

LA PSICOPATOLOGIA TRA SCILLA E CARIDDI

M. ROSSI MONTI

I. Sono molto grato a Gilberto Di Petta e a Giampaolo Di Piazza che con giovanile energia hanno portato a compimento questo progetto e mi hanno chiesto di scrivere qualcosa di introduttivo al nuovo volume di Arnaldo Ballerini: *Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura*. Ormai la storia della psicopatologia fenomenologica italiana si articola in tre generazioni. La prima comprende i grandi maestri fondatori: Morselli, Cargnello, Barison. La seconda, insieme a Borgna, Callieri, Calvi, Maggini, Del Pistoia, Muscatello, Gozzetti, comprende Arnaldo Ballerini. Gilberto Di Petta, Giampaolo Di Piazza e io apparteniamo invece, con pochi altri, alla terza generazione. In quest'ultimo gruppo io sono ormai uno di quelli con più anni sulle spalle. E quindi anche con molti debiti di gratitudine verso tutti coloro che mi hanno trasmesso le loro conoscenze e i loro insegnamenti. Se devo moltissimo alla grande passione per la conoscenza di Bruno Callieri, alla capacità di analisi fenomenologica spietata di Lorenzo Calvi, al grande respiro letterario dei lavori di Eugenio Borgna, ho certamente un grandissimo debito di gratitudine verso Arnaldo Ballerini.

Se non altro per il fatto che ho lavorato con lui molti anni. Questo aspetto pragmatico è stato per me di grande rilevanza perché mi ha permesso di calare la mia formazione in una prassi operativa, così come veniva costruendosi negli anni della fine dei manicomi e della nascita dei primi servizi psichiatrici territoriali: in particolare nell'esperienza di Figline Valdarno, alla quale dettero un contributo determinante Paolo

Laszlo, Giovanni Trapani e Giuliano Benvenuti, oltre a tutti gli infermieri, assistenti sociali e operatori che per quell'impresa abbandonarono il manicomio. Partivamo la mattina dal piazzale dell'Ospedale Psichiatrico di San Salvi a bordo di un pulmino 850 Fiat che ci aveva messo a disposizione la Provincia di Firenze. Alla guida si alternavano colleghi più o meno spericolati. Percorrevamo le campagne intorno a Firenze, nei mesi invernali immersi in una fittissima nebbia. Ma, indifferenti alle condizioni meteorologiche, ai rischi del traffico, in quel pulmino 850 Fiat ho imparato moltissimo. Posso dire che quel pulmino ha rappresentato una vera e propria incubatrice per la mia formazione clinica. Si parlava animatamente di psicopatologia, di fenomenologia. Ma soprattutto si parlava di pazienti. I pazienti che avevamo in carico nel servizio di psichiatria comunitaria che stava nascendo nel territorio del Valdarno Superiore. Ho detto varie volte ad Arnaldo che, se su quel pulmino avessi sentito parlare solo di sottili disquisizioni filosofiche o solo di teoria, non sarei rimasto a bordo. E soprattutto non sarei stato conquistato dalla psicopatologia fenomenologica. La psicopatologia fenomenologica di cui sentivo parlare non si circondava di quell'aura di mistero che affascina tanti giovani colleghi: non si usavano "parole scheggiate" né si parlava del mal d'essere o della siderale drammaticità dell'esperienza umana. Non si giocava con parole raffinate, magari tedesche. Era insomma (per mia grande fortuna) una psicopatologia "impura". Vicina, dunque, nell'assetto conoscitivo, a quella che veniva rimproverata a Eugène Minkowski. Una psicopatologia non dogmatica, aperta, che non monopolizzava la mente imponendosi come chiave di lettura di ogni fenomeno umano (dai mozziconi di sigaretta sul marciapiede al delirio schizofrenico). Era una psicopatologia orientata in primo luogo a sviluppare strumenti conoscitivi e operativi: strumenti per loro natura parziali, imperfetti, rivedibili e provvisori e soprattutto indispensabili per un serio lavoro psichiatrico.

