

LA PSICHIATRIA COME MESTIERE

LEONARDO ZANINOTTO

*Nihil in psychopathologia,
quod prius in clinica non fuerit.*

G. Lanteri-Laura

*Il signore, il cui oracolo è a Delfi,
non dice né nasconde, ma accenna.*

Eraclito

Alla memoria dell'ultimo maestro, il prof. Lorenzo Calvi

PROLOGO

Campo lungo su foresta primordiale. Alberi perenni coperti di un muschio spugnoso ed impenetrabile, di un verde che ferisce lo sguardo. In alto, cattedrali di arterie nodose, vòlte sormontate da altre vòlte che custodiscono la sacralità di un mondo in perenne penombra. In basso, un groviglio di arbusti invadenti ed ostili, piccoli animali furtivi, insetti frenetici che si consumano nel decomporre i resti di una vitalità sconfitta, senza altro limite che se stessa.

Nel verde indistinto della fratta, uno scarto, un movimento impercettibile, via via sempre più distinto. Due figure minute si muovono tra gli alberi seguendo un percorso in apparenza coerente. Un uomo adulto e suo figlio camminano uno dietro l'altro, in silenzio, la corda di un arco a dividere le scapole dell'uomo. Dopo alcuni passi l'uomo, dall'andatura sicura e prudente, si ferma sotto un immenso castagno. Si inginocchia alle radici dell'albero, intento ad osservare qualche cosa a terra. Anche il ragazzo si avvicina e si ferma, i muscoli che fremono di timore e di eccitazione.

I due non si dicono nulla. È un'epoca in cui le parole sono ancora un tesoro prezioso, riservato ai pochi messaggi che talvolta sconfinano dal territorio del Sacro, trasmessi da uomini col volto dipinto e le corna di cervo. Un pensiero passa tra di loro, etereo e allusivo.

In alto, un frullio allarmato di ali rompe il silenzio. L'uomo solleva lo sguardo, come per osservare o ascoltare qualcosa nell'aria, all'inseguimento di un'immagine o di un presagio senza nome. Un rumore in lontananza, come di rami ribelli che non si vogliono spezzare. L'uomo e il ragazzo si girano, ogni senso teso a cogliere segnali invisibili: accenni di odori, vibrazioni dell'aria, sussurri delle divinità silvestri. Un altro rumore dalla stessa direzione.

I due iniziano a correre.

I. CONFESIONI DALLA PERIFERIA DELL'IMPERO

Mi piace immaginare che la trasmissione del sapere – di ogni sapere degno di essere trasmesso – debba passare, ancora e sempre, per questa dimensione duale originaria.

Un paradigma ancestrale, iscritto nella carne di quell'animale ambiguo chiamato Uomo, in grado di alzarsi a scrutare l'orizzonte, ma incapace di camminare senza il sostegno di chi lo ha preceduto.

Un rapporto, asimmetrico e fecondo, tra un Maestro e il suo allievo, che attraverso le tappe di un percorso iniziatico incerto e difficile segna il passaggio dall'oscurità alla luce.

La figura archetipica del Maestro sembra avere profonde ramificazioni, come una sorta di albero della vita i cui rami si allargano e si intrecciano, lambendo ora la spiritualità e la filosofia, ora le lettere e le arti, ora le professioni e i mestieri. Filosofi antichi, *rabbi* della tradizione giudaica, *sadhu* indiani, monaci zen, ma anche grandi musicisti, chef stellati, clinici illustri e artisti ed artigiani delle più svariate discipline, tutti accomunati dall'appartenenza ad una linea ininterrotta di trasmissione della conoscenza, dove un Maestro e il suo allievo si ritrovano all'ombra di quell'antica foresta, all'inseguimento di una preda mistica e sfuggente.

La mia è probabilmente una visione romantica ed anacronistica. In fondo, lo ammetto, ho sempre vissuto fuori tempo, come in un film doppiato male, coltivando un'appassionata nostalgia per un passato che non ho mai conosciuto. Nell'orizzonte del post-moderno il ruolo e l'autorità esponenziali delle scienze e della tecnologia costituiscono un movimento tettonico, uno spostamento gravitazionale (Steiner, 2004, p. 167) senza precedenti, che ha progressivamente eroso lo spazio del

modello iniziatico di trasmissione della conoscenza, relegandolo in ambiti ristretti ed elitari, riguardanti più il *fare* e il *saper-fare* che il *sapere*. Nel mondo occidentale quell'antica foresta si è ormai ridotta a poche macchie boschive, modeste riserve naturali ancora non intaccate, dove cultori delle lettere, musicisti, nonché artigiani ed artisti in genere, tentano di preservare quella tradizione ininterrotta in cui un Maestro e il suo allievo si passano il testimone, di generazione in generazione, dall'alba dei tempi.

Non è tuttavia il mio intento, né credo di averne le competenze, proporre qui un'analisi generica e un po' scontata del post-moderno e delle sue ricadute sui modelli di trasmissione della conoscenza. Mi sembra invece più proficuo restare su un piano personale, e forse per questo più autentico. Partirò quindi da una confessione, con la consapevolezza che in fondo ogni confessione implica che chi la riceve sia almeno in parte coinvolto.

Da anni, fin dall'epoca della mia prima formazione, avverto un vago senso di disagio, come un'impressione di "dissonanza" e di "decentramento", rispetto al mio ruolo di Medico e Psichiatra. Col passare degli anni questa impressione si è in parte trasformata, perdendo alcune – molto poche, per la verità – di quelle scorie di immaturità formativa e personale che ne incrostavano la superficie. Tuttavia, come in un processo alchemico di purificazione, con la caduta di quelle scorie mi si è progressivamente rivelata quella che è forse la dimensione più originaria di questo vissuto.

Non sono mancati in questi anni i confronti con colleghi provenienti da realtà formative diverse, che mi hanno in parte confermato come questo disagio fosse, per quanto con forme e dimensioni differenti, piuttosto diffuso. Si tratterebbe di un vago senso di insoddisfazione, difficilmente verbalizzabile, una sorta di frustrazione subliminale da attese deluse, come se alcune importanti domande ed incertezze, evocate dai primi approcci con un materia inquieta e sfuggente, fossero rimaste inevase e senza risposta (Zaninotto e Colavero, 2013). Certamente parte di questa insoddisfazione ha origine da un percorso formativo vissuto come carente e mancante di organicità, soprattutto per quello che riguarda il nostro comune linguaggio, la nostra *koiné*, la Psicopatologia¹. Ritorniamo in seguito su questo punto. Per ora mi chiedo: questo vissuto, di "dissonanza" e di "decentramento", rinvia soltanto a questo, ad

¹ Si veda in questo senso il recente articolo di Fiorillo et al. (2016) che, attraverso un sondaggio tra diversi Paesi europei, esplora il livello di soddisfazione degli psichiatri in formazione rispetto l'insegnamento della Psicopatologia.

una carenza di informazioni? Non viviamo forse in una dimensione sociale dove le informazioni sono attingibili a piene mani da chiunque?

Credo che la prima impressione, di “dissonanza”, rinvii ad un vago ma profondo senso di disagio per il mancato accordo tra i due termini definitivi, di Medico e Psichiatra. Come in musica un intervallo non consonante produce una tendenza al movimento che spinge verso una risoluzione armoniosa, così questi due termini sembrano trovarsi in un rapporto reciproco di tensione irrisolta, spingendo entrambi, in direzioni differenti, per un ritrovato accordo.

