e l'intenzione di attenuare la violenza conoscitiva di quelle "interpretazioni" (intese in senso nietzscheano, però) che dalle teorie si ribaltano nelle prassi e nelle esperienze cliniche.

Di questo principio di "gentilezza" interpretativa che dovrebbe ispirare ogni modo di fare psichiatria; di questa rinuncia alla violenza del potere illuminante delle nostre teorie; di come mutino le cose quando si assume un'altra prospettiva, passando forse dal giorno iperchiaro di un pensiero neurofisiologico alla luce opalescente e lunare dei fenomeni soggettivi, mi pare parli ancora Musil, quando in un momento decisivo de "L'uomo senza qualità", commenta l'incontro tra un fratello e una sorella, i due gemelli Agathe e Ullrich. Potremmo leggerne le parole, sognandole come la metafora viva di una dichiarazione di intenti, come il manifesto per una psichiatria etica e "gentile"<sup>31</sup>:

*«(...) Il fatto incredibile è che su un piccolo pezzo di questa terra i sentimenti umani mutano d'incanto non appena, uscendo dalle inutili attività del giorno ci si immerge nella sensibile corporeità della notte. Non solo mutano improvvisamente tutti i rapporti esteriori nel bisbigliante connubio di luci e di ombre, ma anche quelli interiori acquistano un nuovo significato; la parola perde egoismo ed acquista l'altruismo, tutte le raffigurazioni esprimono un'unica, fluttuante vicenda, la notte abbraccia tutte le contraddizioni nelle sue fulgide braccia materne; nessuna parola è vera, nessuna parola è falsa; ciascuna è quella inconfondibile presenza dello spirito che l'uomo riconosce in ogni uomo vicino. E così le notti di luna hanno la natura della magnificenza, la natura della intensità, la natura dell'irripetibilità e dell'altruismo. Ogni comunicazione è una spartizione senza insidia, ogni dono donato è un dono ricevuto, ogni concezione è intrecciata in mille modi alla commozione della notte e la parola diventa accesso alla conoscenza di quello che avviene (...).»*

Dott. Mauro Manica  
Via Porta, 3  
I-28100 Novara

*Relazione presentata all'incontro di studio "Tecniche integrative in psichiatria: psicofarmacologia e relazione" - Lido di Camaiore - 19 e 20 giugno 1998.*

---

<sup>30</sup> Bion W. R.: "Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi", 1970. Tr. it. Armando, Roma, 1973.

<sup>31</sup> Vorrei assumere la categoria del "gentile" in un'accezione specifica, derivandola da quel principio ebraico, ma universale, che recita: «Sii gentile con lo straniero perché hai già conosciuto cosa voglia dire essere stranieri in Egitto». È, in fondo, un principio regolatore che ci informa su quanto possa apparire straniera l'esperienza del paziente che noi incontriamo rispetto alla nostra, ma anche su quanto, allo stesso tempo, possa toccare le corde di una risonanza comune, intima e profonda.