Il fatto è che in quel contesto la psicopatologia fenomenologica *serviva* come strumento di orientamento nelle situazioni cliniche, nelle diagnosi, nella costruzione di progetti terapeutico-riabilitativi, nella comprensione dei sintomi (ma soprattutto del rapporto tra sintomo e persona) che i pazienti ci proponevano nell'ambulatorio, nel Servizio di Diagnosi e Cura, nelle Case Famiglia. Insomma, la psicopatologia fenomenologica *serviva*. E questo per i fenomenologi "puri" è già uno scandalo! Non era – come molti pensano – un ozioso diletto di un gruppo di psichiatri colti, stregati dalla filosofia, che contrastano l'impotenza del loro operare con l'onnipotenza del pensiero filosofico. Non era una psicopatologia sognata a tavolino ma diventava – nel bene e nel male – lo strumento per orientare la nostra riflessione e la nostra

prassi. Per dirla con la distinzione formulata in quegli anni da Adolfo Pazzagli, era uno strumento per *operare* invece che per *agire*. Là dove l'agire è spesso irriflessivo, a corto circuito, e l'operare è invece fondato su un pensiero, magari tutto da verificare o magari in seguito invalidato, ma pur sempre un pensiero che orienta. Quindi una psicopatologia che non si perde in fumisterie filosoficheggianti, che non spacca il capello in quattro (... senza preoccuparsi del fatto che nel frattempo il paziente diventa calvo). Una psicopatologia fenomenologica che si articolava intorno al pensiero dei grandi maestri della scuola tedesca e francese: la psicopatologia generale di Karl Jaspers, la psicopatologia clinica di Kurt Schneider, ma anche l'antropologia fenomenologica di Ludwig Binswanger, la psicopatologia strutturale di von Gebsattel e di Straus, il contributo di Kretschmer, di Wyrsh, ma anche la psicopatologia psicoanalitica delle psicosi di Racamier e la psicologia del patologico di Eugène Minkowski.

II. A quell'epoca, nella prassi, la psichiatria era dominata dall'attenzione ai comportamenti, vittima dell'effetto cattura che i comportamenti esercitano su ciascuno di noi e che i clinici erano portati ad "agire" in interventi "terapeutici", spesso senza avere intenzione di capire davvero cosa succede nella mente del paziente.

Circolavano tra di noi anche gustosi aneddoti. Come quello di un "illustre" collega al quale Arnaldo si era rivolto per caldeggiare il ricovero di un paziente "anancastico" e che aveva risposto che non lo poteva accogliere poiché «quelli sono pazienti che ti sfasciano il reparto!». Una logica classificatorio-descrittiva che riproduceva, a livelli assai più sofisticati, la stessa logica descrittiva dall'esterno, basata sulla ipostatizzazione dei comportamenti, che aveva assunto toni rozzi e insultanti nel vecchio manicomio: quando si distinguevano i pazienti, secondo i reparti di appartenenza, in sudici, tranquilli, lavoratori. Allo stesso modo, in una superficiale applicazione del DSM-III alla clinica, andavano sempre più diffondendosi equazioni improprie se non selvagge: come, per esempio, quelle secondo le quali colui che delira è una persona che dice il falso, chi si isola dagli altri è depresso, chi ripete una stessa azione è ossessivo, così come, più in generale, chi fa cose strane è folle. Trascurando ancora una volta di tenere conto del fatto per il quale ai rami della clinica psichiatrica non sono appesi solo (o tanto) comportamenti. Al contrario. I comportamenti sono solo l'ultima e più vistosa propaggine del modo di funzionare o di essere di una persona. Un insegnamento apparentemente banale. Chi potrebbe sostenere oggi (ma forse anche allora) che non è prioritario "compre-