La modesta congiunzione che li divide, esito di quel breve periodo che dovrebbe separare la laurea dall'ingresso nella scuola di specializzazione, rinvia a qualche cosa che va ben oltre il territorio della semantica. È un ponte rudimentale, perennemente provvisorio, che separa due sponde da sempre oscillanti tra un'estrema vicinanza e un'estrema lontananza. Qualcuno vorrebbe che quelle due sponde finalmente si toccassero, auspicando la nascita/apoteosi risolutiva di una Neuro-Psichiatria di portata messianica. Altri invece vorrebbero far saltare quel ponte una volta per tutte, ratificando definitivamente l'impossibilità di esplorare a partire da più fronti quel “continente” di cui parlava Jaspers (1913, p. 4). Ed è in questo orizzonte così ampio ed incerto, deformato da campi di forza di polarità opposte, che uno sguardo non allenato può perdersi, come in un miraggio, finendo per scambiare Scilla (o Cariddi) per una sponda sicura.

In altri termini e fuor di metafora, è come se ad un certo punto della sua formazione lo psichiatra, che da medico si è costituito un'identità fondata su un *sapere* e un *saper-fare* storicamente ben definiti, si ritrovasse a dover fare i conti con un vuoto inaspettato, uno iato difficilmente colmabile, non solo di conoscenza e di competenza, ma anche di definizione di sé (Zaninotto e Colavero, 2013). Facile allora avere la tentazione di tornare indietro, di rifare la strada all'inverso, lasciandosi scivolare verso la sponda delle neuro-discipline, per poi aggrapparsi alla prospettiva, tanto attraente quanto rischiosa, della medicalizzazione della follia. Meno facile, ma forse più seducente, farsi trascinare verso la sponda opposta, facendosi coinvolgere da certe pulsioni umanistiche mai sopite, ed allontanandosi progressivamente dal *corpo* e dalle sue insidie per approdare alla completa psicologizzazione o socializzazione del patologico mentale. Due scelte validissime e probabilmente necessarie, soprattutto in un ambito di ricerca, ma per il giovane psichiatra in formazione queste due istanze esclusive rappresentano indubbiamente un limite più che una ricchezza.

Quest'identità, di Medico e Psichiatra, nasce quindi come una figura incerta, dai contorni indefiniti, novello androgino di platonica memoria,

fatalmente segnato dall'intima contraddizione di una natura sdoppiata. E in fin dei conti questo "sdoppiamento dissonante" lo ritroviamo in alcune delle dicotomie fondamentali con cui, consapevolmente o meno, dobbiamo fare i conti nella nostra pratica di ogni giorno: il corpo e la psiche, l'oggetto e il soggetto, l'individuo e il gruppo, la tecnica e la creatività, e infine la Scienza e l'Arte. Si tratta allora di comprendere ed accettare il fatto che queste dissonanze, queste contraddizioni, costituiscono non solo le regole del gioco, ma ne sono il fondamento e la stessa ragion d'essere. L'androgino è duplice, ma in qualche modo completo.

È dunque importante che noi su quel ponte, rudimentale e provvisorio, impariamo a rimanerci, con tutte le incertezze che questo comporta, consapevoli del fatto che l'esercizio della Psichiatria necessita un continuo dover fare i conti con l'ambiguità che le è propria. Un'ambiguità che di fatto consiste nella necessaria e costante modulazione della distanza tra soggetto ed oggetto, tra quel "esser-con-qualcuno" e quel "aver-qualcosa-di-fronte" di cui parlava Cargnello, laddove «soltanto posizioni di un estremismo radicale – ad esempio: o costante immedesimazione o costante oggettivazione – conducono a Psichiatrie opposte ed impossibili» (Ballerini, 2001, p. 7).

La seconda impressione, di "decentramento", mi risulta assai più difficile da determinare e da esporre, forse perché è quella che risuona in un senso più autenticamente personale. Ho già accennato ad una certa tendenza a vivere proiettato nel passato, come se la Psichiatria del presente avesse ben poco da offrire rispetto ad un passato glorioso e ormai irrimediabilmente perduto. Un presente che mi appare dominato da una disciplina sostanzialmente acefala, incapace di riflettere su se stessa e sui suoi modelli, perché troppo coinvolta nel promuovere una ricerca compulsiva e distratta, sempre più affamata di dati e sempre più orientata verso un proliferare nosografico vuoto ed incerto.

Il passato più recente, quello per intenderci del "secolo breve", sembra essere ormai un lontano ricordo, come un antico impero ormai disgregato. Un impero relegato nella memoria dei pochi sopravvissuti di un'epoca in cui le grandi tradizioni psicopatologiche, come quella tedesca e quella francese, erano ancora fortemente e consapevolmente radicate nella matrice filosofica del loro tempo. Era una Psichiatria aristocratica, rappresentata da nobili capostipiti e da altrettanto nobili eredi: Minkowski, Ey, Tatossian e Lanteri-Laura in Francia, Kretschmer, Jaspers, Schneider e Binswanger nell'area germanofona, e infine Cargnello, Callieri, Ballerini e Calvi nel nostro paese.

Questo vissuto di "decentramento", questa sensazione di aver mancato qualcosa, di trovarsi alla periferia, lontano dal centro di un impero che non si è mai conosciuto, è forse qualcosa di molto personale. Gli

accenti vagamente adolescenziali, si dirà, rinviano ad una formazione ancora incompleta, ad un percorso ancora agli inizi, dove l'attesa di un chiarimento e di un supporto, tecnico o morale che sia, è ancora tutta rivolta verso l'esterno, verso una figura parentale idealizzata e rivestita di onnipotenza. Eppure...

Eppure credo che questa stessa incertezza, questa sensazione di avere capito ancora poco, questo struggente bisogno di imparare, di venire educati, nel senso di *e-ducere*, ovvero di condurre fuori, per mano, sia qualcosa che coinvolge molti giovani della mia generazione, e che in fondo permea anche il lavoro sul campo delle *équipes* che ogni giorno combattono nelle trincee del territorio, coinvolgendo in pieno psichiatri "adulti" e formati.

Si ha come l'impressione di vagare per una periferia degradata ed impoverita, dove i pochi monumenti grandiosi di un passato recente, per lo più trascurati e lasciati alle intemperie, iniziano a lasciare il posto ad alcuni edifici ultra-moderni, abbozzi inopportuni di un futuro prossimo. Alcuni di questi edifici sembrano essere già parte del territorio, avendo conquistato una posizione ormai centrale nell'ambito della ricerca contemporanea, come la psicopatologia dimensionale (ben rappresentata dal concetto di "spettro"), l'attenzione alla farmacoterapia "real world", o il ruolo della neuropsicologia. Altri sono ancora in costruzione, ma se ne intravedono già le proporzioni ed il ruolo determinante nell'ambito della diagnostica e della terapeutica del futuro, come la farmaco-genetica, con le sue implicazioni nell'ambito della cosiddetta "personalized medicine", o l'imaging funzionale (Costa e Silva, 2013; Ozomaro et al., 2013).