dere” l’altro, considerarlo sempre una “persona”, anche quando delira, sente le voci o dà di matto? Oggi nessuno avrebbe la faccia di sostenere il contrario. Ma la cosa difficile non è sostenere questa tesi apparentemente ovvia, quanto piuttosto mantenere questo assetto quando ti trovi, per così dire, “in situazione”: a contatto con un paziente che *fa* cose folli. Qualche volta magari anche in modo aggressivo o violento. Lì l’*effetto cattura* dei comportamenti si esplica al suo massimo grado, sottraendo al clinico la capacità di pensare e quindi di *operare* invece di *agire*. È in quel contesto che quella *ovvietà* mostra la sua tenuta. E la sua tenuta dipende da come quell’insegnamento si è impiantato nella persona del clinico: da come gli è stato trasmesso, da come lo ha visto applicare e da come lo ha amalgamato con la sua personalità. Del resto tendiamo spesso a dimenticare che la psicologia sociale ha inequivocabilmente dimostrato che ognuno di noi (o quasi – cfr. Martino Rossi Monti) “in situazione” si trova a fare cose che mai avrebbe pensato – a tavolino – di poter fare. Quale normalissimo studente penserebbe di potersi trasformare in sadico carceriere per il solo fatto che nell’ambito di un esperimento gli è stato assegnato quel ruolo? Eppure nessun esperimento di questo tipo è stato portato a termine, per il semplice fatto che la “situazione” sfuggiva completamente di mano agli sperimentatori (Zimbardo). La ricchezza di quel primo insegnamento psicopatologico sta dunque nella sua tenuta: vale a dire nel modo in cui ti è stato trasmesso. E si fonda sull’aver assistito a come radicare questa *ovvia* presa di posizione teorica nella pratica dell’operare psichiatrico.

La psicopatologia fenomenologica che ho imparato a conoscere ha fatto certamente da salutare (anche se poco diffuso) antidoto a un modo sbrigativo, distante ma anche impaurito di vedere la follia, introducendo come variabile discriminante (anche tra le categorie della nosografia) l’attenzione alla qualità dell’esperienza soggettiva individuale. Dando voce a quella insoddisfazione che ho trovato descritta nelle parole di un giovane psichiatra, affascinato dalla psicoanalisi:

Gli insegnanti di psichiatria si interessavano non di quello che il paziente avesse da dire ma piuttosto della diagnosi, dell’analisi dei sintomi, di statistiche. Dal punto di vista clinico [...] la personalità, la individualità non aveva alcuna importanza. Il medico trattava il paziente con una lunga serie di diagnosi belle e pronte e una minuziosa sintomatologia. Il paziente era catalogato, bollato con una diagnosi e, per lo più, la faccenda finiva così. La psicologia del malato non aveva alcuna parte da adempiere. [...] I miei interessi e ricerche erano invece dominati dallo scottante problema: che accade realmente nei malati di mente? Era qual-

cosa che non riuscivo ancora a capire e nessuno dei miei colleghi era tormentato circa tale problema.

Il giovane psichiatra era Carl Jung. All'epoca (siamo nel 1905) lavorava in un grande manicomio. Diagnosi belle e pronte, qualche volta frettolosamente attribuite, contenitori che fanno ordine solo in apparenza. – «[...] Una lunga serie di diagnosi»: un po' come oggi, pur di non guardare in faccia la persona e la sua storia, ci si trincerava dietro l'ambiguo (o truffaldino) concetto di comorbidità. – «La psicologia del malato non aveva alcuna parte da adempiere»: la psicopatologia di cui ho sentito parlare io era invece una vera e propria *psicologia del patologico*, secondo l'accezione minkowskiana. Una psicopatologia che introduce la dimensione psicologica e dialettica all'interno del mondo vissuto della patologia mentale. Adottando un modello che Giovanni Stanghellini e io abbiamo recentemente riproposto nel campo della psicologia clinica. Una psicopatologia dunque che non si limita alla descrizione dettagliata dei sintomi dal di fuori (psicopatologia descrittiva); che non salta immediatamente all'interpretazione in termini genetico-causali del fenomeno (psicopatologia psicoanalitica classica), ma una psicopatologia che privilegia, in una prima fase, la possibilità di entrare *dentro* il fenomeno, coglierne le articolazioni e i rimandi di senso, permettendo di conoscere ed esplorare il mondo in cui vive il paziente che abbiamo di fronte.

Tutto questo si fonda – scrive Jung – su un “tormento”: «Nessuno dei miei colleghi era tormentato circa tale problema»: capire che cosa accade realmente nei malati di mente. A distanza di oltre un secolo molti giovani psichiatri inforcano gli occhiali della psichiatria descrittivo-categoriale e si avventurano nel mondo della malattia mentale armati di strumenti che appaiono loro validi e sicuri. Con ciò placano i loro tormenti o, meglio, non si tormentano affatto: operazionalizzano, diagnosticano, prescrivono. Ma in moltissimi di loro il “tormento” prima o poi si fa strada. Quando toccano con mano, nella pratica, l'insufficienza di questi strumenti cataloganti-descrittivi. Quando toccano con mano la povertà di ogni progetto terapeutico che non parta dal modo in cui la persona-paziente si pone di fronte a se stesso, al mondo, agli altri ma anche di fronte al suo disturbo. Quando toccano con mano che non c'è progetto terapeutico che possa esimersi dal considerare la relazione terapeutica, la sua costruzione, sviluppo e mantenimento. E con ciò stesso anche le implicazioni e le risonanze nel clinico di questa relazione. Come si può pensare di formulare un progetto terapeutico con un paziente *borderline*, senza sviluppare con lui un intenso coinvolgimento emozionale. Su questo terreno la psicoanalisi e la

psicopatologia fenomenologica hanno dato contributi imprescindibili e ancora insuperati. Gli strumenti descrittivi-nosografici-categoriali danno l'illusione di partire bene, con facilità. Sono efficaci nel brevissimo periodo. Fino a che si tratta di diagnosticare, classificare, impostare una terapia farmacologica *una tantum*. Ma mostrano la corda nel lungo periodo: quando si tratta di lavorare con una presa in carico a lungo termine di pazienti le cui patologie si estendono nel tempo. Quando si tratta di lavorare *sulla e nella* relazione. Lì il DSM ci lascia in asso. Non è un caso che molti giovani clinici si mettano alla ricerca di nuovi modi di pensare i disturbi e *la persona con il disturbo*. Questo "tormento", di cui parlava già Jaspers nel 1913 (quando diceva che ogni diagnosi deve rimanere un tormento per il clinico), non è un tormento fine a se stesso. Non è masochismo, mortificazione né impotenza. È al contrario un tormento creativo, senza un'opportuna dose del quale non si può in generale occuparsi costruttivamente di persone. Né come infermiere, psicologo, medico, né – al di là di come vanno oggi le cose – come politico o magistrato. Cercare di capire di più, approfondire, sviluppando la comprensione dei fenomeni clinici anche alla loro superficie (come ogni fenomenologo sufficientemente buono sa fare), mettendo in questione in primo luogo le (presunte) ovvietà con cui si viene a contatto. Un tormento che è insomma anche curiosità, conservazione di quella capacità di stupirsi a cui accenna anche in questo libro Arnaldo Ballerini, citando Bion e la "capacità negativa" di Keats: «Quella capacità che un uomo possiede se sa perseverare nelle incertezze, attraverso i misteri e i dubbi, senza lasciarsi andare ad una agitata ricerca di fatti e ragioni».

III. Qualche anno fa ho scritto una sorta di ritratto etologico dello psicopatologo fenomenologo che ha fatto sorridere molti colleghi (2009). Questo ritratto provava a mettere a nudo le principali caratteristiche dello psicopatologo "classico", così come vengono viste dall'esterno. Quegli aspetti della psicopatologia e dei suoi rappresentanti che sono comunemente còlti dalla comunità degli psichiatri, spesso con atteggiamento critico. In quella sede elencavo una serie di ragioni che hanno portato alla marginalizzazione del contributo della psicopatologia fenomenologica, nella psichiatria del territorio così come nella psichiatria accademica italiana. Per molti anni gli psicopatologi italiani hanno costituito un gruppo sparuto di personaggi illustri. Assenti (o quasi) dai canali ufficiali di formazione dei clinici, sparsi qua e là nei Servizi, spesso isolati, qualche volta impotenti, soprattutto soli e travagliati. I più illustri tra di loro venivano immancabilmente invitati ad aprire i la-