Tuttavia vi è la netta impressione che in questo paesaggio manchi una "pianificazione urbanistica" coerente. Come se non vi fosse una vera e propria direzione di senso in grado di orientare questi cambiamenti in una prospettiva organica e comprensiva, nell'ottica di un'integrazione tra passato e presente. Come se, in definitiva, la Psichiatria del XXI secolo, col rinunciare al suo passato, avesse finito con l'ipotecare il suo senso di identità, un'identità essenzialmente storica, mettendola al traino di un futuro carico di promesse, ma privo di radici.

Per Kurt Schneider la Psichiatria trovava essenzialmente il suo sinonimo nella Psicopatologia (con una sfumatura di superiorità per quest'ultima) (Lanteri-Laura, 2007, p. 117). Per la Psichiatria del XXI secolo questo rapporto di sinonimia sembra essersi dissolto in modo inesorabile con la rinuncia alla Psicopatologia da parte dei vari DSM. Una rinuncia cui è corrisposto un agnosticismo di facciata epistemicamente insostenibile (Del Pistoia, 2008, p. 201), ma pragmaticamente necessario, finalizzato alla costruzione di un linguaggio semplice, uni-

voco, riproducibile, e con criteri di validità di portata globale. Tuttavia la Psicopatologia ha sempre avuto una duplice funzione: da un lato quello di fondamento e di legittimazione del fare terapeutico, dall'altro quella di tramite tra la Psichiatria e la cultura dell'epoca (p. 202). E alla fine questa rinuncia è andata ben oltre il piano pragmatico-operativo, finendo per portare alla rinuncia alla Psicopatologia *tout court*, con ricadute esiziali sia sul piano della fondazione epistemologica della clinica, spesso ridotta o ad una sterile ripetizione di linee guida o ancor peggio ad un gretto empirismo senza arte né parte, sia sul piano, ben più significativo, della legittimazione culturale della Psichiatria, che ha finito per essere facile preda delle teorie psicologiche, sociologiche o neurobiologiche del momento. Ma quella che è forse la ricaduta più grave di questa rinuncia è probabilmente rappresentata dal generale impoverimento delle dinamiche di trasmissione della conoscenza all'interno delle istituzioni, accademiche e non, che si rivolgono alla formazione delle giovani generazioni. È quello che non stenterei a definire il "peccato originale" della Psichiatria del XXI secolo: lo sperpero di un patrimonio culturale immenso, profondamente e consapevolmente radicato nella sua dimensione storica e filosofica, a favore di una costruzione culturale parcellizzata, inorganica, priva di fondamento, e per questo vuota ed inautentica.

II. ERUDIZIONE, SPIRITO D'OSSERVAZIONE E GENIO

Un antico proverbio recita: «*Quando non sai dove stai andando, volgiti per vedere da dove vieni*».

In un orizzonte così piatto ed uniforme, dove i punti di riferimento – che si tratti di monumenti del passato o di anticipazioni del futuro – sembrano essere troppo distanti per poter tornare utili, può essere necessario volgersi indietro e provare a ripercorrere la strada dall'inizio per potersi orientare nel presente. L'evoluzione storica dei paradigmi psicopatologici costituisce una questione «che ogni psichiatra dovrebbe conoscere, non solo per capire come la Psichiatria che egli pratica si forma e funziona, ma anche per poterla praticare [nel suo senso più ampio] come un "prenderci cura" della follia degli esseri umani, e non come una orto-psico[-neuro]-sociologia "politicamente corretta" o come altra aberrazione di questo genere» (Del Pistoia, 2005, p. 69).

Al momento della sua fondazione la Psichiatria moderna compare come effetto della riduzione della follia attraverso un paradigma medicale. La follia viene assimilata al patologico e diventano pertinenti nei

suoi confronti le distinzioni, le pratiche, le istituzioni della Medicina e le leggi che le riguardano (*ibid.*).

La Medicina a cavallo tra XVIII e XIX secolo, e con essa la nascente “dottrina dell’alienazione mentale”, appaiono ancora fortemente radicate nello spirito illuministico, dovendo caratterizzarsi per “un certo libero gioco di idee”, una “franchezza equilibrata”, e, soprattutto, uno “spirito ordinato di ricerca” (Pinel, 1800, p. 355). Per la prima volta dopo la nascita del metodo sperimentale, due medici, entrambi con una solida formazione filosofica alle spalle, riflettono approfonditamente sul modo in cui deve essere condotta l’indagine per dare un fondamento solido alla prassi clinica quotidiana. Johann Georg Zimmermann (1725-1798) per la Medicina e Philippe Pinel (1745-1826) per la Psichiatria, mettono al centro della loro riflessione la frequentazione assidua, attenta ed appassionata con il malato, con il suo corpo latore di segni e il suo discorso portatore di una storia.

Zimmermann mette al centro della sua analisi lo “*spirito d’osservazione*”, inteso come «l’abilità di vedere qualunque oggetto tal quale è», dal momento che «un vero medico deve osservare ciò che i pratici non fanno che guardare; perché egli deve chiarire tutte le circostanze d’una malattia in mezzo alle sue tenebre, trovare la semplicità nella confusione, separare ciò che è costante da ciò ch’è variabile, e distinguere l’essenziale dall’accidentale». Con icastica semplicità egli sottolinea come «le riflessioni d’un buon osservatore debbano esser brevi, prudenti, modeste, ritenute e tolte dal midollo delle cose». Tuttavia il Medico deve essere anche consapevole dei suoi propri limiti, dal momento che «noi siamo astretti d’imparare a conoscere le malattie per mezzo dei loro *fenomeni*, avanti di esaminarle secondo le loro *cause*». Per questa ragione «il nostro spirito deve trovarsi sgombro da ogni pregiudizio e da qualunque altra inutile passione, se vuole disporsi a bene vedere la verità». Inoltre, allo spirito d’osservazione deve affiancarsi l’“*erudizione*”, intesa come il «complesso di tutto ciò che gli altri medici hanno veduto o raccontato, come atto a preservare l’uomo dalle malattie, a conoscerle, a mitigarle e guarirle». E dunque «l’erudizione ci presenta la cognizione storica, lo spirito d’osservazione c’insegna a vedere, il genio a conchiudere» (Zimmermann, 2008, pp. 105-125).

Profonda conoscenza delle teorie fisiopatologiche, continuo esercizio di una pratica semeiotica libera da pregiudizi, e capacità di intuizione costituiranno le basi irrinunciabili della prassi medica quotidiana fino alle soglie del XXI secolo. E così sarà anche per la Psichiatria.

Nella seconda metà del XVIII secolo, Pinel pone infatti per la prima volta il problema dell’osservazione e della classificazione delle malattie mentali, mettendo allo stesso tempo in atto un importante lavoro di ri-

forma e riorganizzazione ospedaliera, a seguito del quale si apre la strada per una nuova tradizione e una nuova prospettiva per la ricerca psichiatrica di tipo pratico (Zillborg e Henry, 1941, p. 342). Pinel fa uscire la malattia mentale dalle secche della indeterminatezza e dell'indifferenza per rimetterla al centro della riflessione filosofica, scientifica ed etica del suo tempo.