vorì dei congressi di psichiatria per dare lustro alla disciplina con un intervento culturale di ampio respiro, per essere poi rapidamente messi da parte non appena si cominciava a parlare di “cose serie”: diagnosi, farmaci, terapie. Come se la psicopatologia fosse un inutile diletto privo di ricadute operative. Senza sottovalutare in nessun modo le determinanti reali, culturali, politiche che hanno portato alla marginalizzazione di una disciplina scomoda come la psicopatologia (pone tante, troppe domande...), voglio però rilevare che anche all'interno del movimento psicopatologico-fenomenologico hanno giocato variabili importanti ai fini della marginalizzazione. Ho provato ad elencarle: (i) la vocazione elitaria ed individualistica degli psicopatologi; (ii) l'uso di un vocabolario per iniziati, tendenzialmente circonvoluto, quando non ammantato di oscurità; (iii) l'idea che il metodo della psicopatologia sia per sua stessa natura non-trasmissibile, né dunque insegnabile; (iv) la posizione ambigua mantenuta dalla psicopatologia rispetto alla psichiatria clinica, alla psicoterapia; più in generale verso ogni possibile declinazione terapeutica, dalla quale la psicopatologia si è a lungo pregiudizialmente ritratta; (v) il disinteresse verso la ricerca empirica; (vi) la tendenza ad una deriva filosofica di tipo essenzialista, capace di paralizzare la possibilità di operare scelte terapeutiche.

Quello che è certo è che gli psicopatologi non si sono mai raccolti in un gruppo all'interno del quale sviluppare una discussione capace di attrarre anche nuove leve. Sono sempre rimasti divisi, come tanti feudatari. Quando invece gli psicoanalisti, sull'onda delle non del tutto ingiustificate angosce paranoicali freudiane, si sono dati (nel bene e nel male) un assetto societario e istituzionale. Al contrario, la psicopatologia fenomenologica si è tradotta in un movimento con molte propaggini, priva di un assetto societario ma anche – e questo è più grave – di una dimensione comunitaria, di gruppo, di convivenza all'interno dello stesso gruppo. Dove ognuno non gioca solo la sua partita ma sente anche la responsabilità della squadra.

Rispetto a questo contesto un po' asfittico, Arnaldo Ballerini è sempre apparso un *outsider*. Una persona dalla mente libera, formatosi in ambito neurologico e quindi vicino all'esigenza medica di tradurre le idee e i pensieri in strumenti di intervento, in prassi curative, ma anche aperto e curioso verso i contributi della psichiatria clinica (anche quella descrittivo nosografica!), della psicopatologia fenomenologica ma anche della psicoanalisi. Una mente laica che si è nutrita di tutto questo e ha saputo riproporlo in maniera personale ed elaborata a chi ha avuto la fortuna di lavorare con lui. Per lungo tempo ho pensato di avere conosciuto il pensiero di un autore come Kurt Schneider attraverso Arnaldo Ballerini. Molti anni dopo mi sono accorto che lo Schneider che avevo

conosciuto non era Schneider, ma Schneider letto ed elaborato da Ballerini. Uno Schneider nel quale, in maniera inapparente, Arnaldo Ballerini aveva inoculato concetti e intuizioni che ne trasformavano l'impostazione, piegandola alla prassi operativa dei Servizi. Questa capacità di vedere dentro il pensiero di un autore fino a trascenderne i limiti ha permesso ad Arnaldo Ballerini di declinare la psicopatologia clinica di Kurt Schneider in una dimensione nuova, adatta alla clinica in nuovi contesti. Da tutto questo è nata la possibilità di dare consistenza ad una comunità di psicopatologi che si riconoscono nelle iniziative della Società Italiana per la Psicopatologia, nelle sue articolazioni editoriali (come la Collana di Psicopatologia della Giovanni Fioriti Editore), nei Seminari residenziali che da oltre dieci anni si svolgono a Figline Valdarno, e, recentemente, anche nella fondazione di una vera e propria Scuola di Psicoterapia basata sulla psicopatologia fenomenologica.