Nell'Introduzione alla prima edizione del suo *Traité* scrive: «È importante in Medicina, come nelle altre scienze, possedere un giudizio equilibrato, una perspicacia naturale e una mente inventiva spoglia da ogni pregiudizio. [...] Il fatto di vivere continuamente in mezzo agli alienati, di studiare le loro abitudini, le differenti personalità, l'oggetto dei loro piaceri e delle loro antipatie, il vantaggio di seguire il processo della loro alienazione giorno e notte, durante le varie stagioni dell'anno [...] l'insieme di tutto questo deve fornire all'uomo intelligente e zelante una massa enorme di fatti e particolari minuti che mancano di solito al medico dalla mentalità ristretta». «Possono tali uomini [...] portare ordine e precisione nelle loro osservazioni, e usare inoltre un linguaggio appropriato nella espressione delle loro idee? Saranno mai capaci di collegare l'esperienza dei secoli passati con i fenomeni di cui sono spettatori [...]?» (Pinel, 1800, pp. 352-353).

Queste poche righe, composte dai due autori a pochi lustri di distanza, sembrano suggerire una visione condivisa del rapporto con la dimensione del patologico. Una visione che vede nella relazione diretta e non mediata con il malato, il suo corpo e il suo discorso, una condizione imprescindibile della prassi clinica quotidiana (da *klinikòs*, che si fa presso il letto), tanto medica, quanto psichiatrica. È una visione che appare ancora profondamente radicata in un impianto gnoseologico di tipo sensistico, che vede con estremo sospetto ogni contenuto mentale svincolato dal contributo dei sensi. Una visione in cui il momento pratico è rappresentato dalla dimensione sensoriale dell'incontro con il malato (lo "spirito d'osservazione"), che ne costituisce al contempo il principale ed insostituibile criterio di verità, mentre il momento teorico trova il suo fondamento in una prospettiva storica, all'interno di una tradizione culturale condivisa (l'"erudizione").

III. LA LEZIONE DEL CACCIATORE

Nel caso della Psichiatria due sono allora i livelli gerarchici dell'agire clinico: ad un primo livello, essenzialmente pratico, si trova la semeiologia (o semeiotica), intesa come il *sapere* concernente i segni e il *saper-fare* che consiste nel farli apparire, mentre ad un livello ulteriore,

teorico, si trova la psicopatologia, intesa come un'organizzazione sistematica in grado di rendere conto, in modo esaustivo o soltanto parziale, di tutto o di una parte del campo delle osservazioni cliniche (Lanteri-Laura, 2007, p. 120). E tanto la semeiotica quanto la psicopatologia sono o dovrebbero essere una dimensione trasversale ed imprescindibile di qualunque declinazione della psichiatria, da quella biologica, a quella sociale, a quella psicologica. Ma è la semeiotica che costituisce il punto di partenza imprescindibile, secondo quello che per Lanteri-Laura è l'“innegabile primato della clinica”.

Il contatto sensoriale con la materia vivente, l'aderenza alla realtà concreta di ciò che si vede, si sente, si tocca e si odora, l'attenzione al dettaglio minimale, lo sguardo penetrante che va al fondo delle cose, la capacità di cogliere il grande a partire dal minuto, l'insieme a partire dal singolo, il complesso a partire dal semplice. Tutto questo ci riporta ad un asse metodologico che ha una radice profonda ed arcaica, del tutto trasversale a quelle scienze che oggi diremmo qualitative o idiografiche, secondo la denominazione di Windelband, in quanto aventi per oggetto casi, situazioni e documenti individuali.

È il sapere del cacciatore del nostro prologo, chino a seguire una traccia apparentemente insignificante, semi-nascosta tra gli arbusti, dissimulata dal passaggio di altri animali, oppure confusa nel fango ancora fresco. Una traccia che viene colta tramite una percezione che da sommaria e periferica si fa via via più dettagliata e distinta. Il processo, apparentemente subitaneo ed irriflesso, è in realtà tutt'altro che casuale. Lo sguardo deve essere allenato, esercitato agli scarti più irrilevanti, pronto a cogliere la figura sullo sfondo: un'impercettibile asperità del terreno, un vago odore portato dal vento, una minima vibrazione dell'aria. Ed è un esercizio che deve passare per una frequentazione assidua con la materia vivente, pronta ad offrire quei segni che si faranno progressivamente figura.

Ma una percezione non allenata necessita inizialmente di una guida che le indichi dove orientarsi, che cosa trattenere e che cosa lasciar andare. Serve lo sguardo, più acuto e penetrante, di chi è in grado di andare oltre l'orizzonte dell'ordinario, perché quel sentiero l'ha già battuto e quella traccia l'ha già seguita. Serve uno sguardo plasmato dalla profondità del tempo.

Ecco allora che i segni si agglutinano l'uno all'altro a formare una forma coerente, una sequenza narrativa dotata di senso, dove ogni evento, per quanto irrilevante, trova la sua collocazione semantica. La storia inizia laddove inizia il linguaggio, e il linguaggio potrebbe essere nato una sera attorno ad un fuoco solitario, alla fine di una lunga giornata di

caccia, quando l'eccitazione ancora in corpo rende impossibile dormire e i racconti nascono prima delle parole.

Questo modello di sviluppo e trasmissione della conoscenza, basato su un metodo indiretto e congetturale, imperniato sugli scarti e sui dati marginali, ha esteso nel tempo profonde ramificazioni, giungendo a lambire territori tra loro lontanissimi, spesso ai confini con il sacro. Il paradigma venatorio, altrimenti detto indiziario o divinatorio, ha finito per costituire il metodo degli aruspici, dei giuristi e dei medici, rivolto, a seconda delle forme di sapere, verso il futuro, in quanto arte divinatoria, verso il passato, in quanto giurisprudenza, e verso il passato, il presente o il futuro allo stesso tempo, in quanto semeiotica medica, nel suo duplice momento diagnostico e prognostico (Ginzburg, 2000, p. 169). Nella Medicina antecedente al XX secolo la verità del corpo vivente era tanto inattingibile quanto lo era il passato sgusciato tra le maglie della memoria o il destino preparato dagli dèi immortali.

Con l'avvento delle nuove tecnologie, che hanno finalmente permesso allo sguardo di penetrare la materia vivente e di illuminarne i segreti, e con il crescente spazio acquisito dalle procedure standardizzate e dalle linee guida, la semeiotica ha progressivamente perso terreno all'interno delle specialità mediche, pur essendone ritenuta una componente essenziale ed irrinunciabile².

Ma la Psichiatria, essendo ancora ben lontana dal penetrare i segreti del suo oggetto, la cui stessa definizione sfugge alle maglie di una precisa connotazione epistemologica, deve ancora molto al metodo indiziario, che tuttora ne sorregge e ne struttura la prassi clinica quotidiana. Il fatto che questa lontananza sembri seguire un andamento in qualche modo asintotico e che il principale strumento di indagine e di trattamento resti la dimensione dell'incontro diretto con il malato, pongono la Psichiatria in un rapporto del tutto peculiare con questo specifico asse metodologico.

Il passaggio dall'atto del *percipi*, rappresentato dal momento semeiotico, alla successiva elaborazione psicopatologica costituisce un ulteriore elemento di peculiarità della prassi clinica psichiatrica, qualunque sia la declinazione che se ne voglia dare, sia essa neurobiologica, psicologica o sociologica. Dal significante clinico, rappresentato spesso dai dati marginali dell'incontro, che si tratti di un modesto impaccio moto-

² Si veda in questo senso una serie di articoli uscita sul NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE tra gennaio e febbraio 2006 (Bomback, 2006; Jauhar, 2006; Markel, 2006), o il recente articolo comparso sull'AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE inerente l'importanza dell'esame fisico nella prevenzione degli errori medici (Verghese et al., 2015).

rio³, di un neologismo improvvidamente scivolato nel discorso, o di un inderivabile sensazione di distanza e di alienità, si giunge al significato psicopatologico attraverso un unico e medesimo asse retorico, che è quello della *metonimia*. Ma la peculiarità non consiste tanto in questo, quanto nel fatto che una visione psicopatologica complessiva giunge spesso ben prima del completamento del corredo semeiotico, in modo per lo più pre-riflessivo e pre-verbale, talvolta con un semplice *coup d'œil*, o con qualche breve scambio di battute. È il caso, per esempio, della cosiddetta “diagnosi per penetrazione” secondo Minkowski o “diagnosi atmosferica” secondo Tellenbach. Tra questa “anticipazione di senso” psicopatologica e i singoli *excerpta* tratti dalla clinica si instaura allora un “circolo ermeneutico”, in cui «l’anticipazione con cui ci si riferisce alla totalità diviene comprensione esplicita grazie al fatto che le parti definite dalla totalità definiscono a loro volta questa totalità» (Gadamer, 1987, pp. 13-14).

Per inciso, è da rilevare come l’esame clinico non costituisca mai una pura ricezione passiva delle evidenze dell’apparire, poiché presuppone sempre un esercizio di apprendimento sulla scorta di una tradizione semeiotica (Lanteri-Laura, 2007, p. 123), che a sua volta impregna impercettibilmente di sé l’atteggiamento dell’esaminatore. Un esempio recente in questo senso consiste nell’attenzione mirata, e talora eccessiva, che un clinico formato nella teoria dello spettro bipolare tende a rivolgere ai segni più o meno evidenti della cosiddetta bipolarità minore. La semeiotica individua quindi delle regolarità, delle ripetizioni che si mantengono da un paziente all’altro e che si tramandano come dati di esperienza da un clinico all’altro, venendo a costituire, attraverso un procedimento metonimico, dei “tipi clinici” (p. 29).

Il discorso psicopatologico tende all’unificazione e alla globalità attraverso l’elaborazione di modelli complessivi, seppure sempre parziali e provvisori, in cui l’oggetto è rappresentato da una ben definita area della semeiotica psichiatrica. Tuttavia, in questa attitudine al discorso globale, alle macro-categorie esplicative, e all’ampliamento dei significati, spesso si cela il rischio di una reificazione dei concetti, laddove quello che Lanteri-Laura chiama il “condizionamento” (p. 121) finisce per eleggere alcuni segni patognomonici e i concetti psicopatologici che ne costituiscono il corredo teorico, a vere e proprie categorie dello spirito.

La psicopatologia fenomenologica, o per meglio dire l’atteggiamento fenomenologico in psicopatologia, in quanto «foriero di angolature visuali problematiche, piuttosto che risolutive, dubitative, piuttosto che a-

³ Nel senso di “*soft neurological signs*”, identificati come possibili indizi di un processo schizofrenico (Bachmann et al., 2014).

podittiche» (Di Petta, 2014, p. 286), si propone come un potente antidoto a questa intossicazione ideologica della prassi psichiatrica. L'atteggiamento fenomenologico è, o dovrebbe essere, un'attitudine di base dello psichiatra, del tutto trasversale alle diverse declinazioni della psicopatologia che coltivino un qualche interesse nei confronti della soggettività (e dunque di ogni psicopatologia degna di questo nome). Senza di esso si corre il rischio non solo di scivolare verso le reificazioni di cui sopra, ma anche di «perdere l'unica base solida delle nostre prescrizioni farmacologiche» (Ballerini, 2001, p. 9). È infatti solo tramite un dispositivo terapeutico fenomenologicamente orientato che possiamo andare oltre il sintomo e indagare quale struttura esso traduca, esplorando al contempo tutte le possibili declinazioni di quel «rapporto veramente fondamentale, assai spesso fluido e modificabile, fra esperienza e sua possibile o impossibile elaborazione da parte della persona» (ibid.).

Per Karl Jaspers lo psicopatologo «è legato alla propria capacità di vedere, di sperimentare interiormente», laddove vedere “in modo reale” significa essere «un'anima vibrante, che controlla costantemente l'esperienza, elevandola a costruzione razionale» (Jaspers, 1913, pp. 23-24). Una pre-condizione essenziale della psicopatologia sta dunque nella priorità data alle esperienze interne, mentre il suo scopo consiste nella capacità di riprodurle ed organizzarle in una “costruzione razionale”. Ma è solo con la psicopatologia fenomenologica propriamente detta, ed in particolare nella sua declinazione di fenomenologia oggettiva, che si ha il primo tentativo di realizzare, attraverso gli strumenti specifici dell'epochè e della riduzione eidetica, una “scienza oggettiva” dei fenomeni soggettivi.

Tuttavia è necessario qui mettere in evidenza come lo stesso procedimento fenomenologico, in quanto portatore di una prospettiva ben definita, non sia del tutto esente da quel “condizionamento” reificante di cui sopra. L'epochè e la riduzione eidetica sono strumenti interpretativi potenti e raffinati, ma molto difficili da applicare in modo appropriato se non accompagnati da una solida base clinica. Si corre il rischio di mancare del tutto il bersaglio della comprensione (*verstehen*), finendo per soffermarsi sulla soglia di un'“anticipazione di senso” psicopatologica – che si tratti di una “diagnosi atmosferica” o di una intuizione eidetica – privata dell'apporto vivificante dato dalla clinica attraverso le riverberazioni del circolo ermeneutico. L'esito finale potrebbe essere allora quello di immiserirsi in una mera ripetizione di schemi preconfezionati, o peggio ancora di scambiare la psicopatologia fenomenologica per una nuova e diversa forma di nosografia.

Va infatti ricordato che l'oggetto della descrizione fenomenologica non è la coscienza del paziente, ma la struttura della semeiotica. Come

icasticamente ha evidenziato Lanteri-Laura non può esserci alcun voto di povertà in materia di conoscenze (2007, p. 123), e non si deve correre il rischio di confondere l'epochè, che è la sospensione dell'atteggiamento naturale, con la sospensione dell'attitudine clinica *per sé*. È questa infatti l'aporia, la contraddizione insolubile, che fonda la psichiatria fenomenologica: col presupporre la sospensione di ogni giudizio e dunque la cancellazione di tutte le ovvietà mondane, essa dovrebbe mettere tra parentesi la stessa conoscenza psichiatrica, ma allo stesso tempo non può realizzarsi in quanto psicopatologia fenomenologica se non riconoscendo ed applicandosi a questa stessa conoscenza tale e quale è (p. 39). La stessa comprensione (*verstehen*) su cui si basa l'atteggiamento fenomenologico, non è un'attitudine immediata ed irriflessa, ma è il risultato di un indispensabile processo di apprendimento che passa per l'esercizio di una prassi clinica consolidata.