IV. In questo volume vengono presentati molti lavori di Arnaldo, alcuni già pubblicati, altri mai pubblicati, alcune relazioni a Congressi. Scorrendoli ritrovo le espressioni, le frasi, i ragionamenti sui quali si è formata la mia passione per la clinica e per la psicopatologia. Ritrovo anche un *thesaurus* di parole chiave che hanno accompagnato lo sviluppo del pensiero di Arnaldo Ballerini. Espressioni intorno alle quali si è agglutinato il suo pensiero e che ne hanno segnato lo sviluppo e l'insegnamento. Ne cito solo alcuni: i concetti psicopatologici sono come *boe di navigazione*, la psicopatologia come *recinto di anomalie*, il concetto di *oscillazione dialettica* della proporzione antropologica binswangeriana, il concetto fondamentale di *percorso* che ha dato alla psicopatologia di Arnaldo Ballerini un autentico respiro dinamico. Per questo motivo – riprendendo un'altra delle sue metafore marinare – ho voluto intitolare questa presentazione: *La psicopatologia tra Scilla e Cariddi*. Ma accanto alle molte metafore Arnaldo, nello sforzo di trovare le parole più adatte a esprimere i concetti, ha anche coniato alcuni neologismi e paralogismi. Parole che figurano nel vocabolario con un diverso significato ma che rendono bene l'idea. Parole (o pronunce) che lui continua ostinatamente ad usare, nonostante ne conosca (ovviamente) la corretta dizione. Tanto che ormai le abbiamo adottate anche tutti noi. Come ad esempio la sistematica distorsione della pronuncia di Jaspers in *Giaspers*! O dell'uso del verbo "quotare" in senso anglosassone (come anche in questo libro quando parla dei "sintomi negativi quotati dalla Andreasen"). Ma anche questi – che io considero dei veri e propri *marker* linguistici del pensiero di Arnaldo Ballerini – sono al servizio

della voglia di spostare un pò più in là i limiti della nostra comprensione.

Gli anni passano. I maestri invecchiano. Agli allievi spuntano i capelli bianchi. Nel rievocare il passato diventa difficile sottrarsi al fascino della idealizzazione e all'attribuzione di una dimensione mitica. Ma forse è il prezzo da pagare per trasformare alcune vicende della vita di ognuno di noi in un piccolo pezzo di storia. Un pezzo di storia della psicopatologia italiana, ma anche un pezzo di storia della psichiatria italiana. Un pezzo di storia al quale Arnaldo ha certamente dato un contributo fondamentale. Anche la formazione, per essere tale, deve finire. La mia finì anche grazie ad un mefistofelico impiegato della Regione Toscana, di nome Alfio Fantechi, che mi strappò di forza dalla *équipe* di Arnaldo e mi mandò allo sbaraglio in un altro comune della Provincia di Firenze che era rimasto completamente sguarnito di psichiatri. Fu un passaggio traumatico, ma – oggi posso dire – importante e necessario. Pose fine al mio tirocinio e mi dette la possibilità di cominciare a mettere alla prova le cose che avevo imparato. Finisco con le parole di un grande scrittore: «Ringrazio Dio che mi ha procurato maestri in un'età in cui i maestri si amano» (Bernanos). Posso dire di avere avuto questa fortuna.

BIBLIOGRAFIA

- Bernanos G.: *I grandi cimiteri sotto la luna* (1938). NET, Milano, 2004
Pazzagli A.: *Fra accogliere ed agire*, in Giberti F. (a cura di): *L'identità dello psichiatra*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1982
Rossi Monti Mario: *Forme del delirio e psicopatologia*. Cortina, Milano, 2009
Rossi Monti Martino: "Sarete come dèi". *Fascino della forza e conformismo sociale in due episodi bellici*. INTERSEZIONI, 1: 13-38, 2009
Stanghellini G., Rossi Monti Mario: *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Cortina, Milano, 2010
Zimbardo F.G.: *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?*. Cortina, Milano, 2008

Dr. Mario Rossi Monti
Via Luca Landucci, 10
I-50136 Firenze

Presentazione al testo di A. Ballerini, Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura, a cura di G. Di Petta e G. Di Piazza, Presentazione di M. Rossi Monti, Fioriti, Roma, 2011