Dimenticando queste condizioni di possibilità si rischia di ridurre la comprensione, e con essa l'atteggiamento fenomenologico, a quel vago "sentimento di comprendere" (p. 116) in cui il libero coinvolgimento nell'incontro umano autentico viene ingombrato dalla presenza di un apparato interpretativo che finisce per essere, o troppo scarno ed impoverito, perché basato su pochi orpelli teorici ripetuti fino allo sfinimento, oppure troppo sovradimensionato e complesso, perché viziato da un'attitudine estetizzante e superficiale.

E come disse François Mauriac: «Costruire castelli in aria non costa nulla. In compenso è molto costosa la loro demolizione».

IV. LA PSICHIATRIA COME MESTIERE

Con questo mio breve scritto ho cercato di tradurre, innanzitutto a me stesso, quella che ho sempre percepito come un'indecifrabile sensazione di mancanza, una sorta di illeggibile glossa a margine del libro mastro della mia formazione professionale, aggiunta da una mano ignota a ricordare la perenne ipoteca che pende sulla mia testa di Medico e Psichiatra "pensante". Questa sensazione di mancanza, di spaesamento, sembrerebbe corrispondere a quella di chi, dopo lungo vagare, venga a trovarsi ai confini di un immenso deserto – inteso in senso letterale come *éremos*, abbandono – del tutto privo di una direzione da seguire o di riferimenti a cui appellarsi. E nel deserto «non ci si può nascondere, [poiché] in esso non vi è posto per la menzogna o l'inganno. Il tuo stesso io [vi] viene riflesso, e sei obbligato ad affrontarlo» (Chryssavgis, 2004, p. 59).

Negli anni ho provato a formulare diverse ipotesi per tentare di spiegare questo vissuto, ma ho sempre finito per concludere tra due possibili alternative: o mi era venuta a mancare una seria formazione sui fondamenti teorici della mia prassi clinica quotidiana, e perciò non ero dotato dei mezzi adatti ad attraversare il deserto fino in fondo, oppure era la materia stessa che si rivelava incommensurabile e strutturalmente elusiva rispetto ad ogni possibile tentativo di riduzione epistemologica, per cui il deserto era troppo vasto per essere attraversato. In altre parole, o si trattava di aver mancato qualcosa all'inizio, che io non avevo saputo cogliere o che qualcuno non aveva avuto l'accortezza di spiegarmi, e che bisognava tentare di recuperare in qualche modo, oppure mi dovevo rassegnare all'idea di una conoscenza frammentaria ed inorganica, ed accettare di aggirarmi senza scopo per un mosaico di approcci teorici e competenze tecniche del tutto privo di un fondamento sicuro e di un disegno coerente. Questo sempre a patto di non arrendersi finalmente a quel "canto delle sirene" di cui parla Callieri (2007, pp. 53-54), finendo per scivolare in un irrigidimento ideologico tanto rassicurante quanto nocivo.

In anni più recenti sono però arrivato a convincermi che la verità potrebbe essere un'altra: che forse un modo per attraversare quel deserto esiste. Non si tratterebbe allora di trovare una nuova strada, magari cercando un punto di osservazione migliore, ma di seguire una via antica, tracciata dal passaggio dei molti che prima di noi hanno seguito quel percorso.

La lezione potrebbe venire ancora una volta dal secolo dell'*Aufklärung*, quando la Psichiatria iniziava ad intravedere le prime luci e a balbettare le sue prime formulazioni teoriche, rimanendo al contempo fortemente radicata nell'alveo di una tradizione medica millenaria. Alcuni decenni prima che Zimmermann e Pinel elaborassero le loro osservazioni metodologiche, Immanuel Kant, in un breve scritto in cui proponeva alcune considerazioni sull'insegnamento della filosofia, scriveva: «Da un insegnante ci si attende [...] che innanzitutto formi nel suo discepolo l'uomo intellettuale, poi quello razionale e infine il dotto» (2004, pp. 152-153). Con questo egli intendeva che l'insegnamento, e l'insegnamento della filosofia in particolare, dovrebbero ricalcare l'andamento del processo naturale della conoscenza, che parte dalla maturazione dell'intelletto tramite l'esperienza, passa attraverso l'appropriazione dei concetti mediante la ragione, e infine giunge alla costruzione di una totalità organica per mezzo della scienza. Con il rovesciamento di questo metodo, invece, «lo studente acciuffa una sorta di ragione prima ancora che in lui si sia formato l'intelletto e s'appropria d'una scienza posticcia che in lui è soltanto appiccicata, non maturata [...] È

questo il motivo per cui non di rado s'incontrano dotti [...] che dimostrano poca intelligenza, e le accademie sfornano teste insipide più di qualsiasi altro ceto sociale» (ibid.).

Si tratta dunque d'«imparare a filosofare» prima che d'«imparare la Filosofia», dal momento che si può «introdurre nella memoria o nell'intelletto [...] solo] quanto ci può essere proposto come disciplina già elaborata in precedenza. [...] Quindi] per imparare [...] la Filosofia, prima di tutto, dovrebbe essercene veramente una. Bisognerebbe poter mostrare un libro e dire: guardate, qui c'è la sapienza e l'idea sicura, imparate a capirlo e a comprenderlo, costruite su questa base e sarete filosofi» (ibid.).

Sulla linea di quanto sostenuto finora, queste considerazioni potrebbero applicarsi in maniera del tutto sovrapponibile anche all'insegnamento della Psichiatria. In fin dei conti filosofo e psichiatra condividono la stessa passione per l'*umano* in tutte le sue possibili declinazioni, e pur muovendo da prospettive e scopi differenti giungono infine ad incontrarsi proprio nel punto in cui la parabola dell'esistenza raggiunge il massimo della sua curvatura, laddove l'alienazione mentale si apre come uno spiraglio insostituibile su alcune questioni filosofiche di importanza capitale: la temporalità, il soggetto, l'intenzionalità, e forse l'essere stesso. Inoltre, se lo scopo della Psichiatria consiste non solo nella costruzione di un *saper fare* che cura, ma anche di un *sapere* che ambisce a dischiudere il significato dello psicopatologico, allora tanto il filosofo quanto lo psichiatra potrebbero essere impegnati in un'indagine potenzialmente infinita, in cui l'avvicinamento all'oggetto della conoscenza – sia esso il senso della soggettività ferita oppure la verità dell'essere – avverrebbe secondo un andamento del tutto asintotico. Se di fatto la categoria di “progresso” non può essere utilizzata per la Filosofia, per la quale si tratta di “pensare l'*impensato*”, cercando di dire l'essere nella sua verità (Curi, 2013, p. 7), essa potrebbe non essere applicabile nemmeno alla Psicopatologia, la cui massima aspirazione sarebbe quella di “pensare l'*impensabile*”, nel senso di tradurre secondo le categorie del linguaggio fenomeni che muovono da un mondo fondamentalmente ante-predicativo, pre-intenzionale e pre-oggettivo.

Ma torniamo ora alla questione della trasmissione del sapere. Proseguendo sulla strada del nostro ragionamento, potrebbe quindi essere necessario innanzitutto imparare a *saper fare* lo psichiatra, prima che a *sapere* di Psichiatria, per la stessa ragione per cui non si può imparare la Filosofia se prima non si è imparato a filosofare. In altre parole si tratterebbe d'imparare a praticare il *mestiere* di psichiatra, prima di conoscere la professione della Psichiatria. Tradizionalmente, i mestieri si basano sul *fare*, richiedono capacità e competenze di tipo essenzialmen-

te pratico, mentre le professioni sono basate sul *sapere*, su un bagaglio di conoscenze di tipo intellettuale. Il mestiere viene appreso con la pratica e il tirocinio, mentre la professione richiede più che altro un titolo di studio formale⁴.

Karl Jaspers, psichiatra e filosofo, nell'introduzione alla sua *Psicopatologia generale* scrive: «Nella professione pratica hanno un ruolo importante alcune opinioni istintive ed una intuizione personale, che non si può comunicare ad altri. Si dice che la psichiatria non si trova ancora allo stadio di scienza, ma che in essa ha maggiore importanza la "conoscenza per esperienza". La scienza richiede un pensiero concettuale, comunicabile e sistematico. Solo fin dove si è sviluppato tale pensiero può esistere la psicopatologia come scienza. Ciò che nella psichiatria è "conoscenza per esperienza" ed arte, non lo si può esporre, tutt'al più lo si può trasmettere, mediante il rapporto personale, a persone capaci di accoglierlo; non può essere oggetto di conoscenza libresco» (1913, p. 2).

Vi è quindi una componente fondamentale del *mestiere* di psichiatra che comporta l'acquisizione di una "conoscenza per esperienza", la quale, collocandosi in una dimensione essenzialmente sintetica ed intuitiva, e per questo intraducibile secondo le categorie di un pensiero analitico e concettuale, non può che venire trasmessa lungo le linee tortuose ed incerte di un percorso iniziatico, attraverso il "rapporto personale" che si instaura tra un allievo e il suo Maestro.

V. L'INSEGNAMENTO È ESEMPLARE

Ma chi è il Maestro?

Una domanda come questa, semplice solo in apparenza, potrebbe facilmente trovarsi all'inizio di un qualsiasi dialogo platonico, esattamente come: «Chi è il Sofista?» oppure «Chi è il Politico?», laddove il filosofo ateniese spesso sceglie di porre la questione proprio servendosi della maschera del suo grande Maestro, Socrate. E quella stessa domanda iniziale, che apre la strada ad un grandioso percorso di ricerca a più voci, è in fondo una maschera che cela questioni filosofiche di primaria importanza, come la natura della Verità, dell'Essere o della Giustizia. Lasciandoci ancora tentare da questo gioco intellettuale, potremmo quindi ipotizzare che l'acquisizione della "Forma" (εἶδος o ἰδέα) del Maestro rappresenti un possibile spiraglio per illuminare alcu-

⁴ Definizione tratta dall'Enciclopedia Treccani: [www.treccani.it/enciclopedia/mestieri-e-professioni_\(Enciclopedia-dei-ragazzi\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/mestieri-e-professioni_(Enciclopedia-dei-ragazzi)/)

ni snodi di fondamentale rilievo critico per la definizione di quella “conoscenza per esperienza” di cui parlava Jaspers.

Per inciso, i due termini εἶδος e ἰδέα sono in genere interscambiabili in Platone e derivano da ἰδεῖν, “vedere”, sicché il significato originario rimanda a ciò che si può constatare con la vista, la “forma visibile” (Ross, 1951, p. 37). In questo senso Umberto Curi mette in evidenza come «nella tradizione Occidentale [...] il lessico, i simboli, le metafore, la terminologia del vedere coincidono e infine si identificano con quelle del conoscere» (2015, p. 33).

Proseguendo su questa strada potremmo quindi immaginare che ciò che caratterizza il Maestro, ciò che ne costituisce l'εἶδος, debba potersi trovare nel dominio del visibile secondo un duplice livello di significato: non solo in quanto “forma visibile” tra le altre, ma anche come figura intimamente connessa all'ambito stesso del vedere/conoscere.

La caratteristica più *e-vidente*, quella che sembra costituirne il cardine definitorio, è che la figura del Maestro può esistere solo all'interno di un rapporto in cui vi è anche il passaggio, la trasmissione di qualcosa da una parte ad un'altra. È dunque un rapporto asimmetrico, in cui una delle due parti ha qualcosa che l'altra non ha. Il Maestro non può esistere senza il suo allievo, e l'allievo non può esistere senza il suo Maestro. Ma perché possa costituirsi come una dimensione essenziale di quella “conoscenza per esperienza” di cui parlava Jaspers, questa trasmissione deve consistere non tanto nella consegna di un *sapere* pre-stabilito e pre-confezionato⁵, quanto nell'acquisizione progressiva di un *sapere* e di un *saper fare* tramite l'immedesimazione di una parte nell'altra. «Per Socrate il vero insegnamento avviene mediante l'esempio. È, letteralmente, esemplare [...] una sollecitazione morale socratica consiste nell'atto di indicare verso qualcosa» (Steiner, 2004, p. 34). Il Maestro ci indica, e dunque ci fa *vedere*, la strada da percorrere col percorrerla egli stesso.

Per quanto riguarda la Psichiatria credo che questa “conoscenza per esperienza” coinvolga essenzialmente due livelli: uno, più concreto e pratico, riguarderebbe l'ambito della prassi clinica quotidiana, l'altro, più sfumato ed indefinito, avrebbe a che fare con la stessa legittimazione del fare psichiatrico, tanto sul piano epistemologico, quanto su quello etico.

Per quanto riguarda il primo livello credo risulti piuttosto evidente come una parte del *sapere* e del *saper fare* che pratichiamo ogni giorno necessiti di un'esperienza vissuta in prima persona. Non posso tradurre in esperienza il concetto di impulso verbale, visualizzare una discinesia

⁵ «Sarebbe bello, Agatone, se la sapienza fosse tale da poter fluire, al solo contatto reciproco, dal più pieno di noi al più vuoto, così come nei calici scorre l'acqua dal più colmo al più vuoto, attraverso il filo di lana» (Simposio, 175e).

o distinguere una pseudo-allucinazione da un'allucinazione, se prima non ho potuto cogliere questi fenomeni con i miei stessi sensi, esercitando il mio "spirito d'osservazione". Allo stesso modo devo poter fare esperienza diretta di come si sta in un colloquio, di quale atteggiamento e quale postura corporea si debba mantenere, di quale tono di voce si debba usare, nel rapportarsi per esempio con un soggetto che vive uno stato maniaco oppure una grave condizione catatonica. E queste competenze si acquisiscono fondamentalmente per immedesimazione, non solo, secondo la prospettiva jaspersiana, come rapporto diretto con le esperienze interne del soggetto sofferente, ma anche come introiezione di quel modello di *saper fare* che viene incarnato da coloro che per la prima volta seguiamo su questo terreno così impervio e scivoloso. La maggior parte di noi queste competenze le ha acquisite sul campo, seguendo qualche vero Maestro, o magari semplicemente appoggiandosi a qualche persona di maggiore esperienza⁶. Questo è il primo passaggio – quello che Kant avrebbe definito la maturazione dell'"uomo intellettuale" – nell'acquisizione del *sapere* e del *saper fare* psichiatrico, un passaggio tanto essenziale quanto spesso negletto nelle sue possibili implicazioni didattiche.

Mi immagino quindi che l'acquisizione progressiva di queste competenze possa richiedere, come per l'artigiano o per il chirurgo, uno "stare a bottega" per un po' presso qualche Maestro, o comunque presso qualcuno che abbia acquisito, accanto all'esperienza, la capacità di trasmettere questo *saper fare*. Mi viene quindi da chiedermi se le agenzie che si occupano della formazione dei giovani psichiatri non debbano pensare ad istituire dei percorsi di formazione specifici, finalizzati alla acquisizione progressiva di competenze cliniche crescenti attraverso un rapporto con formatori esperti, magari anche favorendo la mobilità dei giovani tra diversi istituti accademici. Mi domando inoltre se una esperienza di Erasmus durante la specialità debba per forza passare sempre e soltanto per un progetto di ricerca, e non possa magari avere come obiettivo l'acquisizione di specifiche competenze clinico-terapeutiche, per esempio nell'ambito delle psicosi al loro esordio o in quello assai complesso dei disturbi di personalità.

Per quanto riguarda il secondo livello invece, ciò che un Maestro può trasmettere è la capacità di saper accogliere con piena consapevolezza tutta l'"inquietudine epistemica" della Psichiatria (Del Pistoia, 2008, p. 86) e farne buon uso nella pratica clinica quotidiana, come un potente antidoto contro il "canto delle sirene" di certe istanze semplifi-

⁶ In fin dei conti, "scampoli" di Maestri si trovano un po' ovunque, basta avere l'accortezza e la pazienza di cercarli.

catorie ed ideologizzanti che naturalmente ci accompagnano. La figura del Maestro ha la capacità di “scuoterci dalle fondamenta” e, col fare appello «alla profondità e all’autenticità, insegna come lasciarsi trasformare dalla domanda, insegna l’esercizio faticoso dell’epochè che azzera, ogni volta, il valore delle nozioni accuratamente immagazzinate» (Armezzani, 2013, p. 37). Il Maestro ha in fondo la semplice, ma essenziale funzione di inocularci l’umiltà, una profilassi assolutamente necessaria per chi voglia affrontare degnamente questo nostro mestiere.

Per tutte queste ragioni non possiamo non concordare con Steiner, quando sostiene che «insegnare seriamente è toccare ciò che vi è di più vitale in un essere umano [... poiché] un Maestro invade, dischiude, può anche distruggere per purificare e ricostruire [... mentre] un insegnamento scadente, una pedagogia di routine, uno stile di istruzione che siano, consapevolmente o meno, cinici nei loro obiettivi meramente utilitari, sono rovinosi, [in quanto] distruggono la speranza alle radici» (Steiner, 2004, p. 24).

BIBLIOGRAFIA

- Armezzani M. (2013): *Bruno Callieri. Il sorriso del Maestro*. COMPRENDRE, 23: 32-38
- Bachmann S., Degen C., Geider F.J., Schroder J. (2014): *Neurological soft signs in the clinical course of schizophrenia: results of a meta-analysis*. FRONT PSYCHIATRY, 5: 185
- Ballerini A. (2001): *Psicopatologia fenomenologica e Psichiatria biologica: un “salto mortale” epistemico o una possibile convergenza?* COMPRENDRE, 11: 7-17
- ... (2006): *Delia, Marta e Filippo. Schizofrenia e sindromi sub-apofaniche: fenomenologia e psicopatologia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Bomback A. (2006): *The physical exam and the sense of smell*. N. ENGL. J. MED., 354, 327-329
- Callieri B. (2007): *Corpo, esistenze, mondi*. Edizioni Universitarie Romane, Roma
- Costa e Silva J.A. (2013): *Personalized medicine in psychiatry: new technologies and approaches*. Metabolism, 62 Suppl 1: 40-44
- Cryssavgis J. (2004): *Al cuore del deserto*. Edizioni Qiqai, Magnano (BI)
- Curi U. (2013): *Pólemos. Filosofia come guerra*. Bollati Boringhieri, Torino
- ... (2015): *La porta stretta. Come diventare maggiorenni*. Bollati Boringhieri, Torino
- Del Pistoia L. (2005): *La schizofrenia di Bleuler: un esempio dell’“effetto paradigma” nella clinica psichiatrica*, in Maggini C.: *Schizofrenia. Attualità del pensiero di Eugen Bleuler*, pp. 69-96. Edizioni ETS, Pisa

- ... (2008): *Saggi fenomenologici: psicopatologia, clinica, epistemologia*. Giovanni Fioriti, Roma
- Di Petta G. (2014): *Maestri senza cattedra: "l'occasion perdu" della Psichiatria italiana*. *COMPRENDRE*, 24: 283-287
- Gadamer H.G. (1987): *Sul circolo ermeneutico*. *AUT-AUT*, 217-218: 13-14
- Ginzburg C. (2000): *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in Ginzburg C.: *Miti emblematici spie*, pp. 158-209. Einaudi, Torino
- Jaspers K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. Ed. it. a cura di Priori R.: *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2012
- Jauhar S. (2006): *The demise of the physical exam*. *N. ENGL. J. MED.*, 354: 548-551
- Kant I.: *Comunicazione di I. Kant sull'ordinamento delle sue lezioni nel semestre invernale 1765-1766*, in Formizzi G.: *Antologia di scritti pedagogici*. Il Segno dei Gabrielli, Verona, 2004
- Lanteri-Laura G. (2007): *Saper, fare e saper-fare in psichiatria: psicopatologia, clinica ed epistemologia*. Giovanni Fioriti, Roma
- Ozomaro U., Wahlestedt C., Nemeroff C.B. (2013): *Personalized medicine in psychiatry: problems and promises*. *BMC MED.*, 11: 132
- Pinel P. (1800): *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Richard, Caille et Ravier, Paris. Ed. it. a cura di Fagioli M., in Zillborg G., Henry G.W., pp. 345-355
- Ross D. (1951): *Plato's theory of Ideas*. Clarendon Press, Oxford. Ed. it. a cura di Berti E.: *Platone e la teoria delle idee*. Univerale Paperbacks, Il Mulino, Bologna, 1989
- Steiner G. (2004): *La lezione dei Maestri*. Garzanti, Milano
- Zaninotto L., Colavero P. (2013): *Folgorati sulla via di Damasco: crisi di identità e iniziazione al sapere*. www.psicopatologiafenomenologica.it/societa/notizie/folgorati-sulla-via-di-damasco-crisi-di-identita-e-iniziazione-al-sapere/
- Zillborg G., Henry G.W. (1941): *A History of Medical Psychology*. Ed. it. a cura di Fagioli M.: *Storia della Psichiatria*. Nuove Edizioni Romane, Roma, 2001
- Zimmermann J.G. (1830): *Della esperienza nella Medicina*, Ed. it.. Editori Schieppati, Truffi e Fusi, Milano. Ora in AAVV: *Filosofia della Medicina*, a cura di Federspil G., Giaretta P., Rugarli C., Scandellari C., Serra P.. Raffaele Cortina Editore, Milano

Dott. Leonardo Zaninotto
Via Savonarola 91
I-35137 Padova (PD)